

Spedizione in abbonamento postale
Art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Fil. di Perugia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE DELL'UMBRIA

PARTI PRIMA e SECONDA

PERUGIA - 27 agosto 2003

*Prezzo € 12,80
(IVA compresa)*

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - PERUGIA

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE
23 luglio 2003, n. 314.

Piano sanitario regionale 2003/2005.

S O M M A R I O

PARTE PRIMA

Sezione II**ATTI DELLA REGIONE****DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE**
23 luglio 2003, n. **314**.**Piano sanitario regionale 2003-2005** Pag. 3*ALLEGATO***UN PATTO PER LA SALUTE,
L'INNOVAZIONE E LA SOSTENIBILITÀ****Piano sanitario regionale 2003-2005** » 5

PARTE PRIMA

Sezione II**ATTI DELLA REGIONE**

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE

23 luglio 2003, n. **314**.**Piano sanitario regionale 2003-2005.**

IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la proposta di atto amministrativo di iniziativa della Giunta regionale, deliberazione n. 1808 del 20 dicembre 2002 concernente «Piano sanitario regionale 2003-2005», depositata alla Presidenza del Consiglio regionale il 23 gennaio 2003 con nota prot. n. 317/2003 e trasmessa per il parere alla III commissione consiliare permanente il 24 gennaio 2003;

Vista la proposta di atto amministrativo di iniziativa della Giunta regionale, deliberazione n. 682 del 21 maggio 2003 concernente «Piano sanitario regionale 2003/2005. Modificazioni ed integrazioni della deliberazione giunta n. 1808 del 20 dicembre 2002», depositata alla Presidenza del Consiglio regionale il 20 giugno 2003 con nota prot. n. 1911/2003 e trasmessa per il parere alla III commissione consiliare permanente il 20 giugno 2003;

Visto il parere della III commissione consiliare permanente espresso nella seduta del 10 luglio 2003 e udite le relazioni illustrate oralmente per la maggioranza dal presidente Giorgio Bonaduce e per la minoranza dai consiglieri Luciano Rossi e Paolo Crescimbeni;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» e successive modificazioni;

Vista la legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 «Ordinamento del sistema sanitario regionale»;

Atteso che ai sensi dell'art. 22, comma 5, della sopra citata legge 20 gennaio 1998, n. 3, sono stati acquisiti i prescritti pareri e che la proposta di piano è stata sottoposta alla Conferenza partecipativa degli Enti locali di cui all'art. 6 della legge regionale 14 ottobre 1998, n. 34;

Atteso che ai sensi del comma 14, dell'art. 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, in data 15 maggio 2003, con nota prot. 5769/III, è stata trasmessa la proposta di piano al Ministro competente;

Atteso altresì che la III commissione consiliare permanente, ai sensi della legge regionale 21 marzo 1997, n. 7, ha svolto appositi approfondimenti tematici ed audizioni con i soggetti più direttamente interessati;

Uditi gli interventi dei consiglieri regionali e del rappresentante della Giunta regionale anche a titolo di dichiarazione di voto;

Visti gli emendamenti proposti e approvati;

Visto lo statuto regionale;

Visto il regolamento interno del Consiglio regionale;

Con 16 voti favorevoli e 9 voti contrari e 1 voto di astensione espressi nei modi di legge dai 26 consiglieri presenti e votanti,

delibera:

— di approvare l'allegato «Piano sanitario regionale 2003/2005» che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

I Consiglieri segretari
Marco Fasolo
Ada Spadoni Urbani

Il Presidente
CARLO LIVIANTONI

pagina 4 - bianca

**«Un patto per la salute,
l'innovazione e la sostenibilità»**

**Piano sanitario regionale
2003-2005**

INDICE

1 IL NOSTRO PROGETTO: UN SERVIZIO SANITARIO DISEGNATO INTORNO AL CITTADINO	Pag.	9
2 IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE OGGI	»	13
2.1 Problemi di salute	»	13
2.1.1 PREVISIONI DEMOGRAFICHE	»	13
2.1.2 EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE	»	14
2.2 Bilancio del ciclo programmatico 1999-2001	»	32
2.2.1 L'IPOTESI ORGANIZZATIVA SEGUITA NEL TRIENNIO 1999-2001	»	32
2.2.2 PRINCIPALI PROBLEMI NEL GOVERNO DELLA SALUTE.	»	33
2.2.3 GOVERNO DELLA SANITÀ E CICLO DELLA PROGRAMMAZIONE NEL TRIENNIO 1999-2001	»	33
2.2.4 LA GESTIONE DELLA SANITÀ	»	35
2.3 Altri elementi di contesto	»	43
3 RISORSE DISPONIBILI E VINCOLI PER LA SOSTENIBILITÀ NEL MEDIO PERIODO	»	47
4 GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI FUNZIONALI AL LORO RAGGIUNGIMENTO	»	51
5 PATTI E PIANI INTEGRATI PER IL GOVERNO DELLA SALUTE	»	55
5.1 Adottare politiche integrate sui determinanti di salute	»	55
5.2 Mantenere e sviluppare il capitale sociale	»	58
5.3 Concertare patti per la salute	»	59
6 INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ NEL GOVERNO DELLA SANITÀ	»	63
6.1 Fare sistema	»	63
6.2 Affinare il ciclo della programmazione	»	66
6.3 Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza	»	68
6.4 Sviluppare programmazione economico finanziaria e controllo di gestione	»	70
6.5 Sviluppare sistemi informativi, monitoraggi delle attività e controlli di gestione	»	75
6.6 Integrare programmazione socio sanitaria e programma degli investimenti	»	81
6.7 Verificare possibili sviluppi di interazioni tra pubblico e privato nell'interesse del sistema	»	85
6.8 Sviluppare l'osservazione epidemiologica per la programmazione socio sanitaria	»	86
6.9 Valorizzare gli operatori	»	87
6.10 Collegare ricerca e innovazione	»	91
6.11 Governare le autorizzazioni e promuovere accreditamento ed eccellenza	»	92
6.12 Migliorare comunicazione, informazione ed immagine del SSR	»	93
6.13 Governare l'interazione con l'Università	»	96
6.14 Sviluppare le interazioni con l'ARPA	»	97
6.15 Valutare il PSR	»	98
6.16 Rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali	»	100
7 QUALITÀ E INNOVAZIONE NELLA GESTIONE DELLA SANITÀ	»	103
7.1 Promuovere il governo clinico	»	104
7.2 Produrre promozione, prevenzione ed attività di iniziativa	»	116
7.3 Qualificare la domanda di assistenza	»	133
7.3.1 CHIARIRE LE RELAZIONI TRA BISOGNO, DOMANDA, OFFERTA E UTILIZZAZIONE	»	134
7.3.2 SEGUIRE L'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA DI SALUTE	»	135
7.3.3 MIGLIORARE LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA	»	137
7.4 Rendere efficace, appropriata e sostenibile l'integrazione socio-sanitaria	»	142
7.4.1 CORNICE NORMATIVA E STRUMENTI PROGRAMMATICI	»	142
7.4.2 INTERVENTI A FAVORE DI ANZIANI, MATERNO INFANTILE, DISABILI, SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	»	145

INDICE

7.5	Definire le innovazioni negli assetti organizzativi generali	Pag. 164
7.5.1	ATTIVARE LE EQUIPE TERRITORIALI, SVILUPPARE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, GARANTIRE L'ADI	» 165
7.5.2	GOVERNARE L'ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA	» 168
7.5.2.BIS	TERMALISMO	» 172
7.5.3	SVILUPPARE L'INTERVENTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE PER L'INFANZIA	» 172
7.5.4	DIVERSIFICARE LA RETE OSPEDALIERA IN BASE AI REALI BISOGNI DI ASSISTENZA	» 174
7.5.4.1	<i>Riorganizzare presidi e dipartimenti ospedalieri</i>	» 175
7.5.4.2	<i>Attivare gli ospedali di territorio</i>	» 176
7.5.4.3	<i>Integrare le direzioni dei servizi in vista degli accorpamenti</i>	» 179
7.5.4.4	<i>Riorganizzare i servizi per l'emergenza e l'urgenza</i>	» 179
7.5.4.5	<i>Riorganizzare l'offerta ospedaliera chirurgica</i>	» 186
7.5.4.6	<i>Riorganizzare l'offerta ospedaliera nell'area medica</i>	» 192
7.5.4.7	<i>Riorganizzare e Sviluppare la rete riabilitativa</i>	» 194
7.5.4.8	<i>Garantire e rendere sostenibili le alte specialità</i>	» 205
7.5.4.9	<i>Definire il ruolo dei centri di riferimento regionale e dei presidi per malattie rare</i>	» 206
7.5.4.10	<i>Sviluppare il Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico</i>	» 207
8	AZIONI DEL PIANO	» 209
8.1	Dare continuità alle progettualità consolidate	» 209
8.1.1	PROGETTO SANGUE	» 209
8.1.2	PROGETTO TRAPIANTI	» 210
8.1.3	PROGETTO UMBRIA DIABETE	» 211
8.1.4	SICUREZZA ALIMENTARE	» 211
8.1.5	PREVENZIONE LUOGHI LAVORO	» 212
8.1.6	PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI	» 214
8.1.7	LOTTA ALLE NEFROPATIE	» 215
8.1.8	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI	» 215
8.2	Sviluppare nuove progettualità	» 217
8.2.1	PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA E DELLA FAMIGLIA	» 217
8.2.2	PREVENZIONE E ASSISTENZA ONCOLOGICA	» 218
8.2.3	PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	» 218
8.2.4	DIPENDENZE	» 220
8.2.5	LOTTA ALLE CARDIO E CEREBRO VASCULOPATIE	» 221
8.2.6	PROGETTO CURE PALLIATIVE	» 223
8.2.7	PROGETTO «POTENZIARE LE ATTIVITÀ DI GENETICA»	» 224
8.2.8	PROGETTO «NUTRIZIONE ARTIFICIALE»	» 225
8.2.9	PROGETTO PREVENZIONE DEI DANNI DA INCIDENTE STRADALE	» 225
8.2.10	PROGETTO MEDICINA INTEGRATA	» 226
	<i>Allegato 1: Proiezioni demografiche al 2005</i>	» 229
	<i>Allegato 2: Linee guida per l'atto aziendale</i>	» 233
	<i>Allegato 3: Posti letto per le attività di chirurgia</i>	» 243

pagina 8 - bianca

PIANO SANITARIO REGIONALE 2003-2005

PIANO SANITARIO REGIONALE 2003-2005

PIANO SANITARIO REGIONALE 2003-2005

PIANO SANITARIO REGIONALE 2003-2005

1 IL NOSTRO PROGETTO: UN SERVIZIO SANITARIO DISEGNATO INTORNO AL CITTADINO.

Il fine di questo piano sanitario è offrire al cittadino servizi socio sanitari ben distribuiti sul territorio, sostenibili economicamente e con alti standard di qualità, servizi che devono produrre salute ed essere disponibili quando la gente ne ha bisogno.

Servizi quindi pensati e continuamente verificati a partire dalle esigenze dei cittadini.

Il fine di questo Piano è anche quello di rinnovare l'etica del servizio sanitario, un sistema che valorizzi la dedizione degli operatori, la coesione delle equipe e supporti le motivazioni di quanti ogni giorno forniscono con competenza, etica professionale e senso di responsabilità il loro contributo perché i cittadini vivano in salute e siano assistiti dignitosamente ed adeguatamente.

Perché tutto questo continui ad essere e migliori nel tempo sarà necessario l'impegno di molti.

Passo dopo passo noi vogliamo mettere in pratica il nostro progetto, in un percorso trasparente e ordinato che amplifichi i vantaggi comuni della nostra azione di governo e riduca lo spazio di influenza di chi persegue altri interessi.

A tal fine proponiamo un **patto** tra i cittadini che in Umbria vivono e lavorano, gli operatori del servizio sanitario ed i responsabili delle istituzioni: un patto per la **salute**, l'**innovazione** e la **sostenibilità**, un patto in cui siano stabiliti ruoli e responsabilità, diritti e doveri, benefici e costi.

A) Le condizioni ed i principi alla base della nostra azione di governo.

Grandi cambiamenti stanno avvenendo in Italia nel campo della sanità.

Una esasperata concezione dell'autonomia regionale accentua le differenze tra coloro che vivono in regioni ricche e la cui organizzazione sanitaria è efficiente e coloro che vivono in regioni meno ricche, con una diversa possibilità di accesso dei cittadini alle cure efficaci.

Ancora una volta sarebbero i soldi a fare la differenza e la qualità delle prestazioni sanitarie: un fatto eticamente e culturalmente inaccettabile per la nostra sensibilità politica.

Ora noi non vogliamo che questo accada e ci poniamo pertanto il compito di salvaguardare all'interno della nostra Regione i livelli di solidarietà e di civiltà che abbiamo raggiunto con anni di impegno e di lavoro applicando le opportunità che il Titolo V della Costituzione offre al mantenimento dell'autonomia dell'Umbria.

Perché il Servizio Sanitario Regionale continui a garantire la salute di chi in Umbria vive e lavora, occorre che la nostra Regione conservi e sviluppi la propria autonomia politica, il che vuol dire in primo luogo garantire la sostenibilità finanziaria del sistema all'interno degli scenari, alcuni dei quali francamente sfavorevoli, che si prospettano nel medio periodo.

Se il nostro sistema non è gravato dai debiti delle gestioni precedenti, ha chiuso il bilancio in pareggio nel 2001, lo farà ancora nel 2002 e se tutto questo avviene senza imporre ai cittadini tasse o ticket (come invece hanno fatto la stragrande maggioranza delle regioni italiane) ma con il consenso della popolazione, dei Comuni e dei Sindacati Confederali, ebbene ciò dipende dal fatto che noi abbiamo scelto la programmazione pubblica come elemento qualificante e fattore discriminante rispetto ad altri modelli gestionali.

Non abbiamo chiuso servizi, non abbiamo aggiunto tasse o ticket regionali.

I nostri conti sono in regola e se il Governo rispetta gli impegni presi (a cominciare da quelli per il finanziamento delle nuove partite contrattuali) lo saranno anche nel 2003 e nel 2004.

Il Piano quindi assume come vincolo la stretta relazione che vi è tra gli interessi pubblici che guidano la programmazione, gli effetti che questa ha sulla sostenibilità del sistema e le ricadute sull'autonomia politica della nostra Regione.

È noto che la programmazione è un processo in cui si allocano risorse a partire da scelte di priorità.

È altrettanto noto che nessuna scelta di priorità è neutra e/o oggettiva, il che pone il problema di rendere espliciti i fondamenti della programmazione.

Il Piano persegue in primo luogo l'interesse generale della promozione e tutela della salute di chi in Umbria vive e lavora, interesse generale che rappresenta la pietra angolare per le sue scelte di priorità.

A partire da tale visuale sono assunti come costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Umbria i seguenti principi e valori:

Responsabilità collettiva. La titolarità della tutela della salute è innanzitutto della intera comunità che se ne assume l'onere e il compito. La salute della comunità non è solo la sommatoria della salute dei singoli cittadini. In tal senso viene affermato il ruolo determinante della programmazione pubblica pure nella valorizzazione del mercato laddove i suoi meccanismi contribuiscano ad elevare l'efficienza e migliorare la qualità.

Soggettività e libertà. Il valore della persona ed i bisogni dei singoli e delle famiglie sono difesi e valorizzati; la libertà di scelta viene pienamente tutelata ed ha come limite solo il raggiungimento di valori etici superiori. La programmazione delle attività si basa sull'analisi dei bisogni.

Universalità. Il sistema si impegna per garantire la parità di accesso ai servizi sanitari a tutti i cittadini, a parità di bisogno e indipendentemente da luogo, età, genere, gruppo etnico e classe sociale di appartenenza. L'universalità è condizione necessaria dell'equità.

Equità. Se tutti i cittadini sono uguali di fronte al servizio sanitario, ve ne sono alcuni che, versando in condizioni di maggiore bisogno, necessitano di ricevere una maggiore attenzione assistenziale. Il servizio sanitario regionale, in base al principio di equità, privilegia i soggetti che hanno maggiori bisogni.

Unicità. Il sistema sanitario regionale è unico. Il finanziamento è pubblico, su base fiscale progressiva e quindi proporzionale alle capacità contributive dei singoli cittadini.

Centralità del territorio, nelle sue articolazioni di collettività, politiche, organizzative e gestionali, anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti «produttori di salute» e al fine di valorizzare ed integrare le presenze in termini di volontariato ed associazionismo.

Inter-istituzionalità. Gli obiettivi di salute devono essere raggiunti con l'apporto congiunto di tutti i settori di attività, pubblici e privati; la sanità deve integrarsi con gli altri livelli istituzionali per porre l'obiettivo salute anche nei loro progetti. Questo ci spinge a cercare nuovi e più avanzati terreni di intesa con i Comuni, insieme ai quali dobbiamo superare le separatezze e rafforzare la capacità del sistema a fornire risposte integrate ai bisogni di salute e di assistenza dei cittadini nei territori in cui essi vivono e lavorano.

B) Le grandi ipotesi del triennio.

L'alta speranza di vita alla nascita che contraddistingue la nostra società è un primo indicatore di successo del nostro modello sociale.

Questa situazione comporta a sua volta la necessità di adottare modelli di intervento socio-sanitario adatti ai nostri problemi di salute.

□ In primo luogo è necessario adottare un approccio che punti all'aumento degli anni vissuti senza disabilità facendo in modo che non si verifichi il prevedibile aumento della morbosità e della disabilità che spesso si determina in età avanzata, un risultato che si può ottenere con opportune misure di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e di qualificazione del servizio, in modo da ridurre il numero di anni vissuto in condizioni di disabilità rispetto al momento della morte. Patti per la salute, potenziamento della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, screening contro i tumori prevenibili, reti di intervento precoce, educazione alla salute: sono esempi di iniziative che consentiranno sia un miglioramento della qualità della vita che un miglior controllo della spesa sanitaria per l'assistenza ai disabili cronici.

□ In secondo luogo è necessario attivare un modello assistenziale apposito per coloro che sono affetti da malattie cronico-degenerative (ipertensione, diabete, tumori, etc.), un modello che:

- sappia interagire adeguatamente con il capitale sociale presente nelle nostre collettività attraverso opportune politiche;

- renda il cittadino sempre più competente nella scelta di stili di vita salubri e nella interazione con i servizi socio sanitari;
- metta in campo équipe socio-sanitarie preparate ed attive, in grado di sostenere una «interazione produttiva» con i cittadini in modo da raggiungere i risultati clinici e funzionali più adatti alla loro specifica condizione.

Tutto questo richiede che il medico di medicina generale divenga sempre più, nei fatti, il perno del nostro sistema sanitario. Il Piano propone a questi operatori, con le équipe territoriali, un percorso di integrazione funzionale e organizzativa con i centri di salute, la continuità assistenziale, i dipartimenti territoriali, attraverso forme associative che permettano di sviluppare, di concertare obiettivi di salute, migliorare i percorsi assistenziali per le principali malattie cronico degenerative e quindi anche l'appropriatezza nella prescrizione di farmaci, visite specialistiche e ricoveri.

□ Ugualmente sul territorio saranno sviluppate le aree di offerta per l'integrazione dei percorsi assistenziali per anziani, salute mentale, dipendenze, disabili, minori che prevedono una condivisione di responsabilità tra sociale e sanitario.

L'idea che il Piano persegue è chiara: finché si può è fondamentale vivere nel proprio quartiere, nella propria strada e in un ambito familiare conosciuto.

Sarà ampliato il ventaglio delle opzioni disponibili (assistenza domiciliare, assegno di cura, nuovi servizi semiresidenziali e residenziali) cercando di qualificare e contenere il ricorso alla istituzionalizzazione, valorizzando i bisogni delle persone e cercando di offrire risposte sempre più personalizzate, il cui fine ultimo sia anche la risocializzazione dell'interessato.

Su questo terreno l'Umbria rifiuta le politiche segreganti che il Governo centrale propone nei settori della salute mentale e delle dipendenze, confermando il nostro orientamento a favore della strada aperta dalla riforma psichiatrica e la politica di riduzione del danno.

Allo stesso modo il nostro SSR resta aperto ai bisogni di salute degli immigrati, riconoscendo nella tutela della salute un diritto primario di tutti gli esseri umani, indipendentemente dalla nazionalità, religione, gruppo etnico, classe sociale di appartenenza.

□ La rete ospedaliera regionale può contare su un numero di posti letto sostanzialmente adeguato ai nostri bisogni assistenziali ed ha già acquisito negli ultimi anni due nuovi nosocomi (Città di Castello e Orvieto). Il Piano si propone di completarne l'ammodernamento tramite:

- il completamento delle opere già attivate, come: il Polo Unico a S. Andrea delle Fratte a Perugia, con la cui realizzazione l'Umbria si doterà di un prestigioso complesso ospedaliero dove convergeranno le competenze anche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e che costituirà uno dei punti di riferimento per la Sanità dell'Italia Centrale; l'inaugurazione del nuovo ospedale di Foligno che sarà attivo entro il 2004, la profonda ristrutturazione del nosocomio di Spoleto e gli interventi per il nuovo DEA di Terni, permetteranno un ulteriore, fondamentale sviluppo della rete dell'emergenza urgenza;
- l'attivazione delle opere edilizie per il nuovo ospedale dell'emergenza a Branca (per Gubbio e Gualdo) permetterà di concludere entro pochi anni il processo di ammodernamento di tutta questa parte della rete ospedaliera regionale.

Da noi non chiudono gli ospedali di territorio: Todi e Marsciano saranno un unico presidio ospedaliero e in questa tipologia confluiranno, integrandole opportunamente, le attività attualmente svolte a Narni Amelia, Castiglione del Lago e Città della Pieve.

Altri ospedali di territorio come Umbertide si sono parzialmente riconvertiti in significativi centri di riabilitazione e anche strutture come Trevi, Passignano e Montefalco hanno sviluppato importanti processi di riconversione e sono oggi utilissimi al servizio sanitario umbro.

In tal modo noi avremo tra pochi anni una rete ospedaliera completamente rinnovata, con una rete di ospedali per l'emergenza urgenza integrata dall'elisoccorso ed una di ospedali di territorio che in forte collegamento con i medici di base garantisca cure di qualità per definite condizioni di riabilitazione delle più comuni malattie cronico degenerative.

È inoltre previsto lo sviluppo delle attività di riabilitazione (neurologica, cardiolo-

gia, ortopedica, respiratoria, etc) in modo da garantire il miglior recupero funzionale a soggetti colpiti da ictus, ai cardio operati, etc.

C) Innovazione e sostenibilità.

L'innovazione tecnologica ed organizzativa è l'altro grande riferimento concettuale alla base del nuovo Piano Sanitario perché i cittadini umbri e più in generale tutti coloro che in Umbria vivono e lavorano hanno il diritto di ottenere dal Servizio Sanitario Regionale risposte avanzate in termini di conoscenze e tecnologie efficaci e le soluzioni organizzative più appropriate per far fronte ai bisogni di salute della comunità.

Ma l'innovazione va governata ed ha bisogno di scelte perché i cittadini possano beneficiarne in modo equo. In un momento in cui alcuni considerano la scienza come lo strumento per realizzare un progresso illimitato e la medicina come lo strumento per dominare la natura umana e in futuro per sconfiggere la morte, i benefici promessi dalla tecnologia sono nondimeno particolarmente costosi e non potranno essere estesi a tutti, mentre minacciano di sottrarre risorse all'assistenza di base e alla prevenzione, che, in termini di salute prodotta nella popolazione sono da preferire.

Si impongono quindi delle scelte sul piano della sostenibilità. Si tratta di un concetto che il Piano assume in una accezione diversa da quella corrente, che rimanda all'imperativo economico di «ridurre le spese».

Vi è in primo luogo la necessità di scegliere una medicina sostenibile, che, per essere tale dovrebbe avere tre caratteristiche:

- deve fornire ai membri della società un livello di assistenza medica e di sanità pubblica sufficiente a garantire loro buone probabilità di completare il ciclo di vita e di possedere funzioni che garantiscano un livello dignitoso di competenza fisica e mentale;
- deve poter essere equamente distribuita senza sforzi eccessivi, cioè essere economicamente alla portata della società;
- con il finanziamento pubblico deve perseguire scopi sanitari finiti e stabili e avere aspirazioni definite di progresso e di innovazione tecnologica».

In secondo luogo vi è il problema di inserire nel nostro servizio sanitario elementi di innovazione per garantire in Umbria risposte assistenziali già disponibili in altre Regioni, compatibilmente con i nostri bacini di utenza: saranno pertanto potenziate e qualificate le attività di cardiocirurgia, sperimentati i trapianti di cuore, messa a regime la rete oncologica regionale e potenziati i servizi ospedalieri di assistenza all'ictus.

In terzo luogo vi è il problema di attivare in Umbria linee di ricerca avanzata, d'intesa con l'Università di Perugia, individuando centri di eccellenza da inserire nella istituenda rete della ricerca scientifica europea, per materie che nel breve periodo consentiranno di mettere a disposizione dei cittadini risposte assistenziali in settori delicatissimi tra cui: la genetica applicata all'oncologia, la neuro rigenerazione tramite cellule staminali, nuove risposte terapeutiche nel settore della diabetologia.

Ma vi sono certamente altre aree in cui abbiamo validi professionisti in grado di partecipare allo sviluppo delle innovazioni di prospettiva del nostro servizio sanitario. È questo uno dei principali e più stimolanti terreni di interazione con l'Università di Perugia.

Per una sanità di questo tipo occorrono risorse certe ed in linea con la spesa europea nel settore.

Siamo ancora lontani da tutto ciò: bisogna superare pregiudizi, sconfiggere egoismi, battersi per una società moderna e solidale.

L'Umbria non è lontana da questi obiettivi avendo già raggiunto risultati che tutti ci riconoscono.

Nella sanità si gioca una partita di civiltà e di cultura alla solidarietà che non possiamo perdere.

Operatori e cittadini insieme ad un rinnovato impegno politico, possono conquistare così il diritto alla salute verso il quale si indirizza con forza e decisione il nuovo Piano Sanitario Regionale.

2 IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE OGGI

2.1. Problemi di salute.

2.1.1. PREVISIONI DEMOGRAFICHE.

Le proiezioni demografiche per gli anni 2005 e 2010 indicano il prossimo triennio di Piano (2003-2005) come quello in cui la percentuale di ultra sessantacinquenni sulla popolazione regionale raggiungerà il massimo valore - da 22,33 per cento a fine 2000 a 23,55 per cento a fine 2005 - per poi mostrare una flessione fino a 23,41 per cento nel 2010. In espansione anche il numero di ultraottantenni.

Tabella 2.1: Popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2000*, 2005** e 2010**.

Classi di età	2000			2005			2010		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
0-19	72970	68333	141303	77173	71034	148207	84006	73419	157425
20-39	118830	115645	234475	110327	107737	218064	100802	99901	200703
40-64	134958	138304	273262	141129	143332	284461	144824	149701	294525
65-79	63075	79104	142179	64930	77533	142463	62759	72208	134967
80 e oltre	15432	29039	44471	21009	37023	58032	24009	40539	64548
Totale	405265	430425	835690	414568	436659	851227	416400	435768	852168

* Fonte: Sistema informativo sanitario regionale su base ISTAT

** Fonte: Ufficio temporaneo supporto nucleo valutazione, Regione Umbria

Queste proiezioni permettono di prefigurare alcuni scenari: potremmo avere una situazione in cui all'aumento della sopravvivenza non si associ una posticipazione dell'età di insorgenza della disabilità, il che finirebbe per aumentare gli anni vissuti in condizioni di disabilità e quindi il carico assistenziale dei servizi.

Un secondo scenario prevede invece che all'aumento della sopravvivenza si associ una posticipazione dell'età d'insorgenza della disabilità, ottenibile attraverso un approccio che punti alla «compressione della morbosità», un risultato che si può ottenere con opportune misure di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e di qualificazione del servizio, in modo da ridurre il numero di anni vissuto in condizioni di disabilità rispetto al momento della morte, con un miglioramento della qualità della vita e un miglior controllo della spesa sanitaria per l'assistenza ai malati cronici.

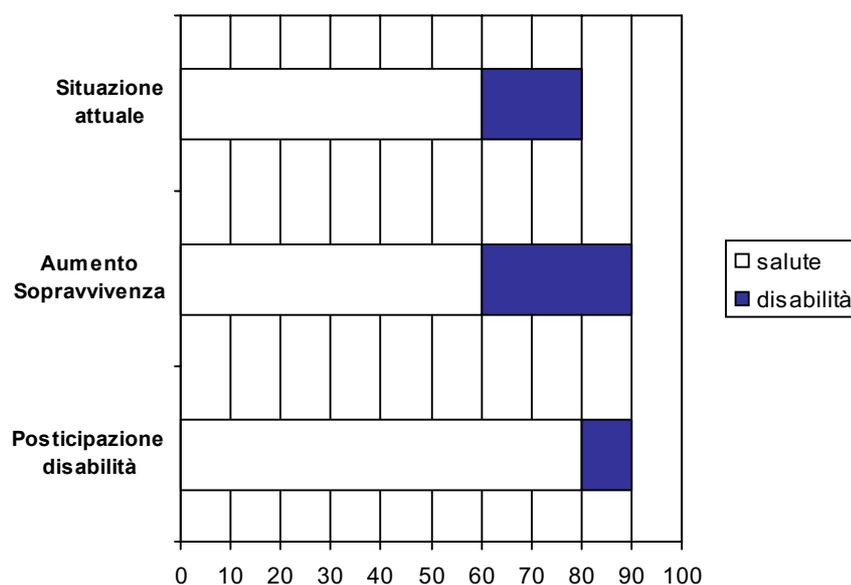


Figura 2.1: Relazioni tra sopravvivenza, anni vissuti con disabilità e compressione della morbosità.

Quanto alla situazione attuale, la struttura per età della popolazione umbra evidenzia la prevalenza della popolazione anziana (con più di 64 anni di età) rispetto quella giovane (fino ai 14 anni): la prima rappresenta, infatti, il 21,8 per cento della popolazione contro il 12,3 per cento dei giovani; la popolazione appartenente alla classe di età 15-64 anni rappresenta invece il 65,8 per cento. Le piramidi per età regionale e nazionale fig. 2 e 3 permettono, nel confronto, di visualizzare immediatamente le differenze sopra richiamate.

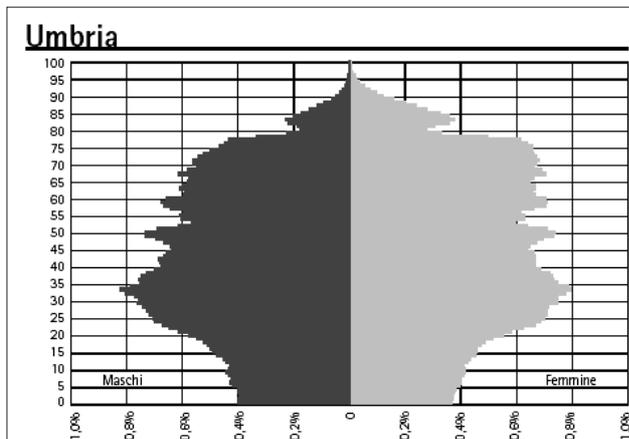


Figura 2.2: Piramidi della popolazione per età e sesso. Umbria, 1998. Fonti: Prometeo 2001.

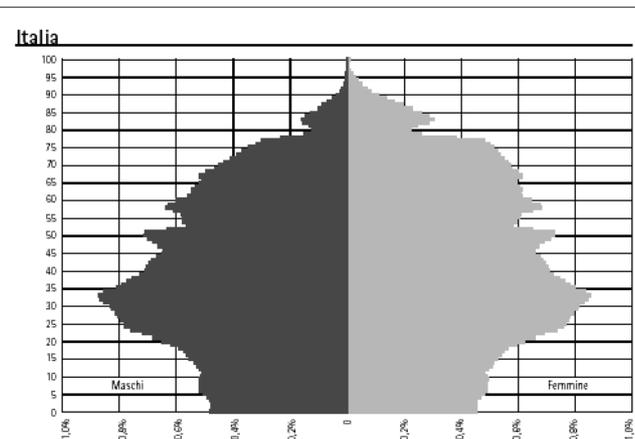


Figura 2.3: Piramidi della popolazione per età e sesso. Italia, 1998. Fonti: Prometeo 2001.

A livello di AUSL, la quota maggiore di anziani è presente in quella di Foligno (23,2 per cento di popolazione anziana) e Terni (23,1 per cento), dove è anche presente il minor numero di giovani sotto i 15 anni, appena 11,3 per cento; Perugia e Città di Castello sono le AUSL più giovani (12,7 e 13 per cento pop < 15a).

Nelle USL di Foligno e Terni troviamo anche il valore più basso dell'indice di natalità, pari a 7,2 per 1000 abitanti in entrambe, mentre Città di Castello e Perugia presentano valori superiori (8,1 la prima e 8,2 la seconda). Infine queste ultime due aziende USL si confermano tra le più fertili. In particolare Città di Castello ha il più elevato numero di bambini tra 0 e 4 anni per donna feconda: ben 21,1 per 1000, di poco di sotto della media nazionale pari a 21,8. Quanto al numero medio di componenti la famiglia, abbiamo 2,7 componenti contro i 2,6 dell'Italia.

Per quanto riguarda il tasso migratorio le quattro ASL evidenziano tutti valori positivi, con un minimo di 3,6 per 1000 abitanti a Terni ed un massimo di 6,4 in quella di Perugia.

2.1.2. EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE.

A) DETERMINANTI DI SALUTE.

L'OMS ha individuato come determinanti di salute alcuni fattori, di seguito richiamati, ritenendoli strategici per le politiche di promozione della salute:

- la scala sociale, nel senso che molte malattie e cause di morte sono più comuni e più gravi quanto più si scende nella scala sociale e quindi quanto più questa è ampia;
- lo stress, perché le condizioni sociali ed economiche possono causare stress di lunga durata che, attraverso meccanismi neuro psico immunologici colpiscono i sistemi cardiovascolare e immunitario;
- l'infanzia, in quanto importanti determinanti della salute nell'età adulta sono basati sulla vita prenatale e sulla prima infanzia;
- l'esclusione sociale, poiché i processi di esclusione sociale e l'estensione della deprivazione relativa in una società hanno un forte impatto negativo sulla salute;
- il lavoro, perché lo stress nel luogo di lavoro aumenta il rischio di malattia;
- la disoccupazione, dato che un lavoro sicuro e di qualità incrementa la salute, il benessere e la soddisfazione di lavorare;
- il supporto sociale, in quanto la solidarietà, buone relazioni sociali e forti reti di supporto rafforzano la salute in casa, al lavoro e nella collettività;
- le sostanze voluttuarie, perché il loro uso è allo stesso tempo una risposta alle

difficoltà di inserimento sociale e un importante fattore nell'ampliare le disuguaglianze nella salute;

- l'alimentazione dato che una buona dieta ed un'adeguata varietà di cibi di qualità sono centrali per promuovere la salute ed il benessere;
- i trasporti, in quanto un sistema di trasporti sano significa ridurre il numero di veicoli in circolazione e incoraggiare l'attività fisica e l'uso della bicicletta, basandosi su un sistema pubblico di trasporti migliore;
- l'ambiente, in quanto un ambiente non inquinato e salubre è determinante per la qualità della vita e la salute e rappresenta un debito verso le nuove generazioni.

B) FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI¹.

Rispetto alle aree di intervento rilevanti per la prevenzione primaria e secondaria dei rischi individuali per la salute, i dati disponibili sono i seguenti:

Fumo di tabacco.

In Umbria:

- la proporzione di fumatori (M+F) che nel 1993 era pari a 27,7 per cento (vs. Italia 25,4 per cento) ha subito un decremento fino al 1998 arrivando al 24,1 per cento (vs. Italia 24,5 per cento) per poi risalire nel 2000 al 26,4 per cento (vs. Italia 24,9 per cento);
- le fumatrici sono in proporzione maggiore rispetto al dato nazionale, al contrario dei maschi;
- nei maschi accade il contrario, ma soprattutto per le fasce d'età più anziane, mentre per i più giovani il dato umbro è sovrapponibile a quello nazionale: stiamo quindi perdendo un vantaggio che ci contraddistingueva negli anni passati.

Diete incongrue.

Osservando l'evoluzione delle abitudini alimentari in Umbria:

- la proporzione di persone che nell'anno 2000 dichiarano di consumare almeno una volta al giorno rispettivamente, frutta (74,5 per cento), verdura (45,8 per cento) e ortaggi (37,2 per cento) è di poco inferiore (circa 1 per cento) alla media nazionale, mentre si osservano decrementi consistenti nella prevalenza di questi positivi consumi alimentari nel 2000 rispetto al 1998, in linea con le tendenze nazionali che appaiono però meno marcate. Ove confermato il dato deporrebbe per un negativo cambiamento delle abitudine alimentari nella nostra regione, almeno rispetto a queste importanti abitudini;
- la proporzione di persone che consumano pesce almeno una volta la settimana resta più bassa di circa 4 punti percentuali rispetto ai valori nazionali sia nel 1998 (46,5 per cento) che nel 2000 (51,8 per cento), pur mostrando un trend in aumento.

Inattività fisica.

In Umbria la proporzione di persone dai 3 anni in poi che praticano sport è passata dal 26,6 per cento (1995) al 30 per cento (2000); nello stesso periodo però la proporzione di persone che praticano un'attività fisica qualsiasi (attività sportiva esclusa) è passata dal 35,3 per cento al 31,2 per cento. Quindi la prevalenza del fattore di rischio individuale "non praticare alcuna attività" è passata dal 37,8 per cento al 38,4 per cento. Usando invece come indicatore la proporzione di persone che praticano sport con continuità, l'Umbria nel 2000 si colloca vicino al dato medio nazionale: 19,3 per cento contro 20 per cento. Si considera che tali informazioni siano ancora molto povere per poter valutare la situazione attuale e definire obiettivi. Indagini campionarie mirate a definire la proporzione di persone che praticano un'attività fisica efficace ai fini preventivi andrebbero programmate con l'ISTAT.

¹ La connotazione di tutti questi fattori di rischio come individuali rimanda ad un dibattito mai risolto in cui si sono confrontati sostenitori della capacità e responsabilità individuale in relazione all'adozione di comportamenti noti per essere determinanti negativi della salute ed i sostenitori della forte relazione tra ambiente (cui non sarebbe estranea l'assordante effetto persuasivo delle offerte commerciali e degli stili di vita «a rischio») e comportamenti individuali, che non sarebbero mai tali in quanto assimilabili a risposte individuali a stress e condizionamenti ambientali.

Sovrappeso ed obesità.

La proporzione di persone in sovrappeso è maggiore nei maschi (Umbria 1999 = 40 per cento) che nelle femmine (25,7 per cento) mentre la media nazionale è lievemente inferiore in tutti e due i sessi. Gli obesi maschi sono invece in proporzione (8,4 per cento nel 1999) uguale a quella nazionale, mentre per le femmine (6,4 per cento nel 1999) il dato è di due punti percentuali più basso.

Per quanto riguarda in particolare i bambini, a livello delle province di Perugia e Terni il sovrappeso si presenta in una proporzione pari a circa $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$, con una maggiore prevalenza nei maschi, mentre la prevalenza di obesi si colloca al di sotto del 10 per cento, decresce con l'età ed è più marcata nei maschi. Le più alte prevalenze osservate nei soggetti più giovani potrebbero però preludere ad un aumento del fenomeno nelle coorti di adulti dei prossimi anni.

Consumi medi di alcool ed altre sostanze psicotrope.

La tendenza del consumo delle bevande alcoliche nell'Italia centrale è simile al resto del Paese: si registra un andamento oscillante nella percentuale di consumatori di vino (60,6 per cento nel 1993, 59,9 per cento nel 1998, 62,4 nel 2000), una stabilizzazione tra i bevitori di birra (40,6 nel 1993, 46,4 per cento nel 1998, 46,1 per cento nel 2000) e un netto aumento dei consumatori di alcolici fuori pasto (18,9 per cento nel 1993, 23,3 per cento nel 1998, 26,5 nel 2000). La percentuale di non consumatori è scesa da 28,9 (1998) a 24,9 per cento (2000).

I consumatori di vino in Umbria rappresentano il 62,4 per cento, il 7,1 per cento dichiara di consumare oltre mezzo litro di vino il giorno, mentre il 29,3 consuma tra 1 o 2 bicchieri giornalmente. In confronto all'Italia, l'Umbria ha percentuali leggermente più elevate per quanto riguarda la quantità di consumo di vino giornaliero. Il consumo di birra si attesta intorno al 46,1 per cento, il 4,2 per cento consuma birra tutti i giorni; il 24,3 per cento consuma birra più raramente. Le persone che consumano birra solo stagionalmente sono il 17,6 per cento. Per il consumo di aperitivi e bevande alcoliche, l'Umbria ha una percentuale di consumatori di alcolici fuori pasto del 26,5 per cento, percentuale più alta rispetto alla media dell'Italia centrale (21,7 per cento). Il crescente consumo di alcool desta serie preoccupazioni sia dal punto di vista sanitario che sociale. Uno dei problemi che riguarda particolarmente i giovani è quello della guida, sia di automobili che di motociclette, sotto l'effetto dell'alcool. Altro problema è quello del consumo di alcool in occasione di feste tra minorenni, che si svolgono al di fuori dell'ambiente familiare, dove l'alcool è spesso associato a sostanze stupefacenti.

Secondo l'Osservatorio Europeo sulle politiche per le Dipendenze, gli assuntori di sostanze psicotrope per via iniettabile oscillerebbero intorno al 5 per mille della popolazione residente, con una stima di circa 3500 - 5500 assuntori in Umbria, con una maggiore esposizione al rischio di contrarre malattie infettive (HIV, Epatiti B e C), avere decessi per overdose e subire processi di esclusione sociale.

Mancata adesione ai programmi di screening per il carcinoma della mammella e della cervice.

Nel periodo antecedente l'avvio dei programmi di screening regionali, l'ISTAT ha divulgato (1994) alcune rilevazioni concernenti l'accesso spontaneo: la nostra regione presentava una buona adesione spontanea alla mammografia, ma spostata verso un'età inappropriata, quella giovanile, e scarsa tra le donne più anziane. Inoltre, presentava un rischio quattro volte maggiore di non adesione tra le meno istruite rispetto alle più istruite, dato forse enfatizzato dalla diversa distribuzione per età dell'istruzione. Per quanto riguardava il pap-test, la nostra regione presentava una buona adesione spontanea, anche se non sufficiente tra le più giovani. Inoltre, presentava un rischio quasi 3 volte maggiore di non adesione tra le meno istruite rispetto alle più istruite.

L'adesione allo screening mammografico avviato nel 1999 ha registrato, le seguenti proporzioni:

Tabella 2.2: Indicatori di adesione allo screening mammografico a fine 2001.

Azienda	% Pop. invitata	% adesione inviti	% non aderenti sollecitate	% adesioni sollec.	% Ad. Totale	Copertura	% Richiami Il livello	Tasso di identificazione x 1000
USL 1	79	55,4			55,4	60,3	8,0	30,5
USL 2	88,7	55,7	42,2	27,4	60,8	58,2	6,6	n.r.
USL 3	84,1	66,4	14,2	22,3	67,5	63,2	5,9	n.r.
USL 4	74,3	71	39	30,5	74,4	67,4	1,8	6,4
Totale	82,5	61,7	30,8	27,7	64,9	62	5,2	5,7

In assenza della proporzione di adesioni concernente lo screening per il cr. della cervice (iniziato nel 1999 e che prevede round triennali), dobbiamo per il momento fare riferimento ad una indagine ISTAT riferita al biennio 1999-2000, quando i programmi di screening erano già partiti, dove, a fronte di una percentuale di donne di 25 anni e più sottoposte a pap test senza presenza di sintomi pari in Italia al 60,8 per cento, il Centro Italia si collocava al 67,1 e l'Umbria al 63,5 per cento.

Mancata adesione ai programmi vaccinali previsti dalla vigente normativa.

Le percentuali di vaccinati nel 2000 rispetto alle popolazioni bersaglio sono in Umbria in genere molto alte (> 95,6 per cento) per le vaccinazioni obbligatorie (tetano, polio, difterite) e per l'epatite B (> 96,3 per cento) mentre per morbillo, parotite e rosolia le ASL 1 e 4 si collocano sopra l'88 per cento, mentre più basse sono le percentuali nella ASL 2 (76 per cento) e nella ASL 3 (80 per cento).

Mancato uso del profilattico nei rapporti occasionali.

Tale comportamento a rischio è descritto e sviluppato nella azione di Piano «Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili».

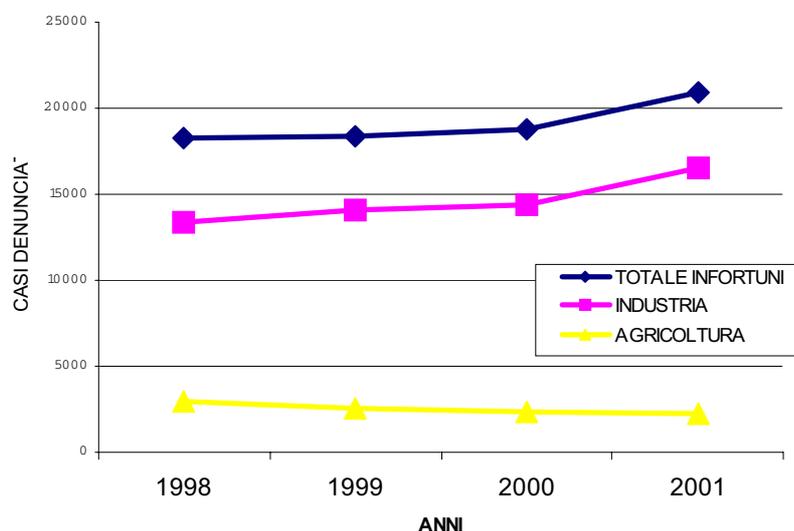
Mancato controllo di ipertensione, dislipidemie, sovrappeso ed obesità.

Tale comportamento a rischio è descritto e sviluppato nella azione di Piano «Lotta alle vasculopatie».

C) RISCHI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE.

Anche se i dati sul fenomeno infortunistico presentano limiti di completezza e mancano spesso di appropriati denominatori, essi costituiscono una base importante sulla quale compiere un'analisi ed effettuare delle riflessioni.

Figura 2.4: Infortuni in Umbria - Andamento 1998-2001.



Il trend complessivo del numero assoluto di infortuni mostra un incremento progressivo negli ultimi 4 anni; in realtà tale incremento va collegato all'espansione delle attività produttive che all'interno della gestione industria è stato registrato nel comparto costruzioni: secondo i dati sulle ore lavorate forniti dalle Casse Edili della Provincia di Perugia e Terni, nella prima, per gli anni 2000/2002; queste risultano pari a 16.117.572 (con un incremento del 108,3 per cento rispetto al 1996-97), mentre a Terni l'incremento è stato più contenuto e comunque pari al 4,9 per cento.

Quanto alla diminuzione nella gestione agricoltura, non è facile stabilire in quale misura esso sia da attribuire ad un'oggettiva riduzione del fenomeno infortunistico e in quale misura esso sia, invece, conseguenza di una diversa gestione degli aspetti assicurativi (limiti di età degli assicurati, riduzione degli addetti, diversi criteri di assicurabilità ecc.). Questo settore merita uno studio a parte, anche in relazione alla necessità di acquisire una variabile importante nello studio delle dinamiche che è la «lavorazione agricola» nella quale si è verificato l'evento; a quanto detto occorre aggiungere che almeno parte dell'aumento delle denunce di infortunio è da mettere in relazione con l'ampliamento della platea degli assicurati conseguente al D.lg. n. 38 del 2000.

In relazione all'assetto produttivo della regione, nonché alle dimensioni delle Aziende USL, nella Azienda USL2 si concentra oltre il quaranta per cento degli infortuni dell'industria e quasi un terzo di quelli dell'agricoltura.

L'analisi per comparto, nell'ambito della gestione industria, mostra un peso determinante delle costruzioni, collegato con l'incremento di attività nella ricostruzione post sisma; segue «commercio ingrosso e dettaglio e riparazione auto e moto e beni per la casa», ancora «produzione metallo e fabbricazione prodotti in metallo», quindi il comparto «trasporti e magazzinaggio e comunicazioni».

Lo studio della variabile sesso mostra una marcata prevalenza del sesso maschile; il divario si riduce nei comparti «istruzione e pubblica amministrazione» mentre l'inversione del rapporto si osserva solo nella «sanità e servizi sociali» e «tessile ed abbigliamento».

La durata media degli infortuni è di quindici giorni: i valori più alti si registrano, nel 2001, nel comparto «fabbricazione coke, raffinerie di petroli, combustibili nucleari», seguito dal «legno», «cartarie», ma il totale dei giorni persi (infortuni per durata media) vede il comparto delle costruzioni al primo posto sia nel 2000 che nel 2001.

L'analisi dei dati nelle singole Aziende USL mostra poche significative differenze rispetto all'andamento generale; l'Azienda USL1 si caratterizza per un peso rilevante degli infortuni agricoli che supera di gran lunga la media regionale e che, considerando il numero complessivo di giornate perse costituiscono il 23 per cento del totale e quasi il doppio delle costruzioni.

D) RISCHI DA INCIDENTI DA TRAFFICO.

Nei paesi sviluppati ognuno di noi ha circa una probabilità su cento di morire per incidente stradale ed uno su tre di noi sarà ferito in un incidente stradale.

I dati sulla pericolosità della rete stradale italiana riportano nell'anno 2000 situazioni di particolare rischio per 2 strade umbre: la SS 75 centrale umbra ed il raccordo Perugia-Bettolle. La SS 75 è passata dal 24° al 10° posto dal 1997 al 2000 (2,4 incidenti per km, contro un valore medio nazionale di 0,42 incidenti/km), mentre in questi stessi anni, tra i raccordi stradali italiani, la Perugia-Bettolle è tra i primi 5 raccordi nazionali a maggior rischio d'incidente (0,83 incidenti per Km).

Secondo il vigente sistema informativo sugli incidenti stradali - ISTAT-ACI² - gli scorretti comportamenti di guida del conducente rappresentano il principale fattore di rischio sia per numero di incidenti che per la gravità dei loro esiti: così nell'anno

² Questo sistema informativo è fortemente improntato da una concezione assicurativa nella definizione delle cause, imputando così un ruolo predominante ai comportamenti individuali che rappresentano la causa ultima dell'evento. Autorevoli autori sostengono che «miglioramenti in questo settore non verranno tanto dall'educazione dei pedoni alla sicurezza stradale, ma da un cambiamento complessivo, in quanto è necessario ripensare le strade e le auto e passare dall'uso della macchina agli spostamenti a piedi, in bicicletta e con i mezzi pubblici. Questo è un grande, ma largamente ignorato, compito della sanità pubblica». Se gli inci-

2000, a questi attribuiti il 77 per cento degli incidenti stradali; all'interno di tale percentuale la guida distratta e l'andamento indeciso sono le circostanze più frequenti (20 per cento), seguite dall'eccesso di velocità (11,9 per cento) e dal mancato rispetto della distanza di sicurezza (11,1 per cento). I comportamenti di guida del conducente determinerebbero così, anche in valore assoluto, il maggior numero di morti (67,8 per cento) e di feriti (77,7 per cento); tra le tipologie di incidente più pericolose, anche se meno frequenti, presentano il valore massimo di indice di mortalità, la guida contromano (7,2 morti/100 incidenti), l'eccesso di velocità (5,1 morti/100 incidenti) e l'attraversamento irregolare della strada da parte dei pedoni (5,0 morti/100 incidenti).

Quanto all'utilizzo dei dispositivi di sicurezza dai dati più recenti del sistema di monitoraggio «Ulisse» risulta che in Italia l'uso della cintura di sicurezza è complessivamente piuttosto basso (30 per cento) rispetto agli altri paesi europei (75 per cento). In Umbria l'utilizzo medio è pari al 24 per cento con differenze territoriali tra la provincia di Terni (29,8 per cento) e di Perugia (21 per cento). Notevoli differenze si riscontrano nell'uso in aree urbane rispetto alle aree extraurbane per l'errata convinzione di utilità della cintura solo su lunghe percorrenze (anche in Umbria il 65 per cento degli incidenti stradali avvengono sulle strade urbane). Migliore è la situazione per l'uso del casco a livello nazionale (80 per cento) e umbro (94 per cento).

Alle circostanze riferibili allo stato psicofisico del conducente sono riconducibili il 2,4 per cento degli incidenti avvenuti nell'anno 2000 (1,6 per cento dovuti ad ebbrezza d'alcool e 0,8 per cento dovuti all'assunzione di altre sostanze). Gli incidenti dovuti a stato psico-fisico alterato sono responsabili, nello stesso anno, del 5,5 per cento dei morti (il 4,1 dovuto ad assunzione di sostanze diverse dall'alcool) e del 2,5 per cento dei feriti. Tuttavia tale aspetto non va sottovalutato perché gli incidenti causati da stato psicofisico alterato hanno determinato un indice di mortalità di 7 morti ogni 100 incidenti (ISTAT-ACI). Dati sulla proporzione di persone alla guida sotto effetto dell'alcool e/o di altre sostanze psicotrope non sono disponibili per la nostra Regione.

E) DISAGIO, EMARGINAZIONE, ESCLUSIONE.

Dal punto di vista della struttura sociale i cambiamenti in Umbria riguardano sia la sua differenziazione, sia la rapidità delle trasformazioni che l'hanno attraversata. Con il primo termine s'intende la moltiplicazione in più sotto sistemi di un sistema originario: in tal senso a tradizionali differenze si sono sostituite o aggiunte nuove segmentazioni, rendendo più complessa la società umbra. Il moltiplicarsi di differenze può significare una maggiore ricchezza di identità collettive e individuali; ma, in carenza di un'adeguata mediazione politica, può anche tradursi in varie forme di disuguaglianza e di esclusione. In effetti, il tessuto sociale della nostra regione non presenta profonde lacerazioni, anche se alcune «sfilacciate» segnano punti di debolezza e prefigurano emergenze da prevenire in tempo.

Una prima emergenza, in passato forse sottovalutata, è costituita dall'invecchiamento; per l'effetto combinato di questa tendenza demografica e della scolarizzazione, prossimamente si affermerà in Umbria una nuova generazione di anziani, culturalmente e biograficamente molto diversa dall'attuale «terza età»: ciò potrà comportare una domanda sociale più esigente e assai diversa da quella attuale. Già ora la presenza sempre più consistente di anziani, spesso non autosufficienti, «stressa» ulteriormente il lavoro di cura che la famiglia umbra sta svolgendo - con crescente fatica - nei confronti dei soggetti più deboli. Certamente la famiglia umbra può contare su un sistema di servizi pubblici migliore di quello presente in molte altre regioni; inoltre sono ancora estese e vitali le reti di solidarietà informale della «famiglia estesa modificata»: questa

denti stradali sono in primo luogo determinati dal modello dei trasporti che un Paese adotta e preso atto che in Italia non vi sono politiche volte a diminuire apprezzabilmente l'uso del trasporto su gomma, il numero di veicoli circolanti e ad aumentare la disponibilità di mezzi di trasporto collettivo - aspetti sviluppati nella sezione 5 del PSR - vanno ricordate le forti evidenze relative all'impatto che una corretta normativa statale relativa al controllo della velocità, al contenimento del traffico ed a dispositivi aggiuntivi di sicurezza negli autoveicoli comportano sulla riduzione delle morti da incidenti (O'NeilB., Mohan D., 2002).

ultima costituisce un'evoluzione della famiglia tradizionale-rurale e si caratterizza per il «modello di convivenza con intimità a distanza», ossia per il flusso continuo di affetti, per gli scambi di aiuto e di risorse fra nuclei familiari che hanno la medesima origine ma non coabitano. Alcuni segnali - per esempio relativi al «disagio dei normali», alla litigiosità intrafamiliare e alla devianza minorile - costituiscono i primi sintomi di un «inceppamento» dei meccanismi di integrazione sociale familiare.

Un'altra importante area di bisogno è rappresentata dalla cosiddetta immigrazione extra-comunitaria, un fenomeno recente, più consistente in Umbria che altrove, anche se in ogni modo di dimensioni minori rispetto all'allarme sociale che suscita. In base ai dati ISTAT, gli stranieri in Umbria sono il 3,5 per cento di tutta la popolazione (Italia 2,5 per cento) e sono composti per l'88 per cento dagli «extra-comunitari» (Italia 89,5 per cento). Secondo una stima del Ministero dell'Interno, gli irregolari costituiscono il 14,9 per cento degli immigrati nella provincia di Perugia ed il 12 per cento in quella di Terni. Si tratta di una componente a forte rischio di esclusione sociale e di marginalità, ma tutelata almeno nell'ambito della salute, potendo infatti usufruire dei servizi sanitari pubblici. Per quanto se ne possa sapere, sembra però che fra gli irregolari non sia ancora adeguatamente diffusa l'informazione sulle opportunità d'assistenza e che alcuni potenziali utenti evitino di recarsi ai servizi sanitari nel timore di «essere scoperti».

In tema d'esclusione sociale è inevitabile un breve riferimento al «disagio» dei minori. La situazione discreta delle famiglie, la buona qualità dell'organizzazione pre-scolare e scolare costituiscono motivi di conforto. Altri dati, invece, sono più inquietanti: a parte la diffusione delle dipendenze, che è già ora consistente, altri fenomeni preoccupano non per la loro estensione, ma per l'incremento subito: ci riferiamo alla criminalità minorile, alle violenze subite dai minori e all'abbandono scolastico, forse sottovalutato. Ciò che, per certi versi, dovrebbe più preoccupare è la difficoltà - crescente in genitori, educatori, operatori - a cogliere i segnali del disagio psico-fisico nelle nuove generazioni: i processi di differenziazione moltiplicano e diversificano anche le modalità d'espressione, sicché i giovani presentano sintomi e si esprimono in codici che gli adulti decodificano a stento, con conseguenze negative per la prevenzione e per il recupero.

Oltre alle differenze fra generazioni o fra immigrati e autoctoni, occorre considerare anche la pluralità di realtà territoriali che, per ragioni storiche e morfologiche, presentano gradi differenti di sviluppo economico e sociale. L'Osservatorio Regionale sulle Povertà ha considerato un ampio paniere d'indicatori, alcuni dei quali concernenti la qualità della vita, al benessere, etc. (Osservatorio sulle povertà in Umbria 1997). I dati raccolti mostrano una duplice contraddizione territoriale. La prima riguarda le città più grandi, le quali presentano il più alto livello di benessere, ma anche un forte tasso di disoccupazione. Inoltre, per alcuni centri minori si ha l'impressione che laddove vi siano maggiori bisogni, siano disponibili minori risorse. Dietro a questa diversa dislocazione di risorse e d'opportunità, probabilmente si celano diversità di modelli, storie differenti, che hanno organizzato in maniera diversa i servizi.

Un ultimo aspetto dell'esclusione concerne le povertà, che assumono molti profili, ma fra i quali spicca innanzitutto la dimensione economica. In base ai dati sui consumi delle famiglie e secondo le stime dell'Osservatorio sulle povertà (2001), in Umbria dal 1987 al 1996 le famiglie povere sono scese dal 16,7 per cento al 5,3 per cento; in termini assoluti da 48mila a 15mila. Poiché l'ISTAT ha mutato alcuni criteri metodologici, non è possibile proseguire questa serie storica, comparando gli anni successivi. Secondo i nuovi criteri, nel 1997 le famiglie povere sono 20mila, di cui 9mila molto povere, mentre altre 43mila si trovano a rischio di povertà. In tutto, circa 110mila umbri possono essere definiti poveri o immediatamente prossimi alla soglia di povertà.

Per gli anni successivi l'Osservatorio non ha ancora pubblicato i dati concernenti l'Umbria. Quelli sull'Italia Centrale si presentano in contro-tendenza rispetto alle altre aree geografiche. Infatti mentre altrove la povertà sembra diminuire, aumenta invece nel Centro: infatti le famiglie povere erano il 6 per cento nel 1997 ed il 9,7 per cento nel 2000.

Quanto alla condizione di chi versa in forme di povertà estrema, i dati sugli utenti della Caritas offrono un utile «spaccato». Chi si trova in una situazione così grave, di solito è maschio, abbastanza giovane, immigrato, con scolarizzazione medio-alta, senza dimora stabile. Rispetto a queste caratteristiche prevalenti, si riscontrano molte eccezioni: è, infatti, assai consistente la quota di italiani; inoltre i tradizionali

meccanismi di prevenzione della povertà (p. es. scuola o lavoro) ora non sembrano più sufficienti; infine si assiste ad una «femminilizzazione» della povertà, per l'incremento delle donne bisognose di aiuto.

Fra le molte richieste di aiuto, sono quasi assenti (4 per cento) quelle attinenti ad interventi sanitari; ciò costituisce un indizio significativo sulla capacità dei servizi di raggiungere anche le fasce marginali (forse con qualche eccezione: alcuni immigrati irregolari, i «senza fissa dimora», ecc). Fra tutti i bisogni impliciti - non espressi, ma in ogni modo rilevati - il 9,5 per cento è costituito dal disagio psichico e il 4,4 per cento dalle dipendenze.

Come premesso, il mutamento in Umbria non si caratterizza solo per la differenziazione, ma anche per la velocità delle trasformazioni. Un ritmo particolarmente elevato - nella struttura economica, così come nei modelli culturali e negli «stili di vita» - può causare nei soggetti più deboli la perdita di riferimenti e di identità. La loro carenza può essere considerata una forma di povertà immateriale che dà luogo anche agli esiti più gravi.

Secondo una consolidata letteratura sociologica, il tasso di suicidio costituisce un valido indicatore di questo stato di «anomalia». I dati relativi all'Umbria (assunti con le cautele metodologiche relative alla distorsione possibile quando si analizza il fenomeno a partire dalle statistiche disponibili) ci pongono fra i primi posti, comunque sempre sopra la media nazionale, del Centro-Nord e del Sud. Ad esempio, nel 2000 il tasso di suicidio in Italia era il 6,9, mentre in Umbria il 9,7. A togliersi la vita sono soprattutto gli anziani. Usualmente ciò è imputato ad uno stato di abbandono e di solitudine che è senz'altro presente, ma che non è tanto diffuso, grazie alla presenza delle reti di sostegno informale richiamate nelle pagine precedenti. In tal senso l'ipotesi della «anomalia» sembra più convincente.

Un altro esempio di povertà immateriale concerne i giovani: «la povertà immateriale riguarda anche le opportunità di conoscenza e di relazione che il giovane può mutuare attraverso la mediazione delle principali agenzie di socializzazione, come la famiglia e la scuola» (Osservatorio sulle povertà 2001). Secondo alcune prime rilevazioni dell'Osservatorio, anche fra i giovani umbri è abbastanza diffusa questa povertà che si delinea come mancanza di progettualità e di riferimenti valoriali, incapacità di orientamento, mancanza o rifiuto di regole relazionali, basso grado di autostima, deprivazione cognitiva e scarsa propensione all'investimento in cultura e formazione.

L'insieme di tutti questi fattori qui sommariamente richiamati - materiali e immateriali, tradizionali e nuovi, latenti e conclamati - si cumulano e si combinano in maniera diversa, dando origine a differenti profili di esclusione e a variegate carriere di povertà.

F) MORBOSITÀ E DISABILITÀ.

Un primo elemento da richiamare è il prevalere di uno scenario epidemiologico in cui le malattie croniche degenerative sono e saranno il principale determinante dei danni alla salute per le nostre popolazioni. Già oggi l'analisi del carico globale di malattie indica come i più rilevanti problemi di morbosità derivino da: cardiopatia coronaria, ipertensione, patologie cerebrovascolari, tumori, diabete, artrite, osteoporosi, insufficienza polmonare, demenza, schizofrenia, depressione.

Per molte di queste patologie si assiste già oggi ad una posticipazione dell'età di insorgenza e ad una riduzione sia della disabilità residua che della sopravvivenza una volta che si siano determinate: strategie specifiche sono quindi adottabili e adottate e, pur tuttavia, migliorabili.

F.1) *Patologie tumorali.*

Frutto di un meticoloso e costante lavoro di raccolta ed analisi da parte del Registro Tumori Umbro di Popolazione, la situazione relativa alla morbosità da patologia tumorale è descritta nelle tabelle 2, 3 e 4 dove sono riportati i dati di incidenza, mortalità³ e sopravvivenza relativa nei due sessi confrontati per i periodi 1978-82 e 1994-96.

³ I dati di mortalità per i tumori vengono qui riportati al fine di favorire una visione generale complessiva dell'andamento e del controllo della patologia tumorale.

Le tre tabelle nel complesso evidenziano che, a fronte di un aumento consistente della incidenza dei tumori maligni, si registra una lieve diminuzione della mortalità standardizzata (che è comunque inferiore a quella nazionale - vedi tab. 2 x) cui si accompagna un consistente e diffuso aumento della sopravvivenza relativa a cinque anni dalla diagnosi.

Tabella 2.3: Tassi standardizzati (Umbria 1991) di incidenza per tumori maligni in Umbria. Confronto 1978-82 e 1994-98.

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1998	Var %	1978-1982	1994-1998	Var %
151 STOMACO	66,8	60,1	-10,0	35,5	28,6	-19,4
153 COLON	35,4	57,2	61,6	29,2	38,8	32,9
154 RETTO	31,6	37,0	17,1	15,2	21,7	42,8
155 FEGATO	15,2	23,4	53,9	11,2	8,4	-25,0
157 PANCREAS	14,0	14,4	2,9	8,8	10,2	15,9
161 LARINGE	21,3	16,5	-22,5	1,1	0,7	-36,4
162 POLMONE	80,6	103,8	28,8	10,6	17,8	67,9
172 PELLE (MELANOMI)	4,9	7,2	46,9	3,8	7,9	107,9
174 MAMMELLA (FEMMINE)				91,1	111,2	22,1
180 COLLO DELL'UTERO				13,6	8,3	-39,0
185 PROSTATA	43,6	98,3	125,5			
201 LINFOMA DI HODGKIN	5,9	3,0	-49,2	4,8	2,3	-52,1
204 LEUCEMIA LINFATICA	8,4	10,1	20,2	4,3	5,4	25,6
205 LEUCEMIA MIELOIDE	6,1	9,8	60,7	3,8	4,9	28,9
TUTTE LE SEDI	536,5	754,2	40,6	372,1	452,4	21,6

Relativamente alle patologie più frequenti ed a quelle prevenibili si rileva che:

a) nei maschi:

- le prime tre sedi per incidenza sono rappresentate nel '94-98 da polmone, prostata e stomaco;
- il tumore del polmone continua a crescere come incidenza e mortalità standardizzata, mentre mostra un lieve incremento nella sopravvivenza, continuando a rappresentare il più grande problema di salute nel campo oncologico per la sanità pubblica umbra;
- il tumore della prostata ha avuto un forte aumento di incidenza, un lieve aumento di mortalità ed un forte aumento di sopravvivenza, dati che vanno interpretati alla luce delle conoscenze sulla storia naturale di questa patologia, frequente come reperto autoptico e come forma torpida;
- il tumore dello stomaco mostra una lieve riduzione di incidenza, una più consistente riduzione di mortalità con un guadagno sensibile nella sopravvivenza relativa, registrate a fronte di conoscenze ancora poco chiare sui determinati di questa malattia;
- tra le altre sedi va rilevata la crescente rilevanza del tumore del colon (per incidenza e mortalità, cui si affiancano incoraggianti miglioramenti nella sopravvivenza relativa) e del carcinoma epatico che a fronte di incidenza e mortalità in crescita (con una quota consistente di patologia prevenibile perché di genesi infettiva) presenta una delle sopravvivenza più basse tra tutte le sedi.

Tabella 2.4 Tassi standardizzati (Italia 1991) di mortalità per tumori maligni in Umbria. Confronto 1978-82 e 1994-95.

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1998	Var %	1978-1982	1994-1998	Var %
151 STOMACO	57,3	41,6	-27,4	29,8	19,5	-34,6
153 COLON	20,6	27,8	35,0	15,6	17,2	10,3
154 RETTO	16,8	11,9	-29,2	7,3	6,2	-15,1
155 FEGATO	13,8	20,5	48,6	10,5	8,4	-20,0
157 PANCREAS	13,4	13,5	0,7	7,9	10,1	27,8
161 LARINGE	11,7	7,1	-39,3	0,6	0,2	-66,7
162 POLMONE	73,2	91,3	24,7	8,8	13,8	56,8
172 PELLE (MELANOMI)	1,2	2,6	116,7	0,9	1,6	77,8
174 MAMMELLA (FEMMINE)				31,0	31,5	1,6
180 COLLO DELL'UTERO				1,3	1,7	30,8
185 PROSTATA	34,9	33,0	-5,4			
201 LINFOMA DI HODGKIN	2,8	0,9	-67,9	2,0	0,6	-70,0
204 LEUCEMIA LINFATICA	3,9	4,0	2,6	1,2	2,5	108,3
205 LEUCEMIA MIELOIDE	4,7	6,7	42,6	3,2	3,4	6,2
TUTTE LE SEDI	352,6	355,6	0,9	194,2	183,7	-5,4

b) nelle femmine:

- le prime tre sedi per incidenza sono nel '94-98 mammella, colon e stomaco;
- il cancro della mammella cresce in incidenza più che in mortalità e dimostra la migliore sopravvivenza relativa tra tutte le sedi tumorali (86 per cento);
- il colon vede aumentare l'incidenza, ma non la mortalità e raggiunge una sopravvivenza relativa pari al 60 per cento, del tutto sovrapponibile a quella dei maschi;
- lo stomaco anche nelle donne ha un'incidenza e mortalità in decremento pur presentando tassi standardizzati che sono la metà circa di quelli maschili, mentre la sopravvivenza relativa è analoga;
- infine la cervice dimostra una riduzione di incidenza che non intacca la mortalità⁴ (che anzi aumenta) a fronte di una sopravvivenza elevata anche nel '78-82.

La ricchezza di queste informazioni, rimanda alla necessità di attivare più idonee modalità di confronto ed interazione tra RTUP, Dipartimento di Prevenzione, servizi di prevenzione secondaria (screening) e servizi di assistenza oncologica.

Se si guarda in particolare ai tumori della mammella e del collo dell'utero, si vede come abbiamo i dati per verificare nel futuro l'impatto preventivo nel concreto dei programmi di screening avviati, anche se già oggi si evidenziano dati positivi: la sopravvivenza percentuale relativa a cinque anni nei casi di tumore della mammella, nelle aree coperte da registri è in media dell'81 per cento, mentre in Umbria si arriva all'86 per cento; la sopravvivenza percentuale relativa a cinque anni nei casi di tumore del collo dell'utero, nelle aree coperte da registri è in media del 64 per cento, mentre in Umbria si arriva al 68 per cento.

⁴ L'aumento della mortalità in Umbria per cr della cervice nei periodi osservati è verosimilmente da attribuire ad un miglioramento della codifica dei dati di mortalità, in quanto nel 1978-82 molti casi venivano attribuiti al carcinoma dell'utero senza ulteriori specificazioni.

Tabella 2.5: sopravvivenza relativa a cinque anni (per cento) per alcune sedi tumorali in Umbria. Confronto tra i casi incidenti nei periodi 1978-82 e 1994-96.

ICD-IX SEDE	MASCHI			FEMMINE		
	1978-1982	1994-1996	Var %	1978-1982	1994-1996	Var %
151 STOMACO	25	35	40,0	28	34	21,4
153 COLON	49	59	20,4	54	61	13,0
154 RETTO	48	60	25,0	55	59	7,3
155 FEGATO	1	9	800,0	1	10	900,0
157 PANCREAS	0	4		3	5	66,7
161 LARINGE	63	70	11,1	73		-100,0
162 POLMONE	11	15	36,4	20	18	-10,0
172 PELLE (MELANOMI)	60	58	-3,3	61	81	32,8
174 MAMMELLA (FEMMINE)				71	86	21,1
180 COLLO DELL'UTERO				63	68	7,9
185 PROSTATA	39	71	82,1			
204 LEUCEMIA LINFATICA	46	60	30,4	51	64	25,5
205 LEUCEMIA MIELOIDE	19	25	31,6	6	27	350,0

Sempre in relazione ai tumori va considerato che oramai emergono evidenze di impatto positivo sulla salute derivante dallo screening del carcinoma del colon retto.

F.2) Disabilità e invalidità.

La disabilità è definita come la presenza di almeno di una tra le tipologie di disabilità intese come limitazione nelle Attività della vita quotidiana (ADL)⁵.

La stima relativa agli anni 1999-2000 indica la presenza di oltre 2.615.000 persone disabili in Italia, pari al 48,5 per mille della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia⁶. Analizzando le principali caratteristiche strutturali del fenomeno emergono due aspetti essenziali:

- il prevalere degli anziani tra i disabili (circa due milioni), dove la perdita di autonomia funzionale sopra i 65 anni riguarda quasi un anziano su cinque e diviene ancor più marcata nella «quarta età»;
- la differenza di genere piuttosto marcata con uno svantaggio per le donne (circa 1.700.000 le donne disabili e poco meno di 900.000 gli uomini).

Per quanto riguarda l'Umbria, dalla tab. 2.6 risulta che il numero delle persone disabili è pari al 51 per 1000 persone della stessa zona e con quozienti standardizzati per età. Altro dato è costituito dalla invalidità (tab. 2.7) che non coincide necessariamente con la disabilità in quanto non tutte le persone disabili hanno il riconoscimento di invalidità.

⁵ Attività della vita quotidiana. Con riferimento all'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", le ADL sono una batteria di quesiti finalizzati a misurare la presenza di disabilità. I quesiti riguardano: costrizione a letto, su una sedia, in casa, autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare, sentire, vedere, parlare. Da tale batteria di quesiti è possibile, inoltre, identificare 4 tipologie di disabilità: confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi), disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

⁶ La stima esclude pertanto i bambini nella fascia di età della prima infanzia e le persone che vivono stabilmente in istituti residenziali.

Tabella 2.6: Persone di 6 anni e più disabili - tassi grezzi per 1000 abitanti - 1999-2000.

	Disabili	Tipo di disabilità			
		Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista udito e parola
Umbria	51,0	20,6	34,3	25,4	14,5
Italia	48,5	21,4	28,8	22,3	11,1

Come si vede il dato è superiore alla media italiana, nel complesso ed in particolare in alcune sue componenti. Ciò, come carico assistenziale è sicuramente un elemento da tenere in conto rispetto alla questione dei finanziamenti.

Tabella 2.7: Persone invalide - tassi grezzi per 1000 abitanti - 1999-2000.

	Invalidità motorie	Insufficienza mentale	Cecità	Sordomutismo	Sordità
Umbria	24,6	10,2	9,0	0,4	24,8
Italia	24,7	8,2	6,1	1,6	15,2

Anche per l'invalidità il dato regionale è superiore alla media nazionale, soprattutto per quei tipi di invalidità che possiamo immaginare più collegati alla vecchiaia.

Se però usiamo per i confronti i tassi standardizzati per età, forniti dallo stesso Istituto, abbiamo una situazione differente, in quanto l'Umbria si attesta sul 40,9 per mille contro il 48,5 dell'Italia per la disabilità, mentre per l'invalidità i tassi sono rispettivamente pari a 20,6 ed a 29.

Per l'invalidità il dato resta più frastagliato:

- le invalidità motorie si avvicinano al dato minimo regionale;
- l'insufficienza mentale si colloca nella media nazionale;
- la cecità e, soprattutto, la sordità superano il dato nazionale;
- il sordomutismo, fenomeno comunque raro, si colloca ai livelli minimi.

Questi dati possono quindi fornirci le seguenti indicazioni:

- i tassi grezzi, accompagnati dalle tabelle che, almeno a livello italiano, definiscono la distribuzione per età dei fenomeni, possono fornirci l'ordine di grandezza dei vari problemi assistenziali e il peso percentuale rispetto al resto del paese di tali problemi assistenziali;
- i tassi standardizzati possono aiutarci a definire gli obiettivi, al netto della composizione per età della nostra popolazione.

Le varie forme di disabilità, inoltre, hanno una diversa distribuzione per età, anche se nel complesso interessano di più gli anziani.

F.3) Salute mentale.

Di forte interesse per la Sanità pubblica è la situazione relativa alla salute mentale.

I problemi di salute ad essa correlati costituiscono una componente rilevante nel determinare il carico di disabilità di una popolazione.

Il World Health Report 2001, redatto dall'O.M.S., stima che i disturbi mentali rappresentino 4 delle 10 maggiori cause di disabilità a livello mondiale.

I disturbi psichici negli adulti, infatti, mostrano una prevalenza del 10 per cento ed una prevalenza del 25 per cento nel corso della vita.

Nell'accezione usata dall'OMS i disturbi mentali comprendono un'ampia gamma di patologie e condizioni morbose, fra cui, oltre alle patologie strettamente psichiatriche, alcoolismo, dipendenze, malattie neurologiche, demenza senile, ecc.

Studi sulla morbilità psichiatrica nella popolazione generale e studi provenienti dai dati generati dai Registri Psichiatrici dei Casi, mostrano che a fronte di un 10-25 per cento di morbilità psichiatrica nella popolazione generale, solo l'1,3 per cento perviene ai servizi di salute mentale. Nonostante la maggior parte degli studi sui bisogni dei servizi abbia utilizzato metodologie di tipo indiretto e siano stati realizzati con disegni sperimentali eterogenei, i risultati appaiono in larga misura sovrapponibili: nell'ambito della popolazione generale il 60-70 per cento dei pazienti con disturbi dello spettro nevrotico ed il 30-40 per cento dei pazienti affetti da disturbi di tipo psicotico non è seguita dai servizi specialistici.

Su un altro versante, autorevoli autori sottolineano che per poter realizzare un'adeguata pianificazione dei servizi di salute mentale è necessario disporre di evidenze adeguate, che rientrano soprattutto nell'area dell'epidemiologia clinica e della «health services research»; gli stessi autori ricordano però che su un amplissimo numero di questioni cruciali che investono il funzionamento quotidiano dei servizi di salute mentale le evidenze disponibili sono molto limitate, il che a sua volta induce un'elevata variabilità assistenziale.

Vi sono inoltre evidenze importanti circa i benefici derivanti dalla attivazione di reti di intervento precoce che interagiscano con situazioni di disagio, note per essere correlate con lo sviluppo di gravi patologie psichiatriche; il messaggio che tali conoscenze ci forniscono è che non ha molto senso continuare ad investire quantità consistenti di risorse nel solo trattamento di pazienti adulti con quadri molto strutturati di sofferenza mentale senza intervenire in fase precoce.

Si tratta di indicazioni che, per l'autorevolezza delle fonti, sono riportate nel Piano in quanto rappresentano un invito ad un maggior impegno sul versante degli studi valutativi.

F.4) Altre patologie.

Nella lotta alle malattie trasmissibili, le condizioni igieniche e nutrizionali, l'educazione alla salute, le pratiche di immunizzazione e le efficaci terapie disponibili hanno permesso (con poche eccezioni tra cui le salmonellosi) di ottenere talora l'eradicazione, spesso l'eliminazione, quasi sempre il controllo, come dimostrano i recenti dati sull'incidenza di AIDS nella nostra regione.

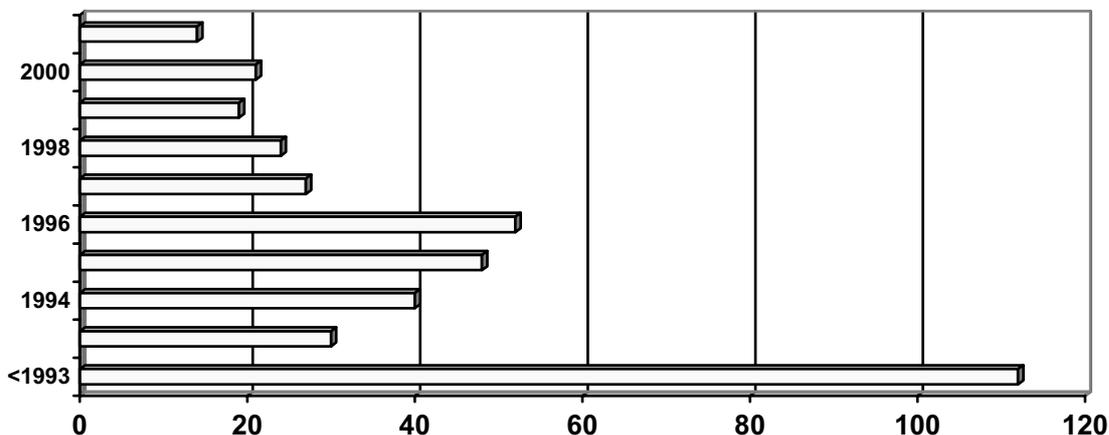


Figura 2.5: incidenza dei casi di AIDS per anno di diagnosi in Umbria.

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISS aggiornati al 31 ottobre 2002.

Ciò circoscrive un'area di rischi e di danni evitabili ed evitati che rimanda alla necessità di non sottovalutare servizi e interventi messi in campo in questo settore, dove dobbiamo mantenere le posizioni acquisite e puntare a migliorare il controllo delle patologie infettive.

Infine vi è l'attenzione ed il ruolo crescente assunto dalla componente genetica delle malattie, sia nel senso «classico» di anomalie congenite derivanti da malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e malattie ereditarie (dove la nostra regione non registra andamenti epidemiologici difforni da quelli attesi), sia nel senso «emergente» relativo al contributo che la genetica offre nel quadro della multi fatto-

rialità sottesa alla maggior parte delle malattie cronico degenerative, sia alle prospettive concrete che può offrire in termini di salute della popolazione le nuove conquiste delle genetica.

F. 5) *Mortalità e mortalità evitabile.*

L'età media di morte risulta in continua e progressiva elevazione, essendo aumentata nel 1998 di 161 giorni rispetto al 1997 (valori medi italiani). Sta quindi diminuendo sia la mortalità evitabile che anche la restante mortalità - quella non evitabile, che mostra un rallentamento addirittura più accentuato nel periodo 1995-1998 (-9,9 per cento contro il -7 per cento della mortalità evitabile): in pratica nel periodo 1995-1998 la mortalità non classificata come evitabile nei soggetti con età compresa tra 5 e 69 anni è diminuita di un caso ogni 10.

In termini di andamenti complessivi la mortalità standardizzata maschile e femminile (0-74 anni) per grandi gruppi di cause è riportata nella tavola 2.8.

Tabella 2.8: Mortalità standardizzata maschile e femminile (0-74 anni), per grandi gruppi di cause (a).

Cause		Umbria		Media Nazionale	
		M	F	M	F
Mal. infett. E par.		1,7	1,7	2,6	1,4
Tumori		114,2	68,1	132,3	72,0
Dist. Psichi.		11,0	5,9	11,1	6,0
Malattie sistema cardiovascolare	Infar. mio. ac.	29,3	8,6	29,3	7,9
	Dit. Circ. Encef.	17,9	10,9	19,0	12,0
	Altre mal. sisat. circ.	41,8	19,6	49,3	22,2
Mal. App. resp.		10,3	4,1	14,2	4,9
Mal. app. Diges.		13,6	6,7	19,9	9,2
Altri stati morbosi		26,9	16,2	36,4	25,4
Sintomi mal defin.		2,2	1,3	5,2	2,1
Trau. e Avvelena.		36,5	11,4	37,6	11,0
Totale		305,4	154,5	356,9	174,1

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anni 1996, 1997 e 1998.

(a) Tassi (per 100.000 ab.) standardizzati; popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale.

Utilizzando il dato di mortalità sotto i 75 anni, in quanto più affidabile rispetto alla classificazione per cause e più rilevante ai fini dell'analisi delle anni di vita perduti, si osserva un complessivo vantaggio per l'Umbria, esprimibile, rispetto alla media nazionale, in termini di:

- un 15 per cento di rischio di morire in meno per i cittadini umbri;
- un 11 per cento di rischio di morire in meno per le cittadine umbre.

Questo vantaggio deriva da una serie di fattori distribuiti nei decenni precedenti il periodo osservato e riconducibili a stili di vita, organizzazione del territorio e del lavoro, azioni dei sistemi di assistenza sociale e sanitaria. Bisogna quindi esaminare gli elementi che ci possono dire se tale vantaggio è destinato a mantenersi, perché

esso è meno evidente per le donne, anche grazie all'effetto delle misure adottabili da parte della programmazione socio-sanitaria.

In primo luogo va detto che per quanto riguarda i tumori, il vantaggio resta alto per i maschi e si abbassa al 5 per cento per le femmine.

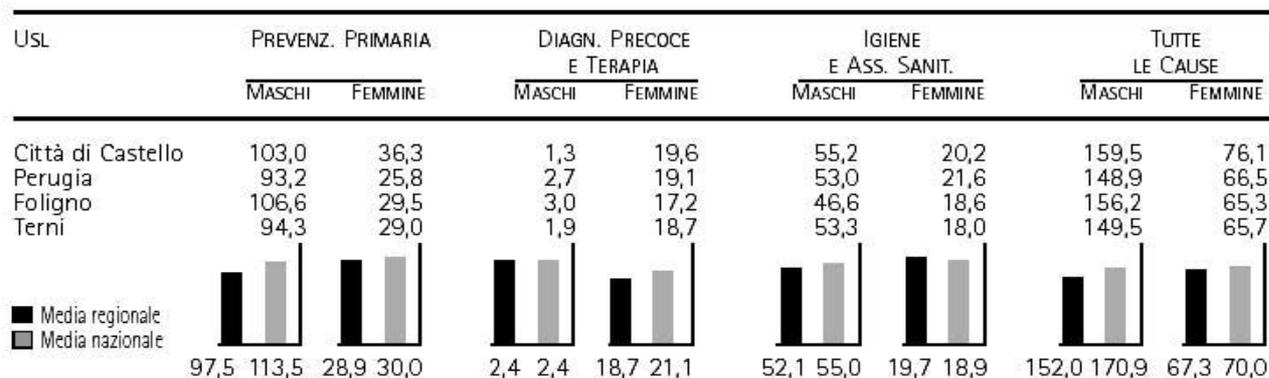
Bisogna poi prendere in considerazione l'infarto del miocardio, dove il vantaggio si annulla sia per i maschi che per le femmine, ed i disturbi circolatori dell'encefalo dove il vantaggio si riduce ad un 5 per cento di rischio di morire in meno.

Infine va considerato l'impatto dei traumatismi e delle cause violente, dove il vantaggio dei maschi si riduce al 3 per cento e per le femmine si rileva uno svantaggio del 5 per cento.

Relativamente all'UMBRIA gli YPLL65 prodotti dagli incidenti stradali, sono al secondo posto dopo l'area materno infantile in termini di peso percentuale.

La mortalità evitabile⁷ in Umbria presenta valori mediamente inferiori a quelli medi nazionali: con riferimento a tutte le cause di morte, per uomini e donne, è pari, a livello regionale, a 152 ed a 67,3 per 100.000 abitanti a fronte della media nazionale di 170,9 per uomini e di 70 per le donne. Nelle nostre USL, la situazione appare abbastanza diversificata, nei valori che rimangono però tutti sotto i livelli medi nazionali.

Figura 2.6: mortalità evitabile standardizzata per gruppi di cause.



Fonte: elaborazione Prometeo su dati Istat - Anno 1996, 1997 e 1998,

(a) Tassi standardizzati (x 100.000 ab.); morti 5-69 anni; popolazione tipo = popolazione mondiale.

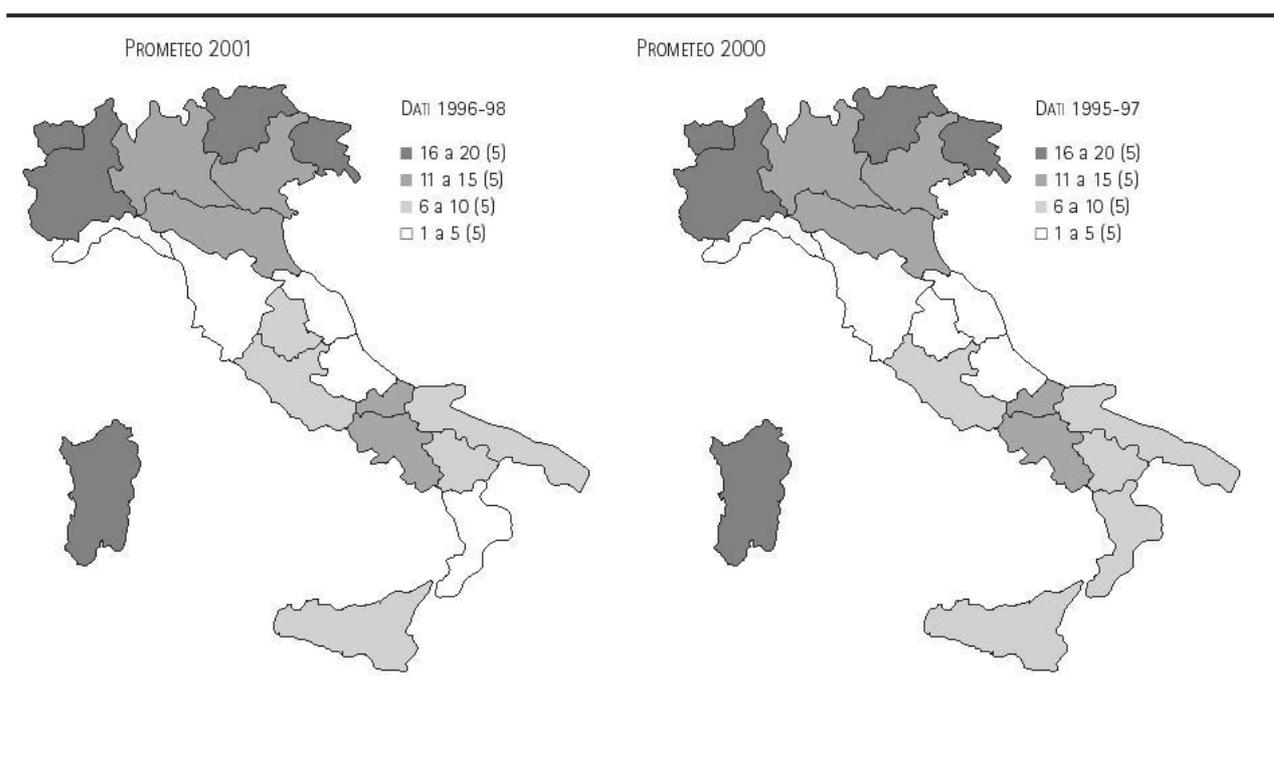
Rappresenta un'eccezione la ASL di Città di Castello, dove i valori della mortalità evitabile maschile, per tutte le cause, sono maggiori rispetto alle altre USL e per le donne si attestano su 76,1 per 100.000 abitanti, livello superiore alla media italiana. In merito alla struttura del dato si rileva che i decessi evitabili con misure di prevenzione primaria sono 97,5 per 100.000 abitanti per gli uomini e 28,9 per le donne;

⁷ La mortalità evitabile, indicatore della qualità dell'assistenza di cui evidenzia carenze quali e quantitative viene qui utilizzata sulla base della metodologia sviluppata in Prometeo (2001), dove sono previste tre raggruppamenti di patologie nei cui confronti si dispone di interventi efficaci. Nel primo gruppo denominato «prevenzione primaria» rientrano: 1) tumori maligni delle prime vie aeree; 2) tumori maligni del fegato; 3) tumori maligni del polmone; 4) tumori maligni della vescica; 5) disturbi circolatori dell'encefalo; 6) cirrosi epatica; 7) morti violente. Nel secondo gruppo denominato «diagnosi precoce e terapia» sono inserite: 1) tumore della pelle; 2) tumore della mammella; 3) tumore del collo dell'utero; 4) tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione; 5) tumore del testicolo; 6) malattia di Hodgkin. Infine nel terzo gruppo «igiene ed assistenza sanitaria» sono comprese: 1) malattie infettive nel complesso; 2) leucemie; 3) cardiopatie reumatiche croniche; 4) ipertensione; 5) malattie ischemiche del cuore; 6) polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute; 7) ulcera gastrica; 8) appendicite; 9) ernia addominale; 10) colecistite acuta e cronica; 11) mortalità materna; 12) malformazioni congenite cardiache.

mentre decessi evitabili con diagnosi precoce e/o diversi approcci terapeutici sono pari a 2,4 per uomini e 18,7 per 100.000 abitanti per le donne; infine sono da attribuire ad un'inadeguata igiene e assistenza sanitaria 52,1 morti maschili e 19,7 morti femminili per 100.000 abitanti. A livello di singole USL, come già detto, è da evidenziare la situazione di Città di Castello, in cui le morti attribuibili a carenze nella prevenzione primaria femminile e all'igiene e assistenza sanitaria sono per entrambi i sessi superiore alla media nazionale.

Per effetto combinato di tale fenomeno e dei miglioramenti registrati in altre regioni italiane si è avuto un arretramento relativo della nostra regione nella graduatoria nazionale sulle morti evitabili, come evidenziato graficamente dalla *figura 2.7* (situazione nel triennio 1995-1997 e situazione nel triennio 1996-1998).

Figura 2.7: Mortalità evitabile in Italia nei trienni 1996-98 e 1995-97.



Fonte: elaborazione Prometeo 2001 su dati Istat.

G) EQUITÀ.

Il SSR assume nei principi ispiratori sia l'uguaglianza dei cittadini sia l'equità.

Il primo principio, che comporterebbe per il SSR la capacità di ottenere la effettiva eliminazione delle barriere geografiche ed economiche all'utilizzazione dei servizi, ha trovato una applicazione nel concetto di welfare universale, a sua volta è esitato nel principio della massima delocalizzazione appropriata dei servizi, essendo note sia la relazione diretta tra accessibilità ed utilizzazione dei servizi che quella, inversa, tra equità ed efficienza.

Il secondo principio deriva dalla osservazione che le politiche universalistiche non sono sufficienti a limitare l'impatto delle ingiustizie e invertirne il corso perché, quando il bisogno non è distribuito uniformemente e tende a cumularsi in circuiti di svantaggio da cui molti non riescono ad uscire da soli, le reti uniformi di garanzie devono essere affiancate da politiche di «lancio».

Tabella 2.9: Eguaglianza ed equità in sanità⁸.

		TRATTAMENTO	
		Eguale	Diseguale
BISOGNI	Eguali	a	b
	Diseguali	c	d

a = **eguaglianza**: gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente (ad es.: parametro capitarlo ovvero uguale spesa e/o risorse pro capite, oppure uguale accesso, od opportunità di accesso, per eguale bisogno; oppure uguale utilizzazione di risorse per uguale bisogno).

d = **equità**: gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente (ad es.: maggiore spesa e/o risorse per bisogni più gravi; oppure più facilità di accesso per i più «deboli»).

b c = **ingiustizia sociale e/o distributiva**.

A fronte della delicatezza e della importanza di tali questioni, noi non disponiamo di un corpo di osservazioni sistematiche volte a documentare presenza, ampiezza e impatto sia di eventuali disuguaglianze di accesso e socio economiche nella salute. Questo settore di studi è stato invece sviluppato in Italia in particolare dall'Osservatorio Epidemiologico del Lazio, e dalle Unità di epidemiologia in Piemonte e Toscana.

Gli studi epidemiologici documentano una messe consistente di evidenze, tra cui:

a) Studi sulla disuguaglianze nell'accesso:

- è stata documentata la presenza di disuguaglianze nell'accesso alle terapie ed è stato rilevato che le persone appartenenti agli strati sociali più umili vi è una maggiore tendenza all'uso di terapie meno innovative e meno appropriate;
- le persone di estrazione sociale inferiore, nonostante abbiano un tasso di ospedalizzazione più alto per cardiopatia ischemica, ricevono mediamente dalle strutture sanitarie una minore offerta di bypass aorto coronarico; inoltre la sopravvivenza media a 30 giorni dall'intervento è inferiore a quella segnalata per le classi sociali più avvantaggiate;
- vi è una carenza relativa, per le categorie sociali più basse di una adeguata assistenza di base, testimoniata da un ricorso all'ospedalizzazione (in genere) e alla degenza ospedaliera di lunga durata più frequente tra gli individui che vivono in aree più povere e da un eccesso di ospedalizzazione rispetto alla gravità delle patologie asmatiche nei figli di persone appartenente alle categorie sociali più basse.

b) Studi sulle disuguaglianze socio economiche nella salute:

- nell'Europa Occidentale vi è forte evidenza che la deprivazione socio-economica rappresenti un importante determinante dell'eccesso di morbosità e di mortalità prematura;
- le disuguaglianze sono osservabili da qualsiasi angolatura della struttura sociale: istruzione, reddito, occupazione, classe sociale, caratteristiche dell'abitazione;
- vi è evidenza di un aumento delle disuguaglianze nella salute negli ultimi decenni in molti Paesi;
- svantaggi estremi sono stati documentati per i gruppi più deprivati della popolazione: i disoccupati di lungo corso, i senza fissa dimora, chi vive in quartieri o dimore particolarmente disagiate.

⁸ Fonte: X° Master in epidemiologia dei servizi sanitari. Università di Tor Vergata.

c) Disuguaglianze molto marcate nella mortalità sono quelle correlate a:

- stili di vita insalubri (cancro del polmone e fumo, cirrosi e alcol);
- lunghe carriere di povertà (cancro dello stomaco);
- problemi di sicurezza (incidenti sul lavoro e stradali);
- problemi di disagio sociale (dipendenza da droghe nei giovani, suicidi tra gli anziani);
- emarginazione dei malati (malattie psico-nervose).

La relazione tra stato di salute e livello socioeconomico è un fenomeno relativo, nel senso che sono più fortemente associate allo stato di salute le disuguaglianze di reddito all'interno della comunità (povertà relativa) che la povertà o il reddito pro capite assoluto. Nelle società in cui la forbice distributiva è meno ampia, vi è una migliore coesione sociale e conseguentemente una più facile integrazione degli individui nelle reti relazionali che, come è noto sono benefiche per la salute e sono ritenute un elemento chiave nella relazione tra sviluppo economico e salute.

H) L'ERRORE IN SANITÀ.

La sicurezza dell'assistenza rappresenta un capitolo emergente⁹ e di grande rilevanza sia per i cittadini che ne sopportano concretamente le conseguenze, sia per la Sanità pubblica che vede nell'errore in sanità un potente fattore di riduzione della propria efficacia, dovendone oltretutto sopportare i costi derivanti dalla crescita del contenzioso.

In Italia¹⁰ si stima che su 8 milioni di persone che ogni anno sono ricoverati negli ospedali, il 4 per cento circa, 320.000 persone, finiscono per riportare danni più o meno gravi alla propria salute. Una cifra variabile tra le 14.000 e le 50.000 persone morirebbero ogni anno a causa di errori o per una non adeguata organizzazione delle strutture sanitarie. Anche considerando come reale la stima inferiore (14.000 decessi annui), l'errore ospedaliero rappresenterebbe una causa di morte di primaria importanza, alla luce della sua evitabilità. In conseguenza di questi eventi avversi molti utenti ricorrono sempre più ai tribunali: sono arrivate infatti a 12.000 le cause pendenti per una richiesta di risarcimento danni, pari a circa 2,5 miliardi di Euro, mentre il costo delle polizze assicurative è destinato a crescere. Costi legali a parte si stima che circa 10 miliardi di euro siano bruciati annualmente in Italia in conseguenza di sprechi, errori e disorganizzazione (sempre relativi al solo ambito ospedaliero pubblico e privato), una cifra pari quasi al 30 per cento circa delle risorse destinate alle strutture ospedaliere. Solo in termini di allungamento della degenza - in media 2 giorni - per quel 4 per cento di utenti che incappa in qualche «evento avverso» si parla di un costo aggiuntivo di ben 260 milioni di euro. Altri 2,5 miliardi di euro sarebbero la diretta conseguenza di eventi causati da violazioni di procedure o limiti strutturali. Quanto all'attribuzione, gli studi citati ne addebitano circa la metà a problemi legati all'organizzazione logistica dell'ospedale o all'inadeguatezza delle sue strutture, il 17 per cento ad errori professionali, quindi il 10 per cento al cattivo funzionamento delle attrezzature scientifiche ed il resto a «circostanze fortuite...». Una stima del Censis attribuirebbe però al fattore umano circa il 48 per cento degli errori.

Non abbiamo dati sulla distribuzione degli errori per classe sociale di appartenenza.

Tra i fattori che li determinano troviamo: il tempo (troppe prestazioni da dover assicurare in poco tempo), le carenze di personale rispetto al numero di pazienti, la mancanza di aggiornamento e formazione continua, la carenza di comunicazione tra personale di reparti diversi e all'interno dello stesso reparto, la manutenzione inadeguata di edifici e apparecchiature.

⁹ Nel 1984 l'Harvard Medical Practice Study ha rivisitato le cartelle cliniche di 30.121 pazienti ricoverati in 51 ospedali per acuti newyorchesi (Brennan TA et al 1991; Berwick DM, Leape LL, 1999) stimando il peso degli sbagli prevenibili nelle strutture ospedaliere degli USA in 120.000 morti annui. Queste cifre sono state parzialmente confermate (tra 48.000 e 98.000 morti annui per errori in ospedale ed almeno altre 7000 per errori nella prescrizione o nell'uso delle medicine) da un recente rapporto della Commissione nazionale sulla qualità dell'assistenza sanitaria dell'Istituto di medicina dell'accademia delle scienze americana (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, 1999).

¹⁰ Cineas del Politecnico di Milano in collaborazione con la Zurich Consulting (2002).

A questi dati va poi aggiunto il problema delle reazioni avverse ai farmaci: il sistema regionale di farmacovigilanza ha permesso di censire nel 2001 circa 160 reazioni avverse, dato in linea con le segnalazioni attese (circa 200 per milione di abitanti).

Va infine ricordato che anche quando non ci sono errori, spesso i pazienti s'infettano in ospedale e per il massiccio uso di antibiotici si creano patogeni antibiotico resistenti, talché almeno una parte della morbosità è creata dagli sforzi per curarla.

L'insieme delle considerazioni qui sviluppate in materia di equità ed errore ci ricorda che mentre i sistemi sanitari sono responsabili di molti progressi avvenuti nel tempo, questi progressi sono lunghi dall'essere uniformemente distribuiti nella popolazione, mentre gli errori del sistema possono diminuire considerevolmente l'effettiva dimensione del beneficio che è chiamato a realizzare.

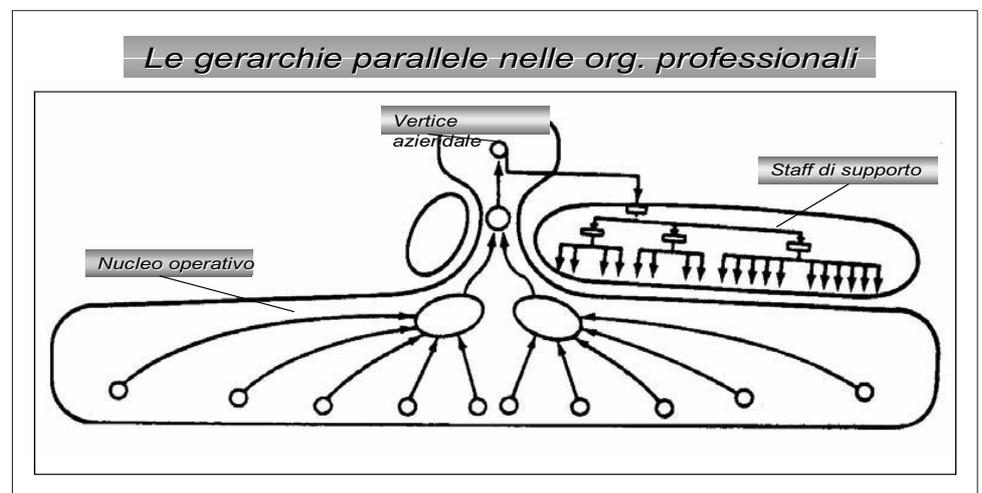
2.2. Bilancio del ciclo programmatico 1999-2001.

Il PSR 1999-2001 assumeva il quadro dei bisogni e delle problematiche epidemiologiche sviluppato dal PSN 1998-2000, cui riconosceva coerenza metodologica e una visione avanzata dei compiti di un moderno SSN. Tali bisogni venivano poi da noi tradotti in un quadro concettuale che assegnava gli obiettivi di salute ai tre principali livelli di responsabilità (Governo della Salute, Governo della sanità e Gestione della Sanità) dove erano individuate le principali azioni ritenute in grado di contribuire al raggiungimento degli stessi obiettivi.

2.2.1. L'IPOTESI ORGANIZZATIVA SEGUITA NEL TRIENNIO 1999-2001.

L'ipotesi organizzativa centrale del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e della successiva azione di governo della Sanità è che il Servizio Sanitario rappresenta un ibrido organizzativo, composto per la maggior parte da un'organizzazione professionale e per la parte residua da una burocrazia meccanica, secondo specifiche funzionali tratte da eminenti esponenti della sociologia sanitaria non italiana¹¹.

Figura 2.8: Le gerarchie parallele nelle organizzazioni professionali (Mintzberg H, 1996).



Si tratta di una ipotesi organizzativa che ha trovato brillanti conferme nella esperienza concreta del triennio sia a livello di governo della sanità che soprattutto a livello di gestione della sanità, fornendo così la base concettuale per lo sviluppo delle innovazioni organizzative nel prossimo triennio.

¹¹ Vedi paragrafo 3.6 del PSR 1999-2001 e, per una trattazione più estesa Mintzberg H., 1996 e E. Gross, A. Etzioni, 1986. Secondo tali ipotesi l'organizzazione professionale, contrariamente alle attese ed ai luoghi comuni sulle organizzazioni, ha una gerarchia ascendente, nel senso che sono gli addetti al nucleo operativo a dare gli input a quelli che «stanno sopra» e vi è una ampia discrezionalità dei professionisti nell'uso delle risorse.

2.2.2. PRINCIPALI PROBLEMI NEL GOVERNO DELLA SALUTE.

Il PSR 1999-2001 aveva fatto propria l'osservazione di molti AA. secondo cui la salute è prodotta solo in piccola parte dai servizi sanitari¹², mentre rappresenta un risultato del sistema sociale vigente, che la determina attraverso molteplici lati, aspetti e funzioni tra loro interconnessi ed interagenti.

Sotto il tema «Governo della salute» erano stati così raccolti una serie di obiettivi di salute ed aree di intervento riferibili in gran parte ai cosiddetti determinanti di salute; erano state pure opportunamente discusse le interazioni necessarie tra diversi settori sociali ed istituzionali al fine di svolgere una effettiva azione di promozione della salute, sempre nella consapevolezza che alcuni determinanti sfuggivano (e tuttora sfuggono) all'azione che era possibile sviluppare in sede regionale; l'area delle tematiche pertinenti, a tale livello di intervento, restava e resta comunque consistente, tanto da meritare attenzione non solo in termini astratti, ma anche in relazione alla possibilità di promuovere concretamente la salute in Umbria.

Il «Governo della salute», nel triennio 1999-2001 ha dato alcuni risultati, soprattutto:

- nell'integrazione socio sanitaria, dove la presenza di una consolidata strumentazione programmatica (Piano Sociale regionale ed i suoi strumenti applicativi - i Piani di Zona) ha consentito di declinare concretamente le condizioni della inter-settorialità e di dare loro un percorso effettivo su cui effettuare ora gli opportuni aggiustamenti;
- nell'interazione con la scuola dove, oltre alla consolidata esperienza in tema di educazione alla salute è stata sviluppata una ricerca finalizzata (ex art. 12 legge 502/92) sul tema «La promozione della salute nella scuola», ricca di indicazioni per i nuovi sviluppi della progettualità regionale.

Limiti sono stati invece riscontrati sia nel metodo che nel merito.

I primi fanno riferimento:

- alla mancata messa a punto di un approccio concertativo adeguato per porre correttamente il problema delle relazioni, dei ruoli e delle responsabilità in una materia così delicata come è quella dell'inter-settorialità, dove l'impostazione verticale delle competenze amministrative poco si adatta a favorire «naturalmente» politiche di integrazione e corresponsabilizzazione, sia quando si tratti di mettere insieme diversi livelli istituzionali di uno stesso ente, sia quando si tratti di enti diversi e/o di risorse sociali comunque aggregate;
- alla mancata messa a punto di una specifica strumentazione programmatica che consenta di tradurre in azioni e sistemi operativi concreti le aree di accordo inter-settoriale prodotte dalle sedi di concertazione;
- infine alla mancata individuazione del soggetto responsabile della valutazione, aspetto particolarmente delicato, per le connotazioni immediatamente giudicanti e di valore «politico» che questa potrebbe assumere.

I limiti di merito risiedono principalmente nella preminenza assegnata ai fattori di benessere in sé, assunti cioè astrattamente come aree di condizioni in sé e per sé valide a produrre salute, in una accezione meccanicistica dei determinanti di salute in cui al fattore di benessere è attribuita la possibilità di causare un risultato (la salute) senza l'insieme delle connessioni e delle relazioni che invece costituiscono «in vivo» la reale modalità operativa.

2.2.3. GOVERNO DELLA SANITÀ E CICLO DELLA PROGRAMMAZIONE NEL TRIENNIO 1999-2001.

All'approvazione del PSR 1999-2001 (DCR 647/1999) ha fatto seguito l'approvazione dei progetti di settore da questo individuati come prioritari (DCR 737/2000) e

¹² Mac Kenbach (Mac Kenbach J.P., 1996) ha stimato il contributo dell'assistenza sanitaria sul declino della mortalità generale (tra 4,7 per cento e 18,5 per cento) e sull'aumento della speranza di vita alla nascita (tra 1,91 anni per gli uomini e 5,86 anni per le donne). Il miglioramento dello stato di salute per mezzo dei servizi sanitari riconosce molte modalità tra cui: grado di sviluppo delle conoscenze scientifiche; traduzione delle conoscenze scientifiche in processi tecnico sanitari; diffusione sia della conoscenza scientifica sia delle abilità tecnico operative; portata delle tecnologie sanitarie; adeguate condizioni organizzative.

l'assegnazione a questi di finanziamenti dedicati per un ammontare di circa 10 miliardi per ciascun anno del triennio.

Queste indicazioni di politica socio sanitaria ed altre indicazioni metodologiche (DGR 1145/2000) hanno guidato la messa a punto dei Piani Attuativi Locali, un elemento di assoluta novità nella storia della nostra programmazione sanitaria: tutte le Aziende Sanitarie locali ed ospedaliere hanno elaborato i PAL, ricevuto un parere sugli stessi da parte delle Conferenze dei sindaci (ASL) e della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria (AO), presentandoli poi alla Giunta Regionale che li ha validati, talora modificandoli. Quindi, per la prima volta, abbiamo avuto obiettivi misurabili e specifici per ciascuna azienda, macrolivello, settore, area progettuale, attivando monitoraggi esitati nella «Relazione su processi ed assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001» (Regione Umbria 2002).

All'interno di questo percorso l'emergenza finanziaria determinatasi nella primavera del 2001 ha costretto ad armonizzare i necessari interventi straordinari con le indicazioni della programmazione sanitaria; i PAL hanno recepito al loro interno le misure correttive decise con le DGR 513/2001 (interventi di razionalizzazione dei servizi) e 563/2001 (interventi per una migliore utilizzazione della spesa farmaceutica).

La valutazione dei Direttori Generali si è sviluppata tenendo conto di tale tempistica ed in coerenza con il ciclo programmatico: il Piano Sanitario 1999/2001 è scaduto nel marzo 2002; i Piani Attuativi Locali estendono i loro effetti fino al 31 dicembre 2002; nell'assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali, si è enfatizzata la loro responsabilità nella realizzazione dei Piani Attuativi Locali, dedicando un punteggio rilevante (circa 70 per cento) all'effettivo riscontro di quanto è stato realizzato rispetto agli obiettivi che ogni direzione aziendale ha assunto; a fine 2002 le aziende relazionano sui risultati ottenuti, la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria valida tali relazioni ed i DG sono valutati nella primavera 2003.

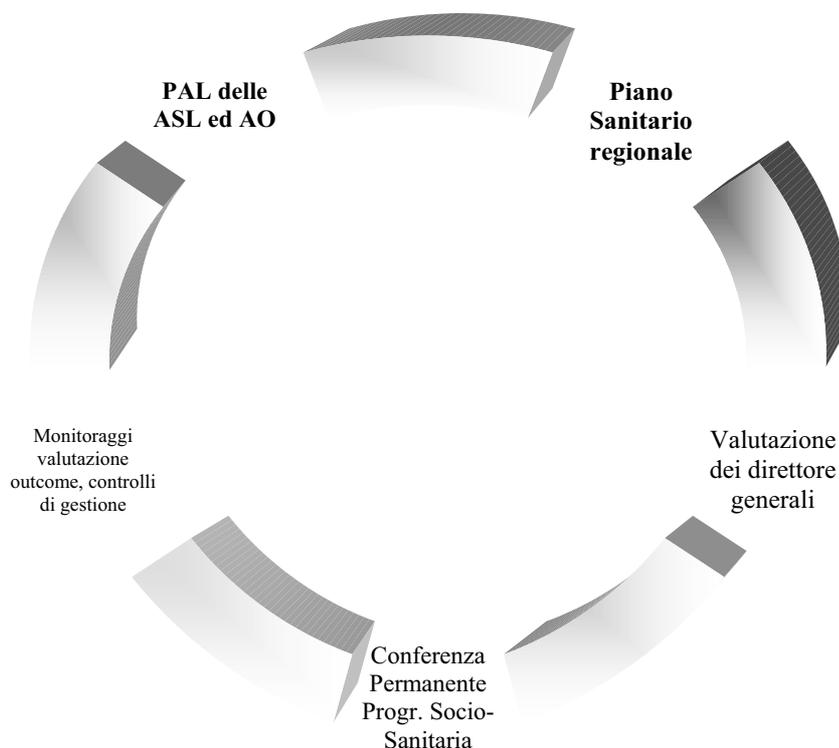


Figura 2.9.: Interazione tra programmazione, attuazione e verifica.

Problemi consistenti rimangono invece per quanto riguarda l'adeguatezza della Direzione regionale sanità e servizi sociali a far fronte, a partire dal modello organizzativo vigente e dalle risorse professionali disponibili, alle sfide poste dalle responsabilità attribuite al livello regionale dal Titolo V° della Costituzione e dagli sviluppi del federalismo sanitario.

2.2.4. LA GESTIONE DELLA SANITÀ.

A) IL DIPARTIMENTO E LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE.

Il Dipartimento di prevenzione ha visto nel triennio rafforzarsi la sua identità organizzativa; dopo una fase di collocazione organizzativa nel distretto, le integrazioni apportate alla legge regionale 3/98 dalla legge regionale 29/2000, sulla base della legge nazionale 229/99, permettevano ai DP di recuperare il profilo di macro-livello assistenziale del SSR. Veniva così superata l'assenza di riferimenti organizzativi generali per tale settore del PSR 1999-2001, prevedendo che i PAL sviluppessero sia le problematiche dei DP che quelle relative alla prevenzione nei luoghi di lavoro ed alla sicurezza alimentare.

Nel triennio i DP sono stati impegnati a perseguire diverse tipologie di obiettivi:

- quelli sviluppati in piena coerenza sulla base delle indicazioni del PSN;
- quelli sviluppati in coerenza con le indicazioni del PSN ma con standard migliorativi;
- quelli che rispondono a specifici profili epidemiologici locali.

La declinazione operativa degli obiettivi si è basata su:

- definizione di progetti obiettivo o piani per la prevenzione specifici nell'ambito della programmazione regionale di breve (annuale) o medio (triennale) periodo;
- inserimento di tali progetti e piani o di singoli obiettivi di prevenzione nelle apposite intese di programma o accordi tra la Regione e le aziende;
- inclusione degli obiettivi specifici nell'ambito del sistema di valutazione dei Direttori Generali;
- costituzione di centri regionali di documentazione;
- creazione di indicatori specifici regionali di valutazione degli obiettivi di salute;
- progettazione di interventi di formazione continua per gli operatori regionali della prevenzione sulla base della individuazione degli specifici bisogni formativi, avvalendosi anche delle Società scientifiche interessate, dell'Università, dell'ISS, dell'ISPEL, dell'IZS per l'Umbria e le Marche.

Sul piano più strettamente metodologico, la prevenzione nel triennio si è impegnata ad operare secondo moderne metodologie di lavoro, fra cui il lavoro per obiettivi, riunendo gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali) in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari.

Questo ha richiesto e richiederà sempre più ai DP di dotarsi di una organizzazione flessibile, anche a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al SSN in un processo di qualificazione professionale, gestionale ed organizzativa in cui risaltano, tra gli altri, i seguenti elementi:

- valutazione dei bisogni e identificazione del rischio;
- sanità pubblica basata sulle prove di efficacia;
- analisi sistemica;
- comunicazione;
- assicurazione di qualità.

È inoltre da sottolineare che il DPR 14 gennaio 1997, che ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici o organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non ha finora previsto alcun requisito per il DP.

In relazione ai finanziamenti assegnati alle attività di prevenzione nel corso del triennio sono andate delineandosi almeno tre criticità, anche se attualmente in fase di superamento:

- per il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica la difficoltà a sviluppare, all'indomani della costituzione dell'ARPA e quindi della sostanziale perdita delle competenze in campo ambientale, ambiti di intervento innovativi e rispondenti alle necessità di salute di una società in continua evoluzione;
- per il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro la difficoltà a raccordarsi, in maniera funzionale ed integrata per la sicurezza, con il Servizio ingegneristico-impiantistico;
- per il Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione e quello di Igiene degli Alimenti di Origine Animale la difficoltà di integrazione, rispetto a possibili sovrapposizioni o in contesti particolari.

Ma la criticità più importante e più seria, che si è ulteriormente e particolarmente manifestata in questo periodo, è la carenza di un Sistema Informativo da una parte non ancora in grado di rappresentare il complesso delle attività erogate dai Servizi del DP in modo esaustivo, ma anche sintetico, attraverso anche indicatori di domanda, di attività e di risultato e dall'altra non sufficientemente integrato con altri attori operanti dentro il sistema sanitario (quale, per esempio, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche) o fuori del sistema (quali l'ARPA, l'Ispettorato del Lavoro, l'INAIL etc.).

B) ASSISTENZA DISTRETTUALE.

Nel triennio sono stati attivati i nuovi Distretti ed i Centri di Salute mentre nel complesso il territorio ha sofferto di una scarsa autonomia gestionale ed i distretti hanno avuto deleghe molto limitate in termini di potere organizzativo.

Nell'ultimo anno, in occasione della stipula delle convenzioni regionali, si è lavorato per l'integrazione di mmg e pls e continuità assistenziale nei distretti e Centri di salute, nonché per rendere il distretto in grado di governare la domanda, incontrando una serie di difficoltà rappresentate da diffidenze reciproche tra tutti gli operatori dell'assistenza primaria:

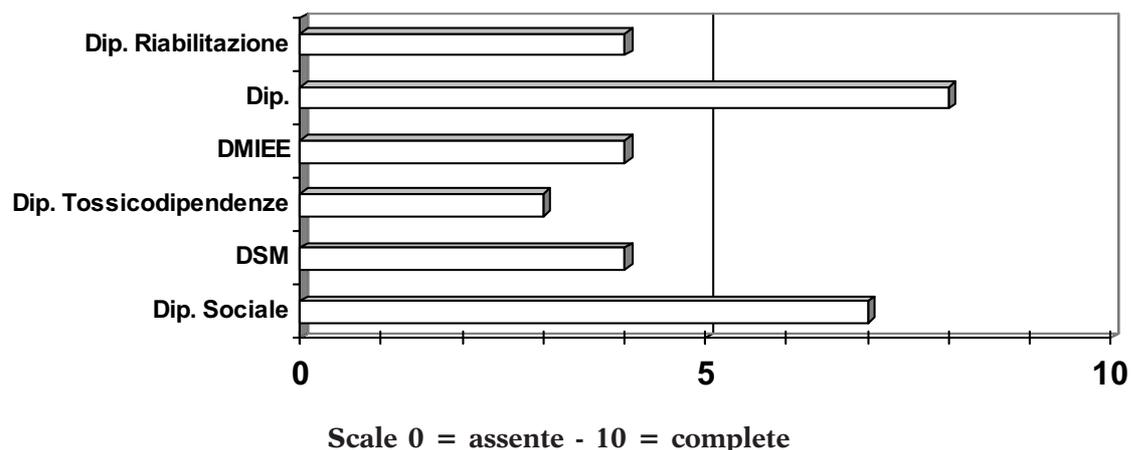
- tra gli mmg vi è chi ritiene il distretto e le sue articolazioni una struttura burocratica che potrebbe comprimere l'autonomia professionale;
- tra gli operatori di distretti e centri di salute vi è chi ritiene di dover interagire con i medici di base a partire da una posizione gerarchica;
- tra gli operatori della continuità assistenziale vi è chi ritiene di dovere evitare le relazioni funzionali con i medici di base per evitare umilianti subordinazioni;
- tra gli operatori dei dipartimenti e dei servizi territoriali vi è chi ritiene non necessaria una funzione di gestione ed integrazione dei servizi di assistenza primaria in quanto subordinante e limitante della autonomia gestionale necessaria al buon funzionamento del proprio servizio;
- infine alcune direzioni aziendali concepiscono l'attività distrettuale come produzione di attività di risposta territoriali, enfatizzando aspetti clinico assistenziali a scapito della medicina di comunità.

L'eterogeneità di concezioni e visioni organizzative riflette una non matura attenzione ai bisogni di salute ed assistenziali dei cittadini, che, essendo multidimensionali, richiedono operatori disposti a lavorare in équipe e ad integrare le proprie competenze, collocandole su più piani di intervento mentre poco si avvalgono, in prospettiva della presenza di servizi verticali.

Alcuni problemi sono inoltre emersi nei rapporti tra SSR ed Enti Locali, in quanto è necessario definire meglio il rapporto con l'Assemblea dei Sindaci e le relazioni con il Consiglio di Distretto, rapporti favoriti dal perfezionamento dei processi organizzativi sopra richiamati.

Al fine di sintetizzare le relazioni tra Distretti e Dipartimenti territoriali si riporta su una scala da 1 a 10 una valutazione sintetica del loro stato di maturità organizzativa.

Figura 2.10: relazioni distretti-dipartimenti territoriali.



Per quanto riguarda la **Medicina di base** i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (ISTAT 2001) hanno un alto gradimento da parte dei cittadini, migliore di qualsiasi altro settore del SSN; 4 italiani su 5 (che diventano 9 su 10, se sono anziani) vanno dal medico di medicina generale per le prescrizioni farmaceutiche, per la specialistica, per i ricoveri, per la riabilitazione; si ridimensionerebbe così il «problema» del «bypass» del medico generalista da parte di cittadini e altri professionisti.

Sul piano organizzativo nel triennio i medici di medicina generale si sono dedicati molto allo sviluppo delle forme associative che, ancorché regolate dalle Convenzioni nazionale e regionale, rappresentano ambiti di autorganizzazione ed autodefinizione dei propri obiettivi ed offrono ampi margini di intervento sia per l'integrazione funzionale tra medico di medicina generale e Distretto, sia per una maggiore convergenza con gli obiettivi ed i processi assistenziali del SSR.

Quanto alla Guardia Medica le dotazioni di personale nella nostra regione sono alte: 251 titolari, un rapporto di 1:3.350 abitanti, contro uno standard di 1:15.000, 1:30.000, il che pone la necessità di raggiungere una maggiore efficienza e, soprattutto, integrazione con gli altri servizi, per offrire ai cittadini una vera continuità assistenziale, che è poi la missione organizzativa di questo servizio.

Rispetto all'assistenza socio-sanitaria sono stati registrati degli avanzamenti sia per l'approvazione del Piano Sociale Regionale e dei Piani di Zona, sia per l'approvazione del Decreto Ministeriale del febbraio 2001, che definisce le regole per l'integrazione socio-sanitaria in alcune grandi aree di lavoro (anziani, salute mentale, disabili, tossicodipendenze, AIDS, malati terminali) e distingue ruoli ed oneri tra sociale e sanitario. A tal riguardo sono stati attivati gruppi di lavoro per l'applicazione regionale di tale decreto, verificati i requisiti delle Residenze protette per anziani, avviate sperimentazioni per i Centri Alzheimer e sperimentato l'assegno di cura come ulteriore opzione per l'assistenza socio-sanitaria all'anziano non autosufficiente.

Nel campo dell'assistenza farmaceutica: l'intervento programmatico ed organizzativo sviluppato nel triennio è stato per la Regione Umbria fonte di soddisfazione ed i risultati sono stati ottenuti attraverso un'azione molto ampia con una valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale, dei medici dei centri di salute, dei distretti, il coinvolgimento delle farmacie pubbliche e private, un grande impegno dei servizi farmaceutici aziendali e delle direzioni aziendali.

Tabella 2.10: Consumi farmaceutici SSN in Umbria e in Italia nel 2001.

	Umbria	Italia
Spesa a carico SSN (miliardi)	318	22.476
Δ 00-01	21,3	32,6
Spesa procapite	378.656	388.531
Ticket (miliardi)	0,93	7,0
Sconto farmacie (miliardi)	11	1.016
Sconto su spesa lorda	3,3	4,2
Spesa lorda (miliardi)	330	23.518
Δ 00-01	10,8	21,0
Spesa procapite	392.597	406.571
Ricette (migliaia)	6.734	422.914
Δ 00-01	15,4	20,6
Ricette procapite	8,0	7,3
Confezioni (migliaia)	13.000	Nd
Δ 00-01	8,9	Nd
Confezioni procapite	16	Nd
DDD/1000 abitanti die	693	674
Δ 00-01	20,9	18,1
Popolazione Istat al 1.1.2001	840.482	57.844.017

Fonte: Regione Umbria - Riepilogo DCR, Elaborazione Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali su dati provenienti dalle Distinte Contabili Riepilogative aggregati dall'ASSR.

Si è lavorato molto sulla distribuzione diretta (ex nota 37) cosicché a fine 2001 viene distribuito più dell'80 per cento del teorico; sono state avviate le reti per la farmaco-vigilanza e la farmaco-utilizzazione, aprendo un tavolo di lavoro molto ampio sulla appropriatezza prescrittiva e varando linee guida sulla appropriatezza prescrittiva sia a livello regionale (Osteoporosi primaria) che nelle ASL e nelle AO; si è data piena applicazione alla normativa sull'impiego dei generici. Per effetto di queste azioni l'Umbria è la regione che ha avuto il minore incremento della spesa farmaceutica nel 2001, tra tutte le regioni italiane, andamento già evidenziatosi nel 2000.

Assistenza specialistica e liste di attesa. I dati della ultima rilevazione del 2001 sui tempi massimi di attesa per le prestazioni non urgenti nelle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere evidenziano alcuni problemi che si condensano ancora nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, anche se ci sono state delle evoluzioni in questa direzione. In questo settore si è puntato ad incrementare la quota di specialistica erogata da fornitori interni ed esterni, chiedendo a tutte le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere di definire ed applicare progetti aziendali sulle liste di attesa (vedi PAL ASL ed AO). Su questo terreno scontiamo probabili effetti indesiderati della libera professione¹³, nonché l'apporto della quota di inappropriatezza della domanda da carente attività di filtro; inoltre, ci sono anche aree di domanda non espressa nel pubblico, in cui, pur non avendo la lista di attesa, vi sono dubbi sulla effettiva agibilità di alcuni percorsi (es.: percorso ecografico in gravidanza, e l'accesso al parto) per l'avanzato sviluppo raggiunto dalla privatizzazione effettiva dei percorsi.

C) ASSISTENZA OSPEDALIERA.

In termini di indicatori di dotazione ed attività ospedaliera:

- l'indice di dotazione dei posti letto ordinari in Umbria si attesta a fine 2001 su un valore pari a circa 4,26 p.l. per 1.000 (vs. 5,5 x 1000 a livello nazionale) mentre la legge 405/2001 indica come riferimento il 4 x 1000 dei p.l. per acuti.

¹³ In termini organizzativi la libera professione corrisponde ad una micro-aziendalizzazione dell'assistenza specialistica ed ospedaliera; ogni professionista ha grande autonomia nel determinare quanti pazienti possono avere una risposta lungo i percorsi del pubblico e quanti pazienti, invece, possono avere una risposta nei percorsi della libera professione. Quello italiano è l'unico SSN al mondo ad aver attivato la libera professione.

Tabella 2.11: Posti letto dei Presidi Umbri negli anni 1999-2001 in relazione alle previsioni del PSR.

Presidio	Posti letto							
	1999		2000		2001		Tot.2001 do+dh	Previsione# PSR 99-01
	Deg.ord.	dh	Deg.ord.	dh	Deg.ord.	dh		
Città di Castello – Umbertide	268	34	238	31	230	41	271	
Gubbio	126	22	113	14	111	20	131	
Totale ASL 1	394	56	351	45	349	51	402	355
Presidio ASL 2	300	68	264	61	259	64	323	365
Presidio Foligno	352	43	324	59	307	65	372	
Presidio Spoleto	202	22	187	13	176	35	211	
Totale ASL 3	554	65	511	72	483	100	583	606
Presidio Orvieto	134	23	147	16	147	14	161	
Presidio Narni Amelia	158	16	155	10	147	10	157	
Totale ASL 4	292	39	302	26	294	24	318	257
AOPG	881	134	866	154	830	148	978	900
AOTR	685	103	581	80	563	84	647	515
SPDCPG	24	1	24	1	24	1	25	**
SPDCTR	6	1	6	1	6	1	7	**
Tot. Umbria p.l. pubblici per acuti	3136	467	2905	440	2828	473	3301	2998
<i>Previsione PSR</i>	2990	757	2800	568	2430	568	2998	
Case di cura private	223	18	223	18	223	18	241	157
<i>Previsione PSR</i>	196	0	183	0	157	0	157	
Tot.Umbria p. l. per acuti	3359	485	3128	458	3051	491	3542	3155
<i>Previsione PSR</i>	3186	757	2983	568	2587	568	3155	
Riabilitazione Passignano			16		16		16	
Neuroriabilitazione Trevi	13	7	22	7	22	7	29	
Riabilitazione Umbertide			39		39		39	
Riabilitazione cardiologica Gualdo*		5		5		5	5	
Riabilitazione Case di cura private	15		15		15		15	15
Totale Umbria p.l. riabilitazione	28	12	92	12	92	12	104	415
<i>Previsione PSR</i>	208		331		415		415	

Per le ASL 2, 3 e 4 la previsione include i p.l. degli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), mentre per le AO le variazioni in aumento sono collegate con il riscontro di una mobilità attiva interregionale.

- Si può osservare come le previsioni del PSR siano state rispettate nella ASL 2 (con l'avvertenza che il nosocomio di Assisi lavora, a causa dei danni del sisma del 1996, con un numero di p.l. inferiore a quelli autorizzati) e 3, mentre scostamenti in eccesso sono osservabili nella ASL 1 e 4 e nelle case di cura private accreditate dove, tra l'altro, l'autorizzazione di posti in dh (non prevista dal PSR) è avvenuta in modo aggiuntivo e non sostitutivo. Ai sensi del PSR 1999-2001 la mobilità interregionale attiva conseguita compensa i p.l. in eccesso;
- il tasso d'utilizzazione dei posti-letto è mediamente alto (circa 80 per cento);
- la durata media della degenza è più bassa del dato medio italiano;
- il tasso d'ospedalizzazione nel 2000 è stato pari a 227 per mille; risultato anche della presenza di una popolazione molto anziana che va incontro a molti episodi

di cura ed al notevole sviluppo delle attività di day hospital e day surgery; una volta escluse queste il tasso d'ospedalizzazione in degenza ordinaria si attesta su (156) per mille residenti.

A fronte di ciò rileviamo ancora una rigidità degli assetti ospedalieri, ancora poco flessibili al mutamento dei bisogni assistenziali ed anche agli scenari della compatibilità.

La rete riabilitativa è ancora poco sviluppata: abbiamo pochi posti-letto di riabilitazione ed un'articolazione delle specialità ancora embrionale.

Gli andamenti triennali hanno evidenziato alcuni cedimenti (cadute della mobilità passiva) nel saldo della mobilità interregionale che fino al 1998 per l'Umbria è stato fortemente attivo.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, in merito alla capacità dei Servizi Sanitari di erogare a livello appropriato (Day Hospital e Day Surgery) l'assistenza per i 43 DRG che nell'accordo sui LEA sono stati individuati come fonte di inappropriata, colloca l'Umbria nell'anno 1999, tra le prime regioni italiane, con il 33,45 per cento di appropriatezza contro un dato medio italiano del 24 per cento, un risultato ottenuto grazie allo sviluppo della Day Surgery ed al lavoro svolto dalle Direzioni aziendali con l'emanazione di linee guida.

Dal luglio del 2000 è stato introdotto il sistema di finanziamento a Global Budget¹⁴ previsto dalla legge regionale 3/98 e dal PSR 1999-2001 il cui atteso impatto sull'appropriatezza è rimasto solo sul piano teorico perché, data l'esiguità delle disponibilità finanziarie, le contrattazioni con le Direzioni Aziendali si sono prolungate nel tempo fino a non applicare concretamente nessuno degli strumenti previsti nella delibera regionale sugli accordi. Applicato a consuntivo anche questo strumento è ovviamente inefficace.

Nella *day-surgery* la nostra regione, anche grazie allo sviluppo culturale ed aziendale avuto presso l'AO di TR, ha conseguito una posizione di assoluto rilievo in campo nazionale. Gli indicatori utilizzabili nel settore dimostrano che sono effettuate in Day Surgery il 50 per cento delle prestazioni effettuabili e, aggiungendo anche le prestazioni che, pur non essendo codificate come Day Surgery, comportano un tempo effettivo di permanenza in ospedale pari ad un giorno o in ogni modo si avvicinano a questo intervallo assistenziale, si ottiene un indice di trasferimento ridefinito che sale al 75,8 per cento degli interventi effettuabili in DS.

INDICI DI TRASFERIMENTO 2000

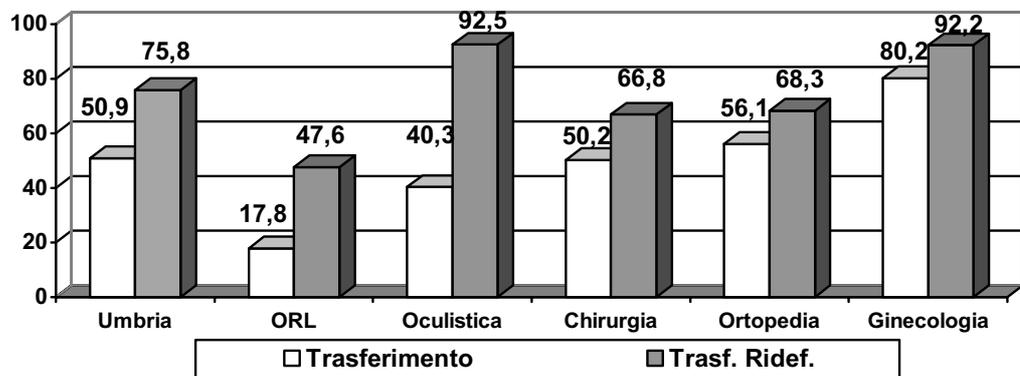


Figura 2.11: Indici di trasferimento 2000.

¹⁴ A differenza di quanto previsto dalla legge 229/99 in Umbria (legge 3/98 e PSR 1999-2001) il Global Budget è stato inteso come sistema di finanziamento a funzione ideato per contenere alcuni effetti indesiderati del sistema di pagamento a tariffa: questo tende a generare più ricoveri e stimola l'interesse per l'erogatore ad avere - o a rappresentare tramite codifiche che ne sovrastimano l'impatto - una popolazione più malata e con malattie più complicate; se invece si definisce, a priori, ovviamente stimando opportunamente i costi, qual è il corrispettivo finanziario da assegnare all'erogatore a fronte di un volume di ricoveri programmato e di complessità assistenziale appropriata, questi non è incentivato a produrre più ricoveri e, allo stesso tempo ha interesse a che la popolazione sia più sana o, se malata, con malattie per quanto possibile senza gravi complicanze. In questo modo si cerca di ridurre il numero di ricoveri disattivando i meccanismi inflattivi e garantendo i cittadini dagli effetti perversi di meccanismi competitivi che non giovano alla difesa della salute.

La figura 2.11 indica i margini di miglioramento per le diverse branche chirurgiche; peraltro in molte specialità anche la DS è inappropriata rispetto alla chirurgia ambulatoriale.

Per i **dipartimenti ospedalieri** a cinque anni dalla loro attivazione sperimentale con la DGR 781/97, ripresa dal PSR 1999-2001, vi è ancora una scarsa conformità al modello auspicato, con duplicazioni intraziendali di presidi e dipartimenti che, pur rientrando nell'autonomia organizzativa dei DG, rendono troppo circoscritte le aree d'esercizio professionale: un medico attivo in un dipartimento che serve meno di 40.000 ab., vedrà una casistica limitata, mentre in un dipartimento aziendale potrebbe osservare casistiche più ampie con migliori performance professionali ed anche il confronto con gli altri professionisti sarebbe più fruttuoso.

Tra le tipologie attivate prevalgono: Medicina, Chirurgia, Laboratorio e Diagnostica Strumentale; diversi tra loro sono i Dip. materno-infantile, uno dei quali è stato addirittura abolito.

L'AOPG è partita su questo terreno con un po' di ritardo, sia per le note vicende legate agli avvicendamenti nei vertici aziendali sia per le difficoltà connesse con la complessità effettiva dei livelli organizzativi, derivante dalla presenza simultanea di molti poteri professionali.

L'assegnazione di risorse ai dipartimenti non ha avuto sufficiente sviluppo e si è esitato nell'affidare leve effettive di gestione. La formazione dei Direttori su temi gestionali non è ancora stata avviata su scala regionale.

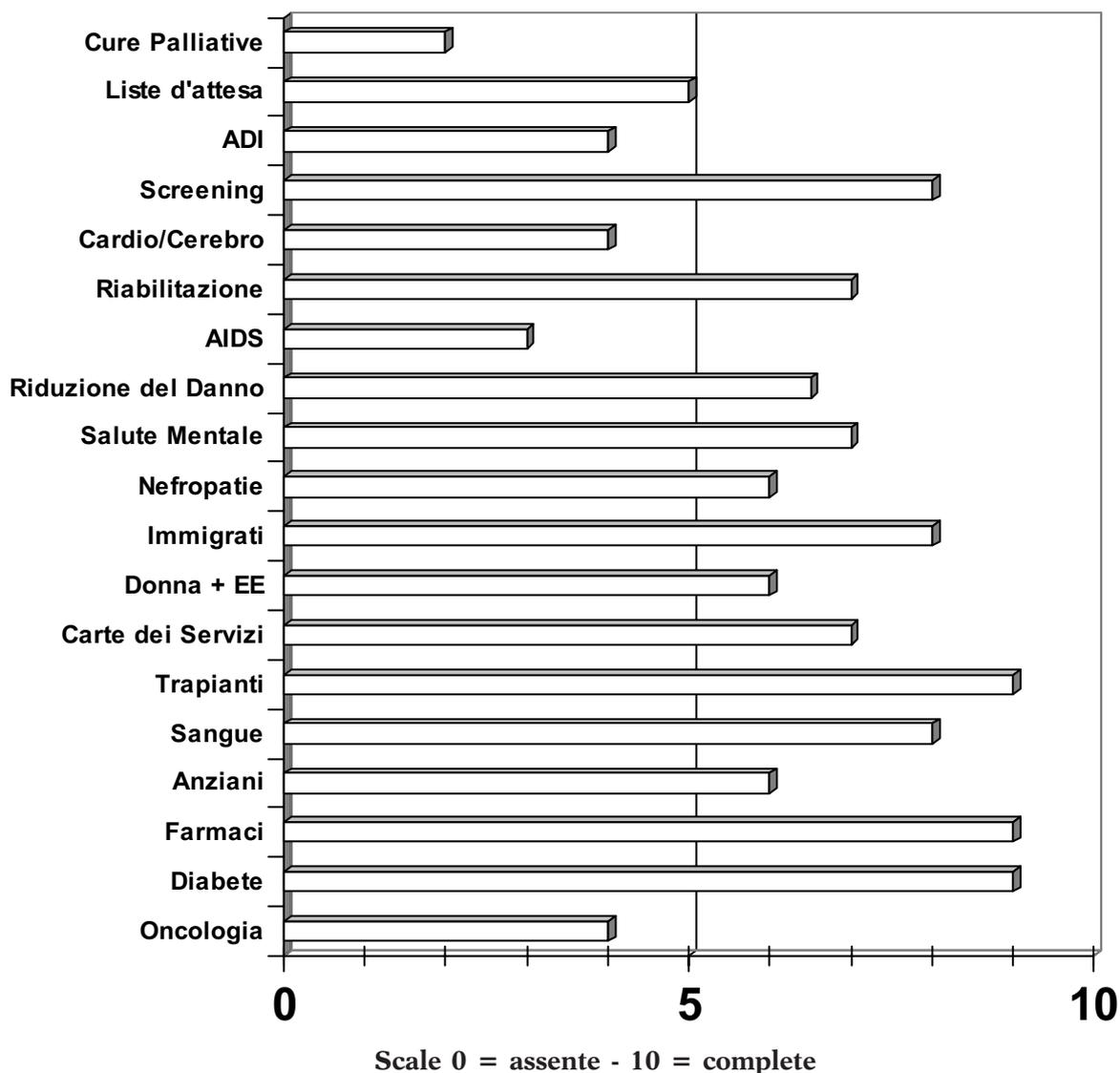
Accanto a questi aspetti formali, la nostra regione è in ritardo rispetto all'attivazione del governo clinico indicato come la loro vera missione.

Umbria Soccorso 118, il servizio attivato nel marzo '99, in generale, è a regime e soffre di alcune ridondanze nei livelli funzionali previsti; infatti, rispetto alla consistenza epidemiologica delle emergenze in Umbria, i livelli organizzativi previsti da un lato sono troppi (3 centrali e 7 DEA), finendo così per rendere talora nominali i servizi, mentre se tutti avessero le dotazioni previste si realizzerebbe un consistente sottoutilizzo di risorse, con rischi di caduta di performance. C'è un Comitato Regionale di Coordinamento che monitora i processi organizzativi e individua criticità. Aree problematiche sono rappresentate dalla necessità di sviluppare verifiche sugli outcome e sui percorsi assistenziali, nonché sull'appropriatezza dei livelli assistenziali in relazione alla presenza di 3 centrali operative in Umbria e attive 24 ore su 24, alla scarsa influenza delle ASL nella loro gestione e nella assenza dell'elisoccorso.

D) LA PROGRAMMAZIONE DI SETTORE.

La Relazione sui processi e sugli assetti organizzativi (Regione Umbria, 2002) contiene relazioni sui monitoraggi relativi a tutti i progetti di settore di cui riportiamo qui una valutazione di sintesi.

Figura 2.12: Grado di realizzazione dei programmi di Settore (Fonte: valutazione Servizio IP su monitoraggi).



Il progetto regionale sulla salute dentale, pur avendo un ruolo del tutto rilevante per lo stato di salute della popolazione, è stato inibito nel suo sviluppo dal DPCM sui LEA, che limitano l'assistenza odontoiatrica a ristrette categorie di aventi diritto.

E) I SISTEMI OPERATIVI DI SUPPORTO.

L'esperienza del triennio, a fianco dei risultati conseguiti nel campo dell'appropriatezza, indica la necessità di ulteriori miglioramenti anche nei seguenti settori:

- sistemi di finanziamento che supportino l'attività di iniziativa;
- l'Educazione Continua del Medico e degli altri professionisti attivi nel SSR¹⁵;
- l'accREDITAMENTO professionale ed istituzionale;
- i sistemi informativi del territorio;
- osservazione epidemiologica per i servizi socio-sanitari.

¹⁵ L'Educazione Continua del Medico è, concettualmente, organica con l'ipotesi organizzativa del nostro SSR, che vede nella formazione la principale leva per migliorare la qualità e il principale meccanismo di selezione nelle organizzazioni professionali, accettando i professionisti che questa sia regolata dal mantenimento di un adeguato livello di conoscenze scientifiche.

F) ALCUNE PROBLEMATICHE EMERSE NELLA GESTIONE DELLA SANITÀ.

Il triennio 1999-2001 ha rappresentato un periodo in cui le performance delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere in Umbria sono state tali da consentire la tenuta complessiva del SSR. Va anche ricordato come la fase precedente al 1999 abbia visto un forte turn-over nelle direzioni aziendali, che ha sicuramente compromesso la stabilizzazione delle relazioni tra poteri amministrativo, professionale e politico e reso difficili le valutazioni sulla capacità delle aziende, così come prefigurate dalla normativa nazionale e regionale, di assolvere la mission loro affidata.

La scelta operata con il PSR 1999-2001 a favore di una netta separazione tra le funzioni di governo - affidate alla Regione - e quelle gestionali - assegnate alle aziende - consente oggi alcune valutazioni aggiuntive rispetto a quelle relative al giudizio generale sopra espresso, riferibili specificamente alle performance determinatesi sul terreno della gestione della Sanità

Sono infatti emersi una serie di problemi tra cui:

- accezioni e pratiche del concetto di autonomia aziendale molto eterogenee, con ricadute nelle relazioni con i Sindaci, la società civile e la stessa Direzione regionale sanità e servizi sociali;
- il ricorso (peraltro talora solamente a livello enunciativo), nelle relazioni tra direzioni aziendali e macrolivelli assistenziali, ai soli sistemi operativi legati ai classici strumenti di programmazione e controllo, mentre quelli collegati al governo clinico non hanno goduto della necessaria attenzione sia in fase di regia che in quella di indirizzo e valutazione dei macrolivelli assistenziali;
- una forte attenzione alla produzione di prestazioni (effetto scontato degli omonimi sistemi di finanziamento), con minore attenzione alle attività di iniziativa, alla qualificazione della domanda, all'integrazione socio-sanitaria, nonché all'integrazione delle prestazioni all'interno di alcuni grandi percorsi assistenziali;
- una difficoltà a delegare responsabilità gestionali a distretti e dipartimenti;
- forti difficoltà nella integrazione tra ospedale territorio, riflesse anche nei ritardi in sede di stipulazione degli accordi tra ASL ed AO che insistono sullo stesso territorio.

2.3. Altri elementi di contesto.**A) CAMBIAMENTI CONNESSI CON IL VIGENTE MODELLO DI GLOBALIZZAZIONE.**

In politica sanitaria internazionale sta avendo luogo, a livello globale un mutamento di attori, risorse e cornici concettuali. La sempre più ovvia rilevanza che gli accordi internazionali su commercio e investimenti hanno sulle politiche sanitarie e sulla salute non ha ancora trovato corrispondenza nella capacità della Organizzazione Mondiale della Sanità di vedersi come Organizzazione mondiale per la salute piuttosto che come Organizzazione internazionale dei Ministeri della Sanità. Infatti quando sono negoziati i principali accordi commerciali internazionali come quelli promossi dall'Organizzazione Mondiale per il Commercio, l'OMS è poco presente nell'analizzare e prevedere in anticipo gli effetti che questi trattati possono avere sulla salute (pensiamo ad esempio al problema dei brevetti nel campo delle conoscenze relative al genoma umano, che ha immense implicazioni applicative), mentre si limita ad assistere i Ministeri della Sanità a far fronte alle conseguenze ormai in atto di tali accordi commerciali. A livello globale la salute è determinata dalle politiche economiche globali, nella cui definizione svolgono un ruolo fondamentale altre organizzazioni internazionali¹⁶.

B) LA NUOVA CLASSIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE.

La classificazione sulla disabilità pubblicata nel 1980 ha, a suo tempo, costituito una svolta nel proporre la malattia come una condizione patologica che oltre al danno produce una menomazione delle funzioni fisiologiche e una disabilità nelle

¹⁶ Alcuni esperti della Banca Mondiale e della OMS ritengono che l'Organizzazione Mondiale del Commercio sia probabilmente l'agenzia internazionale che ha la maggiore influenza in campo sanitario.

attività comuni della persona con un aspetto di limitazione sociale definibile come handicap, contribuendo ad approcciare la malattia da più aspetti, non solo quello relativo alla cura medica.

Negli ultimi anni c'è stato un processo di revisione di questa classificazione che ha portato a modificarne la base concettuale. Così alla ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) del 1980 ha fatto seguito la nuova classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), una classificazione sullo stato di salute che mantiene la struttura di valutazione multidimensionale analizzando:

- le funzioni fisiologiche del corpo;
- le attività della persona;
- la partecipazione della persona.

La classificazione non è quindi una classificazione delle persone ma l'identificazione dello stato di salute. Da questo punto di vista la malattia e la disabilità conseguente rappresentano un peggioramento della condizione di salute mentre viene definito un linguaggio comune - in particolare tra l'ambito medico e sociale - creando le basi concettuali per un lavoro più integrato.

Nella nuova ICF lo stato di salute risulta dall'intersezione tra aree di performance e fattori personali ed ambientali:

Funzioni e Strutture del Corpo.

Il corpo è costituito da strutture anatomiche e funzioni fisiologiche la cui alterazione costituisce la menomazione che produce una limitazione della funzione.

Attività.

Quando si entra nel merito della seconda dimensione, emerge il risvolto funzionale ed è necessario rispondere alla domanda «Quali sono le attività e come le svolge l'individuo?».

L'attività è ciò che un individuo fa attraverso un **uso** integrato delle funzioni corporee. Riguarda l'effettiva prestazione e non si riferisce ad una attitudine, ad un potenziale, ad un'abilità o a quello che potrebbe fare la persona. È l'esecuzione di un compito semplice o complesso che va, quindi, dal mangiare alla programmazione della routine quotidiana.



Figura 2.13 La nuova classificazione ICF.

Partecipazione.

La **partecipazione** rappresenta il grado di coinvolgimento di un individuo nelle situazioni di vita¹⁷, in relazione alle condizioni di salute, alle funzioni e alla struttura del corpo, alle attività e ai fattori contestuali. L'effetto principale dei fattori contestuali implicati nella partecipazione è a livello sociale. Un ambiente con barriere e senza facilitatori ridurrà la partecipazione di un individuo anche in assenza di limitazioni dell'attività.

Fattori contestuali.

I fattori contestuali rappresentano il retroterra della vita di un individuo e includono:

— fattori ambientali, che incidono sugli aspetti fisici, sociali e personali e quindi sul contesto generale di vita della persona fino a condizionare, in maniera positiva o negativa, le capacità di eseguire azioni o compiti, la funzione o la struttura del corpo, il ruolo di membro attivo della società. Ne fanno parte: prodotti e tecnologia, ambiente naturale e cambiamenti ambientali provocati dall'uomo; supporto e relazioni, attitudini, servizi, sistemi e politiche;

— fattori personali, che costituiscono il background personale della vita di un individuo; comprendono le caratteristiche dell'individuo che non fanno parte di una condizione di salute o dello stato funzionale (es: età, il sesso, la razza, la formazione culturale, le esperienze, la personalità e lo stile caratteriale, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, gli stili di coping etc).

In questa nuova classificazione, il concetto di disabilità è usato in modo più ampio rispetto alla ICIDH: se prima la disabilità rappresentava essenzialmente la limitazione delle attività della persona, ora costituisce un termine ombrello sotto cui si identifica la limitazione delle funzioni e delle strutture del corpo, la limitazione delle attività e la restrizione della partecipazione, misurando quindi la limitazione delle funzioni e nell'attività rispetto all'ambiente in cui si vive. A sua volta il concetto di **handicap** viene sostituito - in parte - da quello di restrizione della partecipazione.

¹⁷ Elementi cruciali per definire l'interazione dell'individuo con l'ambiente sono costituiti:

a) dalla capacità, che indica il livello probabile e più alto di funzionamento che una persona può raggiungere in uno specifico ambito in un dato momento. Per stimare l'abilità dell'individuo, occorrerebbe avere un ambiente «standardizzato» al fine di neutralizzare l'impatto che possono avere ambienti diversi sull'abilità del medesimo;

b) dalla prestazione, che descrive quello che riesce a fare un individuo nell'ambiente reale con le limitazioni o facilitazioni relative. L'ambiente è inteso nella più ampia accezione, ovvero come contesto sociale: di vita, di lavoro, di studio e di tempo libero.

Gli ambiti o sfere di valutazione delle attività e della partecipazione sono molteplici.

pagina 46 - bianca

3 RISORSE DISPONIBILI E VINCOLI PER LA SOSTENIBILITÀ NEL MEDIO PERIODO

A) I meccanismi di finanziamento del SSN introdotti dal federalismo fiscale.

Con il D.L.vo 56/2000 cessano, a decorrere dall'anno 2001, alcuni trasferimenti erariali dallo Stato alle Regioni, tra cui il Fondo Sanitario Nazionale.

I trasferimenti erariali soppressi sono stati compensati con:

- l'aumento dell'addizionale IRPEF, le cui aliquote minima e massima vengono portate rispettivamente da 0,5 per cento a 0,9 per cento e da 1 per cento a 1,4 per cento;
- l'aumento della compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina, il cui importo viene aumentato da 242 a 250 lire per litro di benzina venduta;
- l'istituzione della compartecipazione regionale all'IVA (inizialmente il 25,7 per cento, poi portata al 38,55 per cento dal d.p.c.m. 17 maggio 2001).

Quindi attualmente le fonti di finanziamento della spesa sanitaria sono le seguenti:

- 1) IRAP;
- 2) addizionale IRPEF;
- 3) compartecipazione all'accisa sulla benzina;
- 4) compartecipazione all'IVA;
- 5) Fondo Perequativo Nazionale;
- 6) entrate proprie delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- 7) eventuali entrate derivanti dalla mobilità sanitaria extraregionale.

Il Fondo Perequativo Nazionale è stato istituito per garantire a tutte le regioni la copertura del proprio fabbisogno per l'assistenza sanitaria. La perequazione avviene con il gettito della compartecipazione all'IVA: si valuta da un lato quale sia la quota di IVA di spettanza regionale in base alla media dei consumi delle famiglie registrati negli ultimi tre anni in ogni regione, dall'altro si stabilisce quale sia la quota di IVA che serve a pareggiare il fabbisogno negoziato tra Stato e Regioni, considerate le entrate regionali per IRAP, addizionale IRPEF (in base ai residenti), compartecipazione all'accisa sulla benzina, entrate proprie delle aziende sanitarie e mobilità sanitaria extraregionale.

L'accordo dell'8 agosto rende attivo tale schema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, stabilendo la contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario, quest'ultimo inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA. Nel caso di superamento del limite di spesa fissato, le Regioni devono integrare il finanziamento ricorrendo all'imposizione di tasse, alla introduzione di ticket o all'adozione di altre misure di razionalizzazione idonee a recuperare nel corso dell'esercizio successivo lo scarto fra risorse assegnate e fabbisogno effettivo.

B) Le risorse finanziarie disponibili nel triennio.

Per valutare la dimensione del finanziamento previsto per il prossimo triennio è opportuno fare un confronto con il triennio che si è appena concluso con il 2001 che ha visto un incremento del finanziamento superiore al 10 per cento all'anno, mentre la prospettiva dei finanziamenti per il triennio 2002-2004, come sancito dall'accordo dell'8 agosto tra Stato e Regioni riduce questo incremento ad un ordine del 4,5 per cento medio all'anno.

Tale tasso di crescita non è però garantito alle singole Regioni, perché dipende dai criteri di revisione dei criteri di ponderazione della quota capitaria che verranno adottati effettivamente nel corso del triennio, anche se ci si aspetta una rimodulazione contenuta. Nella tabella 3.1 è indicato l'intervallo all'interno del quale può oscillare il finanziamento del SSR.

Tabella 3.1: Evoluzione dei finanziamenti del SSR umbro: 2002-2004.

	FABBISOGNO*		
	2002	2003	2004
Ipotesi minima: quota capitaria rimodulata		1.106.544.617	1.149.686.229
Ipotesi intermedia: parametri accordo Perugia	1.100.596.650	1.144.372.322	1.189.918.340
Ipotesi massima: + 5% annuo		1.172.951.086	1.231.598.641

* Nel fabbisogno sono incluse le entrate proprie delle Aziende sanitarie. Per il 2002 la cifra assegnata alla Regione Umbria è stata determinata in 1.117 milioni d'Euro.

** Non comprende gli oneri derivanti da futuri contratti e convenzioni.

Con il limite appena ricordato, possiamo però affermare che l'accordo dell'8 agosto, offre una relativa certezza delle risorse disponibili o, se preferiamo, ci rende consapevoli della limitatezza delle risorse su cui possiamo fare affidamento, tenuto conto che l'indice d'inflazione specifico per la sanità è del 7 per cento.

C) Il finanziamento delle Regioni basato sulla quota capitaria.

Poiché il finanziamento a quota capitaria deve garantire il raggiungimento di un equilibrio tra risorse disponibili ed erogazione di appropriate prestazioni e servizi socio-sanitari attraverso i LEA, il sistema di riparto del Fondo Sanitario Nazionale alle regioni prevede un sistema di pesi e/o di fattori di aggiustamento specifici per ciascun livello e sotto-livello di assistenza, come è illustrato nel prospetto seguente che illustra il riparto del FSN per l'anno 2000.

Tabella 3.2: Pesi per il finanziamento su quota capitaria.

1° Livello Ass. collettiva	2° Livello Ass. distrettuale				3° Livello Ass. ospedaliera
	49%				
5%	MG + altra ass. 19,2%	Farm. 12,6%	Spec. 12,2%	Anziani 5,0%	
radice cubica tasso di mortalità infantile e perinatale	densità della popolazione (solo sul 9% del totale della quota)	pesi per classi di età	pesi per classi di età (ricorso al DH)	Numero di ultra 65enni	pesi per classi di età (SDO) e radice cubica tasso stand. mortalità (1-74)

Fonte: ASSR 2001.

Per quanto riguarda la farmaceutica e la specialistica ambulatoriale l'assegnazione alle Regioni è corretta mediante un sistema di pesi costruiti sul livello relativo di consumo per classe di età; per l'assistenza agli anziani si tiene conto della popolazione ultrasessantacinquenne presente sul territorio delle diverse regioni; per la medicina generale si considera la popolazione presente sul territorio regionale con un aggiustamento in base alla densità della popolazione stessa (solo sul 9 per cento del totale della quota). Per l'assistenza ospedaliera l'allocazione dei fondi alle Regioni segue un sistema di determinazione della quota capitaria costruito in base al consumo relativo di risorse ospedaliere per classi di età, ulteriormente aggiustato mediante applicazione della radice cubica del tasso di mortalità generale 1-74 anni.

La Conferenza straordinaria dei Presidenti delle Regioni di Perugia del 15 dicembre 2001 ha raggiunto un accordo sullo schema di ripartizione 2002, basato su una contenuta riduzione del peso delle classi di età più anziane sia per la farmaceutica che per l'ospedaliera.

Sulla base di tale accordo all'Umbria è riconosciuto un fabbisogno per il 2002 di € 1.100 milioni (corrispondenti a 2.131 miliardi di lire), pari all'1,53 per cento del totale delle risorse disponibili, in linea con l'incremento atteso di circa il 4,5 per cento rispetto l'anno precedente (vedi tab. 3.1).

pagina 50 - bianca

4 GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI FUNZIONALI AL LORO RAGGIUNGIMENTO

Gli obiettivi di salute del PSR, sulla base di quanto prima esposto, sono:

A) Aumentare la speranza di vita senza disabilità alla nascita ed a 60 anni.

L'aumento della speranza di vita senza disabilità - alla nascita ed a 60 anni - rappresenta un indicatore sintetico dei contributi forniti al miglioramento dello stato di salute della popolazione da:



Figura 4.1: Relazioni tra vita vissuta senza e con disabilità e mortalità.

- interventi di promozione della salute
- interventi di prevenzione primaria sull'ambiente di vita, sulla catena alimentare e sui fattori di rischio individuali legati a stili di vita nocivi per la salute;
- interventi di prevenzione primaria sugli incidenti da traffico, sul lavoro, domestici, e rivolti alla riduzione del danno conseguente all'uso di sostanze psicotrope;
- interventi di prevenzione secondaria (screening, controllo del rischio cardiovascolare globale, etc);
- interventi terapeutici e riabilitativi efficaci che, pur attivati dopo l'insorgenza della patologia, permettono la completa restituito ad integrum del malato.

Target¹:

- aumentare nel triennio di Piano la speranza di vita senza disabilità alla nascita:
 - per la popolazione generale (M+F) da 72,7 anni a 74,5 anni;
 - per i maschi da 70 anni a 71,9;
 - per le femmine da 75,4 anni a 77,2.

¹ Il DALE viene stimato usando tre tipi di informazioni: la frazione di popolazione sopravvissuta a ciascuna età, calcolata con i tassi di nascita e di morte; la prevalenza di ciascun tipo di disabilità a ciascuna età; il peso attribuito ad ogni tipo di disabilità che può variare o meno con l'età (WHO, 1999). L'area della mortalità rappresenta le perdite in termini di decessi rapportate ad un livello elevato di speranza di vita: il carico di morbosità corrisponde alla totalità di questa area aumentata della frazione dell'area corrispondente al tempo trascorso con una disabilità (DALE1; OMS 2001). Questa frazione dipende dai pesi di disabilità assegnati ai diversi stati che vanno dalla morte alla perfetta salute. La speranza di vita senza correzione per disabilità corrisponde all'insieme delle due aree di sopravvivenza, con e senza disabilità e cioè a tutta l'area situata sotto alla curva di sopravvivenza. Le stime effettuate dall'OMS per il DALE per l'Italia riguardano il triennio 1997-1999 e non sono disponibili a livello di singola regione: sono pari, alla nascita, a 70 anni per i maschi ed a 75,4 anni per le femmine, mentre sono pari a 72,7 anni per la popolazione generale; a 60 anni il DALE è pari a 16,2 anni per i maschi ed a 19,9 anni per le femmine. Da notare che nei Paesi che vantano le migliori performance, il DALE alla nascita sale in Giappone a 71,9 anni per i maschi, a 77,2 anni per le femmine ed a 74,5 per la popolazione generale, mentre il DALE a 60 anni per i maschi sale a 17,5 anni in Giappone ed a 21,7 anni nelle femmine in Francia. Tali maggiori guadagni di salute vengono assunti dal Piano come target per l'estensione del DALE e quindi saranno utilizzati in sede di definizione degli obiettivi di salute.

- □ aumentare nel triennio di Piano la speranza di vita senza disabilità a 60 anni:
 - per i maschi da 16,2 anni a 17,5;
 - per le femmine da 19,7 anni a 21,7.

B) Ridurre la disabilità residua.

La riduzione della disabilità residua rappresenta il risultato clinico e funzionale raggiungibile principalmente attraverso interventi terapeutici e riabilitativi efficaci, attivati dopo l'insorgenza della patologia invalidante e che, pur non permettendo la completa restituito ad integrum del paziente, consentono di ottenere riduzioni della disabilità statisticamente significative rispetto a trattamenti di controllo.

Del pari, tale obiettivo di salute rappresenta la principale consegna che il Piano affida al *governo clinico*, chiamato a far confrontare con la cultura dell'outcome l'attività dei settori assistenziali nelle cure primarie ed in quelle ospedaliere.

A tal fine il PSR valorizza l'intervento riabilitativo come una funzione fondamentale per agire sulla riduzione della disabilità. In particolare alcune azioni assumono carattere di priorità:

- interventi sull'ambiente di vita per diminuire le limitazioni che restringono la partecipazione sociale;
- interventi di prevenzione secondaria al fine di evitare danni aggiuntivi con conseguente degrado della disabilità;
- tutti gli interventi clinici e chirurgici effettuati dopo l'insorgenza conclamata della patologia;
- interventi riabilitativi efficaci all'interno di una rete integrata regionale;
- l'utilizzo di adattamenti ambientali, ausili e protesi all'interno di un progetto riabilitativo.

Target²:

- diminuire il tasso percentuale di disabilità sensoriali da 11,5 per cento al 10,5 per cento (dato minimo regionale osservato per l'Italia);
- diminuire il tasso percentuale di disabilità nelle funzioni dal 27 al 25 per cento;
- diminuire il tasso percentuale di difficoltà di movimento dal 20,3 al 18 per cento;
- diminuire il tasso di confinamento dal 16,3 per cento verso il dato minimo regionale, il 15,5 per cento.

C) Ridurre il numero di anni di vita potenziale perduta per morti evitabili.

La riduzione delle morti evitabili rappresenta una parte del risultato derivante dagli sforzi condotti per realizzare i due obiettivi precedenti, rispetto ai quali misura i risultati in termini di anni aggiunti alla vita, in particolare tramite:

- interventi di promozione della salute;
- interventi di prevenzione primaria sull'ambiente, sulla catena alimentare e sui fattori di rischio individuali legati a stili di vita nocivi per la salute;
- interventi di prevenzione primaria sugli incidenti stradali, sul lavoro, domestici, sull'ambiente, sulla catena alimentare, sui fattori di rischio individuali nonché quelli rivolti alla riduzione del danno conseguente all'uso di sostanze psicotrope;
- interventi di prevenzione secondaria (screening, controllo del rischio cardiovascolare, etc);
- interventi clinici e chirurgici efficaci nell'evitare la morte.

² Il calcolo della disabilità residua non è facile da ottenere come stima della quantificazione della disabilità. Di qualche aiuto è l'indagine sulla disabilità effettuata dall'ISTAT che ha evidenziato 4 domini principali nel definire la disabilità stessa:

- confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa),
- disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare),
- disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi),
- disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

La disabilità è definita dall'indagine come la presenza di almeno una limitazione all'interno di 1 dominio.

Tabella 4.1: Decessi per causa di morte evitabile in età 5-69 anni - triennio 1995-1997 (Fonte Prometeo 2002).

CODICI ICD 9	CAUSE EVITABILI (->) PER GRUPPO
da 001 a 139	Malattie infettive
da 001 a 139	➤ tutte le cause
da 140 a 239	Tumori
da 140 a 150; 155; 160, 161, 162 e 165; 188	➤ cavo orale; fegato; vie respiratorie; vescica
da 172 a 182; 186; 201	➤ pelle, mammella; utero; testicolo; mal. di Hodgkin
da 204 a 208	➤ leucemie Igiene e assistenza sanitaria
da 240 a 279	Malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari
da 280 a 289	Malattie sangue e organi emopoietici
da 290 a 389	Disturbi psichici, malattie sistema nervoso e degli organi di senso
da 320 a 322; 323.2,3,4	➤ meningite; poliomielite e altre infezioni
da 390 a 459	Malattie sistema circolatorio
da 430 a 438	➤ malattie cerebrovascolari
da 393 a 398; da 401 a 405; da 410 a 414	➤ cardiopatie reumatiche croniche malattia ipertensiva; malattie ischemiche cardiache
da 460 a 519	Malattie apparato respiratorio
da 460 a 478; da 480 a 491; 495; 507	➤ prime vie respiratorie; polmoniti, influenza, bronchiti; alveolite allergica; polmoniti da inalaz. solidi o liquidi
da 520 a 579	Malattie apparato digerente
571.0,1,2,3	➤ cirrosi e altre malattie del fegato da alcool
531; da 540 a 543; da 550 a 553; da 575 a 576	➤ ulcera gastrica; appendicite; ernie inguinali e addomin.; dist. cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)
da 630 a 676	Complicazioni gravidanza, parto e puerperio
da 630 a 676	➤ tutte le cause
da 680 a 709	Malattie pelle e tessuto sottocutaneo
da 710 a 739	Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo
da 740 a 759	Malformazioni congenite
da 745 a 747	➤ malformazioni sistema cardiocircolatorio
da 760 a 779	Condizioni morbose di origine perinatale
da 780 a 799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
da 800 a 999	Traumatismi e avvelenamenti
da 800 a 999	➤ tutte le cause

Non sfuggirà che tale indicatore - e l'area di interventi cui allude - pur sovrappo-
nendosi in buona parte alla morbosità ed alla disabilità evitabile, non comprende il
contributo fornito dagli interventi efficaci verso patologie che, pur non portando
talora alla morte (es.: patologie psichiatriche), concorrono notevolmente a definire
sia il quadro della disabilità che il peggioramento della qualità della vita dei pazienti
che ne sono affetti.

Target:

a) ridurre di almeno il 7 per cento³ nel triennio di Piano il tasso standardizzato di morti evitabili pari, nei maschi, a 152 (triennio 1996-1998) per 100.000;

b) ridurre di almeno il 7 per cento nel triennio di Piano il tasso standardizzato di morti evitabili pari, nelle donne, a 67,3 (triennio 1996-1998) per 100.000.

D) Garantire l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

L'equità di accesso alle prestazioni rappresenta la risposta del Piano alla presenza di soggetti che versano in peggiore stato di salute rispetto alle condizioni medie della popolazione o che sono inseriti, per motivi socio-economici e culturali, in circuiti di svantaggio ed esclusione che non permettono loro di accedere alla rete universalistica dei servizi messa a disposizione di tutti i cittadini. Gli interventi efficaci in tale direzione sono rappresentati da:

- interventi di prevenzione secondaria mirati per le specificità culturali e socio-economiche dei cittadini in questione;
- percorsi assistenziali preferenziali, in grado di potenziare l'accesso alle reti dei servizi rivolti alla popolazione generale;
- attivazione di sistemi di finanziamento che garantiscano l'equità.

Non sfuggerà qui la volontà di evitare la creazione di circuiti assistenziali differenziati, garantendo invece sia le reti universalistiche di assistenza che percorsi preferenziali che favoriscono l'accesso dei più svantaggiati a tali reti.

Target⁴: osservare outcome con differenze statisticamente non significative in definite aree di offerta assistenziale per le quali siano disponibili misure epidemiologiche di popolazione associabili alla condizione socio economica, alla residenza, alla provenienza geografica dell'assistito:

- sopravvivenza relativa in pz. con diagnosi di tumore maligno;
- sopravvivenza relativa in pz in assistenza dialitica;
- adesione agli screening per il carcinoma del collo dell'utero e della mammella.

Mentre questo obiettivo è pertinente con la missione del SSR, cui è consegnato con grandi attese, connesso con esso - ma di pertinenza della promozione della salute e quindi dell'intervento intersettoriale - è la *riduzione delle disuguaglianze socio economiche nella salute*, qui citato perché evidenza che l'osservazione epidemiologica consegna alle leve del Governo regionale e locale, nonché alla società civile. Gli interventi che possono garantire risultati in questo settore sono sviluppati nella sezione 5 del Piano.

E) Ridurre i danni derivanti dall'errore in sanità.

La riduzione dei danni derivanti dall'errore in sanità rappresenta un dovere del SSR pubblico, a fronte delle evidenze epidemiologiche disponibili sulla consistenza del fenomeno, tale da contribuire a ridurre sensibilmente i benefici che la popolazione si attende dal sistema assistenziale che finanzia, con ciò rappresentando un paradossale risultato negativo del SSR.

Rimandando alla sezione 7.1 (promuovere il Governo clinico) per gli interventi in grado di ridurre il fenomeno, i target per questo obiettivo sono al momento così definibili:

a) riduzione dei ricoveri connessi a fallimento e/o effetti collaterali della terapia in atto (base line da acquisire);

b) riduzione degli incidenti con trauma a carico del pz in corso di ricovero (base line da acquisire);

c) riduzione della percentuale di reinterventi non programmati (base line da acquisire);

d) riduzione degli IMA in corso di ricovero (base line da acquisire);

e) riduzione degli ictus in corso di ricovero (base line da acquisire);

f) riduzione della mortalità generale in corso di ricovero (base line da acquisire).

³ Questa percentuale viene definita in base al trend di decremento della mortalità evitabile osservato nel triennio precedente, il cui mantenimento viene assunto come limite inferiore del risultato ottenibile.

⁴ Ovviamente il target non è rappresentativo dell'effettiva equa garanzia di accesso a tutti i servizi, per i quali peraltro non si dispone di osservazioni su base di popolazione, ma viene comunque assunto dal Piano come un indicatore dell'equità di accesso generale garantita dal SSR.

5 PATTI E PIANI INTEGRATI PER IL GOVERNO DELLA SALUTE

Richiamando le indicazioni dell'OMS in materia di determinanti e promozione della salute¹, il Piano fa proprio l'orientamento che inquadra le azioni di sanità pubblica in una prospettiva globale.

In tale cornice la promozione della salute comprende:

- le principali politiche volte a connotare positivamente lo sviluppo dei determinanti di salute nell'ambito dei poteri e delle competenze assegnate alle istituzioni regionali;
- tutte le azioni volte al rafforzamento delle competenze e delle capacità di interazione degli individui e dei gruppi e al miglioramento delle condizioni sociali, ambientali, istituzionali ed economiche in modo da mitigare l'eventuale impatto derivante da un distorto o carente sviluppo dei determinanti di salute, di seguito sintetizzate nell'obiettivo di «manutenere e sviluppare il capitale sociale»;
- la conseguente azione concertativa finalizzata ad integrare politiche istituzionali e capitale sociale presenti nel sistema regionale, tramite la stipula di «patti per la salute».

5.1. Adottare politiche integrate sui determinanti di salute.

Le raccomandazioni sulle politiche che tutte le istituzioni presenti in Umbria dovrebbero adottare al fine di sviluppare positivamente i determinanti di salute sono tratte integralmente dalla letteratura dell'OMS. Esse sono assunte dal Piano² come:

- sintesi delle evidenze scientifiche disponibili sulle politiche che producono salute;
- base di partenza per sviluppare politiche di promozione della salute sostenibili.

LA SCALA SOCIALE.

La vita comporta una serie di transizioni critiche: cambiamenti affettivi e materiali nell'infanzia, il passaggio dalla scuola primaria all'istruzione secondaria, l'inizio del lavoro, lasciare casa e avviare una famiglia, cambiare lavoro e affrontare eventuali licenziamenti e andare in pensione.

Ognuno di questi cambiamenti può influenzare la salute, portando la gente ad un grado di maggiore o minore vantaggio. Le persone che in passato sono state svantaggiate sono, in ciascuna transizione, a rischio maggiore. Questo significa che le politiche assistenziali devono garantire non solo reti di sicurezza ma anche dei «trampolini» per superare agevolmente gli svantaggi precedenti.

Una buona salute richiede la riduzione dei livelli di insuccesso scolastico, del grado di insicurezza lavorativa e della scala delle differenze di reddito nella società. Bisogna fare in modo che meno persone cadano nello svantaggio e che quelle che vi sono cadute, vi cadano in minima misura e per il minor tempo possibile. Politiche per l'istruzione, il lavoro e la casa hanno grande influenza sugli standard di salute. Le società che permettono a tutti i loro cittadini di avere un ruolo pieno ed utile nella vita di relazione, economica e culturale, sono più sane di quelle in cui la gente è messa di fronte all'insicurezza, all'esclusione ed alla privazione.

¹ Peraltro l'orientamento strategico dell'OMS in materia, formulato per la prima volta nel 1986 nella «Carta di Ottawa» e sviluppato in documenti successivi (Dichiarazione di Adelaide, Dichiarazione di Jakarta, Dichiarazione di Copenaghen, Dichiarazione di Atene) è basato su due principi chiave: intersectorialità e partecipazione comunitaria.

² Le politiche di promozione della salute sono supportate dall'Unione Europea attraverso una serie di Networks per i programmi di azione di comunità. In due di questi l'Italia è rappresentata dal Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia: il «European network of Health Promoting Agencies» e il «European network of Workplace Health Promotion». Inoltre lo stesso Centro conduce una ricerca del Ministero della Salute sul tema di un altro ambito previsto dal programma dell'Unione «European network on health promoting schools».

L'ETÀ EVOLUTIVA E LA SCUOLA.

Nuove azioni sono necessarie per sostenere la salute e lo sviluppo nella prima infanzia, in particolare tra le persone che si trovano in condizioni socioeconomiche svantaggiose. Le politiche dovrebbero avere lo scopo di:

- ridurre l'abitudine al fumo nei genitori;
- incrementare le conoscenze dei genitori in materia di salute e di comprensione dei bisogni affettivi dei bambini;
- introdurre programmi prescolastici non solo per migliorare la lettura e stimolare lo sviluppo cognitivo, ma anche per ridurre i comportamenti problematici nell'infanzia e promuovere successi scolastici, opportunità occupazionali e comportamenti sani nell'età adulta;
- coinvolgere i genitori in tali programmi prescolastici per rinforzare gli effetti dell'educazione e ridurre l'abuso sui bambini;
- garantire che le madri abbiano risorse sociali ed economiche adeguate;
- incrementare le opportunità di conseguire successi scolastici a tutte le età, perché l'istruzione è associata con una maggiore consapevolezza sulla salute ed una migliore auto-cura.

Investimenti in queste politiche potrebbero determinare forti guadagni di salute e capacità lavorativa nella futura popolazione adulta.

L'INTEGRAZIONE SOCIALE.

Una risposta medica ai cambiamenti biologici che accompagnano lo stress può consistere nel cercare di controllarli attraverso l'uso di farmaci. Ma l'attenzione dovrebbe essere rivolta a monte, nel cercare di risolvere le cause dei danni alla salute.

Nelle scuole, nelle aziende ed in altre situazioni, la qualità dell'ambiente sociale e la sicurezza materiale sono spesso tanto importanti per la salute, quanto l'ambiente fisico. Istituzioni che possano dare alla gente un senso di appartenenza e di valorizzazione hanno una maggiore probabilità di divenire luoghi più sani rispetto a quelli in cui la gente si sente esclusa, non considerata e sfruttata.

Le politiche istituzionali dovrebbero considerare che i programmi di assistenza devono tenere conto ad un tempo dei bisogni materiali e psico-sociali: ambedue sono fonti di ansia e insicurezza. In particolare le istituzioni dovrebbero supportare le famiglie con bambini piccoli, incoraggiare le attività sociali, combattere l'isolamento, ridurre l'insicurezza materiale e finanziaria e promuovere abilità che riescano a far fronte agli stress subiti.

Un insieme di azioni a differenti livelli è necessario per fronteggiare gli effetti sulla salute della esclusione sociale. Tra queste vi sono:

- norme per proteggere i diritti dei migranti e delle minoranze e per prevenire discriminazioni;
- politiche per rimuovere le barriere per l'accesso ai servizi sanitari, ai servizi sociali ed a case economicamente accessibili;
- supporti economici adeguati negli stipendi minimi e politiche scolastiche e per il collocamento lavorativo;
- reddito e ricchezza dovrebbero essere redistribuiti per ridurre le disuguaglianze materiali e la scala della povertà relativa; società più egualitarie tendono ad avere più alti standard di salute.

IL LAVORO.

- Non ci dovrebbe essere incompatibilità tra salute e produttività sui luoghi di lavoro. Un circolo virtuoso può essere attivato: migliori condizioni di lavoro condurranno ad una forza lavoro più sana; questo a sua volta comporterà una migliore produttività e dunque la opportunità di creare un ambiente di lavoro ancora più sano;
- un appropriato coinvolgimento nei processi decisionali può comportare benefici per la salute dei lavoratori a tutti i livelli dell'organizzazione;
- ridefinire relazioni e procedure negli uffici e in tutti i luoghi di lavoro - per permettere ai lavoratori più controllo, una più ampia gamma di attività e più opportunità per esprimersi - fa bene alla salute;

- un lavoro che non comporta appropriati riconoscimenti - in termini monetari, di autostima e di status - fa male alla salute;
- per ridurre il carico dei disturbi muscolo scheletrici, i posti di lavoro dovrebbero essere appropriati ergonomicamente, così come l'organizzazione del lavoro.

LA DISOCCUPAZIONE.

In questo campo le politiche dovrebbero avere tre obiettivi:

- prevenire la disoccupazione e l'insicurezza derivante dal lavoro;
- ridurre le difficoltà sofferte dai disoccupati;
- ridare alla gente un lavoro sicuro.

Gli interventi governativi per ridurre l'ampiezza delle oscillazioni nei cicli economici possono offrire un importante contributo alla sicurezza del lavoro e per ridurre la disoccupazione. Riduzioni dell'orario di lavoro possono anche avere un effetto benefico, se esse sono perseguite accanto a quelle rivolte ad aumentare la sicurezza e la soddisfazione del lavoro. Per permettere l'accesso al lavoro effettivamente disponibile, alti standard formativi e percorsi di riorientamento al lavoro sono importanti. Per coloro che hanno perso il lavoro sussidi che garantiscano una quota rilevante dello stipendio possono avere un effetto protettivo. Inoltre associazioni per il sostegno creditizio a coloro che hanno perso il lavoro possono avere un effetto benefico nel ridurre i debiti e sviluppare reti sociali.

DIPENDENZE.

Per affrontare con successo i problemi creati da consumo di sostanze psicotrope non basta supportare e prendersi cura delle persone che hanno sviluppato dipendenze, ma occorre anche affrontare i motivi della deprivazione sociale in cui i problemi sono radicati. Sono pertanto necessarie politiche che regolino la disponibilità di tali sostanze attraverso interventi sui prezzi e sulle licenze di distribuzione, che informino sui sistemi meno dannosi di consumo, che sviluppino l'educazione alla salute per ridurre il numero di nuovi consumatori nei giovani e, infine, che garantiscano servizi effettivi per la presa in carico dei consumatori. Nessuno di questi interventi avrà successo se i fattori sociali che inducono all'uso di sostanze psicotrope saranno lasciati invariati. Cercare di spostare tutta la responsabilità sul consumatore è chiaramente una risposta inadeguata. Questo colpevolizza la vittima piuttosto che permettere la comprensione della complessità delle circostanze sociali che generano l'uso di sostanze psicotrope. Politiche efficaci in materia devono perciò essere supportate da politiche generali di intervento sociale ed economico.

L'AMBIENTE.

Nell'ambito delle politiche ambientali assume particolare risalto l'idea di «città sana», o meglio di «città per la salute». Una politica per le «Città sane» è stata proposta dall'OMS (WHO, 1995; 1997; 1998) e recepita in molte nazioni del mondo e regioni italiane (ma non ancora applicata nella maggior parte delle città umbre). Essa si basa sulla considerazione che la città è il livello di governo più vicino alla popolazione e, per tale ragione, può esercitare un notevole controllo sui fattori che influiscono sulla salute. Le condizioni perché una città possa definirsi «sana» sono:

- impegnarsi a migliorare la salute dei suoi cittadini in modo esplicito;
- dotarsi di una struttura dedicata, in base alle proprie risorse, a partire dalla valorizzazione di quelle esistenti;
- attivare un processo controllato per migliorare la città.

IL SISTEMA DEI TRASPORTI.

Nonostante gli effetti dannosi sulla salute, gli spostamenti in macchina stanno aumentando rapidamente in tutti i paesi europei, mentre quelli a piedi e in bicicletta stanno diminuendo. Le politiche istituzionali devono capovolgere questo trend. Mentre il ventesimo secolo è stato quello in cui si è iniziato a ridurre l'uso di sostanze voluttuarie quali il tabacco, l'alcol e le droghe, così il ventunesimo secolo deve vedere una riduzione nella dipendenza delle persone dalle auto. Le strade dovrebbero dare la precedenza alle biciclette ed a percorsi pedonali per i brevi spostamenti, soprattutto nei paesi. Per gli spostamenti più lunghi dovrebbe essere potenziato il trasporto pubblico, con regolari e frequenti collegamenti con le aree rurali. Il sistema di incentivazione finanziaria dovrebbe essere ridefinito: ciò significa ridurre i finanziamenti per costruire nuove strade e che devono avere la priorità quelli per supportare il trasporto pubblico, creando parallela-

mente disincentivi fiscali per l'uso delle auto. Cambiamenti nell'uso del territorio sono anche necessari, quali: trasformare gli spazi stradali in spazi verdi, ridurre gli spazi destinati a parcheggio, dedicare apposite strade a pedoni e ciclisti, aumentare le corsie per i pulmann e le biciclette e ripensare allo sviluppo di periferie a bassa densità abitativa e supermercati extraurbani, che incrementano l'uso di auto private. Sempre di più l'evidenza suggerisce che la costruzione di nuove strade incoraggia un maggiore uso delle auto, mentre restrizioni al traffico, contrariamente alle attese, riducono gli ingorghi.

L'ALIMENTAZIONE.

Le politiche alimentari, ai diversi livelli, dovrebbero garantire:

- la disponibilità di cibi di alta qualità e freschi per tutti;
- democraticità e responsabilità in tutte le questioni che riguardano accordi sulla alimentazione, con la partecipazione di tutti i decisori e consumatori;
- sostegno per l'agricoltura sostenibile e metodi di produzione alimentare che conservino le risorse naturali e l'ambiente;
- protezione dei cibi prodotti localmente dall'invasione di prodotti del commercio alimentare mondiale;
- una più forte cultura alimentare per la salute, sviluppando la consapevolezza sul cibo e la nutrizione, la disponibilità di informazioni di base sulla cucina ed il valore sociale del preparare il cibo e di mangiare insieme, nonché l'utilizzazione di riferimenti scientifici sui nutrienti per le linee guida sull'alimentazione.

5.2. Mantenere e sviluppare il capitale sociale.

Definite modalità di relazione sociale rappresentano una importante condizione di successo organizzativo sia per il pieno dispiegamento delle potenzialità comportate da una interazione «positiva» tra servizio sanitario e cittadini³ che per interazioni efficaci all'interno del SSR.

La disponibilità in una organizzazione di risorse e motivazioni rivolte alla relazione sociale è descritta con il termine «capitale sociale»; questo rappresenta un fattore aggiuntivo determinante nel mobilitare quel livello in più di risorse, sia personali - necessarie per raggiungere un alto livello di adesione ai cambiamenti proposti - che sociali e/o comunitarie - necessarie per garantire l'appoggio ed il supporto della comunità alle misure ed alle politiche messe in campo - che sembrano essere alla base dei successi (ovviamente considerabili tali all'interno di un confronto con altre situazioni) conseguiti⁴ nel nostro paese nella lotta alla cronicità.

Il capitale sociale è quindi l'insieme di sensibilità, culture e disponibilità che rendono una società solidale nei confronti del portatore del bisogno e interlocutrice attiva nei confronti dei tecnici cui altrimenti sarebbe delegata risposta⁵.

³ Welsh T e Pringle M analizzano lo «sperpero» di capitale sociale nel NHS inglese, dove questo capitale era dato dai legami sociali basati sulla reciproca fiducia ed alle collegate norme di reciprocità che facevano sentire «nostro» il NHS. Gli elementi che definiscono tutte le associazioni sono la reciproca fiducia e la reciprocità generalizzata; la volontà di contribuire, facendo assegnamento sul fatto che al momento di un futuro bisogno si può contare su un aiuto che viene restituito.

⁴ Un eccellente esempio di «capitale sociale» viene fornito dalle interazioni che nella nostra regione si sono determinate nel campo della salute mentale con la disponibilità di ampi settori sociali a farsi carico del problema dell'integrazione del malato mentale, disponibilità nata dalla consapevolezza dell'inutilità - potremmo dire della ferocia - della risposta segregante ed istituzionale e poi coltivata all'interno di associazioni di volontariato, di reti assistenziali e di volontà istituzionali che hanno insieme concorso a mettere a disposizione degli operatori un di più di conoscenze, di atteggiamenti e di comportamenti che hanno svolto e svolgono un ruolo decisivo nel caratterizzare la qualità della risposta assistenziale dei nostri servizi di salute mentale.

⁵ Vengono identificati cinque tipi di capitale sociale, ognuno caratterizzato da una generosità generale che si misura nel tempo: 1) senso di fiducia, 2) obblighi che esulano dai compiti, 3) senso del dovere, 4) un «dare e avere» generalizzati che sono invocati quando qualcuno ha bisogno di aiuto e 5) una solidarietà vincolata che preveda l'unità nell'avversità. Questi elementi sono tutti di vitale importanza sia come fattori di relazione nelle reti sociali spontanee di assistenza, sia nella capacità dei servizi socio-sanitari di fornire valide risposte.

Se è vero che ogni forma di organizzazione utilizza tre forme di «capitale» - fisico, umano e sociale - sia il capitale fisico che quello umano necessitano di un capitale sociale per generare cambiamenti nei processi e nei risultati e per ottenere investimenti produttivi⁶.

Di conseguenza il Piano assume che:

— la sostenibilità, lungi dall'essere solamente il risultato di scelte amministrative e/o professionali, comporta il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle collettività locali e dei loro rappresentanti istituzionali, chiamati a scegliere consapevolmente ciò di cui hanno «veramente» bisogno, evitando di rincorrere richieste volte a mantenere livelli assistenziali obsoleti o a perorare la presenza di servizi specialistici in territori che non avendo i bacini di utenza necessari a garantire livelli appropriati di attività, finiscono per produrre accanto al danno economico alla collettività rischi per i cittadini - e in genere sono i più sfavoriti - che si rivolgono ad essi;

— la manutenzione del capitale sociale, oltre ad essere un connotato di civiltà, va perseguita promuovendo le competenze dei cittadini, ripensando i Servizi in modo che siano disponibili alle interazioni e creando l'impalcatura politico-istituzionale e tecnica perché il capitale sociale possa esprimere le sue potenzialità.

5.3. Concertare patti per la salute.

Il PSR si colloca - fin dal titolo - nella prospettiva della concertazione, facendo proprie le indicazioni fornite dal «Patto per lo sviluppo dell'Umbria» (DGR n. 1104 e 1105 del 2002) in materia di programmazione partecipata, assumendo le indicazioni di politica sanitaria dell'OMS in materia di promozione della salute e inserendo in tale ambito strategico di attività le indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale in materia di capitale sociale.

Su queste basi il Piano:

a) **individua alcune condizioni e fattori come priorità** per fare sistema attraverso politiche concertative, anche sulla base della maturità del contesto applicativo, essendo necessario conseguire successi che possano costituire un esempio ed un invito alla emulazione ed alla moltiplicazione delle iniziative stesse. Questi sono:

- *l'ambiente*, come contesto che determina fattori di benessere, comportamenti individuali (attività fisica, etc.), sottosistemi sociali (trasporti, urbanistica, etc) e favorire i processi di interazione ed integrazione;
- *l'età evolutiva*, come condizione in cui si accumulano/dissipano potenzialità per un positivo sviluppo della vita;
- *gli anziani*, come elemento di successo del nostro assetto societario e come generazione solidale in grado di garantire una ampia e socialmente orientata mobilitazione di risorse collettive in grado di dialettizzarsi con il SSR;
- *il lavoro* come diritto sociale e fattore di benessere e integrazione, con la disoccupazione che ne rappresenta la negazione;
- *l'integrazione sociale* come condizione che permette di impattare gli svantaggi derivanti dalla scala sociale, dall'esclusione derivante da condizioni emarginanti, dalle dipendenze;

⁶ Vi sono inoltre evidenze (Light D.W., 2001.), emerse soprattutto in Inghilterra a seguito delle riforme introdotte dalla Thatcher, circa interazioni negative tra «competizione amministrata» e capitale sociale Welsh e Pringle (op. cit) individuano tre livelli di intervento che vengono raccomandati a politici, manager e clinici per ricostruire il capitale sociale dopo i danni inflitti al NHS dalla competizione amministrata:

- capire la natura e l'importanza del capitale sociale che tiene unite le organizzazioni. In mancanza di fiducia e di mutuo impegno il personale cade in un clima di sfiducia e di autotutela mentre l'organizzazione declina. Le comunità e le organizzazioni con un capitale sociale elevato, oltre ad essere più sane, lavorano più produttivamente e cooperano al loro interno;
- le strutture organizzative e gestionali che operano su logiche di mercato hanno compromesso il senso di proprietà condivisa della comunità mentre la professionalità di medici infermieri e di altro personale si svaluta se si interessa solamente di responsabilità economica e di performance. Anche se la gestione della performance è importante, dovrebbe essere considerata più uno strumento di apprendimento che uno di governo;
- occorre ripensare i ruoli organizzativi, coltivando il principio di sussidiarietà. Le decisioni devono essere prese più vicino possibile a dove vengono concretizzate le azioni.

- *l'alimentazione;*
 - *il sistema dei trasporti;*
- b) definisce contesti socialmente rilevanti cui possono corrispondere titolarità rispetto ai fattori e alla condizioni di cui sopra:
- la Regione (Giunta e/o assessorati), le province ed i comuni e le rispettive strutture amministrative e/o operative;
 - i sindacati confederali, distintamente per le garanzie sociali derivanti dalle politiche sanitarie, le questioni relative alla sicurezza ed alla qualità del lavoro, le questioni relative alle politiche socio-sanitarie per gli anziani;
 - la Scuola, intesa come Direzione regionale e singole autorità scolastiche;
 - gli imprenditori sia per le questioni relative alla sicurezza e qualità del lavoro che per quelle relative alle reti di produzione e distribuzione degli alimenti;
 - l'associazionismo distintamente per le reti di solidarietà sociale e le associazioni consumatori;
- c) propone la sperimentazione di una metodologia di lavoro centrata sulla concertazione di patti per la salute promossi dalla Giunta regionale e rivolti ai soggetti titolari di responsabilità (vedi sopra) che prevedano:
- obiettivi definiti;
 - responsabilità precise assegnate a ciascun contraente o a nuovi soggetti che decidono di associarsi per meglio gestire le proprie titolarità;
 - risorse da impegnare valorizzando anche il capitale sociale e le risorse già attivate negli interventi posti in essere;
 - strumenti applicativi rappresentabili principalmente in:
 1. Piani integrati per la salute;
 2. Osservatori per il monitoraggio di processo e di risultato;
- d) propone un calendario di azioni che permetta di misurare gli avanzamenti /ritardi.

Tabella 5.1: Responsabilità*, strumenti e calendario delle azioni per la promozione della salute.

Fattori / condizioni	Contesti /responsabilità	Metodologia	Strumenti	Calendario attività triennale
Ambiente	Comuni, Province, Regione (SSR, ARPA, Uff. urbanistici, etc)	Patto per un ambiente sano Patto per "Città sane in Umbria"	Piano Integrato per ambiente e città sane	I° - stipula patto - approvazione Piano - attivaz. Osservatorio II° - monitoraggio e supporto III° - valutazione
Età evolutiva	Scuola, Comune, Associazioni (es.: famiglie)	Patto per la salute nella scuola	Piano Integrato per una scuola produttrice di salute	(come sopra)
Lavoro - disoccupazione	Regione, Sindacati Confederati Ass. Imprenditori	Patto per la salute nei luoghi di lavoro	Piano integrato per la salute nell'attività produttive	(come sopra)
Anziani	Regione, Comuni, Sindacati Confederati pensionati ed altri	Patto per la salute degli anziani	Piano integrato per la salute degli anziani	(come sopra)
Integrazione sociale	Regione, comuni, province Scuola, associazionismo	Patto per l'integrazione sociale	Piano integrato per la Salute mentale e le dipendenze (es.)	(come sopra)
Alimentazione	Regione, associazioni imprenditori, Associazioni consumatori	Patto per una alimentazione sana	Piano integrato per la salute alimentare	(come sopra)
Sicurezza stradale	Regione, SSR, Province, Comuni. Prefettura, ISTAT, Forze dell'Ordine, Scuola, ANAS, INAIL, Autoscuole, As. Vittime della strada, Istituti Assicurati	Patto per la sicurezza stradale	Piano integrato per la sicurezza stradale e per la salute degli utenti delle strade	(come sopra)

* La responsabilità delle attivazioni delle azioni qui previste è della Giunta regionale.

e) le condizioni di verifica per monitorare i progressi e individuare tempestivamente le difficoltà, approntando gli strumenti necessari o collaborando con l'Osservatorio nazionale per la promozione della salute;

Si tratta di indicazioni che il Piano assume in funzione delle loro molteplici valenze:

- **VALENZE PER LA SALUTE:** è il modo di affrontare i problemi alla radice: azioni positive, per produrre ambienti e stili di vita favorevoli e produrre qualche risultato che per la popolazione è tangibile;
- **VALENZA POLITICA:** è un elemento per risolvere «modernizzare» il sistema sanitario; non è la prevenzione vecchia maniera, anche se la include per alcune parti. È un elemento di impatto politico perché si fa evidente per più ampi strati di popolazione, la gente «vede» che ci si occupa dei suoi problemi. È un elemento che dimostra che le persone non sono passivi oggetti di «assistenza» ma sono attivi soggetti di azione per i problemi che devono affrontare ogni giorno;
- **VALENZA PSICOLOGICA:** la popolazione, se attiva, ha meno paura dell'ignoto e, se preparata, sa che può fare qualcosa;
- **VALENZA ECONOMICA:** se si scelgono campi di azione appropriate, si può valutare che i fondi che già si spendono possono essere meglio orientati con maggiori risultati di salute, ma anche di immagine politica.

pagina 62 - bianca

6 INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ NEL GOVERNO DELLA SANITÀ

Il Piano affronta il tema del governo della Sanità a partire dalla conferma delle indicazioni della LR 3/98 e della L. 229/99, relative al modello generale del SSR, al numero ed alla localizzazione delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, nonché alle caratteristiche generali dei macrolivelli organizzativi¹.

L'innovazione nel governo della sanità vuole *superare i limiti comparsi nella prima fase della aziendalizzazione e rafforzare la capacità del nostro SSR di competere ed affermarsi nel nuovo scenario operativo del federalismo sanitario* attraverso interventi tesi a: rafforzare la coesione del sistema attraverso più definite relazioni interistituzionali, recuperare margini di efficienza, consolidare la programmazione socio sanitaria, adeguare la programmazione economico finanziaria ed il controllo di gestione alle nuove responsabilità, mantenere gli impegni assunti nell'ammodernamento del patrimonio immobiliare, definire legami e obiettivi per ricerca e innovazione, valorizzare gli operatori, governare le autorizzazioni e l'accreditamento istituzionale, garantire il governo dei rapporti con l'Università, potenziare le relazioni con l'ARPA, valutare il PSR e, a tal fine, rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali.

6.1. Fare sistema.

La storia del servizio sanitario regionale nella prima fase dell'aziendalizzazione è anche una storia di difficoltà nelle relazioni tra parti del sistema e istituzioni locali nonché tra parti del sistema stesso, difficoltà in gran parte derivanti dalle condizioni di costante stress finanziario cui sono state sottoposti i soggetti titolari delle competenze su cui si doveva esercitare l'azione di integrazione.

Il Piano pertanto assume il SSR come un sistema unico al cui centro colloca gli interessi del cittadino a vedere tutelata la propria salute ed in cui il Governo della Sanità ha la funzione di garantire l'omeostasi complessiva tramite una serie di interventi finalizzati a:

- rafforzare le interazioni interistituzionali, superando nella chiarezza logiche settoriali e visioni di breve periodo e puntando ad una maggiore coesione delle politiche nei territori;
- recuperare i margini di efficienza connessi con livelli di integrazione organizzativa di servizi che possono essere appropriatamente aggregati a livello sovra aziendale.

A) RAFFORZARE L'INTERAZIONE TRA COMUNI E SSR.

Un obiettivo fondamentale del Piano è ottenere un più deciso contributo da parte delle realtà locali alla promozione e tutela della salute in modo da avere maggiore attenzione operativa su tutti i determinanti di salute, integrazione socio-sanitaria compresa.

Stante la necessità di rafforzare l'interazione tra Comuni e ASL si tratta di prefigurare soluzioni diversificate che consentano di avanzare in questa direzione, il Piano individua pertanto diversi strumenti e/o ambiti di interazione tra Comuni e SSR:

a) il *consolidamento della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria e delle Conferenze dei Sindaci*². Data l'importanza che tali livelli istituzionali rivestono nel rappresentare i bisogni dei cittadini, dare effettiva applicazione alle indicazioni del PSR nonché per la valutazione dei direttori generali, si rende

¹ L'allegato 1 (Linee Guida in materia di atto aziendale) declina i principali elementi che caratterizzano la nuova operatività dei macrolivelli assistenziali alla luce delle innovazioni introdotte dal Piano sia in sede di governo che di gestione della sanità.

² Le Conferenze nel quadro dell'attuale ordinamento regionale hanno un ruolo rilevante come rappresentanti dei bisogni dei cittadini e intervengono nei percorsi programmatori collegati con i Piani attuativi locali sia in fase di discussione degli stessi, dovendo i PAL di ASL ed AO essere corredati del parere della Conferenza dei Sindaci per poter ricevere la valutazione di congruità da parte regionale, sia nella fase di valutazione dei PAL, quando la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria esprime un proprio parere che accompagna la relazione annuale sullo stato di avanzamento della programmazione locale.

necessario qualificarne l'apporto al funzionamento complessivo del SSR, individuando a tal fine risorse specifiche in sede di riparto del FSR, mettendo a disposizione le risorse tecniche e organizzative della Direzione regionale sanità e servizi sociali.

b) l'attivazione di accordi di programma livello di distretto/ASL così come previsti dalla normativa vigente (art. 31 della l.r. 3/97 e dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001);

c) il coinvolgimento dei Comuni nei patti per la salute e nei conseguenti programmi, così come previsto nella sezione 4 del PSR;

d) la sperimentazione di livelli istituzionali ulteriori per raggiungere una maggiore interazione tra Comuni e ASL nella promozione della salute e nell'interazione socio sanitaria, valorizzando il distretto come ambito territoriale in cui convergono e si integrano interventi e politiche.

I livelli istituzionali:

- hanno il fine, senza creare ulteriori livelli gestionali, di integrare sul territorio le politiche comunali ed i programmi aziendali delle ASL per le parti relative a: promozione della salute, prevenzione e attività di iniziativa, integrazione socio sanitaria;
- sono costituiti su proposta della conferenza dei sindaci, di ambito territoriale e della ASL competente;
- elaborano progetti autonomi, valutati e finanziati, nella fase iniziale, dalla Regione;
- il loro livello territoriale di riferimento è quello del distretto/zona.

Una apposita legge regionale regolerà, nell'ambito di quanto sopra definito e sulla base di un approfondito dibattito e confronto politico istituzionale e con le organizzazioni sindacali, tempi e modalità della sperimentazione.

B) SVILUPPARE LA PARTECIPAZIONE.

L'attivazione dei Comitati Consultivi degli utenti quali livelli di partecipazione dei cittadini alle funzioni delle ASL e delle AO.

Con i Comitati Consultivi degli Utenti si intende valorizzare il ruolo dei cittadini e delle loro rappresentanze sociali per il miglioramento della qualità dei servizi e rafforzare il ruolo dei Comuni nell'espletamento delle loro funzioni di verifica della gestione dei servizi sanitari e di interlocutori delle Direzioni Aziendali rispetto alla programmazione attuativa locale.

Con i Comitati Consultivi si intende fare un ulteriore passo in avanti per concretizzare gli spazi di partecipazione previsti dalla L.R. 3/98: si tratta di assicurare spazi e modi organizzati per riconoscere ai cittadini il diritto di esprimere punti di vista e progettualità orientati a qualificare il servizio sanitario pubblico, a difenderlo attivamente assumendo, accanto al ruolo di soggetto di diritti di assistenza, quello di sensore di problemi, disfunzioni e storture sulle quali intervenire.

In particolare i Comitati Consultivi individuano i problemi che ostacolano la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario e promuovono interventi per assicurare il rispetto del paziente, anche in collegamento con l'attività del tutor territoriale e del tutor ospedaliero.

I Comitati Consultivi sono tenuti ad attivarsi in materia di:

- 1) monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza;
- 2) umanizzazione dei servizi;
- 3) controllo e semplificazione dei percorsi di accesso;
- 4) informazione;
- 5) fornire il parere sulla gestione dei servizi.

Un apposito regolamento-tipo di funzionamento dei Comitati Consultivi dovrà essere emanato dalla Giunta entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano e rappresentare atto di indirizzo vincolante per le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere. Tale regolamento dovrà anche considerare le modalità che le ASL e le AO dovranno curare per favorire il coinvolgimento dei Consigli comunali nella discussione dei punti di vista e delle proposte dei Comitati Consultivi e più in generale nella verifica della programmazione attuativa locale.

C) CONSORZIARE I SERVIZI DI SUPPORTO.

Si è già ricordato che il numero medio di abitanti per AUSL è in Umbria per tre AUSL su quattro inferiore alla media nazionale (circa 290.000 abitanti), fatto che rimanda ad una dispersione delle strutture aziendali che da un lato trova giustifica-

zione nelle condizioni oro geografiche e nelle specificità politiche e culturali presenti nella nostra regione, dall'altro evidenzia la necessità di recuperare condizioni di efficienza organizzativa, riducendo la dispersione territoriale dei servizi di supporto tecnico amministrativi e di alcuni servizi sanitari.

C.1) *Riorganizzare le funzioni tecnico amministrative.*

Il principio di autonomia e responsabilità dei risultati di gestione attribuite alle aziende sanitarie e ulteriormente trasferite a presidi, dipartimenti e distretti, comporta che a questi sia assicurata la piena disponibilità delle funzioni di supporto necessarie per l'acquisizione delle risorse e la gestione operativa dei servizi.

Di fronte a questa esigenza di capillarizzazione delle funzioni di supporto, il Piano opera la scelta di centralizzarne l'organizzazione, ma secondo un modello in grado di garantire la piena disponibilità delle funzioni a livello locale. Ciò si realizza attraverso l'unificazione a livello sovra aziendale di quelle fasi dei processi che richiedono:

- omogeneità di procedure amministrative;
- sviluppo di professionalità e strumenti specialistici;
- conseguimento di economie di scala.

Restano invece a livello locale le fasi dei processi che sono caratterizzati da:

- stretta connessione con le attività operative;
- necessità di personalizzazione nei tempi e nei modi di impiego.

Le funzioni tecnico amministrative oggetto della organizzazione centralizzata sono di seguito individuate:

a) *personale:*

- gestione economica;
- gestione concorsi;
- formazione;

b) *acquisizione beni e servizi:*

- espletamento procedure di acquisto ad evidenza pubblica;
- sviluppo di soluzioni di e-commerce;
- ottimizzazione logistica;

c) *gestione del patrimonio;*

d) *gestione delle tecnologie;*

e) *gestione del sistema informativo.*

Come già anticipato sia le funzioni riorganizzate centralmente, sia quelle che restano affidate alla gestione delle aziende sanitarie devono essere viste da presidi ospedalieri, dipartimenti e distretti come erogate dal proprio «Centro servizi». Questo comporta in primo luogo che le funzioni relative alla organizzazione operativa (rilevazione presenze, turni, rilevazione fabbisogni e consumi di beni e servizi, etc) che rimangono gestite a livello aziendale siano decentrate a livello di presidi ospedalieri, dipartimenti e distretti, tenendo conto anche della articolazione degli stessi in macrocentri di responsabilità.

In concreto si tratta di mettere a disposizione dei Direttori di presidio, dipartimento e distretto una struttura di supporto tecnico amministrativa, con le seguenti funzioni:

- gestione procedure amministrative decentrate;
- programmazione operativa dei servizi e monitoraggio sul livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- programmazione controllo economico finanziario, sui livelli di spesa e sull'efficiente utilizzo delle risorse;
- gestione dei flussi informativi relativi alle funzioni di cui ai punti precedenti.

Dal punto di vista del bilancio dell'impiego delle risorse umane, il potenziamento delle strutture di supporto tecnico amministrativo di presidi, dipartimenti e distretti deve avvenire nei limiti delle risorse liberate dal processo di razionalizzazione operato con l'accentramento di funzioni nel Consorzio interaziendale.

C.2) *Avviare aggregazioni sovraziendali di servizi sanitari di supporto.*

Si prestano alla sperimentazione di aggregazioni sovraziendali da delegare ad aziende capofila verificando anche la possibilità di attivare dipartimenti sovraziendali:

- i servizi emo trasfusionali;
- i servizi di dialisi;
- i servizi del sistema emergenza urgenza;
- alcune attività dei servizi farmaceutici;
- le diagnostiche strumentali e per immagini, dove pure occorre saturare i livelli di aggregazione organizzativa intraaziendale, tramite definiti progetti aziendali da inserire nei PAL.

6.2. Affinare il ciclo della programmazione.

A) GOVERNARE I RAPPORTI CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE.

Un appropriato sviluppo delle relazioni con la programmazione nazionale si collocherà all'interno delle materie che il livello centrale può legittimamente esercitare in base al Titolo V della Costituzione.

In tale cornice rappresentano interessi ed obiettivi della nostra regione:

- attivare il coordinamento di politiche nazionali creando a tale livello condizioni favorevoli per l'intersectorialità e la promozione della salute;
- garantire il rispetto delle legittime scelte organizzative della nostra Regione;
- verificare l'effettiva appropriatezza dei pesi utilizzati nella ripartizione del fondo sanitario, che ora sottostimano il carico assistenziale derivante dalla popolazione con età superiore a 75 anni;
- stimolare l'attivazione di un tavolo interregionale sul problema della localizzazione delle alte specialità, un terreno sul quale l'esasperazione del federalismo può comportare pericolose polarizzazioni nell'offerta dei servizi e marginalizzare o penalizzare sia le regioni storicamente meno dotate su questo versante, che quelle con bacini di utenza più limitati;
- concorrere alla manutenzione dei LEA;
- disporre di conoscenze epidemiologiche e gestionali necessarie per valutare l'effettiva equità garantita dal federalismo sanitario;
- mantenere aperta una dialettica positiva con gli altri modelli organizzativi;
- sollecitare ed ottenere un'efficace interazione da parte ministeriale con gli organismi sovranazionali che concorrono alla creazione di salute tramite accordi commerciali, politiche finanziarie, etc.

B) SVILUPPARE ACCORDI E INTERAZIONI CON ALTRI SSR.

Diviene sempre più urgente pianificare e regolare le relazioni con la programmazione sanitaria delle regioni confinanti con le quali sono necessarie avanzate integrazioni funzionali al fine di:

- ricondurre in ambito fisiologico, situazioni di esasperata concorrenza o di utilizzazioni disfunzionali di presidi di confine, o in cui infine si registrino consistenti flussi di utenza - attiva o passiva - in grado di compromettere l'esito funzionale di investimenti e collocazioni di servizi;
- concordare lo sviluppo delle alte specialità ricercando soluzioni che, pur richieste al tavolo della programmazione sanitaria nazionale, non vi abbiano trovato soluzione e possano, individuati bacini di utenza ottimali a livello interregionale, consentire sia un'adeguata utilizzazione delle nostre che delle altrui dotazioni;
- concordare iniziative comuni nel campo delle strutture di supporto al governo clinico, alla formazione, all'accreditamento, alle attività di ricerca scientifica e alle valutazioni delle innovazioni nel campo di tecnologie e processi assistenziali;
- altre aree di collaborazione su problematiche emergenti.

C) INTERAGIRE CON IL DOCUMENTO ANNUALE DI PROGRAMMAZIONE.

Maggiori livelli di integrazione vanno pianificati, gestiti e raggiunti con la nostra programmazione regionale al fine di ottimizzare e raggiungere i migliori livelli possibili di integrazione in materia di politiche per la salute.

In questo senso si tratta di sviluppare i rapporti tra PSR e Documento Annuale di Programmazione, nei cui confronti è necessario attivare una dinamica più ricca, facendone non solo il contenitore delle scelte annuali di programmazione in sanità,

ma investendo tale strumento anche di compiti relativi all'integrazione delle politiche per la salute di dominio regionale, con ciò recependo le indicazioni del Piano in materia di intersectorialità nelle politiche regionali.

Tale interazione è resa tanto più opportuna e necessaria dall'approvazione in Umbria del «Patto per lo sviluppo» che sviluppa a livello regionale un approccio concertativo basato sulla necessità di utilizzare come fattore aggiuntivo di sviluppo l'azione concertata di tutte le forze sociali. Occorre pertanto che anche nelle attività degli uffici regionali trovi applicazione un modo di lavorare che sviluppi l'interazione, superando la tradizionale separatezza insita nel modello organizzativo vigente.

D) SVILUPPARE E INTEGRARE LA PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA LOCALE.

Il PSR fissa obiettivi strategici di salute e di organizzazione dei servizi; la definizione di tempi e scadenze delle fasi di attuazione e l'entità delle risorse disponibili è affidato ad una serie di strumenti attuativi tra cui:

- atti di indirizzo programmatico;
- linee guida di organizzazione;
- linee guida per la realizzazione di progetti attuativi;
- piano degli investimenti di edilizia sanitaria;
- piano degli investimenti per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie;
- ripartizione del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente;
- linee guida per gli accordi contrattuali con le strutture accreditate;
- emanazione di nomenclatori e sistemi tariffari;
- accordi decentrati con i MMG e i PLS;
- accordi con i titolari di farmacia.

Premesso che tutti gli atti di programmazione attuativa regionale sono di competenza della Giunta regionale, con l'approvazione del nuovo piano sanitario restano in vigore tutte le disposizioni fissate dalla precedente programmazione attuativa, non dichiarate esplicitamente decadute. Tale impostazione evita che si verifichino discontinuità nei processi di pianificazione; se l'emanazione di un nuovo piano sanitario rappresenta in primo luogo la modalità più idonea per l'adozione di nuove strategie, la sua redazione diviene una occasione «straordinaria» di verifica della coerenza interna della programmazione attuativa vigente e di individuazione delle esigenze di riallineamento.

Il Piano non è concepito come un documento statico aggiornato con cadenza triennale, ma risulta uno strumento flessibile, i cui contenuti sono rimodulati attraverso un processo dialettico che instaura con la programmazione operativa ed il controllo della gestione dai quali riceve i segnali descrittivi delle tendenze in atto e li trasforma in nuove indicazioni attraverso gli strumenti di programmazione attuativa.

In tale cornice per il prossimo triennio si individuano i seguenti obiettivi:

a) i nuovi PAL saranno presentati alla Regione dalle Aziende sanitarie entro il 31 dicembre 2003, dovendo assegnare ai DG sei mesi di tempo dalla nomina/riconferma per mettere a punto la programmazione attuativa aziendale che estenderà i suoi effetti fino a tutto il 2005;

b) la Regione definisce, anche sulla base della valutazione del ciclo precedente (che sarà possibile concludere solo nei primi mesi del 2003), le indicazioni metodologiche per la stesura dei nuovi PAL, recependo ed eventualmente integrando quanto già disposto con la DGR 1142/2000. Le indicazioni metodologiche dovranno riguardare anche le modalità di coinvolgimento dei Consigli comunali nella definizione e verifica dei PAL, al fine di valorizzare il ruolo dei Comuni definito dalla L.R.3/98 in materia di programmazione sanitaria e verifica di gestione dei servizi;

c) le aziende sanitarie locali cureranno, sulla base dell'avvenuta riorganizzazione dei rapporti con distretti, dipartimenti e presidi, la necessità di una loro effettiva partecipazione alla programmazione aziendale; in relazione all'integrazione socio sanitaria assumono rilevanza l'ambito territoriale di distretto al cui riguardo sarà approvato il programma delle attività territoriali del distretto, che trovano riscontro nel PAL aziendale;

d) i PAL conterranno inoltre:

— la previsione dei fondi da assegnare ai macrolivelli organizzativi ed a ciascuna delle azioni di Piano, nonché ad eventuali progetti aziendali;

— indicazioni generali per la stesura degli accordi e dei contratti;
 — i rimandi alle interazioni con la programmazione sociale, con i programmi integrati per la salute e con gli altri livelli di raccordo interistituzionale previsti dal Piano;

e) saranno consolidate le interazioni (sostenute anche dai supporti che nel triennio saranno forniti per potenziarne le attività) tra Aziende sanitarie e Conferenze dei sindaci nella fase di messa a punto dei PAL e con la Conferenza per la programmazione sanitaria e socio sanitaria nella fase di verifica delle applicazioni effettivamente realizzate;

f) sarà confermato il collegamento tra valutazione dei Direttori generali e loro capacità di realizzare le azioni previste nei PAL;

g) viene inoltre richiesta alle Aziende sanitarie l'adozione dei seguenti programmi:

g.1) il Programma pluriennale delle attività e degli investimenti: il programma è articolato per presidi ospedalieri e per distretti. Il piano è triennale con aggiornamenti annuali;

g.2) il Programma annuale delle attività e degli investimenti: il programma è articolato per presidi ospedalieri e per distretti ed è presentato congiuntamente al bilancio di previsione.

6.3. Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in sede di Conferenza Stato-Regioni ha permesso di ancorare il processo di avvio del federalismo sanitario ad una serie di competenze assistenziali che fanno da minimo comune denominatore per l'attività organizzativa e programmatica delle Regioni in materia di assistenza sanitaria.

I LEA saranno esigibili, in qualsiasi Azienda sanitaria locale ed ospedaliera da parte di ciascun cittadino assistibile.

La Regione è responsabile della loro effettiva erogazione, per garantire la quale adotta i modelli organizzativi e gestionali previsti nella normativa regionale e nel presente atto di piano.

In tale cornice il Piano assume, integrandole ove necessario:

- le delibere regionali già emanate in relazione al DM 29 novembre 2001 sia per quanto riguarda l'Allegato 2A (DGR n. 292, 293/2002) e quello 2B (DGR n. 893/2002);
- le indicazioni ed i criteri che rendono erogabili le prestazioni di cui all'allegato 2B;
- le modalità di applicazione dell'allegato 2C;
- le aree di prestazioni efficaci non previste attualmente nei LEA.

A) ULTERIORI PRESTAZIONI EROGABILI DAL SSR.

L'approvazione dei LEA comporta una serie di problemi applicativi ulteriori relativi alla presenza di:

a) prestazioni erogate dal SSR e non previste nei LEA:

- la DGR n. 1789/2001 relativa al programma assistenziale sperimentale che concede l'assegno di cura per definite condizioni assistenziali relative ad anziani non autosufficienti quale opzione alternativa all'ingresso inappropriato in strutture residenziali;
- la DGR n. 1363/2001 con la quale la Regione Umbria assicura interventi a supporto delle famiglie quale contributo della pratica riabilitativa denominata metodo DOMAN;

b) prestazioni non previste dai LEA e non erogate attualmente dal SSR ma a dimostrata efficacia, tra cui:

— diete iproteiche per nefropatici, la cui efficacia è ben definita in letteratura ma che possono essere erogate a parziale carico del SSR (che si assume il costo differenziale rispetto agli alimenti normali) per finalità preventive;

— screening del carcinoma del colon retto;

— cure odontoiatriche: queste forniscono un contributo formidabile allo stato di salute della popolazione;

c) prestazioni che consentono di completare il ciclo assistenziale e il cui onere a carico del SSR dipende da condizioni specifiche dell'assistito, come è il caso del trasporto ordinario di soggetti in gravi condizioni cliniche e non trasportabili con i comuni mezzi di trasporto.

Sia per le prestazioni di cui al punto a) che di quelle al punto b) il Piano assume la necessità di:

- chiedere in sede di Conferenza Stato Regioni, al tavolo di manutenzione dei LEA, l'inserimento di queste prestazioni tra quelle erogabili;
- mettere a punto analisi dei costi per la loro applicazione nella nostra regione, entro il primo anno di vigenza del PSR.

È inoltre attivata a partire dal primo anno di vigenza del PSR in tutte le aziende ASL una contabilità separata:

- per le prestazioni di cui al punto a) del presente paragrafo;
- per le prestazioni di cui al paragrafo 6.3.B relative alla medicina dello sport ed alle attività certificative.

B) PRESTAZIONI ESCLUSE DAI LEA.

Le indicazioni della legge n. 405/2001, art. 6 in tema di livelli essenziali di assistenza sono state recepite dal DPCM 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

In tale cornice e relativamente all'Allegato 2 A del citato provvedimento:

- per i punti a), b), d) ed f) si cessa l'erogazione a carico del SSR;
- per il punto c) si cessa l'erogazione a carico del SSR ad eccezione dell'agopuntura, per la terapia del dolore e gli interventi a prevalente finalità analgesica;
- limitatamente alle certificazioni medico legali non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva e non afferenti alla medicina dello sport, le stesse costituiscono compito istituzionale per le strutture erogatrici e vanno erogate con l'onere a carico dell'interessato sulla base delle tariffe previste dalla DGR n. 1029 del 13 settembre 2000;
- relativamente alla medicina dello sport si è ritenuto di valorizzare il ruolo preventivo che riveste l'attività sportiva motoria, con la DGR n. 293/2002.

L'attività motoria e l'esercizio sportivo sono un fattore essenziale nel prevenire, in maniera mirata, l'insorgere di alcune patologie fra cui quelle cardiovascolari, osteoarticolari e metaboliche.

In tal senso vanno perseguite politiche specifiche relative sia all'avviamento alle attività fisiche e motorie di quelle fasce e di quei gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria, sia allo sviluppo delle iniziative già in essere per migliorare il livello di salute dei soggetti che praticano attività fisica.

Un contributo qualificato può venire dalla medicina dello sport, sia per quanto riguarda l'attenzione degli effetti dell'attività fisica nella generalità dei soggetti, sia per quanto riguarda la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche, sia per la ricerca e la lotta contro le pratiche stimolanti e di doping che possono provocare gravi e irreparabili danni alla salute.

Le Direzioni aziendali determinano e realizzano nel triennio, progetti aziendali per la riconversione per le risorse impegnate in queste aree.

C) PRESTAZIONI EROGABILI A PARTICOLARI CONDIZIONI.

Per quanto riguarda le condizioni che rendono erogabili le prestazioni individuate nell'allegato 2B del DPCM sui LEA:

- per il punto a) relativo all'assistenza odontoiatrica³ le condizioni riguardano gli assistibili fino a 14 anni di età e le seguenti categorie «vulnerabili»: invalidi civili

³ Per questa come per altre aree di prestazioni, il DM non fornisce indicazioni più precise sulle prestazioni comprese nella dizione «Assistenza odontoiatrica», rinviando quindi a successive determinazioni una più esatta definizione della materia.

>75 per cento, invalidi di guerra dalla I° alla V° categoria, invalidi del lavoro con riconoscimento dell'invalidità superiore ai 2/3, ciechi assoluti, ciechi e sordomuti con indennità di comunicazione e, ai sensi dell'art. 1 comma 3 della legge 724/94, i pensionati sociali, i titolari di pensione al minimo, i disoccupati, i loro familiari, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a Euro 8264 (£ 16 milioni), incrementato ad Euro 11.361 (£ 22 milioni) in presenza del coniuge e di euro 517 (£ 1 milione) per ogni figlio a carico;

- per il punto *b*) le condizioni sono contenute nella linea guida regionale in materia di «Osteoporosi primaria» (DGR n. 1671/2000);
- per il punto *c*) le condizioni sono individuate nella elaborazione di un progetto riabilitativo, secondo quanto definito nella DGR n. 893/2002;
- per il punto *d*) le condizioni sono contenute nella DGR n. 210/2001.

D) PRESTAZIONI A POTENZIALE RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA.

Relativamente all'allegato 2C del DM 29 novembre 2001 ed ai relativi interventi sulle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriatazza, vi è la necessità di confermare e rendere più cogenti le politiche tariffarie volte a premiare l'uso effettivo della modalità più appropriata di trattamento, distintamente per le attività ospedaliere a valenza chirurgica ed a valenza medica. Le prime infatti vedono nel ricorso alla day-surgery una tipologia di intervento molto ben codificata nella nostra regione e le cui modalità di utilizzazione fanno ormai parte del patrimonio culturale dei professionisti attivi nelle branche chirurgiche e delle direzioni aziendali. Tutti i DRG chirurgici presenti nell'allegato 2 C del LEA fanno parte della lista - ben più ampia - di DRG trasferibili in day surgery, sulla cui base il Piano affronta la riorganizzazione delle chirurgie ombre (vedi paragrafo specifico); peraltro per alcuni dei DRG chirurgici presenti nell'Allegato 2C, l'evoluzione delle conoscenze e delle metodiche di intervento consente trattamenti in chirurgia ambulatoriale, rendendo a sua volta inappropriato lo stesso trattamento in DS.

Per le *attività ospedaliere mediche*, premesso che in generale il ricorso al day hospital medico rappresenta una condizione operativa più indefinita in quanto i criteri per la selezione dei casi risentono di una discrezionalità molto ampia, nello specifico del sottogruppo dei 43 DRG dell'Allegato 2C a trattamento medico si è intervenuti prevedendo un abbattimento delle tariffe pari al 20 per cento, in attesa di una più puntuale definizione della materia.

6.4. Sviluppare programmazione economico finanziaria e controllo di gestione.

A) IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE USL BASATO SULLA QUOTA CAPITARIA.

La normativa richiede di mantenere un'omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra diversi livelli del SSN, pur non vincolando le singole regioni ad applicare i fattori di correzione usati a livello nazionale perché «*le regioni possono utilizzare informazioni ulteriori relative a variabili ed indicatori più direttamente correlati all'utilizzo atteso di risorse e/o più sensibili ai livelli relativi di bisogno espressi dalla popolazione delle diverse Aziende USL*» (ASSR, 2001).

La DGR 298/2002 (Riparto del Fondo Sanitario Regionale) ripropone gli stessi criteri assunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente; si è invece tralasciata la correzione secondo i tassi standardizzati di mortalità per la scarsa variabilità che caratterizza le diverse aree dell'Umbria; in essa si evidenzia (tab. 4) l'articolazione del finanziamento complessivo che è assegnato per il 97,46 per cento a quota capitaria, per il 2 per cento è costituito dalla quota di riequilibrio che tiene conto delle perdite delle Aziende Sanitarie nel 2001 e per lo 0,47 per cento è relativo al finanziamento a funzione.

A partire da tale base, gli obiettivi fissati dal PSR per il triennio sono:

- affinare la metodologia di calcolo della quota capitaria introducendo meccanismi di allocazione basati sul *risk-adjustment*⁴;

⁴ Il *risk-adjustment* è l'aggiustamento della quota capitaria secondo le caratteristiche individuali e sociali dell'individuo, è la quota pro-capite più un aggiustamento basato su bisogni sanitari: età, sesso, morbilità/mortalità, posizione sociale. Tale quota capitaria aggiustata è in grado di fornire una stima non distorta dei costi attesi pro-capite in un dato periodo relativi al piano sanitario, date le caratteristiche dell'individuo, esprimendo quindi il bisogno relativo dei cittadini in termini di spesa sanitaria attesa.

- effettuare la valutazione d'impatto, utilizzando i nuovi pesi come parametri di standardizzazione per i confronti dei consumi interaziendali;
- introdurre i nuovi pesi in maniera progressiva, dopo opportuni periodi di sperimentazione, ad iniziare dalla allocazione delle risorse all'interno del territorio aziendale (vedi punto successivo);
- garantire una distribuzione equa delle risorse all'interno delle Aziende USL, attraverso l'introduzione di meccanismi di trasferimento dei finanziamenti ai distretti sulla base della quota capitaria pesata.

L'utilizzo di una formula capitaria aggiustata per il rischio, oltre ad essere un processo sistematico, trasparente, a basso costo di gestione e indipendente dai comportamenti passati, consente anche di tenere conto di obiettivi di equità, permettendo l'inclusione di fattori di bisogno delle popolazioni più a rischio, ovvero di quei fattori capaci di spiegare la variabilità nell'assorbimento delle risorse nella sanità, che tipicamente sono riconducibili alle caratteristiche demografiche della popolazione, a quelle socio-economiche, allo stato di salute o «carico di malattia» (ad es. la prevalenza di determinate malattie croniche). Nella nostra regione sono già disponibili i risultati di ricerche che a partire dalla rilevazione delle tipologie e intensità dei consumi farmaceutici e ospedalieri della popolazione residente in un certo arco di tempo, hanno permesso di raggruppare la popolazione in gruppi omogenei per probabilità di assorbimento di risorse in futuro.

B) L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE PER LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA.

Il principio della contestualità fra definizione di livelli essenziali di assistenza e determinazione del fabbisogno finanziario corrispondente fanno sì che la programmazione dell'allocazione delle risorse per livelli essenziali di assistenza sia il tema fondamentale su cui si devono esercitare le scelte di governo. Il piano sanitario regionale è la sede più appropriata per valutare l'attuale distribuzione delle risorse e per rimodularla dimensionando in maniera coerente volumi di attività, sviluppo dei servizi e allocazione delle risorse, svolgendo un ruolo strategico che è proprio del PSR quale strumento di integrazione tra programmazione delle attività, programmazione economico finanziaria e programmazione degli investimenti.

Nella «Relazione sull'attività del tavolo di lavoro per la definizione dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria e dei relativi costi» che costituisce il documento del Tavolo Tecnico presentato alla Conferenza Stato-Regioni quale base di discussione per la definizione del successivo accordo del 22 novembre 2001, sono stati analizzati i parametri regionali e le condizioni applicative di elenchi di prestazioni che il servizio pubblico garantisce rispettando il rapporto costi/benefici.

Nella prima parte del documento è riportata la ricognizione degli attuali livelli di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale e i relativi costi sostenuti, alla quale rilevazione ha partecipato anche la Regione Umbria insieme alle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Valle D'Aosta, Piemonte, Toscana, Liguria, Marche, Lazio. Sulla base di questa prima rilevazione è stata redatta la tabella sotto riportata in cui compaiono valori percentuali rilevati nell'anno 2000 e valori percentuali di riferimento per l'allocazione delle risorse disponibili nel corso del triennio 2002-2004. Considerato che questi valori sono stati definiti a livello nazionale sulla base della popolazione assoluta, a livello regionale essi possono rappresentare solo valori di riferimento e sono pertanto suscettibili di variazione in base alla consistenza della popolazione per classi di età e per altri elementi ritenuti utili al fine della determinazione dei fabbisogni sanitari.

Tabella 6.1: Valori percentuali di riferimento.

	Valori percentuali rilevati Anno 2000	Valori percentuali di riferimento per il triennio 2002-2004	Variazione prevista
Assistenza san. collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,6%	5%	+1,4%
Assistenza distrettuale Totale	46,7%	49,5%	+2,8%
Assistenza di base	5,8%	5,8%	-
Assistenza farmaceutica	12,6%	13%	+0,4%
Assistenza specialistica	11,8%	10,7%	-1,1%
Assistenza Territoriale e residenziale	10,1%	13%	+2,9%
Attività di emergenza	0,8%	1,4%	+0,6%
Altro	5,6%	5,6%	-
Assistenza Ospedaliera	49,7%	45,5%	-4,2%

Nella stessa relazione è sottolineato che i valori di riferimento debbono intendersi meramente funzionali alla ottimizzazione dell'allocazione delle risorse per i livelli di assistenza e non costituiscono per le Regioni vincolo alcuno nell'organizzazione dei servizi tranne che per l'assistenza farmaceutica ove il vincolo è già previsto dalla legge 405/2001.

In linea con quanto sopra riportato, ed in ottemperanza con quanto previsto dalla legge 405 del 16 novembre 2001, attuativa dell'accordo dell'8 agosto 2001 e tenuto conto di potenziare soprattutto l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e l'assistenza distrettuale (in particolare l'attività di emergenza sanitaria e l'assistenza territoriale e residenziale), la Regione Umbria, sulla base di valutazioni connesse ai bisogni sanitari e dalla analisi dei dati di costo rilevati, propone di ripartire le risorse finanziarie disponibili nel triennio 2002-2004 utilizzando i parametri riportati nella Tabella seguente e indirizzando soprattutto le Aziende sanitarie a trasferire risorse (finanziarie umane e strumentali se del caso) da un livello all'altro privilegiando soprattutto l'integrazione socio sanitaria.

Tabella 6.2: Valori percentuali di riferimento.

	Valori percentuali Umbria rilevati Anno 2001	Valori percentuali di riferimento per il triennio 2003-2005	Variazione prevista
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5%	5%	-
Assistenza distrettuale totale	49%	52%	+3%
Assistenza di base	4%	6%	+2%
Assistenza farmaceutica	15%	13%	-2%
Assistenza specialistica ambulatoriale	13%	14%	+1%
Assistenza Territoriale semires. e residenziale	12,5%	15,5%	+3%
Attività di emergenza	1,5%	2,0%	+0,5%
Altro	3%	1,5%	-1,5%
Assistenza ospedaliera	46%	43%	-3%

A tale scopo è in atto un processo di revisione dei parametri di aggiustamento della quota capitaria per la ripartizione del fondo sanitario regionale alle aziende sanitarie, con un meccanismo di risk-adjustment che rifletta l'utilizzo di indicatori dei bisogni sia sanitari che socio economici della popolazione.

In tal modo l'allocazione delle risorse può riflettere le caratteristiche delle popolazioni che sono maggiormente associate ai bisogni di assistenza.

C) IL FINANZIAMENTO DELLE STRUTTURE EROGATRICI.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il D.lgs. n. 229/99 stabilisce che le strutture erogatrici siano finanziate secondo un ammontare globale, predefinito negli accordi contrattuali stipulati con gli acquirenti delle prestazioni. Nella composizione dell'ammontare globale predefinito possono rientrare due componenti: l'insieme delle attività remunerate a tariffa e le attività correlate a funzioni ritenute strategiche dalla programmazione regionale. Queste ultime, definite come funzioni assistenziali, non dovrebbero essere remunerate sulla base di tariffe specifiche per prestazione, ma sulla base del costo standard del programma di assistenza, che definisce i contenuti assistenziali specifici della funzione strategica. La funzione assistenziale è quindi un insieme di prestazioni che coinvolge in parte, in qualità di erogatore, anche l'ospedale e che la regione decide di remunerare secondo un programma assistenziale non parcellizzato.

Tale sistema di remunerazione è stato concepito per conseguire due obiettivi prioritari:

- l'incremento dell'efficienza tecnico-organizzativa delle strutture ospedaliere; infatti, la predeterminazione della tariffa comporta per il produttore un forte incentivo a contenere i costi di produzione delle prestazioni soprattutto attraverso l'eliminazione delle giornate di degenza non appropriate;
- fornire alle Regioni un potente strumento per orientare la rete dell'offerta in funzione dei propri obiettivi programmati; infatti, la capacità di individuare, attraverso l'utilizzo della classificazione DRGs, le specifiche tipologie di prestazioni erogate ed i relativi volumi, nonché di individuare gli erogatori presso i quali determinare il costo standard di produzione delle prestazioni (che, ai sensi del D.M. 15 aprile 1994 e dell'art. 8-sexies del D.lgs. 229/99, costituisce la base per la determinazione delle tariffe) offre alla Regione la possibilità di incentivare o disincentivare selettivamente determinate aree di attività, in coerenza con le esigenze prioritarie individuate dal proprio disegno programmatico e con i criteri di efficacia e di appropriatezza definiti dalla stessa programmazione regionale.

Il principale effetto distorsivo atteso con l'introduzione di un sistema di remunerazione a prestazione, l'aumento dei volumi delle prestazioni prodotte, è stato efficacemente contrastato nelle regioni che hanno impiantato un'adeguata funzione di controllo dell'uso appropriato dell'ospedale e strumenti di regolazione a cominciare dagli accordi contrattuali.

Pertanto, la remunerazione degli erogatori non è più rappresentata semplicemente dall'insieme delle tariffe, il cui ammontare può variare in funzione della capacità produttiva del singolo erogatore e della sua capacità di attrarre pazienti, ma si configura come «un ammontare globale pre-definito», già conosciuto, quindi, dall'erogatore all'inizio dell'esercizio. Pertanto, gli elementi pro-concorrenziali introdotti dal D.lgs. 502/92 sono ridimensionati a favore della funzione programmatica regionale.

Nella composizione dell'ammontare globale predefinito possono rientrare due componenti: l'insieme delle attività remunerate a tariffa e le attività correlate a funzioni ritenute strategiche dalla programmazione regionale: queste ultime attività non dovrebbero essere remunerate sulla base di tariffe specifiche per prestazione ma sulla base del costo standard del programma di assistenza, che definisce i contenuti assistenziali specifici della funzione strategica.

Questa rilevante novità introdotta dal D.lgs. 229/99, il finanziamento delle funzioni strategiche è finalizzato al perseguimento di due obiettivi: la tutela di alcuni servizi strategici, la cui disponibilità non può essere subordinata ai volumi di attività effettivamente erogati; la continuità assistenziale ed il superamento della frammentarietà dell'assistenza, che è inevitabilmente associata al pagamento a prestazione.

Le funzioni assistenziali finanziabili secondo i costi standard di produzione sono raggruppabili in due categorie:

- le funzioni «composite», ossia i programmi a forte integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera, individuabili quali insiemi di attività e prestazioni, la cui erogazione può richiedere il coinvolgimento e la collaborazione di più soggetti erogatori (sia ospedalieri, sia extra-ospedalieri); ai fini del finanziamento, l'unità di misura di questa categoria di funzioni è costituita dall'episodio di cura e fa riferimento al soggetto assistito;
- le funzioni «semplici», ossia quei servizi ad alta intensità assistenziale e tecnologica, obbligatoriamente presenti in determinate strutture ospedaliere, la cui attività non è correttamente misurabile in termini di singole prestazioni e il cui finanziamento non può essere direttamente collegato al volume di attività, bensì alla presenza stessa del servizio.

In conclusione, il completamento del sistema di remunerazione delle attività ospedaliere, finalizzato a contemperare gli obiettivi di migliorare la razionalizzazione nell'impiego delle risorse, promuovere forme efficaci ed appropriate di continuità assistenziale ed assicurare la coerenza fra l'organizzazione della rete dell'offerta e le priorità individuate dalla programmazione sanitaria regionale, dovrebbe fondarsi sui seguenti criteri guida:

- conferma della remunerazione a prestazione, in particolare per le attività dedicate alla cura dei pazienti acuti, sulla base di tariffe predeterminate individuate con la classificazione DRG; la Regione, auspicabilmente in collaborazione con le altre Regioni ed il Ministero della salute, provvederà, nel corso del triennio sia all'aggiornamento delle tariffe, sia alla revisione del sistema di classificazione;
- progressivo sviluppo, quale integrazione e completamento della remunerazione a funzione, previa individuazione sia delle attività ospedaliere strategiche, sia delle tipologie di pazienti per i quali sviluppare specifici programmi di assistenza, fondati sul principio della continuità assistenziale.

D) STABILIRE LE MODALITÀ E GLI OGGETTI DEL CONTROLLO.

Il modello di federalismo fiscale introdotto con l'accordo dell'8 agosto 2001 sancisce la contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario: quest'ultimo è inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA.

Ciò impone una revisione dei sistemi di controllo esistenti, tutti incentrati sul monitoraggio della spesa, dal momento che è assegnato lo stesso livello di priorità al controllo degli effettivi livelli di erogazione dell'assistenza e del rispetto dei vincoli di bilancio.

Tale modello di controllo è identificato in maniera esplicita dal Decreto Legislativo n. 56 nel «sistema di garanzia», che è composto di un set di indicatori (di attività, costo, risultato e gradimento), dai criteri di costruzione degli stessi e dalle regole di penalizzazione a cui sono sottoposte le Regioni nei casi di scostamento dagli obiettivi fissati.

Il Piano assume tale modello di controllo come un elemento dello scenario operativo del triennio, rideclinandolo all'interno della scelta strategica per un approccio basato sulla governance dei processi assistenziali (vedi sezione 6 .1) e sulle dimensioni e la metodologia per il miglioramento della qualità.

Il sistema di monitoraggio è organizzato in aree e si alimenta consolidando flussi ricorrenti o istituendone di nuovi, in particolare:

- *Farmaci*: si tratta di ottimizzare il sistema di rilevazione esistente, estendendola anche alle prescrizioni ospedaliere.
- *Prestazioni specialistiche*: il flusso esistente va implementato in termini di completezza e tempistica della rilevazione, ma soprattutto di qualità delle modalità di rilevazione.
- *Degenza*: l'applicazione delle linee guida per la corretta compilazione delle SDO, permetterà di ampliare la già buona qualità del sistema di monitoraggio ormai consolidato e a regime.
- *Prestazioni sociosanitarie*: sistemi di valutazione e controllo delle attività di ricovero a degenza prolungata (dalle lungodegenze, alle riabilitazioni, alle RSA) tramite il Sistema Resource Utilization Groups (RUG) dovranno essere sperimentati e applicati, consentendo anche la definizione di parametri per il relativo finanziamento. Analoghi flussi e dati dovranno essere previsti, secondo parame-

tri e modalità stabiliti, per altre attività come l'ADI, l'attività dei DSM, l'assistenza a tossicodipendenti.

- *Dati attività territoriali:* le attività territoriali dovranno essere maggiormente analizzate, mettendo fra l'altro a regime il flusso delle attività dei consultori con le modalità e gli indicatori ormai condivisi a livello regionale.

I flussi devono rilevare in maniera coerente informazioni relative a strutture, attività, costi.

E) IL CONTROLLO ECONOMICO FINANZIARIO.

Gli strumenti contabili.

L'impiego degli strumenti contabili di tipo civilistico nelle Aziende Sanitarie ha ormai superato la fase di avvio che ha permesso di evidenziare le seguenti esigenze:

- la necessità adeguare lo strumento contabile ai ruoli che è chiamato ad assolvere nel contesto sanitario rispetto a quello di provenienza (le imprese e il mercato) e di svilupparne a pieno le potenzialità innovative, in particolare a supporto dei sistemi di governo;
- la necessità di una forte crescita culturale degli operatori, alle prese con un cambiamento significativo di sistema e di metodo contabile e di miglioramento dei sistemi informativi di supporto.

Nel triennio di Piano i bilanci preventivi, annuali e pluriennali, il bilancio di esercizio e i flussi contabili trimestrali devono divenire strumenti conoscitivi e di trasparenza del livello aziendale e supporti forti di tutto il sistema di programmazione e governo regionale complessivamente definito.

L'obiettivo di fondo è raccordare il sistema di rappresentazione contabile delle Aziende con i sistemi contabili della Regione, in modo da consentire il consolidamento dei conti delle varie tipologie (preventivi, consuntivi, flussi periodici) e definire uno strumento adeguato a supportare il ruolo di holding finanziaria, responsabile complessivamente dei risultati del sistema, funzione strategica in questa fase di federalismo sanitario e di responsabilità piena sui livelli di spesa.

Le priorità per il triennio di piano possono essere così sintetizzate:

- rendere operativa da parte delle Aziende sanitarie la prassi del bilancio pluriennale di previsione come strumento di raccordo con la Pianificazione attuativa locale e di valutazione prospettica, in particolare, dell'impatto degli investimenti sull'equilibrio economico;
- completare lo sviluppo degli strumenti della programmazione economico-finanziaria annuale, prevedendo la redazione da parte delle aziende sanitarie del budget economico, del budget degli investimenti e del budget finanziario;
- migliorare e affinare le tecniche contabili e i sistemi informativi di supporto, attraverso meccanismi di standardizzazione e audit interno che confluiscono, come previsto già nel DAP per il 2002, verso procedure di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie;
- rafforzare in questo contesto la capacità di guida dei processi del livello regionale, attraverso la definizione di linee guida, norme tecniche e schemi regionali per la formulazione uniforme dei bilanci e la vigilanza sulla relativa corretta applicazione, per procedere al consolidamento dei documenti contabili sia a preventivo, che a consuntivo e relativamente ai flussi periodici;
- sviluppare da questo know-how un solido livello contabile del controllo di gestione regionale;
- introdurre l'utilizzo delle analisi di bilancio per quozienti, per supportare l'elaborazione di opportuni indicatori atti a descrivere le situazioni delle singole aziende e agevolare le decisioni in materia economico-finanziaria.

6.5. Sviluppare sistemi informativi, monitoraggi delle attività e controlli di gestione.

Il triennio appena concluso è stato caratterizzato da un profondo processo di innovazione dell'organizzazione e degli strumenti tecnologici nelle Aziende sanitarie della regione.

Le azioni fin qui intraprese sono state finalizzate a migliorare l'efficienza operativa interna delle singole Aziende e ad omogeneizzare lo sviluppo dei sistemi informativi in coerenza con le esigenze di interoperabilità ed interconnessione degli stessi.

Questo è avvenuto sia sul piano delle infrastrutture che su quello dell'organizzazione.

Sul piano delle infrastrutture le aggiudicazioni delle gare per i servizi di rete regionale delle pubbliche amministrazioni (ComNet) e per i servizi di rete delle Aziende sanitarie (AsNet) consentono di poter contare per il prossimo triennio su un'infrastruttura di comunicazione realizzata con criteri di omogeneità e con standard di sicurezza uniformi.

A partire dai primi mesi del 2003 le due reti saranno operative e consentiranno sia la piena interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari dei vari attori del Servizio Sanitario regionale sia l'interconnessione paritetica tra i domini amministrativi della P.A. regionale.

Sul piano dell'organizzazione la realizzazione del progetto SIIS (Sistema Informativo Sanitario Integrato) ha portato ad un processo di profonda riorganizzazione dei principali sistemi di accesso ai servizi (CUP regionale, ADT ospedaliero) ed ha consentito l'organizzazione dei Sistemi informativi direzionali a partire dal primo nucleo di informazioni disponibili:

- dati anagrafici;
- farmaci;
- dimissioni ospedaliere;

mentre per altri flussi:

- mortalità;
- interruzione volontaria gravidanza;
- Cedap e altri;

le informazioni comunque già disponibili su archivi tradizionali sono utilizzate attraverso procedure non ancora integrate nel datawarehouse direzionale.

L'obiettivo prioritario raggiunto con la realizzazione del SIIS è stato quello di indirizzare in modo coerente lo sviluppo dell'informatica nella sanità regionale e di favorire una crescita organizzativa e gestionale in termini di ruolo e responsabilità attraverso lo sviluppo di competenze e il rinnovamento degli strumenti a disposizione.

A partire da questo quadro di riferimento già positivo, ma suscettibile di ulteriore crescita, il prossimo triennio non potrà che essere caratterizzato da rafforzata attenzione verso le tematiche dell'innovazione. L'investimento nei processi di modernizzazione, attraverso le opportunità offerte dalle nuove tecnologie sarà orientato all'innovazione degli strumenti di gestione e della comunicazione e alla semplificazione delle modalità di accesso nell'assistenza sanitaria.

La promozione dell'innovazione tecnologica e organizzativa avrà quindi come obiettivi prioritari quello di favorire il miglioramento dei servizi e dei rapporti con i cittadini utilizzatori e la comunicazione tra i diversi livelli del sistema, ma anche, nel contempo, quello di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi interni e della gestione del sistema sanitario regionale.

A) IL MODELLO CONCETTUALE.

Il tema dell'innovazione può essere affrontato efficacemente se si considerano insieme aspetti organizzativi e tecnologici.

Il presupposto è qui sottolineato perché non di rado nei processi di innovazione è disatteso. Da un lato vi sono progetti in cui ci si limita all'implementazione informatica o alla realizzazione on-line di processi esistenti, dall'altro si sviluppano analisi strategiche e organizzative che non tengono conto delle opportunità e dei limiti degli strumenti tecnologici a supporto.

L'approccio corretto richiede che in primo luogo siano analizzate le caratteristiche del sistema organizzativo, imponendo che le soluzioni applicative del sistema informativo siano modulate sulle specificità organizzative e caratterizzate da un alto livello di flessibilità per adeguarsi alle esigenze cambiamento che si prospettano nel tempo.

B) LE CARATTERISTICHE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO.

Dal punto di vista gestionale-operativo il sistema informativo e tecnologico dovrà, in primo luogo, supportare il nuovo modello organizzativo che il presente PRS propone di sviluppare secondo le due principali direttrici:

1. La riorganizzazione delle funzioni tecniche-amministrative.
2. L'autonomia tecnico-gestionale di presidi e distretti.

B.1) *La riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative.*

La definizione di modelli innovativi di organizzazione delle funzioni amministrative attraverso la promozione di forme consortili tra le Aziende comporta una nuova progettazione delle procedure di supporto alle funzioni gestionali adeguata al modello di unificazione sovra-aziendale dei principali processi amministrativi.

Tenuto conto della necessaria progressività con cui si attuerà l'unificazione delle funzioni amministrative, il sistema informativo metterà a disposizione procedure in grado di seguire con flessibilità i processi di aggregazione.

Il processo di associazione in forme consortili avverrà gradualmente a cominciare dalle Aziende Ospedaliere con le Aziende USL dei rispettivi territori per le quali la realizzazione di un Centro di Servizi integrato risulta quanto mai utile e semplificata dalla situazione logistica.

Le principali aree di azione dei Centri Servizi interaziendali riguarderanno:

- la gestione amministrativa del personale
- l'acquisizione beni e servizi
- la gestione del patrimonio e delle tecnologie
- la gestione dei sistemi informativi e del back-office del sistema cooperativo regionale.

Il modello è quello del Centro Servizi al quale delegare tutte le attività «esternalizzabili», cioè di supporto alla gestione e in qualche modo estranee alla missione propria del sistema sanitario.

Secondo questo modello il Centro Servizi diventa il soggetto erogatore (Provider) in grado di combinare tecnologie e competenze specifiche per fornire alle Aziende consorziate una serie di servizi.

B.2) *Ampliamento dell'autonomia gestionale dei distretti, dei dipartimenti e dei presidi.*

Nel modello organizzativo ampiamente illustrato nel relativo capitolo del presente documento, alla centralizzazione in forme associative delle funzioni amministrative corrisponde una maggiore autonomia gestionale dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e dei Distretti territoriali. Ne consegue che i sistemi informativi operativi a supporto delle funzioni sanitarie vere e proprie e dell'erogazione di servizi ai cittadini-utilizzatori, faranno capo sempre più a queste Unità Organizzative.

Il Sistema Informativo a supporto che chiameremo *Sistema Informativo Operativo* dovrà in primo luogo rendere a disposizione ai Direttori di presidio/distretto disponibili le seguenti funzioni:

- gestione procedure amministrative decentrate;
- programmazione operativa dei servizi e monitoraggio sul livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- programmazione e controllo economico finanziario, sui livelli di spesa e sull'efficiente utilizzo delle risorse.

L'altra caratteristica fondamentale del Sistema Informativo Operativo è l'orientamento alle esigenze del cittadino-utente.

Gli obiettivi strategici individuati portano ad un ripensamento dell'offerta e dei ruoli, della struttura organizzativa secondo una logica guidata dalle esigenze dell'utilizzatore:

- promozione e diffusione dell'informazione sui servizi e di tutte le informazioni necessarie per assumere decisioni consapevoli sulle azioni di cura;
- semplificazione dell'accesso dei cittadini e degli utenti con l'eliminazione di spostamenti superflui, anche attraverso canali innovativi di prenotazione, di comunicazione dei referti e modalità di riconoscimento sicure;
- sviluppo di una politica per l'interscambio dell'informazione tra i vari livelli e attori del sistema sanitario, che incoraggi la semplicità e la tempestività delle comunicazioni a servizio delle attività di programmazione e gestione, e soprattutto a servizio degli operatori sanitari, dei cittadini e dei pazienti con particolare riguardo all'interscambio di informazioni cliniche.

Una concreta base di partenza è rappresentata dal programma di azioni innovative FESR, ove una delle azioni è costituita da un progetto per la sperimentazione delle tecnologie informatiche e di comunicazione: in esso si pongono le basi per l'attivazione

di sistemi di tele-consulto sanitario e di telemedicina, anche in considerazione del sempre più importante valore economico raggiunto dalla quota di assistenza domiciliare qualificata.

Il progetto ha il suo focus nella attuazione di una Piattaforma Digitale di integrazione per il Network della Sanità (NDS) attraverso la progettazione e realizzazione di un sistema pilota tecnologicamente innovativo rivolto all'acquisizione, la gestione e la condivisione delle informazioni cliniche, all'integrazione delle risorse delle strutture sanitarie, allo sviluppo di un efficiente e flessibile sistema di comunicazione tra utenza e offerta sanitaria. Tale sistema consentirà l'accesso e la consultazione via web dei dati sanitari da parte degli operatori sanitari rendendone più tempestivo, qualificato ed economicamente vantaggioso l'intervento.

Le tipologie di servizi che saranno realizzate nell'anno 2003, sono:

- digitalizzazione delle cartelle cliniche;
- reingegnerizzazione della gestione dei dati relativi alle prescrizioni farmaceutiche;
- realizzazione dell'interoperabilità a livello regionale delle diagnosi radiologiche.

B.2.1) *Il Presidio Ospedaliero.*

Le strutture ospedaliere hanno da sempre avuto maggior consuetudine con standard e sistemi informativi, per questo la situazione di partenza si può considerare positiva:

- tutti i sistemi di accettazione e dimissione sono informatizzati con alto grado di omogeneità sul territorio regionale
- i principali reparti radiologici della regione sono dotati di sistemi di digitalizzazione tra loro compatibili
- i laboratori e altri servizi diagnostici sono caratterizzati da elevati livelli di automazione
- sistemi informatizzati supportano le attività di pronto soccorso nei principali Presidi regionali

L'attuale fase di forte rinnovamento del patrimonio edilizio ospedaliero sta inoltre portando ad un'evoluzione anche sul piano delle infrastrutture e delle attrezzature tecnologiche.

Negli ospedali umbri ci sono pertanto tutte le premesse per realizzare un sistema informativo integrato a supporto del modello di rete ospedaliera regionale.

Nel prossimo triennio lo sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri dovrà orientarsi soprattutto verso progetti di interoperabilità e di interscambio di informazioni cliniche; (tra reparto e reparto all'interno di ogni struttura e tra ospedali all'interno della rete regionale).

Sarà incentivato il collegamento tra presidi per l'interscambio di immagini radiologiche, (almeno tra quelle strutture nelle quali i sistemi digitali sono già operativi), e sostenuta l'implementazione dei primi repository di cartelle cliniche digitalizzate, accessibili da tutta la rete regionale (progetto fondi FESR).

B.2.2) *Il Territorio.*

A differenza di quanto evidenziato per le strutture ospedaliere, i sistemi informativi territoriali registrano un generale ritardo.

Il PSR si propone di sviluppare nel corso del triennio una struttura di base del sistema informativo territoriale promuovendo soluzioni sia per quanto riguarda i dipartimenti ed i servizi sovra-distrettuali, sia per quanto riguarda il distretto.

Per i primi si pone l'obiettivo della definizione di un modello di riferimento per:

- DIP;
- DSM;
- SERT.

Il distretto è la sede nella quale si attivano tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari, esso è il centro dove si affronta e valuta la domanda, luogo dove svolge un ruolo centrale il Medico di Medicina Generale, ma è contemporaneamente una sede operativa del servizio sanitario e un fornitore e acquirente di prestazioni.

La complessità del ruolo del distretto, per sua natura articolato e diffuso nel territorio, ha comportato uno sviluppo disomogeneo e spesso frammentato dei sistemi informativi a supporto che necessita di specifici interventi.

I MMG e PDL come principali soggetti attivi e responsabili nel controllo della domanda di salute e del percorso assistenziale, costituiscono la prima questione al centro della informatizzazione del sistema distrettuale.

L'accordo tra Regione e MMG prevede a livello territoriale una forte integrazione del medico di medicina generale con le strutture del distretto mediante lo strumento delle «équipes territoriali» per l'attuazione della continuità assistenziale, la verifica della appropriatezza delle prestazioni, il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi, la formazione ed informazione a favore dell'assistito.

Si evidenzia la necessità di promuovere in primo luogo la completa informatizzazione dei Centri di Salute e la loro connessione con modalità sicure verso i MMG e PDL singoli e associati, che fanno riferimento al Centro di salute e che complessivamente costituiscono un Centro di responsabilità del Distretto.

Con tale premessa sarà possibile realizzare l'automazione completa del ciclo prescrizione → renotazione → erogazione → referto al fine di:

- aggregare le informazioni relative del soggetto sin dalla prima attivazione del percorso assistenziale,
- consentire il ritorno delle informazioni dai sistemi gestionali verso i sistemi direzionali e di controllo,
- consentire la disponibilità agli operatori sanitari delle informazioni riguardanti la propria attività.

L'approccio architetturale del sistema informativo distrettuale dovrà essere quello proprio dei sistemi aperti, costituiti da più applicazioni modulari in grado di interfacciarsi tra loro, ciò consentirà di partire immediatamente dalle prime informazioni disponibili (ad esempio i dati dell'assistenza farmaceutica e della specialistica ambulatoriale) e di integrare successivamente con ulteriori flussi informativi.

A tale proposito si rappresenta qui la necessità di incentivare nel prossimo triennio l'informatizzazione di alcuni importanti ambiti di assistenza nei quali c'è attualmente scarsa informazione disponibile assicurando la gestione di:

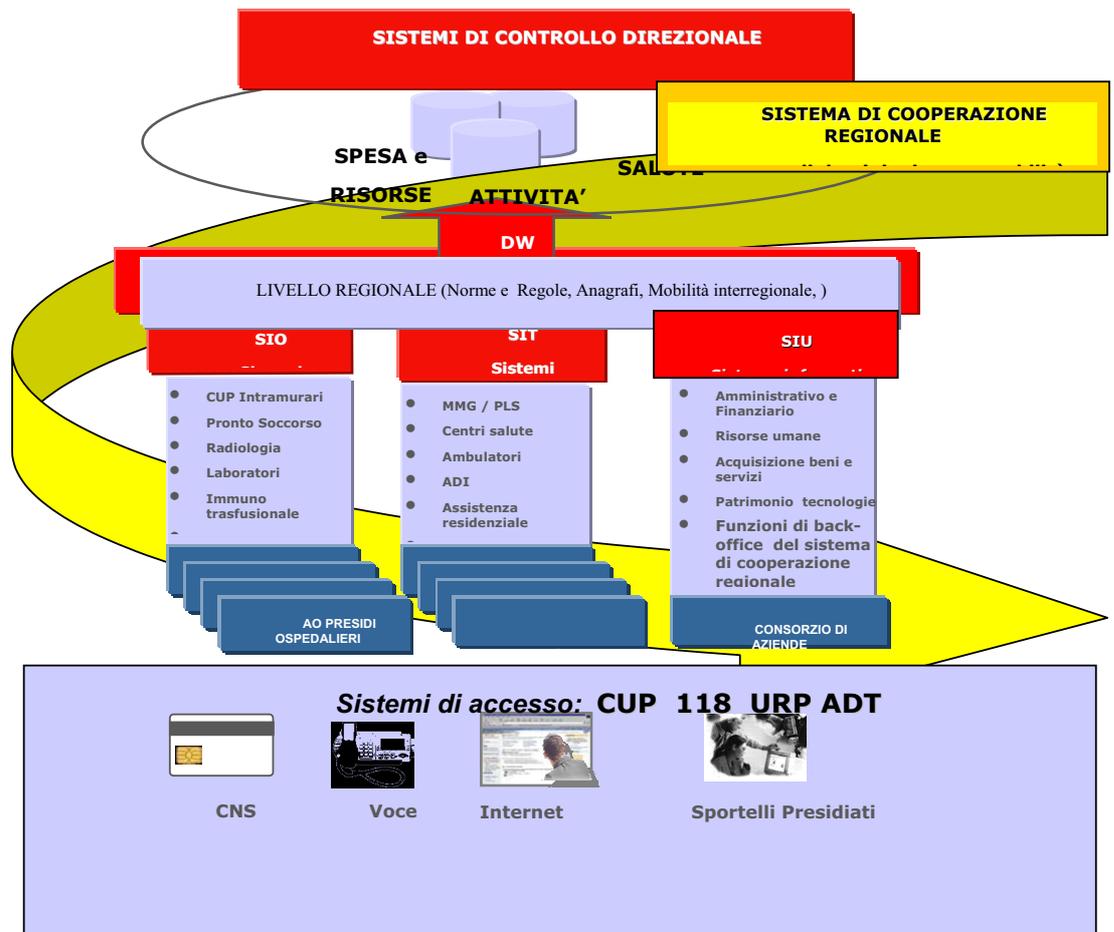
- assistenza domiciliare;
- assistenza integrativa e protesica;
- assistenza consultoriale;
- assistenza residenziale previa introduzione del sistema di classificazione dei pazienti definito RUG, per una valutazione delle caratteristiche dell'assistenza garantita dalle diverse strutture.

C) L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA INFORMATIVO.

Il modello di riferimento per il sistema sanitario regionale è assimilabile ad un sistema a rete, aggregazione di nodi operativi e centri di erogazione di servizi che cooperano per rispondere al bisogno di servizio dei cittadini e dei pazienti.

La realizzazione di una piena integrazione del Sistema Sanitario Regionale come Sistema a rete, richiede nel prossimo triennio particolare attenzione e impegno innovativo rispetto ai seguenti temi:

- sistemi di interfaccia con l'utente-cittadino - (Sistemi di accesso, CNS, Portale, URP);
- servizi di cooperazione degli attori del Sistema Sanitario Regionale (infrastruttura di rete, interoperabilità, posta elettronica certificata, workflow, firma digitale);
- Sistemi Direzionali e di Controllo (Portale Direzionale).



C.1) I sistemi di accesso.

Gli obiettivi delle azioni di innovazione discendono dalla logica di trasformazione della P.A. che pone le esigenze del cittadino-«cliente» al centro della propria missione. La definizione del cittadino come «cliente» della P.A. non vuole introdurre logiche di mercato e profitto certamente inadeguate all'impostazione Servizio Sanitario regionale, quanto piuttosto mutuare la logica del cosiddetto Customer Care verso quelle azioni che definiremo di Citizen Care.

C.2) L'Interoperabilità.

Collegamento in rete sicura delle Aziende attraverso le infrastrutture AsNet e Comnet (rete tra le Pubbliche Amministrazioni dell'Umbria) e attivazione dei principali flussi interaziendali attraverso servizi di rete (FTP, e-mail ecc.) Attivazione in rete del sistema di e-prescrizione di e-autorizzazione e di e-refertazione con accesso dei cittadini tramite MMG e recupero referti-risposte per i medici connessi in rete sicura con le intranet Aziendali, creazione di primi data-repository delle prescrizioni (farmaceutica, integrativa, specialistica) (progetto e-government, FESR).

Attivazione di sperimentazioni di firma elettronica e certificazione elettronica per l'interscambio di documenti clinici.

C.3) Il Sistema informativo direzionale.

Le esigenze di programmazione e controllo introdotte dal nuovo modello definito dal PSR, e dalla definizione di Livelli di Assistenza, richiedono che il Sistema Direzionale sia organizzato a partire da una base dati che integri tre tipi dati:

- informazioni relative alle attività e ai processi di cura;
- informazioni gestionali relativi a spesa e risorse;
- informazioni relative allo stato di salute dei cittadini.

È necessario che affinché il S.D. supporti tutti i decisori del SSR nei rispettivi compiti di programmazione, governo, e controllo e ai rispettivi livelli di autonomia, le informazioni siano ricomponibili sulla base del singolo soggetto assistito e successivamente disponibili a vari livelli di aggregazione.

Il sistema sarà organizzato come un sistema B.I. aziendale, nel quale le diverse informazioni, con diversi gradi di permission e di aggregazione sono diffuse ai vari livelli Aziendali.

Ne consegue la necessità di un accesso diffuso (Portale Direzionale) con forte attenzione alle policy di sicurezza.

Il sistema direzionale sarà dotato di pacchetti software per l'interrogazione interattiva degli archivi e la rappresentazione delle analisi; dovrà comunque essere prevista una reportistica di routine relativamente all'attività, ai costi, ai risultati.

6.6. Integrare programmazione socio sanitaria e programma degli investimenti.

Il programma regionale degli investimenti, chiamato a confermare gli indirizzi strategici degli investimenti in edilizia sanitaria ed in nuove tecnologie:

- riassume le attività in corso, puntualizzandone obiettivi e scadenze e verificandone la razionalità complessiva anche alla luce della latenza che *in questo settore si registra tra tempi di progettazione e tempi di realizzazione ed attivazione delle strutture*;
- definisce le nuove progettazioni da avviare nel triennio anche sulla base delle indicazioni contenute nel Patto per lo sviluppo dell'Umbria;
- fa proprie le indicazioni tecniche volte a realizzare le opere previste con attenzione agli aspetti architettonici, strutturali e funzionali.

A) QUADRO GENERALE DEL PROGRAMMA REGIONALE DI INVESTIMENTI.

La Regione dell'Umbria, nell'ambito del programma investimenti attivato con la legge 67/1988, art. 20, ha avviato la realizzazione di interventi volti al miglioramento della rete ospedaliera umbra per complessivi 260 milioni di Euro (503 miliardi di lire). Il programma attuativo del Piano Investimenti è in fase avanzata di esecuzione. La totalità degli interventi del 1° triennio è stata appaltata, completata, collaudata e le strutture attivabili sono già state consegnate alle rispettive Aziende sanitarie e poste in esercizio (Ospedale di Città di Castello, Orvieto, DEA Terni, Pronto Soccorso di Spoleto, 1° lotto di Trevi).

La seconda fase è stata avviata *contestualmente* alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma con il Ministero della Sanità e di intesa con il Ministero del Tesoro. Tale accordo ha consentito di anticipare la conclusione dei singoli interventi e dell'intero programma all'anno 2005.

Al raggiungimento di questi risultati concorrono, fattivamente, le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, attraverso il rispetto degli impegni assunti nell'alienazione del patrimonio sanitario da utilizzarsi quale cofinanziamento nella realizzazione degli interventi, *nell'attivazione dei programmi di trasferimento e/o allestimento delle strutture completate e nella implementazione tecnologica ed elettromedicale delle strutture.*

Al finanziamento delle strutture con i fondi dell'art. 20 L. 67/88 si sono aggiunti, negli ultimi anni, ulteriori finanziamenti volti alla realizzazione di interventi finalizzati all'attività libero-professionale, alla qualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di Perugia, alla realizzazione di centri residenziali di cure palliative per un importo complessivo di 60.000 milioni di Euro (116 miliardi di lire).

L'obiettivo regionale del triennio è il completamento del processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, tramite il miglioramento dei presidi territoriali ed ospedalieri⁵.

⁵ Nel quadro della seconda fase sono stati già realizzati o sono in fase di avanzata ultimazione:

- ripristino statico e completamento unità organica di recupero funzionale di Trevi, conclusa nell'ottobre 2002;
- realizzazione residenza per disabili «le grazie» di Terni la cui conclusione è prevista entro il 2002;
- il piano di intervento nel settore materno-infantile ha previsto la realizzazione di 6 interventi, distribuiti tra le 4 Aziende ASL e le 2 Aziende Ospedaliere con un finanziamento complessivo di euro milioni 1,5 (£ mld. 3) di cui il 95 per cento a carico dello Stato ed il 5 per cento a carico della Regione Umbria. Gli interventi sono stati tutti realizzati.

B) SPECIFICI PROGRAMMI ATTUATIVI FINANZIATI CON FONDI MINISTERIALI.

I programmi attuativi sono costituiti dal completamento e messa in funzione delle seguenti opere:

B.1) Completamento Polo Unico Ospedaliero Silvestrini di Perugia.

Il programma prevede la realizzazione del Polo Unico Ospedaliero tramite ampliamento dell'Ospedale Silvestrini. L'ampliamento consiste nella realizzazione di nuovi 600 posti letto e piastra tecnologica con poliambulatorii, laboratori analisi, ecc., per complessivi 102.000 metri quadri circa.

L'importo complessivo del programma è di € milioni 90 (£. ml 175) di cui € milioni 13 (£ mld. 27) cofinanziati dall'Azienda ospedaliera con fondi provenienti da alienazione del patrimonio.

Al finanziamento art. 20 L. 67/88 vanno aggiunti € milioni 9 (£ mld. 18), con fondi, a totale carico dello Stato, della L. 135/90 (Lotta all'AIDS) per la realizzazione del reparto malattie infettive all'interno del nuovo complesso.

L'intervento è articolato in due fasi:

La prima fase, (1° triennio) si è conclusa nel mese di settembre 2000 con relativo collaudo tecnico-amministrativo; la seconda fase (fase di completamento) è stata appaltata nel corso del 2001 con inizio lavori al gennaio 2002 e conclusione con relativa attivazione, prevista per il 2005.

B.2) Completamento Ospedale di Foligno.

Il programma prevede la realizzazione del Nuovo Ospedale di Foligno, che entrerà a far parte della rete di emergenza urgenza e sostituirà l'attuale sede ospedaliera non più idonea all'attività sanitaria, sia per le caratteristiche tipologiche dell'edificio sia per i danni subiti dal terremoto.

L'intervento prevede la realizzazione di 312 posti letto di degenza, comprensivi di 8 pl. di riabilitazione, estensibili a 15 in caso di documentata mobilità extra aziendale con adeguati spazi per le attività tecnico sanitarie, ambulatoriali, diagnostiche ecc. per complessivi metri quadri 52.000.

L'importo complessivo del programma è di € milioni 66 (£. mld. 128) di cui € milioni 9 (£. mld. 18) cofinanziati dall'ASL 3 con fondi provenienti da alienazione del patrimonio.

L'intervento è articolato in due fasi (1° triennio e completamento).

La 1ª fase (1° triennio) si è conclusa nel febbraio 2000.

La 2ª fase di completamento è stata appaltata nel corso del 2000 con inizio lavori febbraio 2001 e conclusione, con relativa attivazione prevista per il 2004.

B.3) Realizzazione DEA Ospedale Santa Maria di Terni.

Il programma prevede la realizzazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) dell'Ospedale Santa Maria di Terni.

L'investimento complessivo è di € milioni 12 (£ mld 23) di cui € milioni 0,5 (£ mld. 1) con fondi provenienti da alienazione patrimoniale dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

L'intervento, realizzato adiacente l'attuale Ospedale, è articolato in tre fasi (1° triennio, 1ª tranche 2ª fase e 2ª tranche 2ª fase):

La 1ª fase (1° triennio) si è conclusa nel settembre 1998.

La prima tranche della 2ª fase di completamento è stata appaltata nel corso del 2000 e le opere si sono concluse nel maggio 2002.

La terza ed ultima fase è stata posta in appalto nei primi mesi dell'anno 2003 per concludersi entro i 24 mesi successivi.

B.4) Completamento Ospedale San Matteo degli Infermi di Spoleto.

L'intervento consiste nella ristrutturazione de ampliamento dell'Ospedale San Matteo degli Infermi di Spoleto. L'importo complessivo è di € milioni 10 (£ mld. 20) di

cui € milioni 4 (£ mld. 8) di cofinanziamento a carico dell'ASL 3 proveniente da alienazione del patrimonio.

L'intervento è articolato in due fasi (1° triennio e completamento).

La 1ª fase (1° triennio) si è conclusa nel 1999.

La 2ª fase di completamento è stata appaltata nel corso del 2001 con inizio lavori marzo 2002 e conclusione, con relativa attivazione prevista per il 2004.

B.5) *Ammodernamento tecnologico.*

Finanziamenti ad hoc sono stati erogati con le modalità dell'art. 20 per gli ospedali di Città di Castello ed Orvieto già funzionanti. Il programma umbro prevede anche finanziamenti per gli ospedali di Foligno e Perugia.

B.6) *Piano di lotta e prevenzione AIDS L. 135/90.*

Il piano prevede il finanziamento a totale carico dello Stato per la realizzazione di 4 interventi, distribuiti nelle ASL 1, 3 AOPG e AOTR per complessivi € mln. 15 (£ mld 29).

B.7) *Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative art. 1 L. 39/99.*

Gli interventi sono in fase di predisposizione dei progetti ed i lavori si concluderanno entro il 2005. L'investimento complessivo è circa £ mld. 6, nelle 4 Aziende ASL.

B.8) *Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero-professionale D.Leg. 254/2000.*

Gli interventi sono in fase di predisposizione dei progetti esecutivi e saranno avviati nel corso del 2003-04. Gli investimenti complessivi sono pari a lire mld. 52, suddivise tra le 6 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

B.9) *Programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani - art. 71 L. 448/98.*

Il progetto complessivo si suddivide in 36 sottoprogetti, la cui realizzazione è prevista entro il 2005. L'investimento complessivo prevede una spesa complessiva di 89 miliardi di cui £ mld. 60 a carico dello Stato e £ mld. 29 di cofinanziamento a carico delle due Aziende (ASL 2 ed Azienda Ospedaliera) del Comune di Perugia e della Regione.

Il programma, inizialmente bloccato dal DPCM 20.3.2002, è, con l'avvenuta assegnazione della quota del 5 per cento, in fase di progettazione esecutiva e/o avvio lavori, previsti a partire dal presente anno.

C) NUOVE PROGETTAZIONI DA ATTIVARE NEL TRIENNIO.

La Regione ha concertato nel Patto per lo sviluppo dell'Umbria, una serie di opere necessarie per completare il riordino della rete ospedaliera ed edilizia territoriale:

— ai sensi della legge 549/95 e della legge 662/96, la realizzazione del nuovo ospedale di Branca utilizzando i fondi INAIL;

— la realizzazione di accorpamenti negli ospedali di territorio a Marsciano-Todi, Narni-Amelia e Castiglione del Lago-Città della Pieve.

Rispetto alle caratteristiche dei nuovi nosocomi e ai fondi per realizzarli:

a) il Nuovo Ospedale di Branca: la nuova sede accorperà gli ospedali di Gubbio e Gualdo Tadino, in un nosocomio che entrerà a far parte della rete regionale dell'emergenza; il progetto relativo all'opera è già stato approvato con accordo di programma e la sua ultimazione è prevista entro il 2006; questo accorpamento rappresenta un momento importante per la programmazione sanitaria regionale, essendo la sua effettiva realizzazione senza il fiorire di improprie duplicazioni di sedi un indicatore di qualità del sistema. Il Piano sviluppa tale percorso di accorpamento attivando una dialettica con i territori che permetterà di concertare, all'interno delle coordinate generali sopra definite le funzioni specifiche nel nuovo nosocomio si svolgeranno nonché le migliori destinazioni per l'utilizzazione delle vecchie sedi

chiarendo fin d'ora che queste non saranno in ogni caso destinate allo svolgimento di funzioni di degenza. In questa prospettiva le Direzioni aziendali gestiscono lo sviluppo delle dotazioni di personale e gli incarichi di responsabilità di struttura nelle sedi per le quali sono previsti gli accorpamenti, creando fin da oggi le condizioni che favoriranno l'integrazione operativa nelle nuove sedi.

b) Ospedali unici di Marsciano-Todi, Narni-Amelia, Castiglione del Lago-Città della Pieve: le nuove sedi accorperanno i nosocomi già esistenti nei rispettivi comuni, consentendo di ammodernare e snellire la rete degli ospedali di territorio; mentre lo studio di fattibilità dell'Ospedale di Marsciano-Todi già approvato dalla Giunta regionale, viene recepito dal PSR e verrà finanziato tramite fondi della Azienda ASL n. 2 e dell'art. 67/88, sono in via di definizione gli studi di fattibilità tecnico finanziaria relativi agli altri due ospedali. Sulle funzioni degli ospedali di territorio vedi il paragrafo 7.5.4.2.

D) ALTRE INIZIATIVE.

Rientrano altresì tra le previsioni in materia di investimenti del prossimo triennio:

a) la realizzazione delle opere necessarie ad attivare il polo di ricerca in Ematologia ed Oncologia presso il nuovo Polo unico di PG, tramite il Consorzio CREO tra AOPG, Università di Perugia e la Fondazione Chianelli (ONLUS), la cui gestione spetterà, una volta a regime, all'AOPG e all'Università per le rispettive competenze;

b) la realizzazione delle opere necessarie ad attivare un polo di ricerca avanzata in Diabetologia (CIRD), da finanziare attraverso fondi INAIL a Perugia, mentre l'attività assistenziale sarà svolta all'interno dei servizi dell'AOPG o in convenzione con la stessa;

c) la realizzazione delle opere necessarie a realizzare il Polo di ricerca a Terni sulla neurorigenerazione, da finanziare tra la sperimentazione gestionale che l'AOTR attiverà in collaborazione con la Fondazione Agarini e l'Università di PG;

d) la realizzazione della nuova sede dell'ASL 4 a Terni da finanziare tramite project financing;

e) la progettazione degli ammodernamenti relativi alle strumentazioni dei Poli Oncologici:

— dell'AOPG, che prevede la messa in funzione di:

- una *PET* tramite risorse proprie;
- un *impianto a ciclotrone* tramite un consorzio delle AO ed ASL dell'Umbria;

— dell'AOTR tramite l'attivazione di un 2° acceleratore lineare;

f) altri progetti relativi ad ammodernamenti tecnologici (cogenerazione, dotazioni strumentali avanzate, etc) saranno oggetto di un atto programmatico ad hoc;

g) realizzare un programma triennale di opere di ammodernamento delle strutture territoriali dei distretti e dei Centri Salute per la qualificazione della medicina territoriale.

E) INDICAZIONI IN MATERIA DI EDILIZIA.

La programmazione legata alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere, nonché alle opere di ristrutturazione, adeguamento ed ampliamento di quelle esistenti comporta la valutazione puntuale e accurata degli aspetti architettonici, strutturali e funzionale delle aree.

Particolare rilevanza riveste l'aspetto igienico, impiantistico ed energetico legato oltre che al rispetto puntuale delle Normative Vigenti ad una corretta programmazione dei costi sia in termini di manutenzione che di esercizio. A tal proposito si pone particolare attenzione a favore delle migliori tecnologie e impiego di materiali che consentono il risparmio economico nella gestione futura delle strutture ospedaliere e il rispetto dell'ambiente, l'igiene e la salubrità dei locali.

È auspicabile l'adozione di scelte progettuali mirate nei diversi settori.

In particolare per quanto riguarda la progettazione architettonica e la scelta dei materiali si propone:

Bioarchitettura.

— adozione di materiali eco-compatibili limitando il ricorso a prodotti di sintesi chimica;

— corretta esposizione del fabbricato in funzione delle aree di destinazione;

- masse murarie di elevato spessore per favorire l'inerzia termica dell'edificio;
- barriere verdi a foglia caduca per favorire l'ombreggiamento estivo.

Scelta dei materiali.

- adozione di vetrate termoacustiche e serramenti a bassa conducibilità termica;
- rivestimenti interni con superfici lisce con impiego di gomme naturali;
- schermatura e insonorizzazione dei locali tecnologici;
- miglioramento delle caratteristiche acustiche passive dell'edificio.

Per ciò che riguarda le scelte impiantistiche e legate al risparmio energetico e al contenimento dei consumi si propone:

Impianti di condizionamento.

- gruppi di cogenerazione (per la produzione combinata di energia elettrica e termica che consentono, nel caso delle strutture ospedaliere, tempi di ritorno dell'investimento nel breve volgere di pochi anni);
- generatori di calore ad alta modularità ed elevato rendimento (es. generatori a temperatura scorrevole e «a condensazione»);
- produttori di acqua refrigerata ad assorbimento (es. gruppi refrigeranti alimentati ad acqua calda e/o vapore);
- impianti e apparecchiature a recupero di calore;
- utilizzo e sfruttamento delle fonti rinnovabili di energia;
- sistema di telegestione per il controllo degli impianti.

Impianti elettrici.

- corpi e proiettori illuminanti ad elevato rendimento energetico;
- ottimizzazione degli impianti di rifasamento;
- accorgimenti per la limitazione dei campi magnetici prodotti.

6.7. Verificare possibili sviluppi di interazioni tra pubblico e privato nell'interesse del sistema.

La scelta del modello pubblico veniva nel PSR 1999-2001 supportata da una serie di valutazioni emerse da studi effettuati nei paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e relativi agli anni 1994-95, dove erano messi a confronto servizi sanitari nazionali a gestione rispettivamente diretta, assicurativa e privatistica per la loro capacità di garantire efficacia pratica, efficienza (intesa come rapporto tra efficacia pratica e costi del sistema) ed altri indicatori di performance. Questi studi depongono per migliori performance dei servizi sanitari nazionali che garantivano maggiore efficacia e più efficienza allocativa rispetto agli altri due modelli. Le indicazioni emerse dagli studi sopra ricordati hanno ricevuto, seppur su piani diversi, conferma da una serie di ulteriori e più autorevoli analisi⁶⁻⁷.

⁶ L'OMS (WHO 2000) ha elaborato una classifica della performance generale di sistemi sanitari in 191 paesi nel mondo in cui il nostro servizio sanitario nazionale, per l'anno 1997 cui si riferisce lo studio, si attesta al terzo posto nella classifica mondiale della performance sanitaria dopo Oman e Malta (al primo posto quindi tra i paesi dell'Unione Europea) mentre si colloca al secondo posto nella classifica mondiale della performance globale, dopo la Francia; risultati meno lusinghieri vengono raggiunti dall'Italia nella classifica della equità nella contribuzione (45° posto nella graduatoria mondiale) e in quella della soddisfazione dichiarata dagli utenti e nella capacità di «risposta» (22° posto nella graduatoria mondiale). I dati vanno letti con l'avvertenza che i risultati di salute osservati sono in buona parte il portato di performance sviluppate dai servizi sanitari anche negli anni precedenti. Di fatto però, essi rappresentano un formidabile argomento, avallato dalla massima autorità mondiale in materia di sanità pubblica, a favore del servizio sanitario nazionale italiano, inteso come servizio pubblico, ispirato dai principi di universalismo ed equità e basato sul metodo della programmazione per problemi.

⁷ Una accurata revisione e metaanalisi (Deveroux PJ et Al, 2002) è stata realizzata dalla Mc Master University - Canada - su 15 studi osservazionali che hanno incluso 26.000 ospedali e 38 milioni di pazienti degli Stati Uniti nel periodo 1982-1996, evidenziando che i pz trattati negli USA dagli ospedali for profit hanno il 2 per cento in più di rischio di morte (RR 1.020; IC95 per cento 1.003-1.038).

In questa cornice, il modello assistenziale dell'Umbria prevede un'interazione tra pubblico e privato basata sulle evidenze gestionali disponibili e finalizzata al soddisfacimento dei bisogni di salute e di assistenza dei cittadini.

Sempre in sede di premessa va ricordata l'opportunità di procedere a valutazioni:

- sui risultati clinici e gestionali prodotti dalle sperimentazioni gestionali attivate in Umbria con il PSR 1999-2001 (Istituto Prosperius Umbertide);
- sui risultati gestionali delle esternalizzazioni attivate con la cessione a terzi dei servizi di supporto (es.: mense, lavanderia, etc).

Conseguentemente il Piano colloca le interazioni tra pubblico e privato all'interno degli equilibri del sistema e nella cornice offerta dal quadro programmatico generale, che è finalizzata al perseguimento di una interazione reciprocamente positiva e pertanto:

- affida al privato convenzionato (case di cura e gestori di strutture residenziali) definite nicchie di attività (alcuni interventi relativi ad attività di chirurgia programmata, residenze protette, alcuni percorsi riabilitativi) nelle quali il SSR ha interesse a delegare le connesse aree di offerta perché, a monte, i requisiti strutturali e funzionali depongono per un adeguato livello assistenziale e, a valle, le valutazioni di efficacia e gestionali non evidenziano minori guadagni di salute e di efficienza;
- si impegna ad effettuare nel primo anno di vigenza del Piano la valutazione degli esiti delle sperimentazioni gestionali attivate (Istituto Prosperius-Umbertide) e delle politiche di esternalizzazione dei servizi di supporto portate avanti precedentemente, verificando in concreto costi e benefici ottenuti in una ottica sistemica e almeno di medio periodo, tenendo in particolare considerazione, accanto alla verifica della qualità dei servizi, quella delle condizioni di lavoro e del rispetto dei diritti dei lavoratori correlati alle esperienze di sperimentazione gestionale e di esternalizzazione. Nuove esperienze di esternalizzazione di servizi non potranno essere attivate prima delle valutazioni previste e senza direttive regionali in merito. In ogni caso l'esternalizzazione non potrà riguardare attività assistenziali e più in generale attività che prevedono il diretto contatto con il pubblico;
- propone di dare continuità, in materia di radiocirurgia, radioterapia stereotassica, neurogenetica e neuroregenerazione, al rapporto di collaborazione iniziato nel 1998 tra l'AOTR, la Fondazione Agarini e l'Università di Perugia, ferma restando la titolarità delle competenze assistenziali all'AOTR;
- persegue le relazioni di integrazione con il privato accreditato sulla base di un sempre più esplicito sistema di regole, dove è la qualità delle prestazioni ricevute dal cittadino che rappresenta il criterio base per orientare le scelte.

6.8. Sviluppare l'osservazione epidemiologica per la programmazione socio sanitaria.

Il Piano presenta un impianto centrato su una visione dell'epidemiologia, in cui questa:

- orienta le grandi scelte della programmazione tramite l'individuazione delle priorità di intervento basate sullo stato di salute della popolazione e sugli eventi evitabili;
- subordina le scelte organizzative alla loro capacità di contribuire positivamente al raggiungimento degli obiettivi di salute valorizzando le conoscenze «evidence based management»;
- consegna ai clinici il compito di sviluppare la misurazione degli outcome prodotti dalle loro attività, nel quadro della strategia del governo clinico.

Nel complesso l'Osservatorio epidemiologico regionale opererà in stretta relazione con la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociosanitari sui seguenti obiettivi:

- la raccolta di informazioni epidemiologiche sui bisogni di salute e di assistenza di coloro che in Umbria vivono e lavorano, che esiterà in una Relazione sullo stato di salute da pubblicare entro il 2003 con le base line per gli obiettivi di salute e per gli outcome del PSR;
- il supporto al governo clinico tramite:
 - attività di raccolta e socializzazione, anche in collegamento con strutture extraregionali, delle evidenze di efficacia relative agli interventi sociosanitari (evidence based medicine);

- attività di raccolta e documentazione, anche in collegamento con strutture extraregionali, delle evidenze di efficacia relative a determinate soluzioni gestionali (evidence based management);
- analisi e supporto all'appropriatezza professionale nei distretti e nei dipartimenti;
- analisi epidemiologiche sulla sicurezza e sull'equità;
- la partecipazione alle attività degli Osservatori sulle politiche del Piano tra cui:
 - osservatorio sulla salute degli anziani;
 - osservatorio sull'appropriatezza prescrittiva;
 - osservatorio sull'appropriatezza professionale;
 - osservatorio sull'integrazione socio-sanitaria;
- ulteriore sviluppo dei contributi epidemiologici forniti dai registri di popolazione:
 - RTUP;
 - dializzati;
 - malformazioni congenite;
 - diabete giovanile;
 - etc.
- raccolta di dati epidemiologici sugli outcome del SSR;
- promozione di indagini epidemiologiche sulla qualità percepita;
- promozione della cultura epidemiologica nei servizi attraverso momenti formativi e seminari;
- attivazione di indagini e strumenti di sorveglianza dei fattori di benessere e di rischio;
- promozione di studi organizzativi.

6.9. Valorizzare gli operatori.

A) GOVERNARE L'ECM.

A gennaio del 2002, dopo un anno di sperimentazione, anche in Italia si è avviato il processo di formazione continua (ECM); essa comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità per *supportare lo sviluppo del governo clinico*.

La caratteristica principale del programma di E.C.M. italiano è rappresentata dal fatto che essa prevede la obbligatorietà della formazione continua e l'estensione a tutti gli operatori della sanità, coinvolgendo quindi tutte le categorie professionali.

La conseguenza pratica di questi due elementi: obbligatorietà ed estensione a tutte le categorie professionali è rappresentata dal fatto che ogni operatore sanitario dovrà acquisire nell'arco del quinquennio n. 150 crediti formativi.

La Commissione Nazionale per la formazione continua ha individuato, ai sensi dell'art. 16-ter del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, gli obiettivi formativi di interesse nazionale per il prossimo quinquennio 2002/2006 di ECM, le linee fondamentali del programma ECM, i crediti formativi che devono essere maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo e i requisiti per l'accreditamento di soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative.

Nell'ambito di questo quadro è quanto mai fondamentale il ruolo delle Regioni, confermato anche dall'accordo della Conferenza Stato-Regioni sull'E.C.M. del 20 dicembre 2001, alle quali è affidato il compito di promuovere, sul loro territorio, il sistema per la formazione continua e ad essere garanti della qualità e della trasparenza del sistema stesso.

La Regione dell'Umbria per poter svolgere tale ruolo di promozione del sistema e garante della qualità e della trasparenza del sistema stesso si è posta l'obiettivo, in coerenza con gli indirizzi nazionali, di istituire un sistema regionale di E.C.M. partendo da una scelta di campo che è quella di prendere in considerazione quali providers, in questa prima fase, le Aziende Sanitarie pubbliche e private convenzionate con il SSR.

Le Aziende sanitarie umbre dovranno diventare il centro della formazione continua dei propri operatori, garantendo, in questo modo, «in loco» una offerta formativa

adeguata alle necessità degli utenti, valorizzando la capacità formativa dei propri operatori più esperti e non compromettendo l'attività istituzionale dell'Azienda.

Chiaramente il valore delle iniziative proposte dalle diverse aziende avrà una maggiore o minore ricaduta sulla partecipazione dei vari professionisti, non solo a seconda del fatto che ognuno di loro saprà riconoscere nel modello di attività proposto un'effettiva corrispondenza ai propri bisogni di formazione, in funzione del ruolo che svolge e in funzione delle sue prospettive di sviluppo personale e professionale, ma anche in funzione degli incentivi previsti dal Contratto Nazionale di lavoro per chi prenderà parte o meno ai medesimi eventi.

La ECM nazionale ha già delineato modalità di tipo organizzativo ed operativo per l'implementazione, all'interno delle Aziende, di un sistema di formazione continua accreditato. Tale documento può considerarsi la base per l'istituzione in sede aziendale o interaziendale di Centri ECM come sub unità del servizio/ufficio per la formazione aziendale.

Alla luce di ciò la Regione dovrà, sulla base dei bisogni formativi, individuare gli obiettivi formativi di interesse regionale e validare i Piani di formazione delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere la realizzazione di una anagrafe, accurata e trasparente, dei crediti accumulati dai singoli operatori.

Dovrà essere istituita inoltre, a livello centrale una Commissione E.C.M. regionale composta da esperti nell'ambito della metodologia formativa e da rappresentanti degli ordini e dei colleghi professionali, con il compito di:

- accreditare i singoli progetti di formazione presentati dalle Aziende Sanitarie pubbliche e private convenzionate con il SSR;
- attribuire agli stessi i crediti assegnati all'evento formativo calcolati sulla base degli indicatori definiti dalla Commissione E.C.M. nazionale;
- verificare l'evento formativo in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti.

La Commissione E.C.M. regionale si avvarrà della collaborazione della Consulta delle Professioni Sanitarie istituita con DGR n. 13/2002.

Chiaramente l'attivazione dell'E.C.M. regionale pone l'Umbria di fronte ad una sfida formativa che richiede mezzi e strategie del tutto nuovi. Accanto ai corsi residenziali, improntati ad una didattica di tipo più tradizionale, è necessario attivare anche in Umbria iniziative formative a distanza, così come prevede il documento istitutivo dell'E.C.M. nazionale; iniziative che possono raggiungere i diversi operatori nell'esercizio del loro lavoro quotidiano, in buona continuità con i problemi concreti contro cui si battono giorno dopo giorno, in modo flessibile con il supporto di una serie di tutors on line capaci di intervenire a risolvere problemi e per ottimizzare il costo della formazione permanente.

B) DIVERSIFICARE ED ARRICCHIRE I RUOLI PROFESSIONALI.

Le risorse umane assumono un ruolo centrale e propulsivo nel processo di rinnovamento del Servizio Sanitario Regionale. Tale processo è in funzione di un'organizzazione che va incontro al cittadino, sempre più sensibile alla qualità del servizio offerto, dove l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni dipende da loro stesse e dal loro contributo produttivo.

È necessario quindi potenziare l'investimento sui dipendenti per aggiungere loro valore, favorendo lo sviluppo delle politiche del personale.

La tendenza generale di gestione delle risorse umane deve essere spinta verso un coinvolgimento partecipativo sempre più marcato e verso uno sviluppo culturale e professionale continuo dell'individuo e del gruppo, attraverso la valorizzazione del potenziale umano orientato ad effettuare investimenti significativi in professionalità, utilizzando un approccio di confronto alla gestione delle risorse umane.

- Una maggiore responsabilizzazione individuale e di gruppo;
- respingere l'affermarsi di visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;
- sviluppare la flessibilità nell'impiego delle risorse umane, tenendo conto dei ruoli previsti e riconosciuti dalla contrattazione;
- sviluppare una adeguata pianificazione strategica della formazione di base mediante la predisposizione di programmi di addestramento, aggiornamento, qualificazione e riqualificazione finalizzati all'ottimale valorizzazione delle risorse umane.

Particolare attenzione dovrà essere pertanto posta:

- ai processi di innovazione tecnologica ed organizzativa;
- ai processi di ristrutturazione, riorganizzazione e riconversione delle strutture e dei servizi;
- alla individuazione di adeguati percorsi di riqualificazione del personale interessato dai processi di riconversione.

Tali enunciazioni dovranno tradursi nelle sotto elencate azioni:

1. Definizione del fabbisogno di personale che deve caratterizzarsi per modalità omogenee (con le quali è stabilito) e per gli obiettivi da raggiungere nel triennio:

1.1. *Determinazione dell'entità delle risorse umane:*

1.1.1. svolgere l'attività infermieristica, ostetrica, tecnica e riabilitativa attraverso un apposito Servizio in un contesto in cui *l'assistenza* sia:

- fornita secondo un modello teorico olistico, centrata sul cliente e aggiornata in rapporto alle evidenze cliniche (EBN - EBM);
- erogata attraverso il processo di nursing sia nell'ambito preventivo, curativo, che palliativo e riabilitativo;
- organizzata secondo il modello dipartimentale e con la finalità della massima coerenza con le strategie del PSR ed i PAL; rivolta all'efficacia dei risultati ed alla efficienza organizzativa;
- organizzata in relazione alle trasformazioni intervenute nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (degenze per intensità di cure, D. Hospital, D. Surgery, D. Service, Ambulatori, Hospice, Ospedale a domicilio, ecc.) e al sistema organizzativo scelto: tradizionale (assistenza funzionale) o innovativo (assistenza di gruppo, assistenza primaria, assistenza modulare, case management, percorsi assistenziali);

1.1.2. programmare e gestire le presenze in base all'analisi della domanda tenendo conto:

- delle esigenze degli utenti (da misurare con metodologia ad hoc);
- delle risorse disponibili;
- delle condizioni e dell'organizzazione complessiva dell'Azienda (attività medica, di formazione, servizi di supporto, servizi generali, dislocazione territoriale ed edilizia, ecc.);
- degli obiettivi di produzione (prestazioni da erogare, DRG da potenziare, DRG da disincentivare, ecc.)
- degli indicatori e rispettivi standard assistenziali da valutare e monitorare;

1.1.3. progettare e gestire l'orario di lavoro ed i turni di servizio (riposi, congedi ordinari e ferie) seguendo i seguenti criteri:

- decentramento della gestione complessiva a livello dipartimentale, *tenendo a riferimento il limite rappresentato dall'orario di lavoro di 36 ore settimanali ed adeguando l'organizzazione in funzione dell'orario di servizio e di apertura al pubblico;*
- distribuzione flessibile dell'orario di lavoro nell'ambito delle previsioni contrattuali;
- valorizzazione del ruolo dei gruppi interdisciplinari e delle responsabilità di ogni operatore;
- evitare che siano utilizzati istituti contrattuali impropri per sopperire a normali turnazioni.

2. Il reimpiego del personale in settori differenti a quello di appartenenza deve nascere da strategie regionali e aziendali con le quali si ridisegna il servizio in base alle modificazioni demografiche ed epidemiologiche, quindi valutando prioritariamente:

- trend di pensionamenti atteso nel successivo quinquennio;
- attività e servizi in dismissione o in chiara diminuzione di attività;
- attività e servizi di nuova progettazione almeno per un quinquennio;

- individuazione aree alternative di utilizzo del personale esonerato dall'espletamento di alcune funzioni ed individuazione preventiva dei reparti/servizi/uffici dove collocarli;
- progressivo riassorbimento di quell'area di lavoro precario cresciuto in questi anni nell'ambito del SSR.

3. La definizione degli strumenti per la riqualificazione deve essere coerente alle finalità del Servizio sanitario regionale e delle aziende sanitarie regionali e quindi deve:

- tendere al raggiungimento degli obiettivi regionali ed aziendali;
- risultare dalle modifiche e dalle innovazioni organizzative e gestionali;
- promuovere le competenze professionali sui processi anziché sui singoli ruoli;
- sostenere e adottare un sistema premiante (non solo economico) che riconosca le competenze professionali dei singoli e l'impegno nell'acquisirle e mantenerle.

Inoltre, per quanto riguarda soprattutto l'area contrattuale della dirigenza, ulteriore importante obiettivo da perseguire nell'arco di vigenza del piano risulta essere quello della definizione e implementazione di un sistema di valutazione permanente.

Infatti, la valutazione della dirigenza, oltre a rispondere ad una specifica previsione contrattuale, contribuisce a far assumere al personale inquadrato in tale area un ruolo di partecipazione alla vita delle aziende propedeutico al loro pieno coinvolgimento nei processi di riordino previsti nel presente documento di programmazione.

In tale contesto la valutazione si configura anche come una leva per affrontare i processi di cambiamento prefigurati nel Piano, mediante l'accrescimento in capo a tutto il personale di un forte orientamento al raggiungimento dei risultati, con l'assunzione di un ruolo attivo nel processo di aziendalizzazione. Proprio in considerazione del ruolo attivo che si intende assegnare al sistema di valutazione nella vita delle aziende, lo stesso dovrà essere ampiamente condiviso dalla dirigenza.

L'attuazione delle linee contenute nel piano si realizza anche attraverso il pieno coinvolgimento delle aziende e dei loro operatori nella fase di elaborazione degli specifici indirizzi attuativi.

Conseguentemente le aziende del servizio sanitario regionale sono chiamate a contribuire alla realizzazione del Piano anche mettendo a disposizione i propri operatori a sostegno delle strutture regionali competenti in materia. In particolare tale partecipazione dovrà vedere coinvolte soprattutto professionalità tipiche dell'universo sanità stante la considerazione che l'esperienza e la competenza di un addetto ai lavori può conferire all'azione regionale maggiore incisività. A tale fine, nell'arco di vigenza del PSR, la Giunta regionale, per l'esercizio delle proprie funzioni e di quelle del SSR, potrà avvalersi, anche per un numero limitato di ore settimanali, di operatori delle aziende sanitarie che, per durata e finalità predefinite, eserciteranno la loro attività presso gli organismi regionali, venendo posti, per tale periodo, alle dipendenze funzionali delle rispettive direzioni regionali.

I relativi oneri saranno posti a carico del fondo sanitario regionale.

C) DEFINIRE GLI IMPEGNI PER IL LIVELLO REGIONALE DELLA CONTRATTAZIONE.

Il Protocollo d'intesa sottoscritto l'8 agosto 2001 nella conferenza Stato - Regioni ha sancito che i rinnovi contrattuali nel settore sanitario vengono negoziati a livello centrale per garantire la tutela del potere d'acquisto, e a livello regionale/aziendale per remunerare la produttività e il raggiungimento di obiettivi strategici che hanno specificità e caratteristiche locali. Tale importante mutamento deve necessariamente comportare, per la Regione, l'adozione di un sistema di relazioni sindacali che consenta di gestire, in modo efficiente ed efficace, la definizione dei contratti integrativi regionali.

Occorre infatti, anche in relazione alla modifica in senso federalista del titolo V della Costituzione, valorizzare maggiormente il ruolo di governo della regione, riservando alla stessa il compito di integrare, pur nel quadro generale stabilito dal livello nazionale, le regole e le risorse per finalizzare l'assetto del personale del SSR alle esigenze ed alla missione delle aziende.

Al fine di assicurare il pieno assolvimento di tale specifico ruolo si procederà alla costituzione di un organismo regionale incaricato di gestire, di concerto con le orga-

nizzazioni sindacali di categoria, la delicata fase della contrattazione integrativa regionale e aziendale.

La costituzione del predetto organismo sarà disposta con atto di Giunta regionale il quale ne definirà la composizione, i poteri e le modalità di funzionamento.

A tal fine la Regione, anche al fine di supportare l'attività del predetto organismo, dovrà dotarsi di un sistema che consentirà di rilevare, avvalendosi della indispensabile collaborazione delle aziende sanitarie della regione, una serie di elementi fondamentali per la conduzione di una corretta ed efficace contrattazione integrativa.

In particolare le aree di intervento da sviluppare sono quelle riferite alla esatta conoscenza dei sotto elencati elementi:

- consistenza qualitativa e quantitativa del personale in servizio;
- dettaglio analitico delle retribuzioni corrisposte.

Dopo aver acquisito tali elementi di conoscenza si dovrà sottoporre gli stessi ad analisi di benchmarking al fine di individuare ed analizzare gli scostamenti rispetto ai valori medi regionali, sia sotto il versante retributivo che occupazionale. Verranno quindi quantificati, sulla base dei dati effettivi forniti dalle aziende sanitarie, sia i costi derivanti dai contratti nazionali che i presumibili costi derivanti dalla sottoscrizione degli accordi regionali anche al fine di individuare gli eventuali scostamenti degli stessi rispetto alle risorse messe a disposizione per detti rinnovi.

In tale logica potranno essere effettuate tutte le necessarie simulazioni sui costi di diversi possibili scenari circa la contrattazione integrativa.

6.10. Collegare ricerca e innovazione.

In questa direzione vanno attentamente valutati, tra gli altri, i seguenti problemi:

a) lo scarso peso che fino ad oggi ha avuto la quota di innovazione endogena prodotta dal sistema a partire dagli strumenti e dalle risorse messe in campo;

b) le valutazioni condotte sui risultati della ricerca finalizzata regionale, che ha riguardato sostanzialmente alcuni campi relativi a specifici sistemi operativi professionali, portando allo sviluppo ed applicazione in sede locale di approcci proposti e/o sviluppati in altre realtà; inoltre i tempi che intercorrono tra definizione dei temi, selezione delle proposte di ricerca e loro effettiva realizzazione sono in generale tali da ridurre l'effettivo impatto dei risultati. Pertanto la ricerca finalizzata regionale, mentre metabolizza ed adatta a livello locale procedure e sistemi operativi professionali - cosa comunque degna ed utile - non è riuscita a produrre innovazioni rilevanti, nonostante la presenza di professionalità e di aree di eccellenza sia nel SSR che a livello universitario.

Il Piano pertanto nel triennio sperimenta l'efficacia di interventi volti a aumentare la capacità di governare l'innovazione del sistema e di mettere a disposizione del SSR nuovi processi, individuando:

a) una area di temi connessi con la ricerca finalizzata regionale e nazionale che possono fornire contributi nei campi:

- della epidemiologia valutativa, con particolare riferimento alla valutazione dell'efficacia pratica dei sistemi operativi professionali (es.: ricerca clinica applicata alla messa a punto di linee guida e di percorsi assistenziali) e, distintamente, gestionali (es. sviluppo di sistemi di documentazione sulla evidenza di efficacia nel campo della gestione);
- della sociologia e della psicologia delle organizzazioni professionali, e della antropologia culturale, con particolare riferimento per le prime alle evidenze disponibili in materia di sistemi operativi per la selezione e la formazione del personale, per la gestione dei climi organizzativi, la gestione delle relazioni esterne, la manutenzione e sviluppo del capitale sociale e la rilevazione della soddisfazione dei cittadini, mentre per la seconda assumono rilevanza la percezione dei servizi da parte degli utenti, i flussi di comunicazione e le dinamiche culturali incentrate sulle strutture sanitarie, i bisogni e l'accessibilità dell'offerta assistenziale in gruppi della popolazione a differente retroterra culturale, recuperando la capacità di operare letture dei contesti differenziate su base di genere, etnia, classe e territorio, etc.

b) aree di ricerca avanzata, cioè relativa a tematiche già chiarite in termini di ricerca di base e da mettere a punto tramite affinamenti prototipali e brevetti, che possono mettere a disposizione del SSR effettive innovazioni nei processi assistenziali da introdurre nel medio periodo, con effetti sia sulla creazione di Poli regionali di

eccellenza sia sulla innovazione complessiva del sistema; queste aree di ricerca avanzata sono collegate alle aree di eccellenza presenti nel SSR e nell'Università nei campi della diabetologia, oncogenetica, neurorigenerazione, riabilitazione neurologica, oncoematologia.

In tale cornice la Regione:

- concerta con l'Università il Programma triennale per l'innovazione di processi assistenziali del SSR - per i contributi specifici che questa vorrà fornire - in un apposito «Programma triennale per l'innovazione di processi assistenziali del SSR»;
- promuove la partecipazione ai bandi europei e nazionali della ricerca finalizzata da parte di operatori, ricercatori ed Enti presenti in Umbria;
- promuove la partecipazione, d'intesa con altre regioni italiane, a progetti di ricerca europei e nazionali che rientrano nei finalità e nelle aree sopra definite;
- censisce, anche attraverso le banche dati esistenti, le linee di ricerca che vedono coinvolti operatori e ricercatori operanti in Umbria;
- promuove, nel quadro della ricerca finalizzata regionale un filone di attività rivolto alla «ricerca intervento», precisandone le caratteristiche metodologiche in modo da distinguerla dall'attività istituzionale e contribuendo così a sviluppare l'attenzione di quella grande arte di operatori che non sono orientati alla ricerca scientifica ma sui quali ricade comunque l'onere di attivare l'applicazione concreta delle innovazioni gestionali introdotte dalla programmazione socio-sanitaria di esplorare nuove soluzioni operative;
- sperimenta, nel triennio, integrandola con le azioni precedenti, un nuovo modello propositivo della ricerca scientifica finalizzata alla valutazione dei servizi, definibile come «ricerca finalizzata controllata», così articolata:
 - individuazione di temi pertinenti con le aree sopra definite e appropriati per essere affrontati a livello europeo e nazionale e, entro definite condizioni (Programma triennale per l'innovazione dei processi assistenziali), ritenuti di particolare rilevanza e connessi con le aree ed il programma sopra individuato;
 - accreditamento di referenti o gruppi di ricercatori da parte di ASL, AO, Università, Società scientifiche, Enti privati, interessati a sviluppare ricerca finalizzata sui temi proposti;
 - costituzione concertata con gli enti di appartenenza dei gruppi di ricerca regionali che partecipano per conto della Regione Umbria ai bandi europei e nazionali e regionali;
 - presentazione da parte della Regione dell'Umbria, entro i termini previsti dai bandi europei e nazionali dei Progetti di Ricerca Finalizzata concordati con Enti Universitari, Società Scientifiche ed Enti di ricerca privati e Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali.

Al fine di supportare le attività di cui sopra viene istituita una apposita Commissione regionale e promossi percorsi formativi in metodologia della ricerca applicata.

6.11. Governare le autorizzazioni e promuovere accreditamento ed eccellenza.

Le autorizzazioni per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private, sono demandate alla Giunta regionale che si avvale delle competenti strutture dell'Unità sanitaria locale.

La regolamentazione delle autorizzazioni è stata meglio dettagliata, anche alla luce delle disposizioni fissate dal D.Lgs. 229/99, nel regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 in cui sono previste due fasi autorizzatorie:

a) l'autorizzazione alla realizzazione (costruzione, adattamento, diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento), di competenza del Comune, vincolata al parere positivo della Direzione regionale sanità e servizi sociali, che è basato sia sulla valutazione della AUSL di competenza territoriale, che su quella del Servizio Regionale per la Programmazione socio sanitaria di base ed ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico;

b) l'autorizzazione al funzionamento rilasciata dalla Giunta regionale è subordinata al rispetto dei requisiti minimi previsti dal DPR 14/1/97, che trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelle già esistenti. La verifica dell'avvenuto adeguamento e della perma-

nenza dei requisiti viene effettuata dalla Giunta regionale in collaborazione con le strutture dell'Unità sanitaria locale.

Tale procedura si applica a tutti nuovi servizi a valenza non meramente funzionale eventualmente attivati da ASL, AO e altri soggetti attivi nel campo dell'assistenza socio-sanitaria ed è fatto pertanto obbligo alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere di rispettare le procedure sopra richiamate per l'attivazione di nuovi servizi socio-sanitari.

La LR n. 3/98 ha fissato anche i criteri per la elaborazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie da parte della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare:

- coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;
- adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali, tecnologiche ed amministrative;
- equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;
- congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;
- presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali; presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità.

È previsto che i requisiti ulteriori, trovino immediata applicazione nel caso di richiesta di accreditamento per nuove strutture, ampliamento e trasformazione di quelle esistenti mentre sia concesso un termine di 3 anni dall'emanazione dei requisiti stessi per l'adeguamento delle strutture in esercizio, pubbliche e private già convenzionate.

A livello regionale, essendo stati definiti i requisiti minimi ulteriori per l'instaurazione di rapporti provvisori con il SSR da parte di strutture pubbliche e private di medicina dello sport e regolamentati i rapporti provvisori fra il SSR e le strutture sanitarie private:

- sarà approvato il regolamento in materia di accreditamento istituzionale ed i requisiti ulteriori generali e specifici;
- sarà portato a termine il processo di formazione in merito all'accreditamento e alla qualità, sia partecipando al progetto ministeriale guidato dalla Regione Emilia-Romagna, sia con iniziative proprie, per arrivare alla formazione di 40 figure (funzionari regionali, operatori delle aziende ospedaliere e USL e strutture sanitarie private, liberi professionisti esterni al sistema), propedeutico alla gestione del modello di accreditamento regionale che si sta definendo.

Il percorso per l'accreditamento istituzionale rappresenta altresì un fattore favorente l'avvio del governo clinico nella nostra regione, in quanto privilegia gli aspetti organizzativi, professionali e di risultato, rispetto alla semplice verifica delle risorse strutturali.

6.12. Migliorare comunicazione, informazione ed immagine del SSR.

A) COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE PER IL CITTADINO COMPETENTE.

La comunicazione è un processo di informazione ed ascolto che riconosce pari dignità ai soggetti coinvolti. Una comunicazione efficace è di importanza strategica per una politica della salute fondata su un ruolo attivo del cittadino. Essa costituisce un valore per il SSR che va rafforzato in quanto permette agli operatori di acquisire una maggiore consapevolezza ed adesione agli obiettivi di promozione della salute e di qualificazione dell'assistenza, alla popolazione di esprimere una domanda di servizi più appropriata.

Progettare ed erogare servizi sanitari in linea con i bisogni impliciti ed espliciti della popolazione richiede la messa in campo di interventi di *marketing sociale* nelle Aziende Sanitarie, volto non ad accrescere quote di mercato, ma a qualificare la domanda eliminando gli elementi di inappropriata.

In particolare, la Comunicazione deve configurarsi sia all'esterno che all'interno dell'Azienda, come strumento per il coinvolgimento del personale, per migliorare le relazioni, l'ascolto di operatori e cittadini e per qualificare i servizi.

La diffusione di una cultura della comunicazione e l'attivazione di strategie comunicative specifiche sono necessarie per:

- a) migliorare la qualità dei servizi;
- b) garantire appropriate conoscenze ed informazioni di tipo scientifico e comportamentale per sostenere e rendere effettivo nella popolazione il diritto all'autodeterminazione del proprio benessere;
- c) migliorare l'appropriatezza della domanda e l'informazione per l'accesso ai servizi;
- d) favorire processi di condivisione delle comunità locali per promuovere una cultura della salute ed assicurare la presenza di *cittadini competenti ed attivi*;
- e) migliorare il «sistema Carta dei Servizi» e la rete degli Uffici Relazioni con il Pubblico come strumenti per formalizzare gli impegni assunti dalle Aziende e per qualificare i rapporti con i cittadini.

Orientamenti programmatici.

Il Piano Sanitario Regionale introduce una visione nuova del Sistema Sanitario e pone il cittadino in un ruolo innovativo rispetto al passato.

Si tratta di un ruolo, i cui contenuti sostanziali vanno costruiti nel processo di attuazione del PSR, per promuovere una crescita della cultura della salute che dovrà tendere a:

- favorire un'efficiente *sistema della comunicazione* mediante l'integrazione delle attività che fanno capo alla comunicazione ed informazione, promozione della salute, miglioramento della qualità, sistema «carta dei servizi» e formazione;
- progettare strategie di comunicazione finalizzate alla promozione della salute favorendo l'integrazione delle diverse professionalità e dei diversi soggetti pubblici e privati che interagiscono nelle comunità locali;
- promuovere la partecipazione attiva degli operatori e dei cittadini ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza;
- migliorare l'immagine del SSR comunicando ed informando fatti ed eventi essenziali che rientrano nelle strategie aziendali e che siano sostenuti da processi organizzativi verificabili;
- costruire un piano annuale di comunicazione dell'Azienda sanitaria come strumento operativo per definire gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti e le modalità di verifica delle iniziative di comunicazione interna ed esterna.

Il processo di sviluppo della comunicazione sarà attivato con modalità progressive sulla base:

- delle indicazioni e delle azioni definite nel Piano ed attraverso gli impegni che saranno assunti con i *Patti ed i Piani integrati per la salute* e le indicazioni che emergeranno dallo sviluppo delle attività epidemiologiche;
- della valorizzazione di *cittadini competenti ed attivi* negli ambienti di vita e di lavoro come condizione per un'efficace interazione con i servizi socio-sanitari, per lo sviluppo della promozione della salute e valorizzazione del capitale sociale;
- della qualificazione delle relazioni interne al fine di assumere il *governo clinico* come nuova strategia gestionale e nuova area di impegno e di responsabilità cui deve corrispondere un'innovazione sostanziale nelle metodologie e nella comunicazione secondo quanto previsto dal PSR. A tal fine dovranno essere attivati strumenti e supporti di documentazione per promuoverne il processo di sviluppo;
- delle esigenze di comunicazione tese a migliorare l'immagine del SSR tenendo conto delle innovazioni che emergeranno dalle politiche derivanti dal federalismo sanitario e dalle conseguenti maggiori responsabilità dell'Ente Regione.

La Regione è impegnata a promuovere:

1. iniziative per migliorare il processo di sviluppo della comunicazione in ambito regionale;
2. indirizzi e direttive e per sostenere il processo di sviluppo della comunicazione e della rete degli Uffici Relazioni con il Pubblico;
3. la formazione continua degli operatori coinvolti nei processi di comunicazione;
4. lo scambio di esperienze tra le Aziende e con altre realtà regionali al fine di favorire soluzioni efficaci;
5. attività di verifica anche attraverso le indagini sul gradimento dei cittadini.

Le Aziende sanitarie sono impegnate a:

1. assicurare e migliorare l'organizzazione dell'*Area della comunicazione*, in posizione di staff con la Direzione Generale, facendovi afferire i servizi e le risorse qualificate, necessarie per promuovere lo sviluppo di un sistema della comunicazione interna ed esterna;
2. garantire le informazioni e la comunicazione sull'organizzazione e le modalità di accesso ai servizi, sugli obiettivi e i diritti degli utenti;
3. favorire la partecipazione degli utenti e delle forze sociali nella formulazione di proposte per la programmazione e l'attivazione di programmi per la promozione della salute, la ricerca sui bisogni degli utenti e di valutazione complessiva dei servizi;
4. realizzare interventi di *marketing sociale* vale a dire, assumere decisioni per migliorare il processo di sviluppo della comunicazione attraverso *la ricerca* di informazioni e conoscenze e *la pianificazione della comunicazione interna ed esterna*;
5. definire annualmente un piano di comunicazione individuando obiettivi, target, attori, risorse, azioni, controllo e verifiche;
6. non utilizzare call center elettronici.

B) LA CARTA DEI SERVIZI.

Il Processo di sviluppo del «sistema Carta dei servizi» si inserisce in quello più ampio e complesso della comunicazione. È volto a qualificare i rapporti con i cittadini, ad assicurare attraverso la cultura della comunicazione, la partecipazione per un ruolo attivo delle persone finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e dei percorsi dell'utente, a monitorare il gradimento del cittadino sulla qualità dei servizi offerti, ad assicurarne la tutela dei diritti.

Lo sviluppo del sistema carta dei servizi sanitari da parte dei soggetti pubblici e privati interessati, deve delineare *un sistema di garanzie*, legato a quegli aspetti più specificatamente connessi alla qualità del servizio percepito dall'utente.

OBIETTIVI PER IL TRIENNIO.

- Migliorare lo sviluppo del sistema «carta dei servizi» da parte dei soggetti pubblici e privati con riferimento agli obiettivi, agli impegni, agli standard ed agli strumenti di verifica.
- Sviluppare l'integrazione del sistema carta dei servizi con il sistema comunicazione al fine di qualificare i rapporti con i cittadini, migliorare l'informazione e la partecipazione, la tutela del cittadino.

IL RUOLO DELLA REGIONE.

- Promuovere il processo di sviluppo delle Carte ed il loro stato di attuazione attraverso interventi e progetti specifici, anche al fine di impartire direttive e linee guida per assicurarne uno sviluppo *in progress* volto a rendere più uniformi le carte con riferimento agli impegni ed agli standard di qualità.
- Promuovere attraverso direttive lo sviluppo della comunicazione e l'attivazione nelle Aziende Sanitarie, dei Comitati consultivi di utenti previsti dall'art. 28 della L.R. n. 3/98, allo scopo di raccogliere informazioni, anche attraverso progetti sperimentali, per verificare il gradimento degli utenti, formulare proposte per il miglioramento dei servizi per gli aspetti più specificatamente connessi alla qualità percepita dall'utente.
- Favorire la formazione degli operatori e lo scambio di esperienze per il trasferimento di soluzioni efficaci.
- Verificare lo stato di attuazione delle Carte dei servizi.

IL RUOLO DELLE AZIENDE E DEGLI ALTRI SOGGETTI DEL SERVIZIO SANITARIO.

Le Aziende Sanitarie e le altre istituzioni pubbliche e private hanno l'obbligo di:

- Aggiornare ogni anno la Carta dei servizi con l'apporto dei responsabili delle strutture ed il coinvolgimento del personale interno, provvedere alla sua pubblicazione.
- Individuare per ogni settore in cui si articola Carta: gli impegni e gli standard, attivare strumenti di verifica idonei, tra i quali le indagini di gradimento.

- Pur nel rispetto dell'autonomia di ogni singola Azienda, le Carte dei Servizi dovranno indicare impegni e standard sui tempi di attesa e sulle dimensioni qualitative del servizio: *Informazione, Accessibilità, Rispetto della persona, Aspetti alberghieri e comfort, Tutela.*
- Disporre un efficace sistema per la presentazione, raccolta e gestione di reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte di utenti o associazioni che li rappresentano.
- Rafforzare le funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico garantendo la sua operatività ed una rete di punti di informazione ed ascolto.
- Attivare nelle Aziende Sanitarie la costituzione di *comitati consultivi di utenti* secondo quanto previsto all'art. 28 della L.R. 3/98 e successive integrazioni e le direttive che sulla base di quanto proposto al Capitolo 6.1.B) saranno impartite a livello regionale.

6.13. Governare l'interazione con l'Università.

L'interazione con l'Università dovrà trovare applicazione nel Protocollo di Intesa secondo i dettati del DPR 517/2000, sviluppati però lungo una linea di nuova e più concreta interazione con il SSR, a partire da alcune aree per noi strategiche tra cui:

- pianificazione dei fabbisogni, adeguamento dei processi di formazione, diversificazione dei ruoli e dei profili professionali con distribuzione di funzioni e competenze tra diverse figure professionali;
- corresponsabilizzazione nei processi assistenziali, per le attività di alta specialità e ricerca continua del miglioramento dei contributi professionali che l'Università apporta al sistema;
- contributo dell'Università ai programmi regionali per l'ECM;
- definizione dei *piani di sviluppo delle facoltà* funzionalmente integrati con i bisogni assistenziali, di innovazione e di ricerca del Servizio sanitario regionale;
- definizione del piano di sviluppo integrato tra SSR ed Università in relazione ad attività innovative (biotecnologie, etc) anche tramite finanziamenti della Comunità europea.

L'interazione con l'Università: Il Protocollo d'intesa.

I protocolli d'intesa Regione-Università rappresentano un essenziale strumento per realizzare la definizione operativa dei relativi rapporti che sono orientati alla piena valorizzazione del ruolo strategico dell'Università allo sviluppo del SSR nonché ai compiti istituzionali della stessa in campo sanitario, anche tramite una proficua interazione con le Aziende Sanitarie.

Il riferimento normativo fondamentale al quale riferirsi per avviare la fase di negoziazione è rappresentato dal Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università) ed in particolare dall'atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo stesso.

Le relazioni di sistema tra Servizio Sanitario Regionale e Università traggono dalla programmazione regionale, alla quale l'Università partecipa quale soggetto attivo, la fonte di riferimento essenziale per la stipula dei protocolli d'intesa.

Con i protocolli d'intesa sono quindi disciplinati i rapporti per:

- la formazione di base;
- la formazione specialistica;
- la formazione permanente;
- lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze istituzionali dell'Università.

Il processo che ha preso avvio nella formazione di base con la sperimentazione del decentramento territoriale dei corsi di laurea triennali e successivo biennio specialistico per alcuni profili sanitari con il pieno coinvolgimento delle ASL e dei Comuni, dovrà prevedere il suo completamento entro la vigenza del piano.

Il protocollo d'intesa per la formazione specialistica, cardine fondamentale per una costante crescita del livello qualitativo assistenziale e per assicurare un rilevante supporto alle attività, dovrà definire il numero dei posti nelle scuole di specializzazione, i criteri di accreditamento delle strutture, anche extrauniversitarie, l'entità del finanziamento regionale, la definizione dei percorsi formativi, il grado di coinvolgimento delle Aziende Sanitarie.

La formazione permanente, alla quale è assegnato l'obiettivo strategico di uno sviluppo complessivo del sistema, non può prescindere dal pieno coinvolgimento dell'Università che dovrà concretizzarsi nell'attuazione del piano annuale di formazione, nella partecipazione all'attività della scuola regionale di formazione in sanità e all'attività della istituenda commissione regionale per l'educazione continua in medicina.

Il protocollo d'intesa per la parte assistenziale tra Regione e Università dovrà disciplinare le seguenti materie e forme di relazione:

- le modalità di partecipazione dell'Università alla programmazione regionale;
- la costituzione e/o conferma delle aziende ospedaliere;
- i criteri e le modalità d'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra il SSR e l'Università;
- i principi ed i criteri relativi alla costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti nonché l'individuazione delle strutture complesse a direzione universitaria;
- i criteri per la nomina del direttore del dipartimento;
- i criteri e modalità d'assegnazione dei professori e ricercatori universitari all'azienda;
- i criteri d'attribuzione e revoca degli incarichi di direzione di struttura;
- la definizione del volume ottimale d'attività e il numero massimo di posti letto;
- la determinazione della quota percentuale di concorrenza finanziaria all'attività dell'azienda che è a carico dell'Università.

6.14. Sviluppare le interazioni con l'ARPA.

A due anni dalla stesura dei protocolli d'intesa, approvati dalla Giunta regionale e riguardanti l'ARPA, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, che avevano l'obiettivo di definire le modalità d'interrelazione nella progettazione e nello sviluppo degli specifici programmi d'attività ed i livelli di reciproca informazione, è sicuramente necessario un approfondimento sul grado e sulla qualità dell'integrazione raggiunta.

I protocolli nascevano, infatti, con l'obiettivo di semplificare le procedure, rendere accessibili le prestazioni e facilmente fruibili le informazioni, razionalizzando nel contempo le attività analitiche, nonché promuovere il lavoro interdisciplinare. Molto in questo senso è stato fatto, anche grazie alla definizione *delle proprie procedure d'attivazione* da parte dell'ARPA e allo sforzo compiuto in questa direzione da pressoché tutti i Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito degli Sportelli Unici per gli insediamenti produttivi, ed a quanto si sta ulteriormente facendo attraverso l'apposito gruppo di lavoro, oggi operante presso il Servizio regionale di prevenzione e sanità pubblica, e costituito dall'ARPA e dai Servizi dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL.

L'attribuzione al Servizio Sanitario Nazionale, quale livello essenziale d'assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini, nell'ambito della «prevenzione collettiva», della *«verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico»*, *«...da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani»*, *«...da detenzione, smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi»*, *«...da scarichi civili, produttivi e sanitari»*, nonché della *«valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana»* nonché della *«formulazione di mappe di rischio ambientale»* impone però una sostanziale rivisitazione dei protocolli sopra richiamati, peraltro già di per sé non adeguati a garantire da parte dei Servizi di prevenzione l'erogazione dei livelli d'assistenza citati.

Alla luce di ciò l'obiettivo da perseguire è quindi il passaggio da una integrazione operativa ad una integrazione anche strategica, finalizzata ad inserire la componente salute nella valutazione d'impatto ambientale, attraverso:

- l'identificazione dei fattori di rischio significativi per la salute umana presenti nell'ambiente;
- l'identificazione delle caratteristiche di pericolosità (proprietà chimico-fisiche, rischi tossicologici ed ecotossicologici, reversibili e irreversibili);
- l'identificazione e la descrizione del destino ambientale degli inquinanti;
- l'identificazione delle possibili condizioni d'esposizione della comunità e delle relative aree coinvolte;

- la valutazione dell'esposizione della popolazione;
- la caratterizzazione del rischio per la salute determinato dalle specifiche condizioni d'esposizione.

Per raggiungere tale obiettivo due sembrano gli aspetti da enfatizzare:

- la programmazione congiunta delle attività di controllo ambientale;
- la valutazione periodica e sistematica dei risultati dei monitoraggi ambientali.

Rispetto al primo punto appare necessario e fondamentale la costituzione del **Comitato Regionale di Coordinamento** specifico, costituito dai Direttori dei DIP, dal Direttore dell'ARPA e dai Direttori provinciali della stessa, da delegati delle Province di PG e TR in materia ambientale, dal Direttore sanitario dell'IZS, e dal responsabile dell'OERU, presieduto e coordinato dal Dirigente regionale del Servizio V - Prevenzione e sanità pubblica, nell'ambito del quale definire e concordare:

- i piani d'attività relativamente al monitoraggio ambientale, individuati sulla base di priorità emergenti dalla realtà territoriale o dall'analisi epidemiologica;
- le attività di vigilanza congiunta, in un'ottica d'utilizzo razionale delle risorse interaziendali e di rispetto delle reciproche competenze;
- le attività di valutazione sistematica dei fattori di rischio ambientali individuati.

Rispetto al secondo aspetto diventa altresì prioritaria la definizione di un **Sistema Informativo Regionale (Regione, ARPA, Servizi DIP, IZS)**, funzionalmente integrato anche con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che consenta di conoscere i risultati delle attività di monitoraggio, ivi compreso quello ambientale, precedentemente concordate e programmate, al fine di trasformare tali dati anche in stime d'esposizione da utilizzare per la valutazione del rischio per gli esposti.

La messa in atto di un processo finalizzato al raggiungimento di tali obiettivi consentirà quindi, se supportato da adeguati processi formativi, a loro volta costruiti per favorire l'integrazione, di dare concretezza alle azioni previste nell'ambito dei Piani Integrati per la Salute e di promuovere iniziative d'informazione e comunicazione rivolte alla cittadinanza, realmente significative sotto il profilo della comunicazione del rischio.

6.15. Valutare il PSR.

La valutazione del PSR rappresenta, anche alla luce dell'esperienza acquisita nel triennio 1999-2001, una azione complessa che andrà sviluppata con ancora maggiore determinazione della Direzione regionale sanità e servizi sociali nel nuovo triennio di Piano.

Le coordinate che reggono tali attività sono:

a) l'esplicitazione delle premesse scientifiche su cui si basano le indicazioni del Piano, al cui riguardo sono centrali i concetti di evidence based management e di evidence based medicine, nonché gli ostacoli potenziali che si incontrano lavorando in questa direzione; il Piano parte quindi dalla necessità di valutare a priori l'efficacia degli interventi, consegnando in tal modo sia alla programmazione attuativa che alla valutazione di processo l'onere di applicare e monitorare gli avanzamenti;

b) la consapevolezza che «nessun piano è stato mai realizzato secondo il piano stesso» consegna, in una accezione laica della realtà un limite tendenzialmente invalicabile alle nostre ambizioni programmatiche, tanto più forte quanto meno attenta è la riflessione sugli input e più estesa la proiezione temporale;

c) l'assunzione di una visione sistemica richiede valutazioni globali, attenzione per la missione del SSR e una ferma distinzione tra fini e mezzi.

Su queste basi il Piano esplicita le azioni per le valutazioni di processo e d'esito nel campo del Governo della Salute e della Sanità e le valutazioni nel campo della Gestione della sanità, connesse con le valutazioni dei Direttori generali.

A) VALUTARE GLI SVILUPPI ED ESITI DI INTERSETTORIALITÀ E GOVERNO DELLA SALUTE.

Si tratta dell'aspetto forse più nobile ed innovativo del PSR, essendo basato su una visione sistemica della salute e su un forte ruolo dei cittadini e delle collettività per il suo raggiungimento.

In questo caso è la Direzione Regionale sanità che si assume il compito di promuovere le valutazioni di processo, tramite tavoli tematici previsti nel «Patto

per lo sviluppo dell'Umbria» che assumono le vesti di Osservatori sulle politiche concertate.

Tali osservatori producono relazioni annuali sulle rispettive aree di politica sanitaria.

L'Osservatorio Epidemiologico regionale svolgerà invece la funzione di analisi e documentazione dello stato di salute di chi in Umbria vive e lavora, secondo le indicazioni già sviluppate nel paragrafo dedicato all'epidemiologia che esiteranno in periodiche relazioni sullo stato di salute in Umbria, di cui:

- la prima sarà prodotta entro il primo semestre di vigenza del PSR e conterrà le base line relative ai campi di osservazione individuati;
- la seconda, a fine triennio, illustrerà le evidenze maturate anche in base alle azioni realizzate.

Il DAP rappresenta lo strumento per l'integrazione delle politiche di settore a livello regionale.

B) VALUTARE PROCESSI ED ESITI NEL CAMPO DEL GOVERNO DELLA SANITÀ.

Le valutazioni di processo e di esito nel campo del Governo della sanità rappresentano un altro passaggio delicato, ma necessario nel percorso di valutazione del Piano, dovendo rispondere al quesito fondamentale: *cosa ha fatto il Governo della sanità per garantire l'applicazione del Piano e con quali esiti?*

Per facilitare tale operazione la presente sezione contiene una schematica distinzione dei paragrafi che la compongono, al fine di rendere praticabile la assegnazione di obiettivi e la verifica dei processi relativi ai servizi ed agli uffici di cui oggi si compone la Direzione regionale sanità e servizi sociali, assumendo che nel DAP saranno dettagliate su base annuale sia le declinazioni più opportune sulla base delle specifiche congiunture, sia rappresentati gli sviluppi più significativi realizzati.

È comunque possibile fin da oggi articolare valutazioni distintamente per:

- i macroprocessi organizzativi e le azioni di Piano sulle quali già a fine 2001 è stata prodotta una Relazione ad hoc, che in questo ciclo sarebbe opportuno venisse prodotta alla fine del secondo anno di Piano, in modo da supportare eventuali interventi di rettifica;
- i monitoraggi periodici su prodotti e costi delle attività sanitarie e socio-sanitarie, sul modello di quelli già oggi disponibili in materia di assistenza farmaceutica e di tempi di attesa.

C) COLLEGARE LA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI CON LA GESTIONE DELLA SANITÀ.

L'Umbria ha sviluppato nel triennio 1999-2001 una consistente esperienza nella valutazione dei direttori generali i cui aspetti rilevanti sono rappresentati da:

- necessità di un approccio sistemico che misuri tutti i principali outcome del SSR (efficacia, capacità gestionale e qualità percepita) essendo chiaro che indicare pochi obiettivi comporta il rischio di polarizzare l'attenzione gestionale su poche aree di attività, distinguendo altresì gli obiettivi dai vincoli;
- difficoltà tecniche ad avere dati sugli outcome dell'esercizio gestionale osservato;
- opportunità di prevedere un bilanciamento tra indicazioni di medio periodo (coerenza con il PSR) e urgenze poste dall'evoluzione della normativa di settore (leggi finanziarie, etc);
- necessità di fare riferimento all'espletamento di atti amministrativi a efficacia intrinseca;
- garanzia di partecipazione dei rappresentanti delle collettività locali al processo di valutazione dei DG come ulteriore momento di qualificazione del processo valutativo.

Peraltro la valutazione è possibile solo portando a compimento il ciclo della programmazione, secondo le indicazioni della normativa regionale, il che significa:

- redazione dei piani attuativi locali in applicazione del PSR e secondo indicazioni metodologiche definite (es.: DGR 1142/2000);
- acquisizione delle relazioni aziendali di cui all'articolo 3, comma 8 della LR 3/98, così come modificata ed integrata dalla LR 29/2000;
- acquisizione da parte della Giunta regionale del parere della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale sulle relazioni aziendali di cui sopra.

In tal modo la valutazione dei DG si innesta sulla valutazione del contributo aziendale alla politica socio sanitaria regionale; del pari il rafforzamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale fornisce ulteriori elementi di garanzia, inserendo i rappresentanti delle collettività locali nel processo.

Per tali motivi nel triennio di Piano la valutazione dei DG:

- assumerà il pareggio di bilancio come vincolo, anche in una prospettiva pluriennale;
- bilancerà le componenti di medio periodo con le urgenze non programmate dettate dalla legislazione subentrante, dando comunque un peso prioritario alle prime;
- avrà carattere sistemico, misurando molteplici aree di risultato;
- si avvarrà del potenziamento del ruolo della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, al fine di valorizzare il contributo delle collettività locali.

6.16. Rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali.

Con l'entrata in vigore del D.Lgs. 502/92 la responsabilità e i compiti delle Regioni sono stati notevolmente ampliati; alle competenze già assegnate dalla L. 833/78 in tema di programmazione e indirizzo sulla organizzazione dei servizi sanitari regionali si aggiungevano ulteriori responsabilità legate al nuovo ruolo di autorità amministrativa di regolazione del sistema sanitario.

Alla più ampia autonomia gestionale assicurata ad Ospedali ed USL dall'aziendalizzazione introdotta dal D.Lgs. 502/99, faceva, infatti, riscontro l'affidamento alla Regione di strumenti in grado di accompagnare con un'azione continua di stimolo gli indirizzi della programmazione.

La nuova strumentazione istituzionale imperniata sul binomio finanziamento del sistema/accreditamento delle strutture richiedeva a sua volta che il livello tecnico regionale acquisisse gli strumenti in grado di assicurare una costante funzione di regolazione e vigilanza sul Servizio Sanitario Regionale al fine di verificarne l'efficienza, i livelli qualitativi dei servizi e l'equità di accesso da parte dei cittadini.

Con l'accordo dell'8 agosto 2001 è ulteriormente ampliata la responsabilità delle Regioni che sono tenute a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto del finanziamento assegnato; quest'ultimo è inteso come tetto invalicabile di spesa oltre il quale le Regioni devono ricorrere all'imposizione di tasse o alla introduzione di ticket per la copertura dell'ulteriore fabbisogno.

Il nuovo modello impone in primo luogo un deciso potenziamento dei sistemi di controllo esistenti, basati su strumenti di monitoraggio della spesa e dell'effettiva erogazione di livelli assistenza caratterizzati da completezza ed esaustività.

Con la riforma costituzionale del Titolo V è lasciata totale libertà alla regolamentazione regionale per la definizione di un quadro organico di regole per l'erogazione dei LEA e il trasferimento delle risorse all'interno della Regione, nonché delle modalità di controllo.

Si tratta di un sistema di regolazione estremamente complesso e dinamico che richiede una continua valutazione delle tecnologie disponibili, per selezionare quelle di sicura efficacia definendone i criteri per l'uso appropriato e contemporaneamente valutando l'impatto sull'impiego delle risorse.

È richiesto un vero e proprio cambio di velocità alla programmazione attuativa, ai sistemi di monitoraggio, alla revisione dei criteri di accreditamento, alle modalità di finanziamento e alle politiche di gestione delle risorse umane.

Questo comporta la necessità di:

- assegnare alla Direzione ed ai Servizi che ne fanno parte la flessibilità organizzativa ed operativa necessaria per far fronte tempestivamente ai diversi scenari operativi, superando le modularità e le rigidità imposti dal modello organizzativo vigente;
- ridefinire le dotazioni organiche in termini qualitativi e quantitativi prevedendo una quota di contratti a cadenza poliennale (minimo biennale massimo totale della legislatura) finanziabili anche con i budget assegnati alla Direzione;
- riconoscere l'urgenza di acquisire competenze professionali nei servizi e garantendo i margini di convenienza necessari a mantenere la presenza di professionisti di qualità;

— dare applicazione operativa alla unicità di sistema tra SSR e Aziende sanitarie rendendo fluido il travaso di competenze tra Aziende e Direzione, sulla base di accordi a termine approvati dalla Giunta, senza inibire la possibilità di attribuire in tale cornice responsabilità di struttura;

— garantire spazi e supporti adeguati alla varietà e complessità delle funzioni svolte.

Su tali basi la Giunta approva entro tre mesi dal varo del PSR il piano di rafforzamento della Direzione regionale sanità e servizi sociali.

pagina 102 - bianca

7 QUALITÀ E INNOVAZIONE NELLA GESTIONE DELLA SANITÀ

Il Piano, sullo sfondo del consolidamento dei macrolivelli organizzativi e assistenziali raggiunti, si propone di introdurre nel triennio innovazioni nei modelli gestionali che permettano di raggiungere gli obiettivi di salute, aumentare la qualità del sistema e garantirne la sostenibilità.

A tal fine si ritiene necessario adottare un modello assistenziale adatto alla situazione epidemiologica attuale e pertanto dotato delle seguenti caratteristiche:

— capacità di interazione con un cittadino competente (informato ed attivo) fornendogli i principali supporti per l'autogestione della malattia attraverso la Therapeutic Patient Education;

— messa in campo di équipe socio-sanitarie preparate ed attive, in grado di sostenere una «interazione produttiva» con i cittadini in modo da raggiungere i risultati clinici e funzionali più funzionali per la loro qualità di vita.

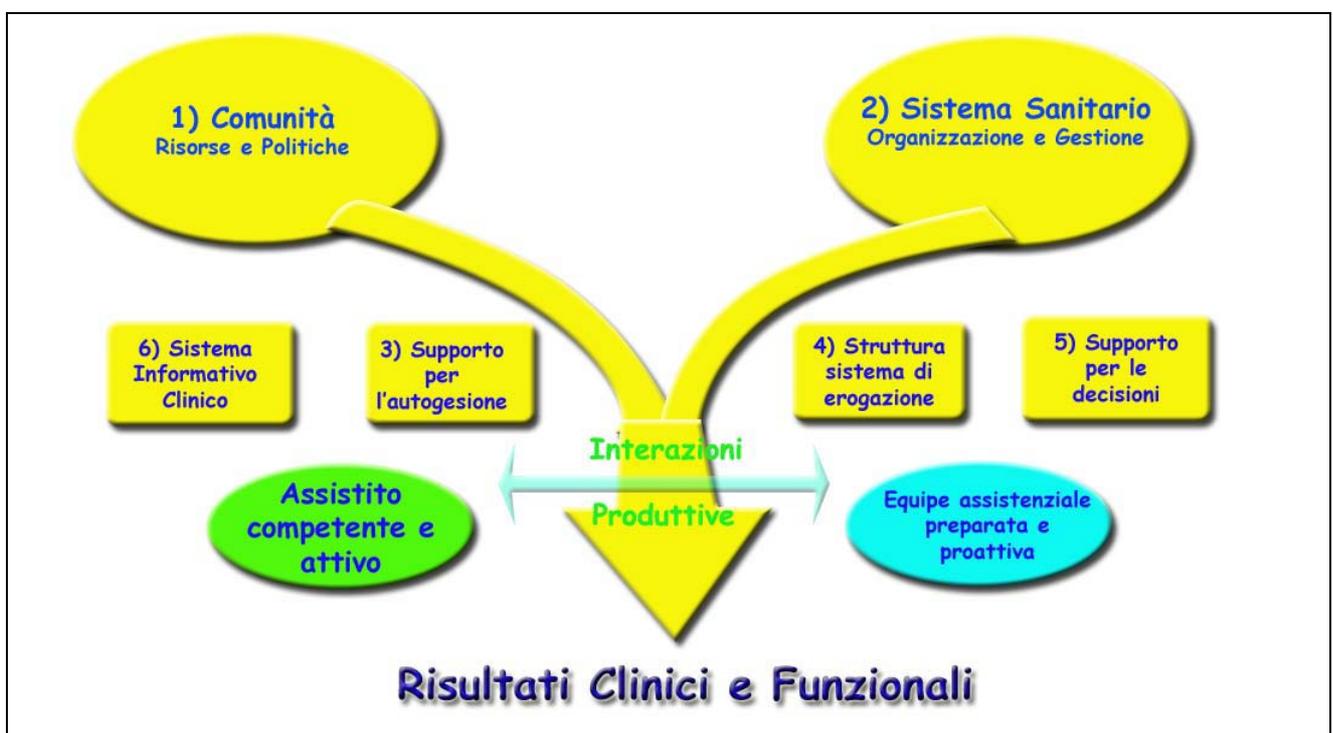


Figura 7.1: Modello assistenziale per le malattie croniche.

— adozione di sistemi di supporto in grado di favorire tali processi.

Si apre pertanto una fase in cui le aziende sanitarie locali ed ospedaliere sono chiamate a svolgere un lavoro diverso rispetto al passato, essendo incaricate di gestire le seguenti innovazioni:

- la promozione del governo clinico nei distretti e nei dipartimenti, come innovazione «strategica» per aggiungere più qualità al sistema e integrare i percorsi assistenziali nel territorio e in ospedale, cui corrisponderanno nuovi assetti aziendali e funzioni regionali;
- un ancora maggiore impegno nelle attività di prevenzione e di iniziativa, dove, oltre ai guadagni di salute prodotti dai «Patti» che impegnano soprattutto il «sistema regione», si chiede alle aziende di far incassare alla collettività anche quelli che possono derivare da iniziative «interne» ai servizi socio sanitari;
- un ulteriore affinamento delle capacità operative del SSR tramite una sistematica attività di analisi e qualificazione della domanda, sviluppo affidato in primo luogo alla medicina di base ed al distretto, per coniugare equità e sostenibilità con il riallineamento di bisogni, domanda, offerta e utilizzazione e una buona gestione delle liste di attesa;
- un rilancio dell'integrazione socio-sanitaria per garantire, una volta ridefinite le

responsabilità gestionali e finanziarie, risposte sostenibili a bisogni di natura complessa, in un processo di cui occorre stabilire, con una ampia platea di soggetti, fini e passaggi per poi monitorare attentamente gli outcome sociali e sanitari.

Al fine di rendere realizzabili tali innovazioni e rafforzare la possibilità di conseguire gli obiettivi di salute e sostenibilità, il Piano introduce una serie di innovazioni nei diversi macrolivelli assistenziali, volte a sostenere organizzativamente i processi di miglioramento della qualità sopra definiti (e le cui principali ricadute organizzative sono sintetizzate nell'*Allegato 2*) tra cui spiccano: l'attivazione da parte dei distretti delle équipes territoriali, la riorganizzazione dei percorsi assistenziali per la acute care, la riorganizzazione della rete ospedaliera in ospedali dell'emergenza e di territorio, con nuove previsioni per la chirurgia e la riabilitazione.

7.1. Promuovere il governo clinico.

La prima fase dell'aziendalizzazione si è contraddistinta per la messa in campo di un unico approccio e di una unica strumentazione gestionale: quella del governo aziendale, puntando a regolare i rapporti con le diverse componenti organizzative presenti in Sanità sulla base dei classici sistemi di pianificazione controllo.

Peraltro anche questa osservazione si riferisce a caratteristiche funzionali astratte della nostra organizzazione aziendale, essendo nei fatti rimasta molto limitata la delega effettiva assegnata a distretti e dipartimenti da parte delle direzioni aziendali (vedi sezione 2).

Anni di sperimentazione effettiva hanno permesso di confermare alcune evidenze disponibili in sociologia delle organizzazioni sanitarie, nel molto pragmatico filone teorico degli approcci «situazionali»: i sistemi di programmazione e controllo possono risultare appropriati soprattutto quando vi sono quelle condizioni che rendono possibile l'utilizzo di macchine e cioè quando:

- si è in presenza di un compito molto chiaro ed è quindi è possibile per l'organizzazione definire autonomamente e standardizzare procedure e prodotti;
- le componenti umane dell'Organizzazione possono ben operare in una cornice di bassa discrezionalità operativa;
- si vuole produrre esattamente lo stesso prodotto più volte;
- l'ambiente è sufficientemente stabile da garantire che i risultati prodotti siano appropriati.

In sanità tali condizioni organizzative sono presenti soprattutto nei cosiddetti servizi di supporto (area amministrativa, alcuni servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio, etc.) che rappresentano i settori elettivi di applicazione dei meccanismi di programmazione e controllo.

Queste considerazioni verranno sviluppate nel paragrafo successivo in relazione alla opportunità di introdurre livelli appropriati di concentrazione sovra aziendale dei servizi di supporto.

Invece in tutto il nucleo operativo le condizioni organizzative divergono notevolmente da quelle sopra richiamate in quanto è possibile riscontrare:

- presenza di compiti estremamente sofisticati e variegati, che richiedono spesso un adattamento alla singola situazione assistenziale;
- le strategie e le procedure sono definite esternamente all'organizzazione (società scientifiche), non sono facilmente standardizzabili né spesso è opportuno che lo siano;
- le componenti umane dell'organizzazione possono ben operare solo in una cornice di ampia autonomia professionale e devono godere di una ampia discrezionalità nell'uso orizzontale (dalla prevenzione alla riabilitazione) e verticale (dal semplice colloquio alla prescrizione di farmaci e/o interventi ad alto costo) delle risorse per poter fornire risposte assistenziali appropriate.

In tali contesti l'uso dei sistemi di programmazione e controllo risulta disfunzionale ed è necessario introdurre sistemi operativi che puntino a valorizzare:

- la standardizzazione di conoscenze e capacità operative dei professionisti, tramite percorsi formativi basati sulla valorizzazione dei riferimenti scientifici su cui si fonda la pratica professionale;
- la definizione di approcci proposti e condivisi dai professionisti stessi;

- la attenta selezione del personale sia in fase di formazione che in quella di verifica di comportamenti rispondenti agli interessi organizzativi, aspetto reso necessario dalla ampia autonomia e discrezionalità in possesso dei professionisti stessi.

Si tratta di condizioni operative in parte contemplate nell'approccio gestionale noto come governo clinico. Il termine «clinical governance» è stato introdotto nel 1993 dall'OMS per rappresentare una modalità - preferenziale - per portare a sintesi le molte dimensioni della qualità in sanità e più recentemente il Servizio Sanitario Nazionale inglese ha scelto la *governance*¹ come il contesto in cui professionisti e amministratori si rendono responsabili del miglioramento della qualità dell'assistenza e del percorso verso l'eccellenza, contrapponendo tale strategia agli insoddisfacenti risultati determinati nel NHS dalla competizione amministrata.

Nelle concrete condizioni del SSR umbro, il concetto di *governance* assume particolare pertinenza in quanto fa riferimento alla creazione di una struttura o di un ordine che non può essere imposto dall'esterno, ma è il risultato dell'interazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. Nessuna rincorsa quindi all'ultima moda inglese ma soddisfazione per l'emergere a livello internazionale di una strategia che tiene conto delle peculiarità della Sanità - realtà organizzativa tra le più complesse - e conforme con l'ipotesi organizzativa assunta dal PSR 1999-2001 e qui ora affinata e sviluppata.

Il Piano assume pertanto il «*governo clinico*» come strategia per la «*costruzione di appropriate relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità cliniche ed organizzative per migliorare la qualità dell'assistenza*».

A) PRINCIPI E LE IMPLICAZIONI DEL GOVERNO CLINICO.

I principi fondamentali che, secondo il Piano, qualificano «il governo della pratica clinica» nella seconda fase dell'aziendalizzazione in Umbria sono:

- collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini e degli operatori.

Si tratta di principi da cui derivano alcune rilevanti implicazioni:

- gli outcome dell'assistenza sanitaria costituiscono l'effetto non delle competenze e delle capacità tecniche del singolo ma il risultato finale dell'attività di un team di operatori e dei servizi adeguatamente supportata da un contesto organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute;
- l'esplicita responsabilizzazione degli operatori rispetto a definite aree di performance comprende la disponibilità a sviluppare forme di controllo e monitoraggio delle prestazioni secondo criteri di valutazione professionalmente condivisi, validi e trasparenti e rappresenta la condizione per imparare dalla propria esperienza e da quella altrui, in un continuo esercizio di verifica degli «errori» e delle condizioni associate;
- la partecipazione dei fruitori dei servizi a questo processo soddisfa il diritto del cittadino ad un ruolo attivo nella scelta delle forme di trattamento e rappresenta una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute desiderati. Questa implicazione richiede una politica di valorizzazione delle risorse delle comunità e dei singoli, ove resi competenti ed attivi, che il Piano ha sviluppato nella sezione 5 con riferimento ai Patti per la salute ed al ruolo del capitale sociale e nella sezione 6, nel paragrafo dedicato alle nuove strategie comunicative del SSR.

Il fine ultimo del «governo clinico» è di costruire una organizzazione in grado di apprendere dai suoi problemi e di garantire la pronta e tempestiva adozione delle innovazioni organizzative e gestionali realizzate, che sono continuamente introdotte nel SSR, in genere per effetto di iniziative individuali, piuttosto che come conseguenza di specifiche politiche aziendali e quindi restano usualmente confinate nel luogo in cui sono emerse.

¹ La teoria politica di tradizione anglosassone utilizza il termine *government* per designare le istituzioni formali dello Stato e per significare il loro monopolio sull'esercizio legittimo del potere di coercizione; a questa forma di esercizio del potere contrappone la *governance*, focalizzata sulla gestione di processi di consultazione e di concertazione che, per raggiungere i loro obiettivi, non ricorrono all'esercizio dell'autorità ed all'applicazione di sanzioni (Taroni F., Grilli R., 2000).

Promuovendo il governo clinico il Piano:

- ridefinisce le relazioni tra competenze professionali e quelle organizzative, ne modifica le attribuzioni, riconoscendo da un lato al potere degli organi di auto-governo (collegio di direzione, équipe territoriali, dipartimenti, servizi) dei professionisti l'onere di sviluppare nella pratica professionale materie innovative e qualificanti, mentre consegna alla direzione aziendale ed ai responsabili di struttura una condizione relazionale ottimale per realizzare la missione aziendale e perseguire gli obiettivi di salute;
- opera una prima consistente applicazione del principio della «gestione basata sull'evidenza»;
- sceglie i sistemi operativi in piena coerenza con la natura professionale dell'organizzazione sanitaria;
- nel percorso del miglioramento della qualità dei servizi sanitari, assume l'approccio biomedico come fondamentale per lo sviluppo delle altre dimensioni.

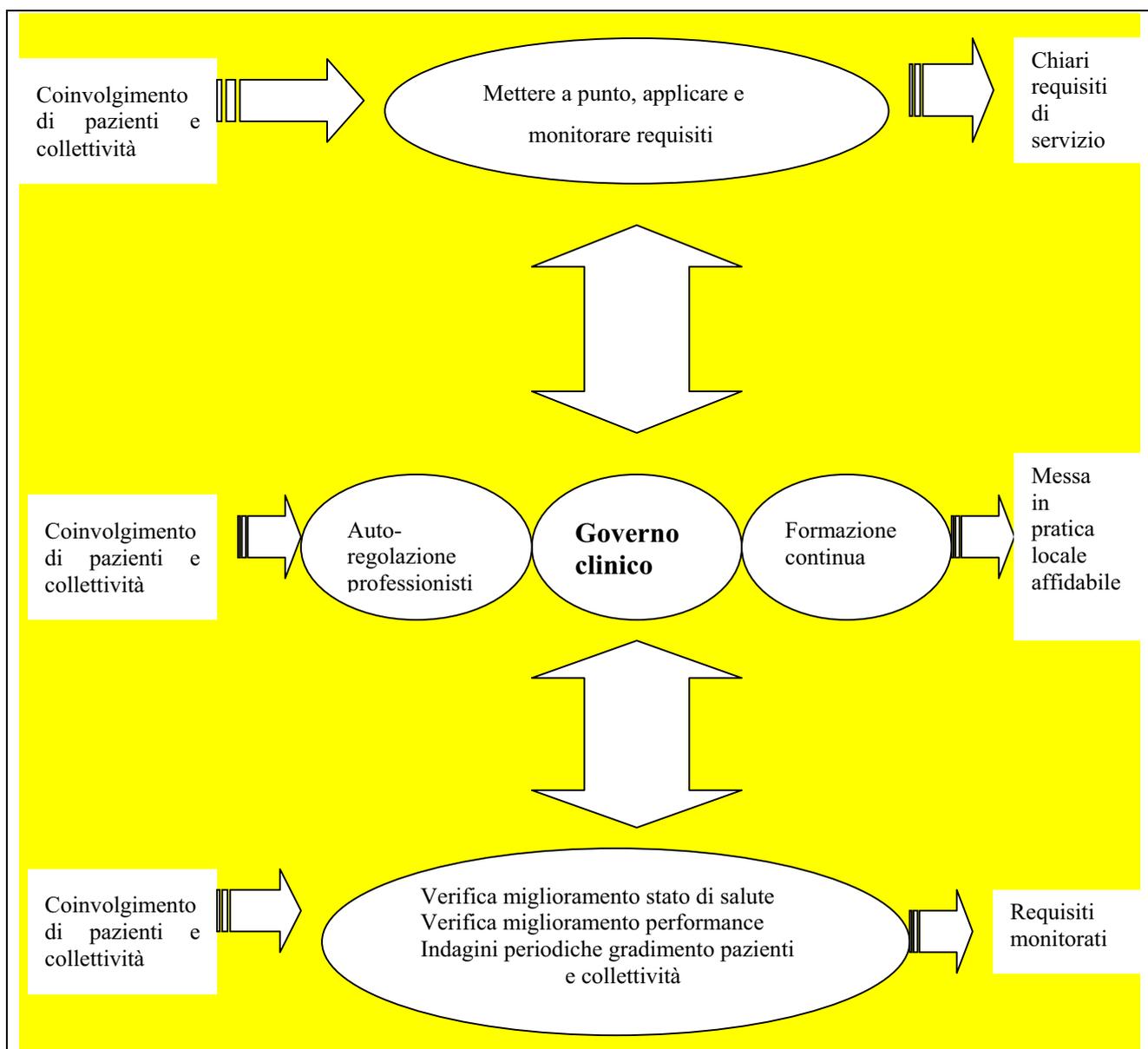


Figura 7.2: Relazioni tra governo clinico e condizioni sistemiche.

* Fonte: modificata da Taylor R (2001) «What is NICE?» www.evidence-based-medicine.co.uk.

B) RIORGANIZZARE LE RELAZIONI TRA DIREZIONI AZIENDALI E SERVIZI PROFESSIONALI.

L'articolazione distrettuale con lo sviluppo delle équipes territoriali e l'organizzazione dipartimentale rappresentano gli ambiti organizzativi in cui sono attribuite ai professionisti specifiche responsabilità gestionali, sia nelle aree di miglioramento e valutazione della loro performance, sia nelle modalità di integrazione della loro operatività, mentre il Collegio di Direzione diviene il luogo in cui le voci di chi lavora nei distretti e nei dipartimenti si confrontano e si coordinano per elaborare politiche di sviluppo e di innovazione e garantire che si traducano in priorità evidenti e condivise, sia al momento della negoziazione dei piani di attività e delle relative risorse sia al momento della verifica del loro raggiungimento.

Il Piano dettaglia nell'*Allegato 2 le linee guida per l'atto aziendale*, formulate in modo da prevedere un assetto organizzativo funzionale allo sviluppo del governo clinico:

- l'art. 17 bis della legge 229/99 ha confermato le indicazioni del nostro precedente PSR che faceva del **dipartimento** l'unità organizzativa fondamentale dell'azienda per i servizi di prevenzione collettiva, specialistici ed ospedalieri. L'organizzazione dipartimentale favorisce infatti la collaborazione multi professionale e rappresenta una opportunità per passare dalla gestione per linee di produzione «verticali», tipiche di reparti ed unità operative, al coordinamento delle attività per linee «orizzontali», intra o interdipartimentali, che favoriscono la collaborazione professionale e il coordinamento organizzativo fra unità operative autonome. Il dipartimento costituisce una chiave per modernizzare l'assistenza specialistica ed ospedaliera:
 - spostando l'attenzione dell'azienda sanitaria dalla produzione di singole prestazioni alla fornitura di un servizio, qualificato secondo le esigenze di multi disciplinarietà e multi professionalità;
 - evidenziando la stretta interdipendenza e la molteplicità dei livelli di espressione dell'autonomia professionale e delle responsabilità gestionali, delimitando gli ambiti delle competenze gestionali del management aziendale e sviluppando quelle proprie degli operatori professionali.
- All'interno del **distretto** il Piano, viste le peculiarità operative e l'ampiezza dei compiti (promozione, prevenzione, assistenza socio sanitaria, riabilitazione) della rete di assistenza primaria, individua le **équipes territoriali** (vedi paragrafo 7.5.1), integrate con gli operatori del centro di salute, come ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali;
- il **Collegio di Direzione** è il luogo in cui sono definite le politiche dell'azienda in quanto derivanti dall'incontro tra la funzione gestionale «generica» espressa dalla Direzione Aziendale, con quella «specialistica» espressa da professionisti cui è stata riconosciuta l'autonomia gestionale di organizzare e orientare l'attività dipartimentale e delle équipes territoriali, attività che vanno quindi armonizzate con le strategie aziendali. I compiti del Collegio di Direzione comprendono quindi sia una attenzione intra aziendale alle relazioni tra servizi, sia uno sguardo sovra aziendale alle relazioni operative con i soggetti esterni, sintetizzabili in quattro punti:
 - introduzione e messa a regime di innovazioni di processo che fanno «servizio» al cittadino, garantendo pertanto in sede collegiale la ricomposizione delle prestazioni all'interno dei percorsi assistenziali della acute care e della long term, nonché, a loro volta, le integrazioni verticali tra territorio ed ospedale e tra due aree assistenziali sopra citate;
 - introduzione e messa a regime delle innovazioni di prodotto per soddisfare le necessità e le preferenze dei cittadini, nell'ambito dei piani di attività delle aziende;
 - definizione di programmi di valorizzazione degli operatori (es.: percorsi formativi aziendali che collegano ECM e governo clinico, sistemi premianti aziendali a supporto delle attività dei team multiprofessionali che garantiscono servizi e percorsi integrati);
 - valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali e dei relativi fattori ostacolanti e favorevoli.

Il direttore sanitario dell'azienda assume in tale prospettiva un ruolo cruciale, divenendo il garante del governo clinico in quanto detentore dell'autorità formale e professionale necessaria per mediare i conflitti tra le competenze manageriali e quelle clinico professionali e garantire che le richieste dei professionisti siano sempre ricondotte al fine dell'organizzazione, evitando la subordinazione delle scelte agli interessi specifici e, talora, extraorganizzativi della professione.

C) INDIVIDUARE AREE PRIORITARIE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ.

Il Piano assegna al governo clinico la realizzazione degli obiettivi di salute definiti nella sezione 4, con particolare riferimento alla riduzione della disabilità evitabile che è proposta a medici di base e clinici come area in cui è necessario sviluppare misurazioni sull'efficacia di specifiche attività e discipline. In tale prospettiva, determinanti per la definizione e la valutazione della qualità assistenziale sono alcune aree di performance, che rappresentano a loro volta dimensioni della qualità e quindi terreni di esercizio per il governo clinico in tutti i servizi: sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso, efficienza.

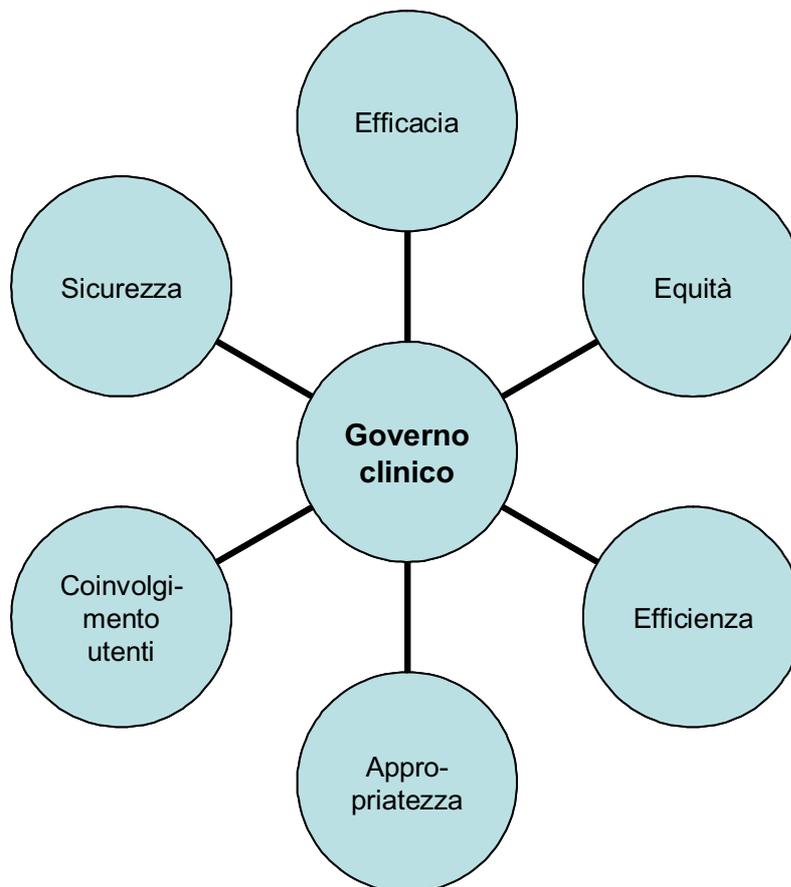


Figura 7.3: Aree di performance su cui interviene il Governo Clinico.

C.1) Sicurezza.

Uno degli obiettivi principali di un sistema sanitario è la sicurezza degli utenti in tutte le parti del sistema; in altre parole dovrebbero essere minimizzati i rischi e danni, sia causati dal professionista sia determinati dal setting in cui è erogato il processo assistenziale. Oltre al fatto che tutte le procedure diagnostiche terapeutiche possono causare danni al paziente, il rischio di malattie iatrogene è particolarmente elevato negli ambienti ospedalieri per acuti. Anche se negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari ha posto particolare enfasi sui danni iatrogeni, le attuali contromisure di riduzione/prevenzione si concentrano quasi esclusivamente sul singolo professionista e quasi mai sullo sviluppo di strategie di sistema per monitorare e minimizzare il profilo di rischio complessivo; infatti, per migliorare il livello di sicurezza dei pazienti assistiti in un sistema sanitario, oltre a conoscere nei dettagli i meccanismi e le cause dell'errore, è indispensabile mettere a punto un sistema di rilevazione e strategie di prevenzione.

Tutto ciò configura la necessità di creare in ogni azienda un'unità di risk management e di sviluppare la farmacovigilanza, in un processo collegato a sistemi di segnalazione sistematica di «incidenti» clinici e organizzativi e d'analisi dei reclami, che coinvolga sia gli utilizzatori dei servizi che gli operatori, sul modello del CESREM dell'Ospedale San Raffaele, dove è coinvolto anche il Tribunale dei diritti del Malato.

Parallelamente possono essere attivate tra i professionisti dell'équipe territoriale e dei dipartimenti l'audit clinico² e *discussioni tra pari sugli «errori evitati»*, un approccio soft che si è rivelato in grado di superare le difese della professione.

Tra gli interventi in grado di aumentare la sicurezza e ridurre l'errore ricordiamo:

- analisi e riorganizzazione dei percorsi assistenziali della «acute care»;
- studio e messa in pratica di procedure per migliorare la comunicazione interna tra reparti ed esterna verso il paziente;
- lotta alle infezioni ospedaliere;
- attivazione di un'unità aziendale di gestione del rischio che si occupi di monitorare gli errori e prevenire il rischio clinico;
- attivazione di altre soluzioni pratiche tra cui:
 - banca dati degli errori;
 - refertazione informatizzata;
 - automazione nella fase esecutiva delle prescrizioni di medicinali;
 - uso del codice a barre (per non sbagliare medicinale);
 - visite anestesologiche accurate da parte di chi sarà presente in sala operatoria;
 - evitare il cambio turno in corso di intervento;
 - braccialetto di riconoscimento per evitare scambio di persone;
 - standardizzazione del funzionamento delle macchine.

C.2) Efficacia.

Si riferisce al grado con cui un intervento sanitario ottiene l'esito desiderato: infatti, gli utenti si aspettano che i trattamenti ricevuti producano benefici misurabili.

Misurare l'efficacia dell'assistenza sanitaria richiede la valutazione del grado con cui i trattamenti o gli interventi hanno ottenuto gli esiti desiderati. Nonostante le critiche ed il grado di penetrazione nelle politiche sanitarie internazionali, è indubbio che sensibili miglioramenti della qualità assistenziale richiedono l'erogazione di interventi di efficacia documentata da consistenti evidenze scientifiche, la cui sintesi strutturata (revisioni sistematiche) ed il conseguente sviluppo di linee guida costituiscono proprio gli aspetti essenziali della evidence based health care.

C.3) Appropriatezza.

È essenziale che gli interventi erogati per la diagnosi ed il trattamento di una determinata condizione clinica siano selezionati per il *«paziente giusto, nel momento giusto, nel livello assistenziale adeguato e dal professionista giusto»*, perché ciò massimizza la probabilità di ottenere gli effetti desiderati e riduce gli sprechi. Infatti un intervento - procedura - prestazione sanitaria si definisce appropriato quando i benefici attesi in termini di salute - benessere (aspettativa di vita, riduzione del dolore, riduzione di uno stato ansioso, migliorata capacità funzionale, prevenzione di eventi vascolari, etc) eccedono, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le conseguenze negative dell'intervento stesso (mortalità, morbilità, ansia da anticipazione diagnostica, dolore - discomfort, perdita di giornate lavorative).

Considerato che la valutazione di appropriatezza è effettuata con esplicito riferimento alle evidenze based guidelines, essa è condizionata dalla natura stessa delle evidenze: infatti, se per molti interventi sanitari esistono standard di riferimento che ci permettono di definirli con certezza appropriati o inappropriati, per molti altri la valutazione d'appropriatezza può essere più complessa perché riguarda una zona grigia.

² Modalità di revisione della performance, effettuata allo scopo di ridefinire le pratiche assistenziali a seguito della misura della qualità delle prestazioni rispetto a standard condivisi. Un programma formale di audit è un processo ciclico, che si attua selezionando un argomento e definendo gli standard desiderati, misurando la performance rispetto a quegli standard e rivedendoli per riadattarli al sistema. Anche quando assume aspetti meno formali, esso fornisce comunque informazioni utili alla pratica clinica corrente.

In generale la valutazione di appropriatezza è effettuata sulla singola prestazione diagnostico terapeutica in una specifica condizione clinica e può riguardare sia il sovra utilizzo di prestazioni inappropriate, sia il sotto utilizzo di quelle appropriate. Più in particolare possono essere effettuate valutazioni di appropriatezza:

- di livello assistenziale: ricovero ordinario, day hospital, assistenza ambulatoriale;
- sul momento della storia naturale della malattia in cui l'intervento ha la massima efficacia;
- sulle relazioni organizzative dei professionisti che realizzano l'intervento: team multidisciplinare, équipe, specialista, medico di base, nursing, etc.

C.4) *Coinvolgimento dei cittadini.*

Parallelamente alla proliferazione ed al miglioramento delle tecniche per misurare la qualità dell'assistenza, appare evidente che i pazienti, insieme con i loro familiari, assistenti e amici, rappresentano attori cruciali per la valutazione da parte dei cittadini, resi competenti da opportune politiche informative e dall'esperienza stessa dell'utilizzo dei servizi, sia essenziale per:

- stabilire un linguaggio comune tra servizio sanitario e cittadini;
- identificare priorità, aspettative, bisogni;
- rendere consapevoli i servizi sanitari dell'impatto dell'assistenza che hanno i cittadini;
- fornire informazioni sugli esiti a breve e lungo termine;
- offrire opportunità per risolvere i problemi in partnership;
- sviluppare la conoscenza della percezione sociale di salute sia dell'individuo sia della comunità. Il coinvolgimento dei cittadini nelle iniziative di miglioramento della qualità dovrebbe essere guidato da una serie di principi, nel pieno rispetto dei loro diritti (privacy, confidenzialità e consenso);
- i cittadini devono essere incoraggiati ed istruiti a partecipare sia alla pianificazione-sviluppo delle strategie di erogazione dei servizi sanitari sia alla loro valutazione continua, attraverso varie modalità;
- identificazione delle aspettative;
- coinvolgimento sia nella definizione delle priorità e nella conseguente allocazione delle risorse sia nello sviluppo e nella valutazione continua dei meccanismi di feedback e nella definizione degli indicatori di qualità dell'assistenza e di erogazione delle prestazioni;
- diritto di partecipare alle decisioni che riguardano la gestione della propria salute: in particolare di conoscere le evidenze scientifiche che supportano le decisioni dei professionisti della Sanità;
- coinvolgimento nella produzione dell'informazione sulla salute, con particolare riguardo alle cause di malattia, allo loro storia naturale, all'efficacia/rischio delle procedure diagnostiche e degli interventi terapeutici;
- diritto dovere di fornire un feedback continuo sulla qualità dei servizi sanitari, in qualunque momento, senza timori, pregiudizi o favoritismi³.

C.5) *Equità d'accesso.*

Si riferisce al grado con cui un individuo o una popolazione accede ai servizi sanitari. Un tale obiettivo richiede lo sviluppo di organici interventi sull'insieme delle situazioni - economiche, organizzative, socio-culturali, psicologiche - al fine di ridurre i numerosi ostacoli oggettivi e soggettivi che contrastano un razionale utilizzo dell'offerta sanitaria e la costruzione di itinerari terapeutici adeguati alle aspettative individuali e collettive di prevenzione e di guarigione. Questa dimensione della qualità tiene conto sia dell'appropriatezza dell'assistenza richiesta, sia della capacità

³ Il NHS ha attivato, a supporto della clinical governance la National Patient and User Survey, come indagine periodica, sul gradimento dei pazienti e degli utilizzatori dei servizi (NHS Executive, 1999).

dell'utente di raggiungere le sedi di organizzazione dei servizi, sia delle varie forme di rimborso di prestazioni sanitarie disponibili. Accesso tuttavia non significa fornire a chiunque tutte le possibili prestazioni sanitarie, ma piuttosto, appunto, garantire la disponibilità di un ragionevole ed equo accesso ai servizi necessari, indipendentemente dalla provenienza geografica, dalla razza, dal sesso, dall'età, dal livello di reddito, dalla religione, dal livello d'istruzione.

C.6) *Efficienza.*

Il concetto economico di efficienza implica che le scelte nella erogazione di prestazioni e servizi sanitari dovrebbero ottenere il massimo beneficio dall'investimento delle risorse impegnate.

La necessità di effettuare delle scelte è la logica conseguenza del fatto che nessun sistema sanitario potrà mai disporre di risorse illimitate per soddisfare le domande di salute di una popolazione. La definizione delle priorità nell'allocazione delle risorse basata sul criterio di efficienza economica - uno dei terreni di conflitto tra potere professionale ed amministrativo - richiede numerose considerazioni su costi e benefici di interventi sanitari alternativi.

In questa sede, senza entrare nel merito di tali modalità, ricordiamo che esistono due dimensioni dell'efficienza economica: quella tecnica e quella allocativa.

L'efficienza tecnica, che ha l'obiettivo di fornire la massima qualità dei servizi al costo più basso, è definita come la «combinazione meno costosa di risorse necessarie per l'erogazione di un certo servizio».

Ovviamente l'efficienza tecnica non fornisce sufficienti informazioni sulla priorità nell'erogazione dei servizi, né sull'opportunità di scegliere un'opzione diagnostico terapeutica piuttosto che un'altra.

L'efficienza allocativa invece definisce le modalità su come ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni sanitarie per massimizzare i benefici.

Esistono due aspetti dell'efficienza allocativa: il primo consente di scegliere tra varie condizioni patologiche; il secondo di vagliare le possibili alternative di allocazione di risorse all'interno della stessa condizione (ad esempio investire maggiori risorse nella prevenzione piuttosto che nel trattamento dei tumori polmonari).

D) INTRODURRE MODALITÀ DI INTEGRAZIONE DELLA PERFORMANCE.

L'enfasi posta sulla necessità di valutare e migliorare qualità dei servizi sanitari, rende necessario:

a) recuperare la centralità del cittadino nella pluralità delle sue dimensioni sociali e culturali per calibrare concretamente il miglior iter assistenziale possibile riguardo alle principali tipologie di bisogni, integrando nei percorsi e nei servizi le competenze degli operatori sanitari con una sistematica attenzione ai temi e ai valori che guidano la costruzione della qualità percepita dagli utenti e i significati sociali dei processi di salute/malattia, affrontando così la questione della qualità nella sua complessa articolazione;

b) affrontare il problema della sempre maggiore specializzazione e frammentazione delle competenze, che rende sempre più difficile l'integrazione interfunzionale dei processi di cura, in particolare per patologie complesse e di lunga durata;

c) implementare le prove di efficacia disponibili attraverso quel processo conosciuto universalmente come «Evidence Based Medicine» (EBM), nella pratica clinica e nei percorsi assistenziali attraverso la definizione di linee guida e la messa in campo delle relative modalità di implementazione.

Si possono così definire, in una ritrovata ottica di servizio e grazie a complesse interazioni fra diverse professionalità e componenti organizzative:

a) i percorsi assistenziali della «acute care», in cui il paziente che versa in condizioni cliniche tali da metterne in pericolo la vita trovi un'organizzazione in grado di prenderlo in carico tempestivamente, valutarne nel più breve tempo possibile e con il minor margine di errore le condizioni ed i bisogni assistenziali e fornirgli senza errori le competenze e la continuità assistenziale necessarie;

b) i percorsi assistenziali per la «long term care» in cui il paziente, spesso anziano, portatore di patologie cronico degenerative è assistito nel territorio in base a profili di cura definiti che fanno capo al medico di base (mmg e pls), mentre

la consulenza da parte dei servizi specialistici territoriali ed ospedalieri si avvale di forme integrate di assistenza, di cui il *day service* rappresenta la tendenza auspicata, in quanto in grado di ricomporre (anche temporalmente) le prestazioni appropriate e consegnare al mdb una lettura integrata degli approfondimenti diagnostici e terapeutici effettuati.

D.1) *Linee guida.*

Le linee guida (LG) intese come «raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche» costituiscono la sintesi delle conoscenze scientifiche su un determinato argomento, opportunamente strutturate e sistematizzate attraverso regole esplicite condivise dalla comunità scientifica in toto.

Le LG sono interpretate sia come semplici raccomandazioni di comportamento che il singolo medico è libero di decidere se adottare o no, sia come indicazioni amministrative che indirizzano rigidamente le scelte diagnostico-terapeutiche su specifiche patologie⁴.

Un altro punto problematico delle linee guida è rappresentato dalla ricaduta su rapporto medico-paziente. L'applicazione rigida delle linee guida, infatti, può essere percepita dal paziente come un «taglio» delle possibilità di cura dovuto magari a limiti finanziari. In realtà possono diventare una componente della scelta informata da parte del paziente del percorso di cura migliorando, attraverso le raccomandazioni delle linee guida, il livello di consapevolezza della persona malata rispetto al tipo e alla efficacia degli interventi proposti. Inoltre i singoli pazienti non si confrontano più solo con le opinioni di chi li assiste, ma abbiano un punto di riferimento per esprimere, nel rapporto con il medico, i propri punti di vista, aspettative e preferenze.

In questo modo le linee guida costituiscono uno strumento che consente il rispetto di quei diritti che dovrebbero essere garantiti nel rapporto tra cittadini e servizi.

Per rendere concreta l'applicazione occorre prevedere:

- la definizione delle linee guida per le principali patologie partendo da quelle già disponibili;
- fornire una strategia di implementazione locale influenzando la costruzione di un percorso ideale per il processo di cura e assistenza della persona malata;
- la strategia di implementazione deve essere condivisa su base multidisciplinare e multiprofessionale con l'eventuale partecipazione di associazioni pazienti;
- laddove possibile l'implementazione dovrebbe essere interaziendale per limitare la disomogeneità dei percorsi di cura;
- realizzare degli indicatori di valutazione della qualità di intervento;
- costituire una commissione regionale di monitoraggio della qualità delle linee guida sviluppate e/o applicate nelle varie aziende.

⁴ Questi due estremi applicativi presentano specifici limiti. Nel primo caso perché l'assenza di una strategia di implementazione le rende spesso un esercizio culturale con scarsa incidenza sulla realtà assistenziale. Nel secondo caso, l'imposizione amministrativa di LG stimola solo la conflittualità e genera un meccanismo di opposizione all'applicazione.

Le LG possono essere uno strumento per la valutazione della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, sulla base di principi ad un tempo scientificamente validi e condivisi dagli operatori. Non sono quindi direttive che ogni operatore è vincolato ad applicare al singolo paziente, ma uno strumento per l'applicazione delle alternative possibili da offrire alle preferenze dei pazienti e degli operatori, facilitando l'ottimizzazione dei percorsi in base agli obiettivi e alle priorità locali.

Le LG possono aiutare a gli indicatori di processo e di risultato finale con cui valutare le prestazioni di gruppi di operatori e di servizi rispetto alla qualità tecnica dell'assistenza fornita. In questo modo non si limita l'autonomia professionale del singolo operatore ma ne ribadisce le responsabilità nei confronti del sistema in cui opera e degli utenti.

D.2) Percorsi assistenziali integrati.

La necessità di sviluppare percorsi assistenziali integrati⁵ nelle aziende sanitarie risponde all'esigenza sempre più emergente di garantire, soprattutto nella *long terme care*:

- l'unitarietà della presa in carico dell'assistito;
- l'unitarietà del progetto assistenziale;
- l'unitarietà del percorso di fruizione da parte del paziente stesso.

I percorsi del paziente (PdP) si sviluppano come strumenti che cercano di rispondere alla crescente esigenza di erogare l'assistenza attraverso organizzazioni complesse, dove la capacità di programmare, gestire e fornire i percorsi di cura e assistenza più adeguati si fonda sull'integrazione, ovvero su un modello partecipativo e comunicativo interprofessionale, diretto ad orientare unità operative con profili funzionali e gestionali differenziati verso un medesimo obiettivo: la risposta integrata alla domanda di salute formulata. Quindi non si limitano a considerare l'aspetto clinico, ma cercano di valutare contemporaneamente la capacità organizzativa e la disponibilità di risorse dell'organizzazione per rispondere a determinati problemi di salute. Essi si fondano sulle linee guida, ma non si sovrappongono esattamente a queste, in quanto considerano le loro diverse modalità di applicazione nel contesto specifico e date le risorse di personale, i fattori produttivi ecc. a disposizione «qui ed ora»⁶.

⁵ In anni recenti la produzione in questo campo è stata vivace e talvolta convulsa, tanto da richiedere una definizione terminologica, ai fini del presente PSR. Il Percorso assistenziale del Paziente (PdP), è l'iter assistenziale che, in uno specifico contesto, una persona segue per risolvere un problema di salute, descritto sotto forma di sequenza spazio-temporale delle attività che compongono il processo di cura. Esso è denominato anche, in altri contesti, ma con accezioni simili (es.: Manuale metodologico Programma Nazionale Linee Guida - ASSR) profilo o percorso di cura o, a volte, PDT (Percorso Diagnostico Terapeutico); termine quest'ultimo da adottare con cautela in quanto usato anche dalla legislazione italiana (es.: Legge finanziaria 1996 art. 1), con intenti prevalentemente prescrittivi e sanzionatori (Casati, 1999). Quello cui si fa qui riferimento è quindi il PdP o profilo/percorso di cura inteso come metodologia per la ricostruzione e analisi del percorso assistenziale del paziente affetto da una determinata patologia in un contesto organizzativo specifico, da utilizzare per la riprogettazione del percorso stesso, con la finalità di renderlo più efficiente, dal punto di vista del paziente e/o dell'organizzazione, oltre che più appropriato ed efficace dal punto di vista clinico. In questa accezione esso rappresenta «uno strumento che travalica le tradizionali organizzazioni (dipartimenti, UO, servizi, settori..) per leggere l'azienda trasversalmente seguendo i processi e le modalità con le quali essi si sviluppano, prospettandosi quindi come elemento di coesione fra i vari attori dell'offerta di prestazioni sanitarie». (Casati, 1999). E si configura perciò come un vero e proprio piano che, in un dato contesto organizzativo, disegna gli step fondamentali dell'assistenza ai pazienti affetti da una specifica condizione clinica, confrontandosi sia con le circostanze locali (tempi, luoghi, strumenti, risorse) sia con le raccomandazioni cliniche «evidence-based» riportate in Linee Guida o in letteratura. Le linee-guida invece, intese come «raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico di revisione allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche» costituiscono la sintesi delle conoscenze scientifiche sull'argomento, opportunamente strutturate e sistematizzate attraverso regole esplicite, condivise dalla comunità scientifica in toto. Esse non contengono riferimenti all'organizzazione in cui dovrà essere erogato il percorso d'offerta, alla dotazione tecnologica e di personale necessaria ecc.; da cui la necessità di individuare meccanismi di adattamento delle raccomandazioni cliniche in esse contenute a realtà organizzative differenziate e complesse.

⁶ La metodologia di lavoro comporta una fase di disegno e una di analisi/riprogettazione del percorso stesso. Nella *prima fase* di disegno del percorso si tratta di definire il problema di salute, identificare i criteri di inclusione/ingresso e quelli di uscita o conclusione del processo di cura, descrivere e rappresentare graficamente nella loro sequenza logica gli episodi/fasi del percorso, cioè l'insieme di azioni/attività/prestazioni, fra loro logicamente legate o ordinate rispetto al fattore tempo e alle risorse impiegate, che vengono realizzate per assistere il paziente con quella data patologia; successivamente viene attivato un primo momento di rilevazione del *percorso effettivo medio* («ciò che si fa») che attualmente gli assistiti seguono per risolvere il proprio problema di salute in una dato territorio/contesto organizzativo, utilizzando appositi strumenti di raccolta dei dati dei percorsi reali dei singoli pazienti. La *fase di analisi* procede poi con il confronto fra professionisti per l'individuazione di variabilità e disomogeneità, elementi di inappropriata, significative irrazionalità dei costi, distorsioni organizzative, disagi per i malati ecc. E da questo si procede ad

Le finalità dal processo di costruzione di percorsi assistenziali integrati sono quindi ascrivibili a:

- la definizione delle responsabilità organizzative, cioè del soggetto (MMG, Unità Operativa ecc.) che prende in carico l'assistito in tutto o parte del percorso;
- i livelli e le modalità di integrazione tra i diversi attori (MMG, reparti ospedalieri, specialisti ambulatoriali, servizi socio-assistenziali, ecc.);
- l'individuazione di modalità di trattamento/assistenza condivise tra i diversi attori che interagiscono nel processo assistenziale;
- la definizione del percorso (tempi, luoghi, modalità) di fruizione delle prestazioni, in modo che l'assistito non debba più ricomporsi il proprio, ma sia inserito in un «canale» predefinito da cui uscirà alla risoluzione del suo problema.

I risultati attesi sono:

- il contenimento e la razionalizzazione dei costi, dato che la frammentazione degli interventi al di fuori di un quadro d'insieme produce spesso effetti distortivi anche sulla spesa, effetti che il PdP cerca di gestire, aggredendo i problemi della *variabilità* e della *diffusione*;
- *l'aumento della qualità percepita dall'assistito*, aumentando l'appropriatezza e l'accessibilità delle prestazioni e ricercando una migliore comunicazione nel rapporto medico-paziente, che incentivi la compliance dell'assistito nel portare a termine il proprio percorso di cura seguendo la traccia definita dall'organizzazione;
- *il consolidamento dell'organizzazione* stessa, dato che i percorsi rappresentano uno strumento di codificazione e trasferimento delle conoscenze, in particolare relative alle risorse umane e tecnologiche, gli ambiti di responsabilità, i contenuti specialistici, le relazioni, i meccanismi d'accesso e di funzionamento dei vari soggetti del sistema;
- *il governo della domanda*, anche attraverso un processo di fidelizzazione del cittadino, che trova risposta ai suoi problemi all'interno della rete organizzativa, minimizzando così il rischio di «fughe», costose per le aziende sanitarie in termini di risorse sia sotto utilizzate sia spese per l'acquisto di prestazioni esterne.

Il setting organizzativo in cui, sul piano applicativo, si colloca il processo di ridefinizione dei percorsi del paziente, è rappresentato da gruppi di lavoro - composti da professionalità miste ed espressione delle diverse aree organizzative che intervengono nella gestione della patologia - che sono attivati in una logica di integrazione intraziendale e/o se necessario anche interaziendale.

Il governo di tale processo potrà essere assunto di volta in volta, anche in base alla prevalenza di intervento (acuzie o cronicità, assistenza territoriale o in regime di ricovero), da soggetti organizzativi al livello direzionale, quali i Distretti per le patologie a prevalente gestione territoriale, che si avvarranno per questa attività soprattutto dei professionisti dei Centri di salute e delle équipes territoriali dei medici di medicina generale; ed i Dipartimenti per le attività trasversali alle singole Unità Operative e/o travalicanti fra ospedale e territorio.

Sul piano dei vantaggi/svantaggi dell'adozione dello strumento dei PdP, è da ricordare che lo svolgimento di questo lavoro richiede importanti sforzi organizzativi per le aziende sanitarie e comporta quindi una stretta *selezione delle patologie* su cui attivare questi processi, la cui scelta sarà guidata dai livelli di criticità per l'azienda e per i professionisti, rispetto a:

una riprogettazione di un *percorso di riferimento* (il miglior percorso possibile «qui e ora») che viene sottoposto a sperimentazione, monitorandone i risultati ottenuti. Per riattivare poi un secondo ciclo, che prevede la revisione e un ulteriore miglioramento, approssimandosi così per avvicinamenti successivi, ad un *percorso obiettivo*, che è «ciò che si potrebbe o vorrebbe fare» per massimizzare l'appropriatezza (il riferimento sono linee guida diagnostico-terapeutiche) e i livelli di integrazione/razionalizzazione organizzativa del processo di cura. In questo senso pertanto il percorso del paziente può rappresentare un meccanismo di verifica e sviluppo della qualità, alimentato da logiche circolari di miglioramento continuo nel tempo dei processi di cura.

- impatto sui livelli di spesa (spesa farmaceutica, «produzione» di ricoveri/DRG interni o esterni, mobilità, consumo di specialistica interna o esterna, ecc.);
- dimensione epidemiologica del problema (incidenza/prevalenza);
- livelli di presunta inappropriatelyzza dell'ambito di cura;
- livelli di presunta insoddisfazione del fruitore o dell'erogatore.

Ma va sottolineato che *l'impatto* è estremamente interessante su diverse dimensioni critiche per la sanità attuale: *qualità, integrazione, governo della domanda, spesa*. Il ruolo fondamentale di questo approccio è di attivare momenti di confronto e dialogo fra professionisti appartenenti a organizzazioni e culture diverse, che fino ad oggi hanno operato separatamente per prestazioni o pacchetti di prestazioni, dando luogo a percorsi di cura frammentarie a volte contraddittori. Con questo metodo invece essi sono chiamati ad affrontare un cambiamento, oltre che metodologico e procedurale, anche culturale, collegandosi fra loro e sforzandosi di definire insieme modalità, luoghi/tempi di assistenza migliori per uno specifico problema di salute in un dato contesto; non solo per ottimizzare la propria prestazione, ma anche per *garantire quella continuità dell'assistenza che consente di dare una risposta più efficiente e più efficace al bisogno dell'assistito*.

E) FATTORI FAVORENTI O DI OSTACOLO ALLA PROMOZIONE DEL GOVERNO CLINICO.

La promozione del «governo clinico» avrà successo se il SSR riuscirà a sviluppare i fattori che favoriscono la messa in pratica della «clinical governance», tra i quali hanno rilevanza:

- l'accreditamento istituzionale in quanto privilegia gli aspetti organizzativi, professionali e di risultato, rispetto alla semplice verifica delle risorse strutturali;
- la formazione continua, come condizione per l'accreditamento professionale, è guidata dalla professione e consegna alle regioni un importante strumento per orientare l'acquisizione dei crediti verso le competenze necessarie per il governo clinico;
- una corretta applicazione locale delle linee guida per l'atto aziendale (*allegato 2 al PSR*);
- sistemi di allocazione delle risorse e di finanziamento in cui paghi l'appropriatezza;
- la valorizzazione delle risorse umane, nelle sue accezioni di diversificazione ed arricchimento dei ruoli professionali;
- l'innovazione come condizione operativa del sistema;
- raccolta dei dati sanitari, gestionali ed epidemiologici per la valutazione delle performance;
- processi comunicativi e per la conoscenza del gradimento dei servizi da parte dei cittadini.

Fra i fattori ostacolanti troviamo:

- le divergenze nelle aziende tra le «culture» manageriali e quelle professionali che potrebbero, ove si producano irrigidimenti, rendere sterili le indicazioni di Piano;
- il prevalere dell'etica del mercato su quella del servizio, che orienta molti professionisti verso l'uso privato del pubblico, con percorsi assistenziali che offrono al cittadino singole prestazioni difficilmente ricomponibili e percorsi assistenziali privati realmente integrati;
- l'assenza di una adeguata strategia a livello nazionale: la proposta di PSN, per ora, ignora il concetto di governo clinico e fa quindi venire meno le necessarie integrazioni di livello nazionale.

Tabella 7.1: Calendario triennale di attività per le materie della sezione 7.1.

Anno	Interventi	Titolarità
I	Approvare l'atto aziendale sulla base delle linee di indirizzo del PSR	Direttori generali
	Promuovere il governo clinico nei distretti, dipartimenti e staff	Direttori sanitari, Collegio di direzione
	Negoziare piani di attività di distretti, dipartimenti e staff nell'ambito del governo clinico	Direzione aziendale
II	Attivare interventi per raggiungere obiettivi di salute e sviluppare omogeneamente le diverse dimensioni della qualità professionale	Distretti, Collegio di direzione, Dipartimenti, Staff
	Attivare processi formativi ed altri interventi gestionali di supporto	Direzione aziendale
III	Valutare le realizzazioni ed i problemi applicativi	Regione, ASL, AO

7.2. Produrre promozione, prevenzione ed attività di iniziativa.

Le attività di iniziativa consistono in interventi che vedono i servizi interagire con il bisogno prima che esso si cronicizzi, finché si è in tempo cioè a promuovere, prevenire e curare efficacemente.

Con il nuovo PSR, le direzioni aziendali, i responsabili di struttura, gli operatori sociosanitari sono chiamati a dedicare parti importanti del loro lavoro nelle attività di iniziativa e i servizi di staff dovranno mettere a punto supporti gestionali (dai sistemi di finanziamento dedicati, ai percorsi formativi, agli strumenti amministrativi di supporto) per permettere un adeguato sviluppo di questa tipologia di attività, con particolare riferimento ai sistemi formativi ed a quelli di finanziamento, che dovrebbero raggiungere lo stesso sviluppo e affinamento di quelli dedicati alle attività di risposta.

A questa area di attività è assegnata una quota di risorse non inferiore al 5 per cento del fondo trasferito alle ASL, mentre le attività che vi fanno capo hanno diritto di essere valorizzate, all'interno dei sistemi premianti aziendali (incentivazioni, posizione, riconoscimenti di carriera, etc.) quanto le attività di risposta.

In termini di strumentazione, soprattutto per le integrazioni necessarie a sviluppare attività di promozione e di prevenzione ambientale, saranno adottati i «piani integrati di intervento», che caratterizzeranno sul versante preventivo e delle attività di iniziativa la programmazione attuativa locale.

A) SVILUPPARE LE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.

L'OMS ha evidenziato come nelle società più avanzate il maggiore guadagno di salute possa essere ottenuto potenziando le attività di prevenzione e favorendo il mantenimento del benessere psico-fisico. Le attività di prevenzione possono però essere considerate un sottoinsieme delle azioni tese alla promozione della salute, che sono necessariamente il frutto del coordinamento di più attori, non appartenenti tutti al sistema sanitario, che si pongono l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di aumentare i livelli di salute della comunità.

In questa ottica i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione debbono accettare la sfida che la evoluzione della società e la percezione della salute che i cittadini vanno sviluppando pongono loro, passando da una logica anche autoreferenziale, basata sull'erogazione di attività e prestazioni tradizionali, in parte condizionata da vincoli burocratico-legislativi, ad un approccio che ponga al centro i soggetti che della prevenzione debbono beneficiare.

Affinché i Servizi di Prevenzione, nell'arco del prossimo triennio, possano diventare punti nodali della rete per la promozione della salute è necessario che da un lato continuino a mantenere un'attenzione costante alle funzioni di «vigilanza» e «controllo» attribuite loro dal mandato istituzionale, dall'altro organizzino e sviluppino in maniera integrata, ed in collaborazione con gli altri snodi della rete (in particolare IZS, ARPA, ISPESL ed Università), azioni privilegiate su tre versanti fondamentali:

A.1) *Sviluppare le competenze epidemiologiche nella prevenzione collettiva.*

L'identificazione dei rischi nonché dei fattori determinanti che incidono sullo stato di salute e la valutazione dei nuovi bisogni emergenti sono strumenti essenziali per:

- a) monitorare l'evolversi dello stato di salute della popolazione,
- b) definire le priorità di intervento;
- c) misurare i risultati delle azioni messe in campo.

I cambiamenti avvenuti nel rapporto tra produzione lavoro e ambiente, negli stili e nelle abitudini di vita, nell'organizzazione delle comunità stanno trasformando i rischi, che diventano sempre meno percepibili e misurabili e i danni, determinando di conseguenza la necessità di riorientare i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, affinché recuperino quelle competenze epidemiologiche, che appartengono al loro patrimonio genetico ma sono andate negli anni progressivamente sbiadendosi, anche a causa del fatto che gli operatori hanno via via assunto, come riferimento principale per il proprio lavoro, un insieme di norme e regolamenti, piuttosto che una lettura attenta e specifica del territorio in cui si trovano ad operare.

Lo sviluppo di una cultura epidemiologica in seno ai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione deve quindi divenire uno strumento utilizzato trasversalmente dagli stessi per programmare strategie di intervento su una base consolidata di conoscenza dei rischi e dei danni, a partire da una adeguata definizione delle priorità, consentendo quindi la migliore allocazione possibile delle risorse disponibili, sia umane che finanziarie.

In tal modo il Dipartimento di Prevenzione potrà quindi da un lato fornire un contributo strategico alle Direzioni Aziendali nella fase di stesura dei P.A.L. attraverso la descrizione dello stato di salute della popolazione di riferimento e la valutazione dei bisogni di una società in rapida trasformazione, dall'altro:

- riorientare le proprie attività, spostando il proprio agire dall'adempimento burocratico alla progettazione di azioni innovative, finalizzate al raggiungimento di obiettivi di salute condivisi con altri soggetti competenti;
- sostenere il processo di valutazione dell'efficacia di tali azioni.

La conoscenza epidemiologica della realtà nella quale i Dipartimenti di Prevenzione sono chiamati ad intervenire non può, però, prescindere dalla *realizzazione di una vera e propria rete integrata di conoscenze tra attori collocati sia dentro che fuori dal sistema sanitario*, in grado di mettere in relazione tra loro i determinanti di patologia, sia degli ambienti di vita che di lavoro, offrendo in tempo reale un quadro conoscitivo ampio della situazione territoriale e di salute della popolazione.

Nello specifico rappresentano quindi un obiettivo strategico del presente Piano Sanitario *la realizzazione di un sistema informativo regionale integrato per la prevenzione, che, attraverso la realizzazione di una infrastruttura di rete, colleghi funzionalmente i Dipartimenti di Prevenzione, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, l'ARPA, l'ISPESL e l'Assessorato regionale alla Sanità.*

I sistemi informativi attivati nei Paesi dell'Unione Europea sono molteplici e si avvalgono, tra l'altro, di reti per il monitoraggio e la sorveglianza della sanità pubblica, di piani di sorveglianza delle zoonosi e dei residui, di sistemi di allarme rapido, di sistemi di informazione nel settore agricolo, di reti di sorveglianza della radioattività e dei contaminanti ambientali. Tuttavia i sistemi esistenti a livello europeo, quindi anche in Italia, sono stati sviluppati in modo non coordinato. Di conseguenza molte delle informazioni disponibili non sono valorizzate appieno e non rispondono alla logica di un sistema informativo integrato. In questa ottica è importante che tale sistema informativo stabilisca interazioni anche con l'Università degli Studi.

Per raggiungere tale obiettivo è fondamentale che nel corso del prossimo triennio si ottenga:

- *l'implementazione di un sistema informativo tra ARPA e Servizio Sanitario Regionale*, che, attraverso la messa a disposizione dei dati relativi alle sostanze chimi-

che e agli agenti fisici presenti nell'ambiente, consenta la stima del rischio associato alla loro pericolosità ed ai livelli di esposizione stimati o effettivamente misurati nella popolazione, permettendo così una valutazione sanitaria sistematica dei rischi;

- *il potenziamento del flusso informativo tra INAIL e Servizio Sanitario Regionale, e progressivamente con gli altri Enti interessati, relativamente alla gestione dei dati sugli infortuni e sulle malattie professionali.* La messa a regime di tale flusso, avviato nel corso del 2001, consentirà, attraverso la puntuale analisi dell'andamento del fenomeno infortunistico in Umbria in tempi ravvicinati rispetto agli eventi, di rimodulare le attività di vigilanza dei Servizi, ma anche di contribuire al funzionamento concreto del Comitato di Coordinamento sulla Sicurezza e sulla Salute nei luoghi di lavoro;
- *l'implementazione di reti di sorveglianza epidemiologica, funzionalmente integrate con l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario esistente presso l'IZS dell'Umbria e delle Marche, finalizzato al completamento e all'attivazione definitiva di un sistema regionale di sorveglianza applicato anche al controllo delle patologie animali ed alla sicurezza degli alimenti.* L'attuale parziale allestimento di questo basilare strumento di controllo e di gestione pone il Sistema Sanitario Regionale nelle condizioni di dover operare spesso ex post rispetto alla insorgenza dei problemi. Si viene quindi a determinare una condizione che crea non poche ansie agli organi di governo, agli operatori del SSN e agli stessi consumatori e interlocutori economici, sui quali eventi sanitari impreveduti hanno impatto immediato. Per quanto efficaci, infatti, gli interventi in regime di emergenza, per la caratteristica specifica ad esso connaturati, non permettono sempre di ridurre l'incidenza degli eventi, come pure le conseguenze economiche in termini di abbattimento di animali, immobilizzazione delle produzioni, inibizione della libera circolazione degli animali e dei prodotti in ambito comunitario ed extracomunitario.

A.2) *Promozione di azioni integrate.*

Le nuove istanze di benessere rappresentate da una società in continua evoluzione, assieme ai mutamenti del contesto politico-istituzionale, rendono necessaria la messa in atto di una nuova strategia, articolata in azioni che, a partire da un riorientamento dei Servizi di Prevenzione, si sviluppino attraverso una rete di sinergie tra i diversi attori del Sistema Sanitario e i nuovi soggetti agenti nella promozione della salute.

In questa ottica diventa prioritario per i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione:

a) *promuovere l'integrazione e l'interdisciplinarietà*, tra le diverse strutture operative dei Servizi di Prevenzione e tra queste e le altre macrostrutture delle Aziende Sanitarie, attraverso lo sviluppo di rapporti sinergici con tutte le strutture regionali che perseguono l'obiettivo del miglioramento della sicurezza sanitaria, della qualità della vita e dell'ambiente, nelle sue diverse componenti, per costruire risposte adeguate ad obiettivi di salute complessi.

Il *Coordinamento dei Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione* deve rappresentare la sede propria di questo processo, che troverà la sua piena attuazione attraverso interventi formativi, elaborazione di programmi inter-aziendali, adozione di protocolli operativi comuni.

In questo senso va richiamata la necessità di sviluppare azioni integrate con i Medici di Medicina Generale e/o i Pediatri di Libera Scelta rivolte a promuovere stili di vita e comportamenti per la salute, privilegiando la funzione di counselling che costoro debbono mettere in campo;

b) *privilegiare il lavoro per obiettivi, piuttosto che per compiti.* Questa modalità di operare dovrà trovare concreta realizzazione nei *Piani integrati per la salute*: una volta individuato l'obiettivo di salute da raggiungere, tenuto conto delle priorità emerse dalla lettura del contesto territoriale, in termini di stato di salute della popolazione, umana ed animale, e di qualità dell'ambiente, ed espresse attraverso il consenso e la condivisione di soggetti con pari dignità, deve essere messo a punto un *progetto di lavoro comune* nel quale vadano definiti responsabilità e compiti, sia tecnici che gestionali, stabiliti i tempi di realizzazione, individuate le modalità di verifica dell'efficacia degli interventi stessi.

In tale contesto i Servizi dei DP si avvarranno anche delle esperienze condotte nell'ambito dell'«Agenda 21» e del «Progetto città sane».

Per realizzare nel concreto nel prossimo triennio il radicale cambiamento del sistema prevenzione verso la promozione della salute è necessario prevedere *l'allestimento di un programma di formazione continua*, rivolto al personale sanitario, medico e veterinario e a tutto il personale tecnico operante nei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, finalizzato da un lato al potenziamento delle rispettive competenze tecnico-professionali, dall'altro a sviluppare le conoscenze relative all'epidemiologia, all'analisi ed alla gestione del rischio, anche allo scopo di potenziare le capacità di allestire specifiche ricerche applicate, in particolare su nuovi modelli gestionali e sui fattori determinanti per la salute agenti nel territorio umbro. Non deve essere inoltre sottovalutata la necessità di supportare con adeguati percorsi formativi lo sviluppo delle potenzialità connesse con la comunicazione.

È indubbio che, per la realizzazione di un percorso formativo di così rilevante portata e complessità, possa prevedersi la costituzione di un network formativo che veda coinvolte le migliori risorse umane della Regione, comprese e supportate anche dalle competenze dell'Università degli Studi.

A.3) *Misurazione dell'efficacia e dell'impatto sulla salute delle attività di prevenzione.*

Anche in questa Regione deve essere raccolta dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione la sfida contenuta nella riflessione, già avviata a livello nazionale, sull'efficacia degli interventi effettuati dai servizi pubblici di prevenzione sia quando esercitano le funzioni di controllo, sia quando applicano quella di regolatori del sistema privato di prevenzione. L'affrontare il tema della efficacia, intesa come la capacità di un intervento di migliorare la condizione di partenza, rispetto a quelli erogati dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione non può prescindere dal tenere in conto alcune criticità specifiche dell'operare degli stessi: la mancanza di una domanda individuale, la necessità di mettere in campo più attività per dare risposta tempestiva ed autorevole ai complessi bisogni di salute espressi dalla collettività, attività che a loro volta richiedono l'integrazione di più soggetti, i tempi molto spesso lunghi per una corretta valutazione degli effetti, l'obbligo di rispondere a un mandato normativo vincolante, nel peggiore dei casi avulsi dai reali problemi di salute⁷.

Occorre quindi far ripartire velocemente la riflessione rispetto alle cosiddette «attività inutili», a partire da quella già a suo tempo inviata dal Servizio regionale di prevenzione e sanità pubblica, per estendere il ragionamento a tutte le componenti istituzionali della Prevenzione, superando le resistenze legate all'insicurezza che una simile tematica fa nascere negli operatori e ad una comprensibile resistenza al cambiamento. Dovrà quindi essere attivato un gruppo tecnico regionale, avente il compito di procedere alla identificazione delle attività per le quali è documentata la scarsa utilità e di quelle per le quali invece è documentata l'efficacia, sulla base della revisione della letteratura internazionale e della propria competenza tecnica, al fine di incentivare l'abbandono graduale delle attività definite poco utili e per trasferire risorse umane e materiali verso attività riconosciute più efficaci.

Accanto a ciò è prioritario continuare a sviluppare a livello regionale le linee di indirizzo e le revisioni sistematiche delle procedure più frequentemente adottate nei Servizi, sia per renderle omogenee, attraverso i gruppi di lavoro, sull'intero territorio regionale, sia anche allo scopo di promuovere sempre di più la semplificazione delle stesse nonché per avviare il processo essenziale dell'accreditamento delle procedure e delle attività.

D'altra parte proprio il coinvolgimento di settori e comparti diversi dentro e fuori il Sistema Sanitario, nel processo più vasto della promozione della salute, la realizzazione dell'intersectorialità e dell'integrazione prima ricordate richiedono l'introduzione di nuovi e migliori meccanismi di valutazione, che consentano di misurare gli effetti di tutte le azioni intraprese.

Accanto quindi alla messa a regime del Sistema Regionale Informativo della Prevenzione, nell'ambito del Sistema Informativo Regionale, che dovrà, nel corso del

⁷ Tutto ciò non deve impedire di proseguire il percorso avviato in questa Regione, per esempio, con la delibera n. 758/2000, in base alla quale viene prorogata d'ufficio la validità dei libretti sanitari per gli alimentaristi eliminando l'estemporaneo controllo sanitario e sostituendolo con la formazione ed informazione continua.

prossimo triennio, produrre sempre maggiori ed omogenee informazioni rispetto non solo alle attività dei Servizi di Prevenzione, ma anche alla loro capacità di «sorveglianza» del territorio e alla efficienza con la quale sono allocate le risorse, in una logica di «sviluppo sostenibile» per la Prevenzione, debbono essere messi in campo nuovi modelli di analisi, secondo la logica della nuova metodologia di misura, proposta dall'OMS, e chiamata appunto «valutazione di impatto sulla salute» (Health Impact Assessment), attraverso la definizione di criteri, la costruzione di indicatori e la individuazione di standard uniformi su scala regionale.

È quindi fondamentale, nell'arco di vigenza del Piano, avviare la costituzione dell'«Osservatorio regionale per la promozione della salute», quale luogo privilegiato di raccolta ed analisi delle informazioni utili, anche per capire se sono stati centrati gli obiettivi individuati e valutarne la ricaduta sulla collettività.

Per favorire lo sviluppo delle azioni sopra citate ed il raggiungimento degli obiettivi i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL umbre privilegeranno gli ambiti di attività lungo quattro direttrici principali:

1. *Prevenzione negli ambienti di lavoro e sicurezza impiantistica;*
2. *Sanità pubblica e nutrizione;*
3. *Sanità pubblica veterinaria;*
4. *Sicurezza alimentare.*

B) SVILUPPARE LE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO ZOOPROFILATTICO.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche è un'Azienda sanitaria pubblica che opera nell'ambito del servizio sanitario nazionale garantendo al sistema veterinario delle due Regioni le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie per l'espletamento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria, attraverso una rete di laboratori presenti nella sede centrale di Perugia, che ne è anche la sede amministrativa, e nelle Sezioni diagnostiche provinciali di Ancona, Fermo, Macerata, Pesaro e Terni.

Al di là delle specifiche competenze istituzionali nell'ambito delle patologie animali, in particolare quelle aventi carattere zoonosico, dell'igiene degli alimenti di origine animale destinati all'uomo e dell'alimentazione animale, l'IZS rappresenta una importante struttura di supporto tecnico-scientifico per quanti si occupano dello sviluppo del sistema produttivo agro alimentare regionale, ponendosi altresì in condizione di essere un importante punto di riferimento in settori d'interesse emergente quali la tutela faunistica, il corretto rapporto animale - ambiente ed il benessere animale.

Non c'è dubbio che la presente revisione del Piano Sanitario Regionale costituisce un'occasione importante per rendere più concreto e funzionale il processo di integrazione tra l'IZS, la Regione dell'Umbria ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali, al fine di garantire una migliore e più efficace salvaguardia della salute e del benessere delle popolazioni animali, nonché della salute umana.

Il realizzarsi di un sempre migliore Coordinamento Regionale interconnessione tra il sistema integrato dei servizi veterinari e l'IZS nonché con la Facoltà di Medicina Veterinaria diventa elemento essenziale per l'intero Sistema veterinario regionale. Per tali finalità, anche alla luce dell'art. 7-sexies del D.Lgs. 229/99, elemento strategico risulta la riconferma della *Conferenza Permanente dei Servizi Veterinari*, essendo costituita dal dirigente del Servizio prevenzione e sanità pubblica della Regione, che la presiede e la convoca, dai responsabili dei servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali, dal direttore dell'IZS o suo delegato, integrata dal Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Perugia.

Pur nel rispetto dei rispettivi profili istituzionali ed operativi, quindi, all'IZS è affidato il compito di raccordarsi, attraverso la Regione, con i Servizi veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione per un più efficace intervento nei settori della tutela collettiva e della vigilanza e controllo delle malattie infettive e contagiose degli animali, in particolare quelle a carattere zoonosico, nonché dell'intera filiera produttiva degli alimenti di origine animale.

In via prioritaria, pertanto, all'Istituto è affidato il compito di organizzare il proprio modello organizzativo e le attività dei suoi laboratori al fine di:

- a) rendere più efficaci le *funzioni diagnostiche* direttamente gestite ovvero richieste dalla Regione, sia con il potenziamento delle attività laboratoristiche che mediante lo studio e la messa a punto di *protocolli di sorveglianza epidemiologica e di analisi del rischio* riguardanti, tra l'altro:

- i Piani di eradicazione della Tuberculosis bovina e delle Brucellosi animali (bovina ed ovi-caprina), della Leucosi Bovina Enzootica e della Malattia Vescicolare Suina, anche ai fini della libera circolazione nel mercato unico europeo ed in quello extracomunitario delle popolazioni animali regionali;
- i Piani nazionali e regionali riguardanti il controllo di Residui di farmaci o contaminanti ambientali e l'Alimentazione animale, posti in essere anche per evitare il consumo di alimenti *contaminati* dalla presenza di residui di molecole chimiche potenzialmente responsabili di fenomeni degenerativi nell'uomo e, più in generale, rientranti nell'azione di sostegno alle attività di farmacovigilanza;
- il Piano regionale di controllo delle produzioni ittiche, riguardante studio e diagnostica delle malattie infettive delle specie ittiche allevate e/o commercializzate nel territorio regionale e caratteristiche igienico-sanitarie delle produzioni alimentari derivate;
- il Piano nazionale di sorveglianza attiva delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE), che rappresentano una potenziale fonte di contagio mortale per l'uomo attraverso il consumo di organi provenienti da animali infetti;
- il Piano nazionale di sorveglianza della Blue Tongue ovi-caprina, che, già presente in regioni limitrofe, provoca danni economici molto rilevanti ed il blocco delle movimentazioni di queste specie animali;

b) potenziare la funzionalità del *Centro Regionale di riferimento* per i batteri enteropatogeni, ai fini della sollecita tipizzazione degli stipiti provenienti da isolamenti umani o animali, la loro catalogazione e la redazione di report trimestrali riportanti la prevalenza, la distribuzione geografica e la sensibilità agli antibiotici di tali microrganismi, elementi questi molto utili per programmare una efficace azione di prevenzione e di controllo svolta dalla Regione Umbria;

c) adeguare la funzionalità del proprio Osservatorio Epidemiologico Veterinario al sistema di epidemiosorveglianza veterinaria (patrimonio della Regione Umbria e di ciascun Dipartimento di Prevenzione), ed alle esigenze del Servizio regionale di prevenzione e sanità pubblica e del Sistema informativo regionale, delineando per lo stesso una architettura di rete che lo colleghi ai servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali, al Servizio regionale di prevenzione e sanità pubblica nonché all'Osservatorio Epidemiologico Regionale;

d) garantire la formazione continua del proprio personale, fornendo nel contempo, in collaborazione anche con la Facoltà di Medicina Veterinaria, il necessario supporto ai programmi formativi dei medici veterinari e del personale sanitario e tecnico che opera all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, tenendo conto che già opera in qualità di provider per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) e che, quindi, nel più vasto contesto del network formativo regionale e sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Regione dell'Umbria, ed anche dalla Conferenza Permanente dei Servizi Veterinari, potrebbe provvedere ad organizzare e gestire gli eventi formativi ritenuti necessari, anche nell'ottica del conseguimento dei crediti formativi richiesti dalle recenti disposizioni ministeriali;

e) implementare il registro tumori animali, con la messa a punto di protocolli diagnostici e di schede di rilevazione epidemiologica ed avviando studi e ricerche di patologia comparata con il Dipartimento di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia, responsabile del Registro Tumori umani della regione Umbria.

C) PRODURRE LE ATTIVITÀ DI INIZIATIVA CHE COINVOLGONO I SERVIZI SOCIO SANITARI.

C.1) *MMG, counselling e educazione alla salute.*

La Medicina di Base (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, medici e altri operatori dei Centri di Salute) ha fra i suoi obiettivi la prevenzione e promozione della salute attraverso attività di counselling e di educazione alla salute. Il Piano recepisce con grande attenzione le indicazioni fornite al riguardo dai gruppi di lavoro formati da medici di base, individuando in tali proposte, che fa proprie, una opportunità storica per dare una dimensione di massa e quindi effettiva efficacia a queste attività.

In tal senso consegna ai servizi di educazione alla salute il compito di supportare sul piano metodologico le indicazioni operative sul counselling ed il temario relativo alle attività di educazione alla salute.

C.1.1.) *Counselling.*

Le attività di prevenzione e promozione della salute trovano nel «*counselling*» una eccellente modalità di intervento. Si tratta di una attività «opportunistica» e di iniziativa, rivolta agli individui e alle famiglie, allo scopo di individuare e rimuovere fattori di rischio legati a scelte individuali rispetto allo stile di vita; tale attività si avvale di una particolare modalità relazionale basata sull'ascolto attento delle persone, sulla proposta di conoscenze basate sulle evidenze scientifiche, la verifica della comprensione di tali messaggi, sulla formulazione di obiettivi di salute condivisi fra il medico e il paziente, sulla attivazione delle risorse utili al loro raggiungimento e mantenimento⁸.

Attraverso questa tecnica relazionale il Sistema Sanitario raggiunge utilmente gli individui, mettendo a loro disposizione conoscenze e competenze per migliorare lo stato di salute. Questa attività già costituisce parte integrante del lavoro degli operatori sopra elencati.

È necessario sostenerla ed implementarla in due precise direzioni:

a) attività di formazione rivolta agli operatori per migliorare le competenze e la consapevolezza rispetto al counselling, sottolineando che questa competenza e consapevolezza deve oggi coinvolgere anche, per esempio, il livello di comunicazione telefonica;

b) sostenere e promuovere una organizzazione di lavoro che permetta di dedicare tempo adeguato a questa attività (personale di segreteria, visite per appuntamento, sgravio di lavoro burocratico...).

Un altro aspetto molto importante è costituito dalla opportunità che si apre, attraverso un lavoro individuale così attento, in termini di conoscenza della domanda di salute e del livello di diffusione di alcuni fattori di rischio nella popolazione, con la seguente possibilità-opportunità di acquisire dati di popolazione che potrebbero costituire punti di riferimento importanti per la individuazione di obiettivi da perseguire nell'interesse della salute pubblica.

A tale scopo sarà attivato un Gruppo di lavoro regionale, costituito da rappresentanti degli operatori coinvolti, che possa:

- dapprima mettere a punto gli strumenti e i metodi per recepire informazioni significative, da un gruppo statisticamente significativo di operatori, che agiscano con standard omogenei e condivisi di intervento, e per questo opportunamente formati;
- successivamente decodifichi le informazioni per identificare interventi utili a supportare la azione di counselling individuale attuata, offrendo i servizi ritenuti necessari per le diverse situazioni.

C.1.2.) *Educazione alla salute.*

Nel campo della educazione alla salute, i medici di base hanno individuato il seguente temario come base per lo svolgimento di attività che li vedano coinvolti come attori fondamentali, fatti salvi i collegamenti con i servizi specialistici necessari per le peculiarità di alcune materie (es.: medicina dello sport):

⁸ L'attenzione alle esigenze di salute della popolazione richiede anche:

- organizzazione sociale con tempi di vita migliori, come evidenziato nella sezione 5 del PSR;
- servizi che offrano opportunità sportive, ricreative, socializzanti;
- informazione - educazione in modo da non delegare alla pubblicità commerciale il monopolio dell'orientamento delle scelte individuali e collettive;
- destinazione di opportune risorse alle attività assistenziali di educazione, prevenzione, diagnosi e cura rendendole fruibili omogeneamente su tutto il territorio regionale.

1. *AREE DI INTERVENTO*
 - 1.1. Fumo
 - 1.2. Alimentazione
 - 1.3. Attività fisica
 - 1.4. Abuso di sostanze
 - 1.4.1. Farmaci
 - 1.4.2. Alcool
 - 1.4.3. Droghe
 - 1.4.4. Doping
2. *STRUMENTI E ATTORI*
 - 2.1. Campagne di comunicazione di massa: Regione, ASL
 - 2.2. Interventi nella scuola e nei luoghi di aggregazione: *Centri di salute*
 - 2.3. Interventi sull'individuo e sulla famiglia: *Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Farmacisti, Allenatori e preparatori Sportivi.*
3. *OBIETTIVI E INDICATORI*
 - 3.1. Fumo
 - 3.1.1. Riduzione del numero dei nuovi fumatori
 - 3.1.2. Aumento del numero di soggetti che sospendono il fumo e mantengono l'astensione nel tempo
Decremento della vendita di tabacco
 - 3.2. Alimentazione
 - 3.2.1. Aumento della popolazione con Body Mass Index nella norma
 - 3.2.2. Riduzione dell'introito di grassi saturi
 - 3.2.3. Aumento dell'introito di fibre alimentari
Peso della popolazione ricavato dai database della medicina generale e con rilevazione opportunistica presso i Centri di salute
 - 3.3. Attività fisica
 - 3.3.1. Adozione e mantenimento di una regolare attività fisica
Peso della popolazione ricavato dai database della medicina generale e con rilevazione opportunistica presso i Centri di salute
 - 3.4. Abuso di sostanze
 - 3.4.1. Riduzione dell'abuso continuativo di alcune categorie di farmaci: benzodiazepine, FANS, lassativi, integratori alimentari.
Riduzione della vendita dei farmaci delle categorie elencate
 - 3.4.2. Riduzione del consumo di alcool pro capite e dell'abuso
Riduzione degli incidenti correlati all'uso di alcool
 - 3.4.3. Prevenzione e controllo delle sostanze d'abuso e delle droghe illegali
Riduzioni degli accessi al Pronto Soccorso e delle segnalazioni all'autorità di pubblica sicurezza
 - 3.4.4. Prevenzione e controllo dell'uso del doping nella attività sportiva non agonistica
 - 3.5. Sicurezza stradale
 - 3.5.1. Aumento della prevalenza d'uso di casco e cinture sul territorio, rilevata tramite le osservazioni mensili del sistema Ulisse.

C.2) *Attività consultoriali.*

Un servizio consultoriale riqualificato è un punto di forza nel territorio per la promozione della salute e la prevenzione nell'area delle problematiche collegate alla affettività, alla sessualità ed alla riproduzione ed alla genitorialità.

Il Piano sottolinea la centralità del servizio consultoriale nelle attività di iniziativa e punta a migliorare ulteriormente la qualità dell'offerta ambulatoriale, ricomponendo a livello di coordinamento e di integrazione progettuale interventi sul versante

socio-sanitario e relazionale che rappresentano «aree critiche di intervento» rispetto alla titolarità tra ASL e Comune.

Gli obiettivi del triennio riguardano la qualificazione delle attività rivolte alla persona e a gruppi di popolazione, definendo per ogni programma di attività, i problemi e di bisogni cui sono rivolti gli interventi, gli obiettivi, le risorse umane, economiche e strumentali da impiegare, comprese quelle rappresentate dalle reti cui il servizio è connesso, nonché i risultati attesi.

Il monitoraggio e la valutazione dell'operatività consultoriale dovranno avvantaggiarsi della messa a regime del nuovo sistema informativo per il monitoraggio e la verifica dell'attività consultoriale che prevede procedure informatizzate e l'uso degli indicatori regionali.

Risorse umane e strumentali.

Si ripropone l'esigenza di implementare il personale dei consultori in modo funzionale all'attività prevista, con la presenza di una équipe multiprofessionale completa anche di figure con professionalità sociale e psicologica.

Si pone in modo particolare la necessità di una maggiorazione nel numero delle ostetriche, considerato che l'impegno richiesto dall'attivazione dei programmi di screening, soprattutto della cervice uterina, non consente spesso di utilizzare adeguatamente questa figura nell'ambito più ampio che riguarda tutto l'ambito della vita sessuale riproduttiva e post riproduttiva delle donne.

Si pone l'esigenza di verificare l'adeguatezza delle attrezzature dell'ambulatorio ostetrico ginecologico, soprattutto per quanto riguarda le attrezzature per la gravidanza fisiologica.

Modello organizzativo.

Il consultorio è un servizio con identità specifica strutturato come U.O. nell'organizzazione complessiva del distretto, per il quale è previsto un responsabile per ciascun distretto ed è assicurato un coordinamento funzionale a livello interdistrettuale per le attività consultoriali all'interno del dipartimento materno-infantile e per l'età evolutiva.

Ambiti prioritari di intervento.

Esigenze nuove che scaturiscono dalle modificazioni sociali e sanitarie della società pongono all'attenzione anche del servizio consultoriale problematiche emergenti e suggeriscono una rimodulazione di approccio anche in ambiti «classici» del servizio.

Interventi in tema di affettività, sessualità e fisiologia della riproduzione.

Fin dalla scuola primaria ragazze e ragazzi devono essere formate/i sui temi della sessualità, di concerto con le istituzioni scolastiche e tenendo conto della infinita ricchezza di questo argomento, della necessità di svilupparlo in stretta relazione con l'educazione alla affettività proprio in un mondo ed in un momento della vita adolescenziale in cui la identificazione in un genere è estremamente necessaria ed a volte drasticamente complessa da attuare. Quindi non solo interventi nelle scuole e tra i giovani sui temi della contraccezione ma su tutto ciò che riguarda quelle varie forme di disagio variamente espresse nei comportamenti spesso incerti e contraddittori che tengono i ragazzi fino in età tardo adolescenziale. Ciò avverrà certamente non solo con le purtroppo scarse forze degli operatori del Consultorio ma tramite quella Rete di intervento precoce trasversale tra tutti i servizi territoriali della prevenzione (Distretti, CIM, SERT, alcologia, mmg e pls) prevista e finanziata in alcune ASL che deve essere appoggiata e diffusa ulteriormente in modo che sempre più operatori possano e debbano essere attenti e coinvolti attivamente e collettivamente, alle domande di aiuto espresse spesso anche in modo inapparente e confuso da parte di giovani e meno giovani, iniziando sin dall'epoca gestazionale per procedere con il puerperio, la prima infanzia e fino all'adolescenza.

Supporto alla genitorialità e percorso nascita.

Al fianco di aree di offerta classiche che vanno mantenute e implementate (corsi di preparazione al parto di cui deve essere incrementata l'offerta gratuita dei corsi - garantendo una diffusione sul territorio quantitativamente, oltre che qua-

litativamente soddisfacente) è necessario rivolgere l'attenzione alle nuove culture che penetrano il mondo della genitorialità sia per le generazioni future che rispetto a quelle passate, vista la notevole presenza di immigrate con un alto tasso di fecondità. Importante sarà pertanto il ruolo della mediazione culturale che va prevista come una costante e non solo come una episodica presenza all'interno dei Consultori della regione, specie in alcune aree con una forte presenza di donne e uomini immigrati.

Parallelamente il Consultorio deve qualificare l'offerta garantendo l'adozione ed anche l'informazione delle donne sui protocolli regionali per la gravidanza fisiologica e un monitoraggio della gravidanza adeguato, anche dotandosi delle attrezzature strumentali necessarie (rilevatore del battito cardiaco, ecografo, etc. ...), nonché infrastrutture e supporto alle scelte per la procreazione Medicalmente Assistita, all'interno delle scelte regionali relative alla loro derogabilità nel quadro dei LEA.

Puerperio.

Le visite domiciliari delle ostetriche, almeno nei primi 15 giorni dopo il parto costituiscono un importante momento di supporto alla donna alla coppia, che può influire positivamente nella prevenzione di momenti di disagio che si possono evidenziare nel momento di riorganizzazione del nucleo familiare. Una risorsa interessante potrà essere prossimamente costituita dalla nuova figura dell'assistente materna la cui presenza è prevista al domicilio della donna per tutto il percorso gravidanza, parto puerperio, della quale si sta delineando il profilo professionale (Progetto H:O:M:E:), anche utilizzando le opportunità offerte dal nuovo profilo dell'Operatore Socio Sanitario (OSS).

I.V.G.

Una nuova prospettiva potrà essere aperta dalle nuove tecniche mediche relative alla pratica dell'IVG, già largamente utilizzate in molti paesi europei e che potrebbero essere diffuse anche nella nostra regione in modo da modificare positivamente l'impatto che l'approccio chirurgico ha sul vissuto delle donne, sul personale sanitario e sull'impegno di risorse del SSR. Il consultorio potrebbe avere un ruolo propositivo e, in concorso con altri servizi, anche di servizio di consulenza e di follow-up successivamente alla somministrazione dei farmaci.

Multiculturalismo.

L'attenzione e la cura che il servizio consultoriale deve porre nelle attività di accoglienza e gestione delle nuove culture riguarda un ambito molto ampio che va dal sostegno alla genitorialità (vedi sopra) alle scelte informate e consapevoli sui temi della riproduzione, alla interruzione volontaria della gravidanza (notevolmente utilizzata dalle donne immigrate). Importante sarà pertanto anche il ruolo della *mediazione culturale*, che va prevista come una organizzata e non solo episodica presenza all'interno dei consultori della regione.

Menopausa.

Il consultorio, con un corretto approccio alla richiesta di consulenza individuale e l'organizzazione di incontri di gruppo, può utilmente promuovere un approccio non medicalizzato ed un vissuto positivo con l'assunzione di corretti stili di vita da parte delle donne in questo periodo della loro vita.

Relazioni esterne e comunicazione.

È necessario infine dare una maggiore visibilità del consultorio, utilizzando le opportunità offerte dai media e forme partecipative con la società civile, per aumentarne il grado di conoscenza e l'utilizzazione anche di quelle fasce di popolazione che più necessitano di interventi gratuiti ed attenti alla globalità dei bisogni sociali, fisici e psichici, come i giovani e gli immigrati.

C.3) Rete di intervento precoce sul disagio giovanile.

Il Piano si propone di passare alla messa a regime delle attività di iniziativa nell'area dell'agio e disagio giovanile, assumendo la salute dei giovani come «bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico, personale, come aspetto fondamentale della qualità della vita».

Occorre dunque individuare e proporre, in risposta al disagio giovanile, i supporti funzionali per un adeguato sviluppo di reti di intervento precoce, nella direzione di un Piano integrato di salute per l'età evolutiva.

Sulla base delle indicazioni presenti in letteratura e delle esperienze sviluppate anche nella nostra regione, avviare e potenziare processi di promozione della salute significa:

- sostenere processi che consentano ai giovani di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla;
- costruire una politica pubblica per la tutela della salute in età evolutiva, creare ambienti capaci di offrire sostegno, rafforzare l'azione della comunità, sviluppare le capacità personali, riorientare i servizi sanitari;
- sostenere un passaggio significativo dalla psichiatria alla promozione della salute mentale con la costruzione di *Patti per la salute mentale* fra i diversi attori sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali ed associazioni per valorizzare al massimo le risorse, finanziarie ed umane, presenti nel territorio;
- adottare modalità gestionali ed operative centrate sul «lavoro di rete» quale strategia operativa capace di misurarsi con il carattere multidimensionale della salute trasformando la stessa struttura dei servizi da settoriale a comunitaria e globale⁹. L'approccio di rete può così liberare dall'idea che la prevenzione debba essere creata con specifici progetti ad hoc o dall'idea che se non si fa intenzionalmente prevenzione nulla si faccia, in realtà, di veramente valido, lavorando per creare una *comunità competente* per conoscenze, motivazioni e strumenti d'intervento per prendersi cura.

Il Piano assume quindi l'approccio di rete come complesso, integrato, ecologico:

- complesso non perché sia tecnicamente e praticamente complicato, ma perché è un approccio confacente alla complessità: con azioni relativamente semplici favorisce l'evoluzione di processi che lentamente si realizzano;
- integrato perché crea e rafforza legami, interrelazioni e opportunità strutturali di comunicazione fra entità distinte che possono convergere e riannodarsi in senso sistemico verso comuni obiettivi;
- ecologico perché presuppone per analogia che il benessere sociale è profondamente interrelato con la qualità dell'ambiente in cui la persona vive.

Nessun servizio può quindi rendersi latitante, né prendersi carico, escludendone altri del «problema». Ogni servizio come elemento del «sistema a rete» può svolgere una serie di funzioni nella misura in cui può a sua volta contare sulla collaborazione con altri servizi. La differenziazione delle funzioni ha senso e produce risultati solo se esiste a monte una predisposizione di regole comuni, di processi di interscambio di esperienze e di capacità, di raccordo tra le allocazioni delle diverse e specifiche competenze, ma il tutto in un'ottica di rete.

Punti critici.

Negli ultimi anni si è verificato un notevole aumento delle richieste di aiuto ai Servizi da parte di adolescenti e giovani adulti su difficoltà e disagi legati alla crescita, ai compiti di sviluppo, ai cambiamenti del corpo, all'intolleranza alle frustrazioni, ecc., che si manifestano in blocchi, depressioni, fobie, fughe nelle dipendenze, suicidi, meccanismi autodistruttivi...

La tipologia dei disagi - espressione crescente di un «mal di vivere» - e l'incremento delle richieste che provengono in gran parte da genitori, insegnanti, operatori impegnati con adolescenti, obbligano i Servizi a fare i conti con la sempre più grave penuria di risorse e con la necessità e l'urgenza di predisporre strategie e programmi preventivi e terapeutici puntuali, «agili» e a breve termine per intervenire tempestivamente ed evitare che la sofferenza ed il rischio si strutturino in patologia.

⁹ Non esiste una linea netta che separi uno stato personale che necessita di riparazione da uno stato che necessita di sviluppo. Il lavoro di rete presuppone la valorizzazione diffusa della normalità, la capacità di tessere una rete fatta di rapporti che facilitano la comunicazione a diversi livelli, la possibilità di agire e far agire molta solidarietà potenziale, l'aggregazione di più persone intorno ad un problema che si rende evidente. Così si può attivare il propellente per sbloccare dei possibili dinamismi dentro il sociale e così, incidentalmente mentre questa solidarietà ripara e risponde al problema, può inventare e sviluppare una «routine» di promozione della salute dell'età evolutiva.

Appare sempre più necessario migliorare l'accoglienza e l'accessibilità dei Servizi in genere e quelli per gli adolescenti in particolare, sviluppando competenze di base comuni a tutti i Servizi che favoriscano un «buon» primo contatto al di là della specifica identità dei Servizi o del criterio di territorialità.

Infatti, soprattutto per quanto riguarda gli adolescenti, appare indispensabile che in qualunque punto della rete arrivi la richiesta, là venga accolta senza un immediato invio ad altri Servizi, cosa che potrebbe provocare la perdita del contatto perché per gli adolescenti i «passaggi di mano» non funzionano.

A tale proposito è necessario realizzare un collegamento tra tutti i Servizi e le agenzie educative, sportive e culturali, che si occupano di adolescenti attraverso rapporti di consulenza su casi e progetti.

Si può, infatti, intervenire indirettamente su un adolescente sostenendo ed affiancando l'adulto che in quel momento è impegnato con il minore, genitore o insegnante che sia.

In questi anni si sono dimostrate di grande efficacia, nella promozione del benessere in età evolutiva, iniziative nel territorio rivolte alla normalità, di esperienze di valorizzazione e supporto alla genitorialità, occasioni di incontro, confronto e riflessione tra genitori alle prese con problemi normali della crescita dei figli (Scuola per genitori).

Tali interventi, in atto da più di 10 anni, si sono moltiplicati in tutto il territorio del perugino, nei comuni limitrofi, in altre città della regione e hanno coinvolto un migliaio di genitori, rispondendo ad un forte bisogno di aiuto, di condivisione con l'intento di superare la solitudine, il disorientamento e la paura che vivono molti genitori oggi e che spesso rappresenta un fattore di rischio per la salute mentale dei figli.

Altrettanto utile è il lavoro di consulenza, formazione e aggiornamento rivolto ad insegnanti delle scuole superiori, talvolta incapaci ad individuare o ad intervenire su situazioni di rischio, spesso impotenti di fronte al moltiplicarsi dei disagi degli allievi.

Di estrema efficacia sono anche gli interventi nei gruppi classe dove è avvenuto un evento traumatico come un suicidio, un incidente, una fuga, ecc.

Significative, in questo settore, sono state quelle attività che in questi anni hanno costituito importanti esperienze su tematiche di grande attualità (abuso, affido) operando spesso in situazioni difficili e delicate collaborazioni con T. M. e Procura Minorile.

Un grande investimento va realizzato verso quelle famiglie che presentano deprivazioni di varia natura, patologie, gravi disadattamenti, in particolare famiglie in cui è presente la patologia psichiatrica, la tossicodipendenza, ma anche in famiglie alle prese con separazioni, gravi conflitti, adozioni ecc.

Per far fronte ai vecchi e nuovi compiti sulla prevenzione e la cura del disagio giovanile occorre ripensare le caratteristiche dei Servizi rivolti ai giovani, che quando sono troppo caratterizzanti perché identificabili con un problema, non favoriscono l'accesso, così come è utile rivedere ed arricchire la formazione degli operatori perché, pur nelle specifiche competenze, sviluppino attitudini da «frontiera».

Strumenti gestionali.

Visto che gli obiettivi di salute dell'età evolutiva si realizzano primariamente nelle comunità locali dove la popolazione esprime i suoi bisogni e la sua domanda di intervento, l'ambito privilegiato di integrazione fra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, nonché sinergie con gli Enti Locali, è rappresentato dall'articolazione organizzativa e funzionale dell'Azienda, ossia dal Distretto. *Il Distretto* quindi quale articolazione funzionale ad un raccordo integrato, coordinato e continuativo con gli Enti locali e con tutte le realtà rappresentative della comunità locale, luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del Piano integrato per la rete di intervento precoce.

Molteplici sono i soggetti coinvolti nella concertazione¹⁰, alcuni con il ruolo di

¹⁰ Il processo di concertazione porta alla definizione di:

- obiettivi di salute in base alle priorità emerse tra tutti i soggetti rappresentativi a pari dignità dei bisogni della comunità locale;
- responsabilità e compiti tecnici economici e gestionali delle risorse messe a disposizione da ciascun soggetto nella logica di processi di cofinanziamento e di specifici percorsi amministrativi atti alla sua realizzazione;
- tempi di realizzazione, verifiche di efficacia degli interventi messi in atto, valutazione di effetto del Piano integrato di salute.

indirizzo politico, altri nel ruolo di coordinamento organizzativo. Le funzioni gestionali ed operative per la realizzazione del Piano sono assicurate dal supporto tecnico delle strutture sanitarie territoriali delle Aziende, del Comune, del terzo settore-società civile il cui operato deve essere opportunamente integrato per il raggiungimento di obiettivi comuni. La concertazione avviene tramite il rapporto con le organizzazioni sindacali, con le forze produttive e con le altre componenti della società civile a livello locale.

Il Piano integrato per la rete di intervento precoce dettaglia le intese concordate nel Patto per la salute mentale, dando concretezza e valutabilità alle caratteristiche ed alla operatività della rete.

C.4) *Screening mammografico, citologico e del colon-retto.*

C.4.1) *Screening mammografico.*

La situazione epidemiologica descritta nei primi capitoli conferma la priorità dell'intervento preventivo e fornisce gli elementi necessari alle verifiche di impatto relative ai programmi di screening organizzato avviati in tutte le Aziende USL dell'Umbria.

Lo stato delle risorse ed i connessi problemi organizzativi è descritto nella «Relazione su processi e assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001».

Nel complesso l'invito biennale di tutta la popolazione bersaglio e, soprattutto, la procedura del sollecito non raggiungono livelli esaustivi. L'adesione è mediamente e omogeneamente soddisfacente nelle varie USL. Sono ancora carenti e disomogenei i dati per valutare la qualità e l'impatto delle prestazioni.

Obiettivi di salute e loro monitoraggio.

Alla «*riduzione della mortalità evitabile*» contribuirà la diminuzione della mortalità per tumore della mammella;

alla «*riduzione della disabilità residua*» fornirà il suo contributo il miglioramento della qualità della vita nelle operate ottenuto tramite la tempestività e l'appropriatezza delle terapie e degli interventi di riabilitazione;

a «*garantire l'equità di accesso alle prestazioni efficaci*» contribuirà l'attivazione di procedure facilitanti l'adesione per le donne resistenti all'invito.

Lo strumento appropriato per perseguire tali obiettivi resta l'offerta attiva di uno screening mammografico biennale nella fascia d'età 50-69 anni e di un percorso diagnostico terapeutico che presentino garanzie di qualità in tutte le loro fasi. Avendo avviato i programmi in tutte le USL, raggiungendo sin dall'inizio una risposta all'invito superiore al livello minimo previsto del 50 per cento, ora va garantito il monitoraggio degli indicatori di qualità¹¹.

Le caratteristiche del programma e i risultati devono essere documentati, distintamente per classi d'età quinquennali e per le donne afferite allo screening per la prima volta o a esami successivi al primo¹². Una revisione annuale sulla esecuzione e sui risultati dei controlli di qualità riguardanti le procedure e le apparecchiature radiologiche sarà proseguita a livello regionale.

Le strutture deputate ai primo, al secondo e al terzo livello dello screening sono tenute a contribuire alla raccolta dei dati citati per quanto loro compete. La disponibilità delle misure descritte alle scadenze che saranno previste dall'Assessorato alla

¹¹ Un sistema di indicatori è stato approntato dall'Assessorato alla Sanità sin dall'inizio del programma regionale di screening mammografico. Criteri e standard sono stati desunti e aggiornati in base alle Linee Guida Europee e ai documenti che adattavano tali Linee Guida alla realtà italiana.

¹² Le classi d'età servono per standardizzare i risultati e renderli confrontabili tra aree geografiche con diversa composizione per età della popolazione. Inoltre gli standard previsti sono spesso diversi nel caso di donne esaminate per la prima volta rispetto a quelle viste in esami successivi. I dati da fornire, dalla popolazione bersaglio, alla classificazione secondo pT, pN e stadio dei tumori individuati, nonché gli indicatori e gli standard proposti sono desunti dalle indicazioni del G.I.S.Ma.

Sanità per le verifiche del caso, è considerata condizione minima per il riconoscimento delle strutture coinvolte nei programmi di screening mammografico e per la valutazione positiva dei programmi.

Il raggiungimento degli standard, valutando questa ancora una fase di sviluppo dei programmi, è considerato un elemento da sottoporre a verifica per individuare gli eventuali correttivi che si rendessero necessari.

Indagini campionarie sulla copertura e sulla disaggregazione di tale copertura per indicatori socio-culturali, quali l'istruzione, saranno disegnate a livello regionale e realizzate nelle varie USL, per verificare l'impatto complessivo dello screening sulla diagnosi precoce e sull'equità dell'accesso.

Le strutture autorizzate ad attività mammografica¹³ operanti nel territorio della regione Umbria dovranno fornire annualmente, rispetto a tutta la propria utenza e disaggregati per fasce d'età quinquennali, gli stessi dati dei programmi di screening, fatto salvo quelli relativi alla popolazione bersaglio e all'adesione. Tali strutture saranno chiamate a partecipare alle iniziative di verifica annuale sui controlli di qualità radiologici nella mammografia di screening.

Obiettivi organizzativi.

Rispetto ai problemi di coordinamento dello screening a livello regionale un primo passo è stato già fatto, istituendo un Gruppo di Coordinamento Regionale (GCR) composto da delegati aziendali più snello e coinvolgendo in questo gruppo le Aziende Ospedaliere. Questo GCR, però, manca ancora di rappresentatività e autorevolezza rispetto al complesso delle professionalità coinvolte nello screening, mentre problemi di raccordo con le rispettive direzioni aziendali rendono talora difficile l'orientare l'utilizzazione delle risorse destinate allo sviluppo del programma.

Rispetto al primo punto, va avviato a livello regionale un processo di confronto intra-professionale rispetto alle principali categorie coinvolte (T.S.R.M., Medici radiologi, Anatomici patologi, Chirurghi, Radioterapisti, Epidemiologi).

Rispetto al secondo punto, il Piano assegna alle direzioni aziendali la responsabilità di indicare nei PAL le quote di finanziamento per ogni specifica area progettuale.

L'azione ulteriore da realizzare consiste nel promuovere il confronto scientifico e la collaborazione operativa sia delle strutture di primo livello che di quelle di secondo e terzo livello. Tale azione potrebbe essere inizialmente stimolata proprio dalla necessità di rispondere meglio agli standard previsti dalle Linee Guida vigenti e ai debiti informativi connessi. Inoltre potrebbe concretizzarsi in seminari, visite reciproche e periodi di affiancamento sul campo. Ciò permetterebbe una maggiore crescita professionale di tutte le categorie coinvolte, anche attraverso un percorso di progressiva specializzazione ed integrazione delle diverse professionalità (nel campo clinico, nel campo organizzativo e in quello epidemiologico).

Ancora, va meglio definito il ruolo delle Aziende Ospedaliere: esse devono essere parte integrante del processo di prevenzione della mortalità per tumore della mammella, intervenendo nel rispetto del percorso di screening sin lì attuato, assumendosi la respon-

¹³ Accanto alla diagnosi precoce attuata tramite i programmi organizzati, è presente una diagnosi precoce attuata presso gli ambulatori di senologia a seguito di accessi spontanei di donne che non presentano sintomi ma che desiderano un controllo di tipo preventivo. Tale prestazione risponde ad una generale sensibilizzazione delle donne, le quali non sempre trovano nella adesione allo screening organizzato la risposta desiderata. Essa va monitorata in quanto:

anche le donne sottoposte a screening su base spontanea hanno diritto a seguire protocolli garantiti dal punto di vista della qualità e della appropriatezza;

un parziale recupero allo screening organizzato potrebbe essere possibile con la collaborazione degli stessi ambulatori di senologia;

al contempo si potrebbe qualificare tale attività come maggiore flessibilità delle strutture sanitarie nella risposta a chi chiede diagnosi precoce;

il governo clinico di questo fenomeno potrebbe giovare alla riduzione delle liste d'attesa; i dati di tali ambulatori potrebbero concorrere a ricostruire la copertura mammografica complessiva della popolazione e il carico complessivo delle attività senologiche di I e II livello.

sabilità delle procedure e dei debiti informativi connessi; del pari non possono essere viste come soggetti di un'azione sussidiaria, che interviene là dove si esauriscono le potenzialità strutturali e professionali delle Aziende USL, correndo a volte il rischio di una rottura della continuità assistenziale o addirittura di una contraddizione tra parti dello stesso sistema sanitario regionale. Anche per definire adeguatamente questo ruolo è indispensabile che all'interno delle Aziende Ospedaliere si selezionino gruppi interprofessionali dedicati al tema del tumore della mammella ed in costante rapporto di confronto e di collaborazione con chi di tale tumore si occupa sul versante territoriale.

Infine va rafforzato il collegamento tra il Registro Tumori Umbro (RTU) e i programmi di screening, per le analisi sulla sopravvivenza e sui cancri di intervallo che solo tale organismo può attuare correttamente.

Rispetto alle azioni descritte si individuano ruoli distinti per le varie articolazioni del SSR.

Il Ruolo delle Aziende USL:

- assicurare lo svolgimento delle diverse fasi dello screening, attraverso le specifiche scelte organizzative congruenti con il contesto locale e secondo i criteri di qualità definiti dalle Linee Guida nazionali e internazionali;
- fornire agli organismi regionali preposti e alle scadenze richieste gli indicatori per la valutazione;
- contribuire al funzionamento del Gruppo Regionale di Coordinamento.

Il Ruolo delle Aziende Ospedaliere:

- assicurare lo svolgimento delle fasi dello screening relative al percorso diagnostico-terapeutico, attraverso le specifiche scelte organizzative congruenti con il contesto aziendale e secondo i criteri di qualità definiti dalle Linee Guida nazionali e internazionali;
- fornire agli organismi regionali preposti e alle scadenze richieste gli indicatori per la valutazione;
- contribuire al funzionamento del Gruppo Regionale di Coordinamento.

C.4.2.) Screening citologico.

La situazione epidemiologica descritta nei primi capitoli conferma l'impatto positivo che la prevenzione, sia primaria che secondaria, ha avuto sull'incidenza del tumore del collo dell'utero. Va quindi mantenuto alto il livello di adesione ai programmi di diagnosi precoce, razionalizzando l'uso delle risorse attraverso lo screening organizzato su chiamata attiva triennale.

Lo stato delle risorse ed i connessi problemi organizzativi è descritto nella «Relazione su processi e assetti organizzativi attivati dal PSR 1999-2001» In sintesi i punti critici riguardano:

- programma di gestione unico, ma modificato da ogni Azienda su specifiche esigenze non concordate;
- anagrafiche non sempre corrette;
- formazione: solo per il 1° livello ed il project manager;
- dotazione informatica non a regime e non assistita (adeguatezza dell'hard, funzionamento della rete, copertura del II livello);
- consulenza epidemiologica a livello regionale da implementare;
- carenza di flussi regolari di dati tra i servizi di I e II livello.

Obiettivi di Salute.

1) ad «aumentare la speranza di vita senza disabilità» nonché a «ridurre le morti evitabili» fornirà il suo contributo la diminuzione dell'incidenza del carcinoma;

2) alla «riduzione della disabilità residua» concorrerà il miglioramento della qualità della vita nelle donne sottoposte a trattamenti precoci e non invasivi;

3) alla «garanzia di un equo accesso alle procedure efficaci» contribuirà l'adozione di particolari procedure per il reclutamento delle donne che non aderiscono all'invito.

Il PapTest va offerto gratuitamente ogni 3 anni a tutte le donne dai 25 ai 64 anni di età, garantendo equità di accesso e qualità delle prestazioni, sia per il test di primo livello che nell'eventuale percorso di approfondimento diagnostico e nella terapia.

Avendo ogni Azienda portato a termine il 1° round con un'adesione media superiore al 50 per cento, per il prossimo triennio la valutazione del programma di screening deve quindi prendere in considerazione due ordini di problemi:

- gli ostacoli alla adesione, cioè l'equità di accesso;
- il monitoraggio degli indicatori, cioè la qualità delle prestazioni.

1) I programmi aziendali avviati garantiscono 94 sedi per il prelievo costituendo una rete capillare e facilmente raggiungibile. Gli ostacoli alla adesione vanno quindi ricercati probabilmente nelle differenze relative alla classe sociale, all'età, al titolo di studio, alla provenienza.

2) Per rendere possibile il monitoraggio degli indicatori a livello regionale è necessario che i 4 programmi, oltre ad essere identici, siano utilizzati nello stesso modo nelle 4 ASL.

Strumento di unificazione è il Gruppo di Coordinamento Regionale, costituito dai delegati di ASL ed AO, ed allargato di volta in volta, a seconda delle analisi programmate, alle varie professionalità. Questo dovrà iniziare un'attenta opera di omogenizzazione delle procedure operative, nei limiti imposti dalle diverse realtà organizzative, della modulistica ed esaminare le statistiche fornite dal sistema di gestione per concordare le modifiche atte ad una rilevazione omogenea e verificare la necessità di ulteriori record.

AZIONI PER IL TRIENNIO.

Le Aziende USL si impegnano a:

- mettere a regime la strumentazione hard ed un sistema di rete funzionale ed efficiente;
- ripulire le liste anagrafiche da errori ed artefatti;
- adeguare il soft di gestione alla rete e alle modifiche concordate in sede di GCR;
- verificare l'adeguatezza delle sedi per il prelievo dal punto di vista strutturale, dell'accoglienza, del rispetto della privacy;
- curare la formazione informatica degli operatori sia del 1° che del II livello;
- informatizzare i servizi di colposcopia aziendali e, nell'attesa, utilizzare un registro comune per la rilevazione di report utili a monitorare la compliance di ogni donna con paptest anomalo alle varie fasi del 2° livello;
- costituire il Centro Unico Regionale di Citologia, coordinato dalla sede di Perugia, per la lettura dei Pap-test, al fine di garantire: uniformità delle procedure, lettura collegiale, esecuzione test per HPV, controllo di qualità intra ed interlaboratorio ed archivio anomali;
- riconoscere, nel quadro degli accordi interaziendali alla ASL n. 2 la quota di finanziamento relativa alla lettura citologica, al fine di poter adeguare organico e sistema informatico alla aumentata complessità tecnico-gestionale;
- mettere a punto la lettura dei preparati citologici computer assistita (lettura centralizzata automatizzata e stazioni automatizzate di revisione);
- ridurre i tempi di risposta per i referti negativi;
- verificare la sperimentazione del test HPV su ASCUS e HSIL;
- documentare i risultati raggiunti con la produzione ed il confronto delle statistiche di screening e di attività e la elaborazione degli indicatori previsti;
- valorizzare l'attività del personale che partecipa allo screening nell'ambito del sistema premiante aziendale.

Le Aziende Ospedaliere, tramite apposite clausole degli accordi interaziendali, si impegnano a:

- identificare formalmente i referenti aziendali in merito all'approfondimento diagnostico, al trattamento, all'Anatomia Patologica;
- garantire le prestazioni di competenza come soggetto parte integrante del programma di screening, prevedendo regolari flussi informativi, verifiche e valutazioni;
- dotare i Servizi di Colposcopia dell'hard necessario per informatizzare schede cliniche e procedure (soft di gestione a carico delle USL);
- migliorare l'accoglienza delle utenti dal punto di vista strutturale, della privacy, e del personale dedicato.

Le Azioni della Regione nel triennio per gli screening oncologici citologico e mammografico.

Trattandosi in ambedue i casi di programmi di screening istituiti su iniziativa regionale, il ruolo e gli impegni della Regione restano un'esigenza peculiare per il loro sviluppo e per la verifica della completa implementazione e dei risultati, risultando unitari per i due programmi.

La Regione si impegna a:

- a) promuovere e valutare la qualità delle attività svolte da ASL ed AO tramite:
 - il Gruppo di Coordinamento Regionale, formato dai delegati aziendali ed opportunamente integrato con figure tecniche;
 - l'apertura di tavoli intra ed inter professionali su problemi specifici;
 - elaborazioni ad hoc dei dati prodotti dal software in uso, tramite un epidemiologo da affiancare al GCR nell'analisi ed elaborazione dei dati statistici;
 - la promozione di attività di aggiornamento e miglioramento della qualità per II e III livello;
 - approfondimenti epidemiologici con il RTUP¹⁴;
- b) assicurare il collegamento e il confronto con gli organismi nazionali di indirizzo scientifico sul tema degli screening mammografici (Gruppo Italiano Screening Mammografici e Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili);
- c) definire le risorse che le Aziende Sanitarie avranno a disposizione per assicurare il superamento di alcuni punti critici che ancora ostacolano il pieno sviluppo dei programmi di screening nelle loro varie fasi;
- d) supportare i clinici impegnati nella attuazione dei protocolli regionali di screening, rispetto agli specifici rischi professionali che il rispetto di tali protocolli comporta;
- e) coinvolgere i MMG nelle attività di supporto alla adesione delle donne con maggiori difficoltà e resistenze, prevedendo questo punto nelle trattative decentrate per l'applicazione della convenzione;
- f) verificare, anche d'intesa con il Centro per le Pari Opportunità, la qualità percepita.

Il ruolo dei piani integrati per la salute nello sviluppo degli screening oncologici.

Nell'ambito dei piani integrati per la salute sarà opportuno prevedere azioni inter-settoriali per facilitare l'adesione consapevole agli screening oncologici, soprattutto per quelle fasce di popolazione femminile (donne anziane, donne inserite in un contesto socio-culturale deprivato, donne immigrate da paesi poveri, donne esposte a problemi di spostamento sul territorio) che non hanno le stesse opportunità a priori di accedere alla diagnosi precoce.

C.4.3.) Screening per il carcinoma del colon retto.

Essendovi in letteratura consenso sulla efficacia dello screening e ampia discussione sulle procedure da adottare ed essendo tale intervento in grado di ridurre le morti evitabili, ridurre la disabilità residua nonché di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni efficaci, la Regione si impegna ad attivare nel triennio lo screening per il colon retto su scala regionale, prevedendo i seguenti passaggi:

¹⁴ In particolare, attraverso le attività del RTUP, si potrà:

- ottenere le base-line relative al fenomeno tumore della mammella e del collo dell'utero, disaggregato territorialmente e per le fasce d'età di interesse per la valutazione dello screening;
- confrontare i dati relativi alla casistica positiva allo screening con le proprie analisi epidemiologiche per lo studio della sopravvivenza e dei relativi indicatori prognostici;
- ottenere i dati relativi alla casistica tumorale non individuata attraverso i programmi di screening per la individuazione dei cancri di intervallo.

- 1) I° anno: analisi epidemiologica e costo efficacia delle diverse opzioni diagnostiche, con scelta della procedura di riferimento e definizione dei costi di attivazione ed a regime;
- 2) II° anno: definizione dei programmi aziendali e acquisizione del software;
- 3) III° anno: attivazione dello screening tramite offerta attiva.

Tabella 7.2: Calendario triennale di attività per le materie della sezione 7.2.

Anno	Interventi	Titolarietà
I	Assegnazione alle ASL quota 5% per la promozione, prevenzione primaria e secondaria Stipula Patti salute mentale e ambiente salubre	Regione
	Redazione e approvazione PAL e PIS tra DIP, distretto, dipartimenti territoriali su interventi previsti dal PSR	ASL, IZS, ARPA, Comuni, Società civile
	Stipula con le AO di accordi sulle integrazioni necessarie per II° livello screening	ASL
II	Attivazione degli interventi previsti nei PAL e nei PIS	ASL, AO, IZS, ARPA Comuni, Società civile
	Monitoraggio stato di avanzamento	Regione + titolari operatività
III	Valutazione delle realizzazioni ed i problemi applicativi	Regione + titolari operatività

7.3. Qualificare la domanda di assistenza.

Chiariti gli impegni assunti sul versante delle attività di iniziativa pertinenti con il mandato del SSR, il Piano affronta il tema della qualificazione della domanda come una azione fondamentale da perseguire nel triennio per:

- garantire il riallineamento di bisogno, domanda, offerta ed utilizzazione dei servizi;
- innestare sul disegno macro organizzativo dei servizi sanitari - sovrapponibile a quello prefigurato nella normativa regionale vigente e nel PSR 1999-2001 - una serie di indicazioni più «raffinate» volte sia a migliorare l'interfaccia tra SSR e cittadini che a cogliere criticamente - ma non ad evitare - l'evoluzione delle aspettative verso il SSR;
- focalizzare l'attenzione degli operatori sulle problematiche poste dai meccanismi e dall'evoluzione della domanda, in modo da ampliare la missione aziendale inserendo in essa le principali finalità che possono garantire la qualificazione del SSR;
- porre il governo clinico - e quindi anche i professionisti attivi sul territorio - di fronte alla necessità di far fronte anche al problema della qualificazione della domanda.

A tal fine il presente capitolo:

a) passa in rassegna alcuni degli elementi teorici e sociologici che devono essere considerati ai fini della qualificazione della domanda;

b) propone alcune condizioni organizzative e soluzioni operative ritenute funzionali a tale prospettiva;

c) colloca nella missione organizzativa del distretto e al suo interno delle équipes dei medici di base e dei CdS, la problematica della qualificazione della domanda, consegnando pertanto a tale livello anche la responsabilità della gestione attiva delle liste di attesa in stretta interazione l'offerta specialistica e ospedaliera;

d) assegna alle direzioni sanitarie ospedaliere la responsabilità di organizzare le aree di offerta e di gestire le liste di attesa relative alle richieste di ricovero, insistendo sull'effetto benefico di una stretta interazione con il distretto e gli mmg;

e) si confronta con l'evoluzione della materia a livello nazionale e con l'assetto che ad essa daranno le diverse regioni italiane; questo per le ovvie interazioni in tema di equità di accesso e di possibili asimmetrie interregionali nei sistemi di offerta, puntando altresì ad offrire servizi di qualità all'interno di un quadro concordato di mobilità sanitaria.

7.3.1. CHIARIRE LE RELAZIONI TRA BISOGNO, DOMANDA, OFFERTA E UTILIZZAZIONE.

La domanda di prestazioni sanitarie espressa da parte della popolazione dipende da una serie di complesse interazioni tra il cittadino, gli operatori ed i servizi socio-sanitari presenti sul territorio, interazioni che è necessario esaminare analiticamente riassumendo le diverse combinazioni possibili tra bisogno, domanda e offerta in modo da disporre degli elementi di comprensione necessari per attivare strumenti appropriati per una sua maggiore qualificazione.

Se il cittadino affetto da una patologia presenta un bisogno (es.: una terapia che ripristini lo stato di salute) detto bisogno può essere percepito dall'individuo stesso (quando lo stadio di sviluppo della malattia si traduce in sintomi avvertibili) oppure non percepito (se la malattia è ancora clinicamente silente).

Quando il bisogno è percepito, l'individuo in genere reagisce esprimendo una domanda di assistenza, cioè chiede al medico di intervenire per chiarire la situazione e, possibilmente, per instaurare una terapia che guarisca la malattia. Se a fronte della domanda espressa è presente l'offerta di servizi il bisogno è soddisfatto (caso 1); se l'offerta è assente, il bisogno rimane insoddisfatto (caso 2).

Può darsi anche che il paziente, pur percependo il bisogno non lo traduca in domanda e ciò per i più vari motivi: perché ricorre alla automedicazione, oppure perché sottovaluta la situazione di malattia, oppure per riluttanza a sottoporsi ad una visita medica, oppure per sfiducia nel sistema sanitario o infine perché è al corrente che le carenti strutture sanitarie a disposizione non sono in grado di offrirgli una risposta adeguata. Quando ciò accade, l'offerta se presente rimane inutilizzata (caso 3), se assente il bisogno non emerge (caso 4).

Quando il bisogno, pur presente, non è percepito, da parte dell'individuo non proviene alcuna richiesta di intervento e quindi il bisogno non percepito non è espresso come domanda. È questo il caso del bisogno di prevenzione, che come tale non è in genere individualmente percepito e rimane come domanda inespressa.

Se alla domanda inespressa fa riscontro solo un'offerta di prestazioni tradizionali (caso 5), l'offerta rimane inutilizzata, e comunque, se manca l'offerta, il bisogno non emerge (caso 6). In queste situazioni solo un intervento «di iniziativa» (vedi capitolo precedente) del sistema sanitario può mettere in luce il bisogno, ad esempio attraverso diagnosi precoci attuate sistematicamente sulla base di conoscenze epidemiologiche (es.: screening).

È anche possibile che, da parte di soggetti perfettamente sani e quindi in assenza di bisogni, si esprima una domanda di assistenza, nella convinzione di essere affetti da malattia o per ansia di assicurazione. Quando ciò avviene, se l'offerta di prestazioni è presente si realizza uno spreco (caso 7); se l'offerta è assente, ma la domanda insiste ad esprimersi, ciò finisce per indurre l'offerta (caso 8) e quindi ciò provocherà ancora una volta spreco.

Il colmo si raggiunge quando, in assenza di bisogno (e di domanda), il sistema sanitario insiste nell'offerta, e allora, presto o tardi si induce una domanda artificiosa (caso 9), che implica spreco (es.: offerta di posti letto in eccesso rispetto alle reali necessità del territorio).

Di fronte a queste diverse possibili combinazioni, il Piano si pone due obiettivi:

- ottenere che ad ogni bisogno presente corrisponda una domanda espressa e che ad ogni domanda si risponda con una offerta adeguata di prestazioni, tale da soddisfare i bisogni. A tal fine occorre far emergere e rilevare correttamente i bisogni inespressi, nonché predisporre servizi in grado di fornire appropriatamente le prestazioni necessarie;
- disincentivare le offerte nei confronti di bisogni assenti e educare la popolazione, in assenza di bisogni, a non esprimere domande di prestazioni.

7.3.2. SEGUIRE L'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA DI SALUTE.

La domanda di salute degli italiani¹⁵ ha subito nell'ultimo decennio una evoluzione rispetto alle caratteristiche che presentava negli anni '80, con differenze non solo percentualmente imponenti ma che denotano un cambiamento sostanziale di orientamento nel modo di intendere la salute, il benessere, la medicina, il rapporto con il medico. È infatti lo stesso concetto di salute ad essere messo in discussione in quanto per gli italiani oggi «esser sani significa essere efficienti», da un lato ribadendo come la salute non sia omologabile all'assenza di malattia, dall'altro evidenziando - una semplificazione che potrebbe comportare consistenti implicazioni problematiche - un minore interesse per la dimensione psicologica della persona rispetto alla efficienza ed alla forma fisica, divenuti oggi «strumenti» indispensabili per un ottimale inserimento nella vita sociale e lavorativa. Infatti mentre nel 1987 il 51 per cento degli italiani riteneva la salute come una condizione di equilibrio psico fisico, oggi tale percentuale scende al 20 per cento, mentre un terzo di noi ritiene che essere in salute significhi sentirsi in forma ed in grado di svolgere le normali attività, il che deriva da una visione estetica e strumentale del corpo che può e deve essere *sempre* migliorato.

Di rilievo è poi il fatto che alla attribuzione della cattiva salute a fattori ambientali e sociali che, per la loro difficile soluzione, comportavano un atteggiamento sostanzialmente passivo, si viene a sostituire una presa di coscienza sulla modificabilità degli stili di vita e delle abitudini personali e sul ruolo che questo può avere nel promuovere buone condizioni di salute; un elemento che concorda con il diffondersi di comportamenti più sani e che a sua volta si accompagna ad una più assidua cura del corpo ed ad una lieve diminuzione dei comportamenti più medicalizzati.

Si avverte poi il fenomeno, ormai diffuso nei Paesi tecnologicamente avanzati, di una ricerca attiva ed una selezione di fonti informative che consentono ai cittadini di trasformarsi in «persone competenti» e di porsi come interlocutori paritari con il personale sanitario per le scelte che li riguardano. Questo aumentato livello conoscitivo fa sì che gli italiani preferiscono valutare il medico in base alla competenza tecnico-scientifica, alla professionalità ed alla esperienza, preferendo di gran lunga il «tecnico» specializzato ed aggiornato (58 per cento) al medico «paterno» ed umano (34 per cento).

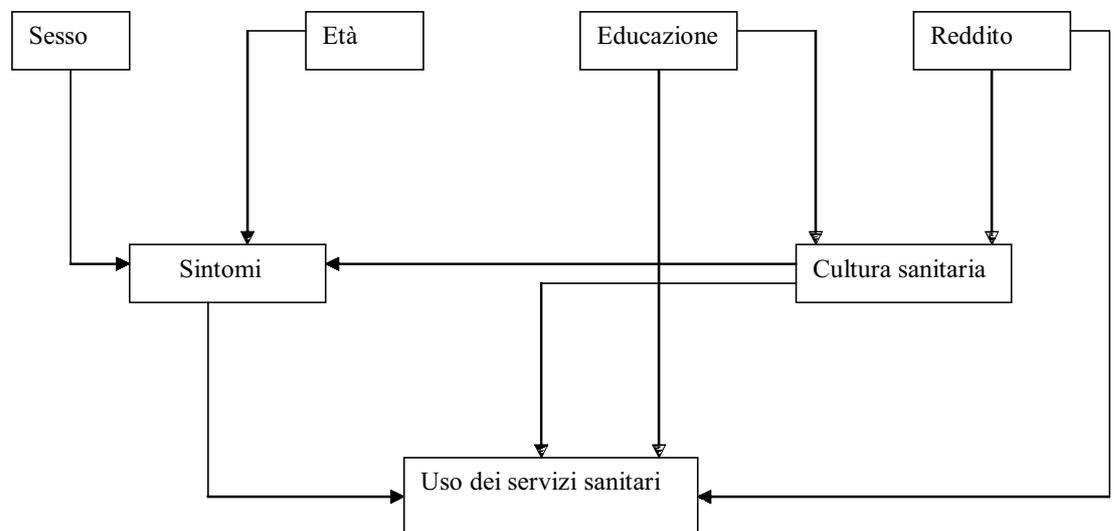


Figura 7.4: Determinanti dell'uso dei servizi sanitari istituzionali.

Sale la percentuale di cittadini che danno un giudizio complessivamente positivo sulla qualità dei servizi offerti dal SSN (85 per cento nel 1997 contro il 75 per cento del 1987), convinti che il settore pubblico debba garantire i servizi fondamentali per la salute, mentre il ricorso alle strutture private è da attribuirsi alle carenze organizzative del sistema e *soprattutto alle difficoltà di accesso*.

¹⁵ CENSIS (1998). La domanda di salute negli anni novanta. Comportamenti e valori dei pazienti italiani. Franco Angeli, Milano.

Notevole è poi tra gli italiani la disinformazione «sull'offerta sanitaria»: solo il 20 per cento dei cittadini si ritiene sufficientemente informato sulla dislocazione dei diversi servizi e strutture sul territorio ed a poco sembrano essere servite le iniziative assunte dalle aziende sanitarie al riguardo: la carta dei servizi sarebbe conosciuta solo dal 22 per cento dei cittadini e gli URP sono conosciuti dal 17 per cento di essi.

A) DEFINIRE LE RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE NELLA QUALIFICAZIONE DELLA DOMANDA.

La qualificazione della domanda, in particolare di quella indotta o inappropriata, può essere ottenuta solo laddove la domanda stessa si forma, ovvero sul territorio, con riferimento particolare ai servizi per le cure primarie e quindi al ruolo dei medici di base (mmg e pls).

Le principali responsabilità relative a tale processo sono rappresentate pertanto:

a) in prima istanza, dal Distretto, dalle sue articolazioni territoriali e dalle aggregazioni funzionali di operatori (équipe territoriali). Al Distretto è affidato la funzione di:

- conoscere la domanda e sorvegliarne l'andamento;
- intervenire al fine di orientare la domanda in termini di appropriatezza attraverso:
 - interventi di educazione alla salute;
 - interazioni con mmg e pls, che in quanto operatori dell'assistenza primaria hanno grandi responsabilità nello svolgere una ponderata azione di filtro;
 - attivazione di interventi di iniziativa rivolti al singolo e finalizzati ad intercettare bisogni non percepiti (casi 5 e 6 del paragrafo precedente).

Tale compito si concretizza attraverso un percorso teso a superare la componente soggettiva della domanda per ricondurre la risposta all'erogazione di prestazioni che abbiano evidenze riconosciute, misurabili e valutabili, rispetto alla salute del singolo e del gruppo. Esiste ormai una nutrita ed accreditata letteratura che mette in evidenza come questo processo sia inevitabile se non si vuol correre il rischio di essere subalterni a sterili logiche finalizzate a tacitare soggettività, senza che ciò abbia un qualche riscontro positivo in termini di salute.

Questo processo di cosiddetta oggettivazione dell'offerta non è facile né tanto meno semplice, perché comporta un quotidiano, faticoso confronto dialettico con l'utenza che chiama in causa, quale strumento indispensabile, l'integrazione di servizi e di professionalità. È altrettanto vero che solo così si può perseguire concretamente il governo della domanda.

L'attribuzione al distretto di tali responsabilità comporta:

- a presenza di una rete di operatori più dedicati alle funzioni di prevenzione secondaria, ed alla diagnosi e cura di singoli assistiti, che vede nelle équipe territoriali, il suo punto di forza e la chiave per una maggiore appropriatezza della domanda e delle prescrizioni terapeutiche;
 - la presenza di una rete di operatori rivolta allo svolgimento di funzioni tecnico organizzative, principalmente nel campo delle attività di iniziativa previste dai Piani integrati di salute e dai Piani attuativi locali, nonché alla gestione delle risorse assistenziali del territorio necessarie per l'integrazione socio-sanitaria, a seconda che la stessa riguardi interventi a livello domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
 - la necessità di integrare funzionalmente tutti gli operatori socio sanitari attivi sul territorio, al fine di avere una reale continuità assistenziale, superando arroccamenti e richieste di autonomia poco funzionali alla tutela della salute dei cittadini;
- b) alle direzioni aziendali è affidato il compito di promuovere interventi di marketing sociale¹⁶, cioè l'orientamento della domanda verso beni e servizi favorevoli alla promozione e tutela della salute, in contrasto con il marketing aziendale che consiste nella capacità di convertire il potere di acquisto di un compratore in una domanda per uno specifico prodotto o servizio;
- c) al governo della salute spetta il compito di concordare patti con soggetti rappresentativi di ampi settori di popolazione (es.: sindacato pensionati) per promuovere su scala regionale orientamenti della domanda verso beni e servizi favorevoli alla promozione ed alla tutela della salute.

¹⁶ Hasting G., Haywood A. (1991). Social marketing and communication in health promotion. Health promotion international, 6: 135-45.

B) DEFINIRE STRUMENTI E SISTEMI OPERATIVI PER LA QUALIFICAZIONE DELLA DOMANDA.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di qualificazione della domanda, è necessario:

a) attivare gli strumenti propri del governo clinico a livello territoriale. Nell'azione di analisi ed orientamento della domanda il distretto utilizza, tra l'altro:

- analisi demografiche ed epidemiologiche sulle dimensioni quantitative dei principali eventi di interesse socio-sanitario, anche a partire dalla stima degli eventi attesi;
- le linee guida per migliorare i comportamenti prescrittivi;
- i percorsi assistenziali;
- la formazione e l'aggiornamento dei professionisti sull'appropriatezza prescrittiva;

b) sviluppare l'autonomia gestionale del distretto, attraverso l'attivazione delle deleghe gestionali necessarie, da definire nel quadro dell'atto aziendale;

c) attivare parallelamente, per supportare la sostenibilità delle decisioni, strumenti di programmazione e controllo tra cui il budget di distretto, dove convergono sia i costi delle prestazioni erogate a livello del distretto stesso (ad esempio: la medicina convenzionata, la farmaceutica territoriale, l'assistenza domiciliare integrata, parte della specialistica ambulatoriale, la residenzialità, ecc.), sia i costi delle prestazioni erogate a partire dall'assistenza primaria (ad es. ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale ospedaliera e del privato convenzionato ecc.).

7.3.3. MIGLIORARE LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA.

I fattori che influenzano i tempi di attesa e la gestione delle liste sono molteplici; le fasi su cui porre attenzione sono quelle della prescrizione, della prenotazione e follow up, della esecuzione e del monitoraggio¹⁷.

Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che è erogato e della necessità/adequazione in rapporto alla patologia o anche al tipo di approccio organizzativo che è utilizzato. Le iniziative da intraprendere devono aumentare il grado di appropriatezza delle prestazioni rese, anche in rapporto alla evoluzione tecnologica che pone continuamente gli operatori di fronte a scelte diagnostiche e terapeutiche rinnovate, con l'esigenza di comprendere quali siano le prestazioni realmente idonee e quale sia il loro migliore livello di utilizzo. Infatti la soluzione più semplice, l'aumento dei volumi dell'offerta e il conseguente aumento della capacità produttiva dei servizi, finisce con riproporre il problema in veste sempre più importante e con un aumento dei costi illimitato.

A) PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Gli obiettivi sui quali la Regione deve impegnarsi, dal lato della domanda, sono i seguenti:

A.1) Individuazione del livello di priorità clinica per la prescrizione.

I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso, con riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, alla presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, alle fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

¹⁷ Le prime due si riferiscono alla «domanda» di prestazione, mentre le altre attengono più alla «offerta» di assistenza; per tutte, comunque, ci sono delle considerazioni che vanno tenute presenti:

- appropriatezza ed efficacia della domanda e della offerta;
- adeguatezza della programmazione sanitaria ai diversi livelli;
- disponibilità di risorse finanziarie sufficienti;
- riorganizzazione del lavoro all'interno delle strutture sanitarie;
- ricorso a forme di incentivazione, programmi di formazione ed obiettivi per l'implementazione di linee guida e percorsi assistenziali.

I *principi* per la gestione delle priorità di accesso sono i seguenti:

- individuare la priorità clinica¹⁸, sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative;
- la lista deve essere strutturata in modo da permettere l'individuazione di tale priorità;
- inserire i pazienti in lista di attesa, se l'indicazione clinica all'intervento è corretta, rispettando l'ordine di presentazione dei pazienti;
- pazienti con pari livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

Non ha valore la sola applicazione dei tempi di attesa massimi (per categorie di attesa: emergente, urgente, breve attesa, attesa senza limite definito, programmata), ma occorre definire categorie di attesa in base all'effettivo bisogno clinico. I «Raggruppamenti di attesa omogenei» (RAO¹⁹) possono rappresentare una soluzione.

Un problema gestionale connesso con l'individuazione di classi di priorità è la possibilità di modifica del livello di priorità del singolo paziente nel tempo, con la conseguente necessità di prevedere, a livello di sistema di gestione delle prenotazioni, la registrazione di tali modifiche.

Per ogni singolo esame richiesto va sempre collegato il sospetto diagnostico, fornendo una griglia per patologia oltre che per grado di urgenza, in modo di fornire elementi per la valutazione sulla appropriatezza delle richieste, tenendo sotto controllo il volume complessivo delle singole prestazioni e conseguentemente l'entità delle liste d'attesa.

A.2) *Implementazione del sistema di prenotazione.*

Il sistema di prenotazione secondo il modello centralizzato CUP aziendale deve estendersi, arrivando ad un modello centralizzato regionale e per la stessa esigenza di trasparenza ed equità, va esteso il sistema di prenotazione centralizzato anche alle attività libero-professionali in intramoenia.

La sensibilizzazione dei MMG e PLS, con la predisposizione di protocolli e linee guida concordate, e con la possibilità di prenotare direttamente le prestazioni per i propri assistiti (prevedendo di estendere la possibilità a tutte le farmacie), dovrebbe ridurre la richiesta di prestazioni improprie.

¹⁸ È necessario definire liste di priorità, con corrispondenti tempi di attesa clinicamente accettabili, evitando di focalizzare l'attenzione esclusivamente sul limite assoluto di attesa, ma prevedendo sistemi che possano garantire maggiore priorità e minori attese alle situazioni realmente più bisognose. Il problema dell'individuazione di priorità cliniche comporta un approccio sistemico, realizzabile pienamente solo a livello locale. A livello regionale è opportuno adottare un sistema di classificazione unico, che fornisca dati confrontabili ed assicuri equità di accesso per il cittadino verso tutte le strutture del territorio. È compito della Regione definire gli obiettivi di sistema, supportando le Aziende a livello metodologico ed effettuando un attento monitoraggio.

¹⁹ I RAO sono categorie di contenuto clinico per l'accesso alla prestazione specialistica (diagnostica o terapeutica), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza compromettere la diagnosi del paziente. È necessario che prima dell'applicazione dei RAO, venga condivisa dai professionisti, tutti i medici prescrittori, la logica della «priorità di attesa», considerando tre livelli:

- urgenza di fare la sola diagnosi clinica
- urgenza di fare la diagnosi clinica in quanto il paziente potrà essere curato
- urgenza di fare diagnosi clinica in quanto il paziente potrà essere curato e sollevato da problemi socio-sanitari.

Per l'applicazione della metodica dei RAO, va previsto il coinvolgimento dei servizi di prenotazione, dei Medici Specialisti e dei Medici di Medicina Generale, la revisione di procedure operative di prenotazione, la definizione ed applicazione di RAO concordati e l'ampliamento progressivo del numero dei partecipanti, ipotizzando una fase di sperimentazione iniziale. È opportuno prevedere anche audit delle attività prescrittive, da parte dei MMG e PLS (in particolare per quelli di maggiore complessità).

La prenotazione di esami o prestazioni di controllo deve avvenire secondo un canale parallelo, con prenotazione diretta da parte del servizio che ha effettuato la prima prestazione, nel rispetto dei tempi indicati dallo specialista.

A.3) *Monitoraggio delle prestazioni.*

Il monitoraggio delle liste di attesa è un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito aziendale e sovraaziendale. Si tratta di analizzare i dati rilevati e di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali dei cittadini in rapporto alle caratteristiche dell'offerta fornita. L'esigenza diventa non tanto quella di conoscere il tempo di attesa, ma di correlare il tempo con la classe di priorità, tenendo in considerazione le esigenze espresse dai cittadini e valutando la capacità del sistema di rispondere in maniera adeguata. È necessario quindi rilevare non solo il tempo di attesa, ma anche altri fattori, quali il numero di utenti in lista, il numero di prestazioni potenzialmente erogabili e quelle erogate, etc. Molteplici informazioni aggregate possono permettere di effettuare valutazioni maggiormente precise, comprendendo le criticità presenti e individuando le aree di sofferenza dove è necessario intervenire.

Le informazioni raccolte dovranno permettere di verificare:

- la corrispondenza tra la codifica del prescrittore e quella confermata dallo specialista;
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza;
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie;
- il comportamento dei vari prescrittori;
- la prescrizione e la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- gli aspetti quantitativi: volumi di attività, tipologia di prestazioni richieste, spesa generata;
- gli aspetti organizzativi e gestionali: tempi di attesa, tipologia di attività effettuata;
- gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il monitoraggio delle attività e delle prestazioni va effettuato, con le stesse modalità e con gli stessi principi ispiratori, anche per le attività svolte in regime di attività intramoenia, che, se regolato e controllato, può contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.

A tal fine è necessario riformulare il programma di monitoraggio regionale.

A.4) *Comunicazione ed informazione agli utenti.*

Per cercare di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario predisporre strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso alla prestazione; è necessario offrire riferimenti certi per le fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura, permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni di cui necessitano. Questo permette all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta, oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

Il modo più adeguato è adottare sistemi centralizzati in cui la gestione sia affidata ad una struttura unica per strutture sanitarie complesse. Tramite il contatto telefonico e la comune attività di sportello si viene a creare un servizio continuativo di assistenza e di distribuzione di informazioni, anche allo scopo di orientare l'utenza e di non generare in essa una sensazione di abbandono, garantendo la raccolta e la trasmissione di informazioni riguardanti i tempi di attesa, a favore sia dei cittadini che dei MMG.

Gli obiettivi da raggiungere per la Regione dal lato dell'offerta, sono i seguenti:

- a) aumento della percentuale di disponibilità di prestazioni prenotabili a CUP e sperimentazioni di agende informatiche differenziate per priorità cliniche di prestazioni, con il definitivo superamento delle liste chiuse;
- b) migliore organizzazione del lavoro, verifica e messa in atto di interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature tecnologiche e delle strutture, utilizzando anche tutte le forme di remunerazione legate al risultato;
- c) utilizzo dell'overbooking, che permette di aumentare il numero di prenotazioni possibili in base al calcolo statistico del numero di persone prenotate che non si presentano all'appuntamento;

d) previsione di meccanismi di incentivazione legate al risultato per il personale di alcune strutture con tempi critici;

e) potenziamento dell'informazione regionale per gli utenti attraverso gli URP e tutti i sistemi di informazione attivati.

L'obiettivo finale per il PSR è quello di individuare le prestazioni prioritarie in modo da promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni scelte sono indicate nella tabella finale riassuntiva (Tab. 7.3), mentre il gruppo di lavoro regionale, formato da referenti aziendali e regionali, valuterà l'opportunità di aggiungerne altre a queste, per coprire aree diagnostiche rilevanti per il servizio sanitario regionale. I tempi massimi di attesa dovranno essere definiti dal gruppo anche in base alle indicazioni della normativa nazionale e dovranno essere riferiti a prestazioni ordinarie richieste come primo accesso e non come controlli.

B) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO.

Rappresentano obiettivi del triennio per la nostra Regione:

B.1) *Il sistema di gestione.*

Deve essere consentita la registrazione della data di prenotazione (quella in cui la richiesta di ricovero è pervenuta all'operatore addetto all'accettazione): tale data deve essere riportata sul registro delle prenotazioni previsto dall'art. 3, comma 8, della legge 724/1994, sia che esso sia gestito in forma cartacea, sia che esso si connoti come sistema di prenotazione informatizzata.

Anche per i ricoveri programmati, possono verificarsi rinunce temporanee o sospensioni, mancate presentazioni o l'inserimento di pazienti con codici di priorità più urgenti. Queste eventualità influenzano sia la determinazione della durata delle attese che l'ordine di accesso dei pazienti disponibili; è pertanto importante ricondurre ad una condizione di leggibilità questi fenomeni. È necessario registrare gli eventi, prevenendo l'inserimento sul registro di un campo specifico per l'aggiunta di note scritte.

Ogni struttura erogatrice deve dotarsi di strumenti di informazione per gli utenti, che esplicitino i passaggi e gli interlocutori che intervengono nel processo che va dalla richiesta di ricovero al ricovero stesso, passando attraverso le fasi intermedie di prenotazione, permanenza in lista, contatti periodici per i pazienti con lunghe liste di attesa, chiamata finale. Per ciascun passaggio occorre definire chiaramente chi è preposto all'attività, le modalità e i tempi.

La presenza di un'unica modalità di accesso ai ricoveri all'interno della struttura contribuisce a rendere ulteriormente riconoscibile l'iter seguito dal paziente, riducendo la variabilità tra reparti.

I ricoveri medici diagnostici devono essere garantiti, sempre fatti salvi i criteri di appropriatezza d'uso delle risorse ospedaliere, entro un tempo massimo in ragione del sospetto diagnostico (griglia di patologie) facendo anche riferimento alle classi d'urgenza.

I ricoveri chirurgici programmati devono essere valutati dallo specialista chirurgo, ai fini dell'inserimento in lista.

L'inserimento dei pazienti nelle liste, la tenuta e la gestione delle stesse devono essere attuati a livello dipartimentale, secondo criteri che tengano conto della patologia, della sua gravità e dell'urgenza. Nelle liste va riportato il numero di inserimento del paziente, il nome del medico proponente, la patologia diagnosticata e le generalità del paziente, informando lo stesso sul numero di inserimento e sul tempo di attesa stimato. Le liste vanno inviate periodicamente in Direzione Sanitaria, insieme all'elenco dei pazienti iscritti che sono stati ricoverati; sarà la Direzione ad effettuare i dovuti controlli sulla gestione delle liste e fornire dati per il monitoraggio regionale.

La sperimentazione e incentivazione della ospedalizzazione domiciliare in definiti campi di attività, potrebbe contribuire a ridurre la entità della problematica.

B.2) *I flussi informativi.*

La data di prenotazione deve essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale. Anche se la rilevazione retrospettiva risente di problemi di tempestività e non permette di ottenere direttamente dati sul numero di pazienti in lista e sui fenomeni interni della lista, si ritiene che tale modalità sia semplice ed

affidabile: il calcolo della differenza tra data di ammissione al ricovero e quella di prenotazione è sicuramente fattibile, e con questa modalità di campo della SDO è possibile anche stimare il numero di pazienti in lista nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile (moltiplicazione tra numero di pazienti trattati in media al giorno e l'attesa media in giorni). Anche in questo caso si tratta di individuare poche salienti prestazioni sulle quali promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le patologie e prestazioni svolte in regime di urgenza-emergenza sono chiaramente escluse in quanto devono essere effettuate in tempi compatibili con lo stato clinico del singolo paziente.

Per quanto riguarda il monitoraggio, vanno tenute sotto controllo:

— le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale;

— le prestazioni o ambiti che la Regione o il livello nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica o di alto valore socio sanitario;

— le prestazioni o ambiti connesse a percorsi diagnostico terapeutici di patologie sulle quali la Regione o il livello nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività di risposta.

Le prestazioni selezionate per la Regione, anche in accordo con i riferimenti di indirizzo nazionali, sono indicate nella tabella riassuntiva, e materia di lavoro per il gruppo di lavoro regionale.

Tabella 7.3: Prestazioni selezionate per i monitoraggi di specialistica ambulatoriale e ricoveri.

Monitoraggio delle prestazioni specialistica ambulatoriale	Monitoraggio dei ricoveri
a) RMN della colonna, senza e con contrasto (88.93.1)	○ Artroprotesi d'anca per patologia non traumatica acuta (codici intervento 81.51, 81.52, 81.53) (ricovero ordinario)
b) TAC del capo, senza e con contrasto (87.03.1)	○ Artroscopia ((codici intervento 80.02) (day hospital)
c) Eco (color) doppler dei tronchi sovraortici (88.73.5), eco (color) dopplergrafia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2)	○ By pass aortocoronarico (codici intervento afferenti ai DRG 106 - 107) (ricovero ordinario)
d) Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3)	○ Cataratta (codici intervento afferenti ai DRG 39) (day hospital)
e) Elettromiografia (93.08.1)	○ Colectomia (codici intervento 51.52 – 51.23) (ricovero ordinario)
f) Mammografia bilaterale (87.37.1) (escluse quelle facenti parte di campagne di screening)	○ Chemioterapia (codici di diagnosi principale V58.1) (1°accesso) (day hospital)
g) Visita generale della branca di oncologia (89.7)	○ Radioterapia (codici di diagnosi principale V58.0) (1°accesso) (day hospital)
h) Visita generale della branca cardiologia (89.7)	○ Coronarografia (codici di intervento 88.55, 88.56, 88.57) (ricovero ordinario)
i) Visita oculistica (95.02)	
j) Esofagogastroduodenoscopia (45.13)	
k) Ecografia addome sup. (88.74.1) inf. (88.75.1) completo (88.76.1)	

Tabella 7.4: Calendario di azioni nel triennio e principali responsabilità.

Anno	Azione	Titolarità
I	Delega a distretti e dipartimenti delle competenze gestionali necessarie per la qualificazione della domanda	Direzioni aziendali
	attivazione, in collaborazione con i medici di base e staff aziendali degli strumenti per la qualificazione della domanda e la regolazione dell'offerta	Distretti
	articolazione dell'offerta sui bisogni del territorio	Dipartimenti
II	attivazione percorsi formativi ad hoc presso agenzie qualificate nel settore del governo clinico	Direzioni aziendali
	valutazione ostacoli potenziali ed elaborazione indirizzi correttivi	Direzione Regionale
	messa a regime del sistema di monitoraggio liste di attesa	Distretti e Dipartimenti
III	messa a regime definitiva del sistema di qualificazione della domanda	Distretti
	valutazione risultati	Direzione Regionale

7.4. Rendere efficace, appropriata e sostenibile l'integrazione socio-sanitaria.

Il Piano affronta il tema della integrazione socio sanitaria:

- prendendo atto dell'evoluzione della normativa di settore (L. 328/2000), dello sviluppo assunto nel Piano sociale regionale e nei Piani di zona dalla promozione dell'integrazione sociale e dagli interventi socio assistenziali, cui rimanda;
- individuando negli *effetti desocializzanti della «patologia»* il problema centrale di questo tema, strettamente connessi con gli *«effetti patologici della desocializzazione»*;
- ricordando i limiti strutturali e l'eccesso di ricorso alle risposte istituzionalizzanti ed alla medicalizzazione; in particolare la residenzialità viene trattata come opzione da affiancare ad altre risposte a valenza non segregante, dati gli alti rischi di desocializzazione che essa comporta; in questo senso viene posto l'accento sulla necessità che ad ogni inserimento corrisponda un programma assistenziale personalizzato, che faccia leva sulla esplicitazione degli obiettivi riabilitativi, assegnando l'onere di quelli relativi alla fase intensiva alla sanità, ma prevedendo fin dalla fase della riabilitazione estensiva la corresponsabilizzazione del territorio al fine di garantire la praticabilità dei percorsi di risocializzazione;
- avendo consapevolezza che oltre alle delicate ed importanti questioni connesse con le responsabilità finanziarie, sono in agguato la deresponsabilizzazione dei cittadini rispetto ai doveri etici nei confronti di familiari e membri della collettività e la delega totale alle istituzioni, un percorso non sostenibile né auspicabile;
- assumendolo come terreno particolarmente fertile in termini di diseguità, stante la relazione tra svantaggio, emarginazione e danno tutta a carico di chi ha meno;
- prendendo ancora una volta atto della grande carenza di informazioni.

In questa prospettiva è passata in rassegna la normativa di settore, richiamate le caratteristiche degli strumenti di intervento e conoscitivi e declinati, per ciascuna delle principali aree di bisogno, obiettivi, requisiti dei percorsi assistenziali e tipologie dei servizi attivati, rimandano all'atto di indirizzo previsto dal DPCM del 14 febbraio 2001 in materia di integrazione socio sanitaria per le ulteriori specificazioni.

7.4.1. CORNICE NORMATIVA E STRUMENTI PROGRAMMATICI.

A) L'INTEGRAZIONE A LIVELLO NORMATIVO.

In questi ultimi anni, dal punto di vista normativo si sono prodotti profondi mutamenti, provocati sia dalle riforme delle autonomie locali e del servizio sanitario che dalla costituzione delle aziende e del sistema dei servizi sociali.

Per quanto riguarda l'integrazione socio sanitaria si passa da due sistemi paralleli (sanità/sociale), con forme di coordinamento affidate ad interventi normativi regionali (DGR 1907/1986, DGR 3100/1993, DGR 7813/1995) ed allo strumento della delega, a due macro settori, la sanità ed i servizi sociali come nuova articolazione del welfare, caratterizzati da autonomia sotto il profilo organizzativo, funzionale, professionale e finanziario.

In questo scenario l'integrazione si sposta dal livello del rapporto interistituzionale, fra azienda USL e Comune a livello della programmazione territoriale (programma delle attività territoriali del distretto e Piano di zona) quale sede per definire, in modo condiviso e concertato, appropriati percorsi di benessere attraverso strategie di integrazione da costruirsi attorno alla persona che diventa il soggetto dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito di procedure di valutazione e di progettazione personalizzata, come previsto dall'art. 2 del DPR 14 febbraio 2001.

In questo quadro gli indirizzi della programmazione regionale, nel riconfermare il valore strategico dell'integrazione socio sanitaria, affidano a questo approccio la risposta di qualità in quelle aree che riguardano la disabilità, la tutela materno infantile, la salute degli anziani, la salute mentale e la dipendenza, dove sono coinvolti sia aspetti sanitari che sociali, perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili sia perché in alcune fasi dell'azione sanitaria si inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario stesso. Per un consolidato storico presente nella azione amministrativa della Regione, nonché per la nuova norma nazionale che istituzionalizza una corresponsabilizzazione fra i due sistemi sottraendo questa materia a forme di discrezionalità, diviene possibile, nel nostro contesto, evitare rischi di frammentazione degli interventi, proprio nelle aree sopra richiamate.

Il quadro normativo nazionale²⁰ riafferma il principio dell'integrazione sociosanitaria in sintonia con quanto espresso nella normativa regionale umbra (DGR 7813/95; artt. 39 e 40 della L.R. 3/97; art. 27 della L.R. 3/98; Punti 4.1.13 del Piano sanitario regionale 1999/2001; Punto 7 del Piano Sociale Regionale 2000/2002).

²⁰ In particolare il D.Lgvo 502/92 (con le modifiche apportate dal D.Lgvo 229/99) definisce le aree di integrazione sociosanitaria, demandando all'apposito atto di indirizzo e coordinamento, la classificazione delle prestazioni sociosanitarie e la formulazione dei criteri per la ripartizione degli oneri tra risorse sanitarie e risorse sociali. Inoltre all'art. 3-quater, individuata nel programma delle attività territoriali di ogni distretto, lo strumento per indirizzare i servizi e definire le risorse destinate all'integrazione socio sanitaria.

Analogamente a quanto previsto in materia di sanità dalla legge n. 328 del 2000 all'art. 8 comma 3 lettera a) «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» ribadisce che le regioni, nel determinare gli ambiti territoriali, prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i distretti sanitari (art. 8 comma 3 lettera a). Agli artt. 14, 15 e 16, per quanto riguarda i disabili, gli anziani non autosufficienti e il sostegno per le responsabilità familiari, viene affermata l'esigenza di definire, dal punto di vista operativo, progetti integrati tra sanità e assistenza sociale. Infine il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 stabilisce che nel piano di zona dei Comuni vanno individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del distretto tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria., ai sensi dell'art. 3 quater del D.Lgvo 502/92.

Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio sanitaria il Piano Nazionale Sociale afferma la necessità di garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali del distretto e il Piano di zona dei comuni come indicato dall'art. 19 della legge 328/2000.

Con l'entrata in vigore del DPCM 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria» sono state individuate le stesse aree già indicate negli atti normativi e di programmazione regionale sanitaria e sociale. Il decreto introduce alcuni elementi di innovazione nel definire le prestazioni sociosanitarie, tra cui i criteri dell'appropriatezza, della modulazione di intensità e della complessità dei fattori produttivi, anche se non modifica, dal punto di vista organizzativo, quanto già viene previsto e in parte realizzato nelle aziende sanitarie della regione: in particolare: la valutazione multidimensionale del bisogno, la predisposizione dei piani individualizzati di assistenza, l'approccio progettuale.

B) LA CONCERTAZIONE TRA SOGGETTI ISTITUZIONALI.

La Regione nel ridefinire gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, le modalità e i criteri dei progetti assistenziali personalizzati si avvale del metodo della concertazione:

- a livello istituzionale, così come previsto dall'art. 4 del DPCM 14 febbraio 2001, tramite la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, che ha anche compiti di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte di ASL e comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale;
- a livello istituzionale territoriale la concertazione si realizza attraverso il coinvolgimento degli organi consultivi previsti dalla normativa e dagli atti di indirizzo regionali. I soggetti protagonisti di tale concertazione sono i sindaci dei comuni di riferimento di Ambito e di sovra ambito territoriale che hanno come sede l'assemblea dei Sindaci di distretto/distretti coinvolti (art. 18 L.R. 3/1998);
- a livello tecnico professionale per le aree indicate dal decreto, la concertazione è affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale (distretto/ufficio di piano sociale di zona) nonché ai tavoli di «coprogettazione», previsti dalla L. 328/2000, art. 1 comma 5 e dall'Atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa di cui alla DGR 248/2002.

C) GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LOCALE.

La definizione dei rapporti tra sociale e sanitario si colloca in una cornice normativa di riferimento molto connotata dal valore dell'integrazione, anche in presenza di un modello che prevede titolarità separate nell'esercizio di funzioni sociali e sanitarie (Comuni/Aziende USL) e separazione delle competenze finanziarie tra sistema sanitario e sociale. È pertanto necessario che gli strumenti della programmazione regionale e locale siano utilizzati al fine di garantire l'integrazione socio-sanitaria.

A livello regionale l'unitarietà del processo programmatico è assicurata dalle scelte previste dagli atti della programmazione: Piano sanitario regionale, Piano sociale regionale nonché dall'atto di indirizzo che recepisce il DPCM del 14 febbraio 2001.

A livello locale la convergenza delle scelte programmatiche si ottiene con la programmazione coordinata tra i diversi soggetti titolari delle funzioni: Aziende sanitarie locali e Comuni, attraverso i Piani attuativi locali, i Programmi delle attività territoriali e i Piani di zona che nelle aree di intervento socio sanitario debbono delineare strategie di organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi.

Le Conferenze dei Sindaci nell'esprimere l'impostazione programmatica delle Aziende Sanitarie Locali dovranno esplicitare gli indirizzi per la promozione dell'integrazione tra le attività sanitarie e quelle dei servizi sociali dei Comuni sulla base di quanto indicato dagli atti di indirizzo regionali in materia.

A livello di ambito/i territoriale/i e di distretto così come previsto: a) dalla DGR n. 248 del 6 marzo 2002 per quanto attiene agli ambiti e b) dal comma 3 art. 3-quater del D.Lgs. 502/92 per quanto riguarda il distretto, dovrà essere approvato il programma delle attività territoriali del distretto per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria che è assunto come parte integrante del Piano di zona.

In assenza di delega da parte dei Comuni alle Aziende sanitarie di attività sociali a rilevanza sanitaria, gli Enti locali e le Aziende adottano appositi accordi di programma per le aree di attività di cui all'art. 31 della L.R. 3/97 e dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001.

Per quanto attiene alla gestione delegata si fa invece riferimento a quanto indicato nel punto 8.2.2. del Piano sociale regionale, dove è ribadito che «la gestione delegata trova invece la sua ragion d'essere in tutte quelle situazioni dove la natura dei problemi richiede un'elevata integrazione socio sanitaria e gli interventi sociali hanno piena efficacia solo se integrati con quelli sanitari, nell'ambito di un progetto integrato» e che lo strumento della delega, per coniugare economie di scale e qualità sociale deve assumere i caratteri di una delega solidale, pluriennale e omogenea.

A livello di organizzazione aziendale di USL l'integrazione è garantita:

a) dal punto di vista gestionale dal distretto quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, delle prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di

rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale;

b) dal punto di vista funzionale dal Servizio di Assistenza sociale quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL deputata al coordinamento tecnico per le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, per le attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché per le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni, nello specifico:

- proporre alla Direzione Aziendale azioni progettuali e indirizzi operativi per l'integrazione socio sanitaria;
- supportare la Direzione Aziendale e i distretti per la stipula di convenzioni e/o accordi di programma e/o protocolli di intesa nel campo dell'integrazione socio sanitaria;
- coordinare, sul piano tecnico, le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate, le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, gestite dai distretti, mediante la predisposizione di indirizzi operativi, standard di attività, criteri di valutazione e di interpretazione applicativa uniforme di norme nelle materie di competenza, in applicazione degli atti di indirizzo e coordinamento emanati a livello regionale;
- programmare, in collaborazione con lo staff e le altre articolazioni aziendali, le attività finalizzate alla formazione e all'aggiornamento del personale sociale;
- collaborare con il Dipartimento salute mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento materno infantile ed il Dipartimento della Riabilitazione per tutti gli aspetti collegati all'integrazione socio sanitaria.

Al Servizio di Assistenza sociale è preposto un responsabile con la funzione di Coordinatore dei Servizi sociali in conformità a quanto previsto dall'art. 40, commi 1 e 4 della L.R. 3/97 e dall'art. 3, comma 3, lettera c) della L.R. 3/98.

D) COSTRUIRE UNA BASE INTERPRETATIVA OMOGENEA.

Nella concretizzazione di un percorso che si articoli senza soluzione di continuità dall'ambito sanitario a quello sociale un primo elemento è rappresentato dal definire un linguaggio comune, conciliando il modello medico con quello sociale nell'approccio alla integrazione.

Il Piano assume l'insufficiente definizione delle aree di offerta come un problema da superare nei tempi brevi e come causa della incompletezza, dispersione e non sistematicità delle informazioni disponibili. Di conseguenza si pone l'obiettivo di superare questa condizione di marasma informativo proponendo definizioni di servizi e strutture assistenziali e di fruitori dei percorsi personalizzati di assistenza, in modo da porre le basi per individuare i destinatari e quindi misurare gli esiti degli interventi erogati.

In questa direzione il Piano propone, accanto a budget di riferimento per le funzioni, tetti di prestazioni per le aree di intervento dell'integrazione collegati in termini di sostenibilità finanziaria; ambedue assumono il significato di indicazioni di lavoro, in quanto vogliono rappresentare traccianti per i responsabili delle funzioni assistenziali, chiamati a dare la massima appropriatezza ai percorsi ed agli interventi dell'integrazione socio sanitaria, misurando sia gli assistiti presi in carico che i relativi costi.

7.4.2. INTERVENTI A FAVORE DI ANZIANI, MATERNO INFANTILE, DISABILI, SALUTE MENTALE E DIPENDENZE.

A) ANZIANI.

Il Piano declina le indicazioni relative alla integrazione socio sanitaria nell'area «Tutela della salute degli anziani» sulla base:

a) degli obiettivi di salute, dove grande risalto assume il miglioramento dello stato di salute dei pz anziani, attraverso interventi rivolti a contrastare la disabilità;

b) delle indicazioni generali sui modelli assistenziali, sulle interazioni programmate nel campo della promozione della salute, del governo della sanità e della riqualificazione dell'offerta, con particolare riferimento a quanto previsto in materia di:

- centralità delle équipe territoriali;
- percorsi assistenziali integrati tra territorio ed ospedale per la «long term care»;
- governo clinico;

- riconversione dell'offerta ospedaliera anche tramite la riorganizzazione delle aree mediche negli ospedali di territorio in funzione della prevalenza di patologie cronico degenerative dell'anziano e della necessità di prevedere moduli di RSA a degenza breve negli stessi;
- c) del lungo percorso di riqualificazione dell'offerta residenziale attivato con il PSR 1999-2001 e sviluppato attraverso gli interventi normativi promossi nel triennio;
- d) della normativa nazionale in materia di integrazione socio sanitaria, nonché della normativa regionale in materia di tariffe per le residenze protette (DGR 391/2002).

A.1) I bisogni assistenziali e le risorse disponibili nel campo dell'integrazione socio sanitaria.

I bisogni assistenziali della popolazione anziana sono fundamentalmente condizionati dalla «fragilità» dei soggetti che necessitano, conseguentemente, di risposte *non limitate nel tempo* ed integrate tra di loro, garantendo adeguata continuità assistenziale tramite l'intervento di servizi diversi ma strettamente collegati (principio dei «servizi comunicanti»).

Rimandando alla sezione 2 per gli aspetti demografici, epidemiologici nonché per le indicazioni fornite in tema di ICF, il Piano assume come riferimento, per il triennio di vigenza, le seguenti stime di bisogni assistenziali:

- 1) per l'assistenza domiciliare la presa in carico di almeno il 2,5 per cento degli ultrasessantacinquenni;
- 2) per l'assistibilità a domicilio tramite assegno di cura, quale nuovo strumento opzionale alla istituzionalizzazione, una prevalenza di circa 800 pz;
- 3) per la residenzialità in RP: una prevalenza quotidiana 1200 ospiti a carico del SSR secondo le modalità di seguito specificate;
- 4) per la residenzialità in RSA: una prevalenza quotidiana di 400 ospiti a carico del SSR da soddisfare tramite i moduli di RSA a degenza breve attivati negli ospedali di territorio;
- 5) per la semiresidenzialità il potenziamento dei centri diurni per malati di Alzheimer: aumento delle strutture e dei posti per rispondere alla domanda di assistenza presente sul territorio. Gli ambiti e le caratteristiche dotazionali dei centri verranno definiti dalla Regione entro sei mesi, anche sulla base dei risultati dell'attivazione sperimentale precedentemente disposta per tutte le ASL.

Tabella 7.5: Dotazioni aziendali per interventi socio sanitari rivolti agli anziani.

Azienda USL	Assegni di cura	Posti in RP	Posti in RSA
ASL 1	120	180	60
ASL 2	280	420	140
ASL 3	180	270	90
ASL 4	220	330	110
Totale	800	1200	400

A.2) Distretto, mmg e UVG nella qualificazione della domanda e nella regolazione dell'offerta.

Nella prospettiva del Piano:

- a) il distretto è l'ambito organizzativo aziendale responsabile: della qualificazione della domanda, della regolazione dell'offerta dei servizi territoriali tra cui ovviamente si collocano l'ADI e i servizi residenziali per anziani nonché della messa a punto dei percorsi assistenziali per la long term care, cui contribuisce anche regolando le interazioni tra mmg, continuità assistenziale e ammissione-dimissione negli ospedali di territorio, nonché per le altre aree di prestazioni;

b) il medico di medicina generale, anche nel quadro delle équipes territoriali e delle altre forme associative previste dalla vigente convenzione, ha la responsabilità della continuità assistenziale del cittadino;

c) la UVG è lo strumento del distretto per la qualificazione della domanda, in quanto soggetto cui è delegata la valutazione multi professionale dei bisogni assistenziali degli anziani sul versante sociale e sanitario; in essa sono presenti competenze idonee per realizzare l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali impegnati nella cura e nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente (team multiprofessionale²¹).

In questa cornice va sperimentata una «cartella clinica per l'anziano», per la gestione delle informazioni nelle strutture residenziali, nonché per trasferire idoneamente nel territorio le indicazioni necessarie per garantire la migliore qualità di vita dell'utente.

A.3) I servizi che concorrono all'integrazione socio sanitaria.

A.3.1.) *Le «cure domiciliari»:* le indicazioni sull'assistenza domiciliare integrata sono fornite nel paragrafo 7.5.1. del PSR.

A.3.2.) *La residenzialità: Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Protetta, Centro diurno semi residenziale.*

Nell'ambito della progettualità futura ed in base alla valutazione del grado di non auto sufficienza è plausibile distinguere nella residenzialità 3 tipologie assistenziali per eterodipendenti: la Residenza Sanitaria Assistenziale, la Residenza Protetta ed i Centri Diurni.

A.3.2.1.) *La RSA.*

La Residenza Sanitaria Assistenziale viene di norma attivata all'interno degli ospedali di territorio e - per la missione territoriale - degli ospedali di emergenza delle ASL o nelle AO su accordo con le ASL competenti per territorio, prevedendo una degenza limitata (tre mesi) per una utenza costituita da pazienti portatori di patologie cronico degenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continuativa.

Come per l'ADI, è prevista l'introduzione di un sistema informatizzato per la valutazione e la pianificazione dei progetti assistenziali individuali.

La tipologia strutturale dovrà essere corrispondente alle direttive contenute nel DPR 14 gennaio 1997 e al DPCM 22 dicembre 1989 («realizzazione di RSA per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali»). In particolare dovrà essere garantita la idoneità degli standard dimensionali, la fruibilità degli spazi, la sicurezza e la riservatezza.

La RSA sarà a «degenza» limitata con elevato turn over degli ospiti che fruiranno di servizi volti a consentire loro il recupero delle funzioni perse o il completamento di cicli terapeutici, per essere poi inviati al proprio domicilio se pienamente ristabiliti o in carico, ma sempre al proprio domicilio, ai servizi territoriali o in strutture residenziali o semiresidenziali. Si potrà articolare per nuclei (con particolare riguardo all'istituzione di alcuni dedicati ai malati affetti da demenza di Alzheimer), offrendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera per soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatori di patologie stabilizzate.

²¹ Il team multiprofessionale dell'UVG è costituito dal mmg, dal responsabile del centro di salute di riferimento, dal medico specialista in geriatria, il responsabile infermieristico dell'ADI, dall'assistente sociale e viene attivato, d'intesa tra mmg e responsabile del Centro di salute, sia a livello ospedaliero che territoriale. A questo nucleo base di operatori si aggiungono altre figure a seconda delle specifiche condizioni clinico assistenziali. Vanno sperimentate nel triennio immisioni nel team di figure a più spiccata competenza geriatrica nel campo infermieristico e socio-assistenziale. Il team utilizza strumenti validati, a livello nazionale ed internazionale, per la valutazione multi dimensionale del paziente anziano fragile e dei suoi bisogni (comprehensive geriatric assessment) in modo tale da poter fornire, nel rispetto delle responsabilità assistenziali, indicazioni sulla risposta assistenziale e sulle integrazioni più opportune in base alle necessità del pz, svolgendo una preziosa funzione di consulenza sia per il mmg che per il case manager dell'ADI.

In linea di massima si può prevedere la seguente utilizzazione dei posti residenziali RSA:

- almeno l'80 per cento sarà destinato a pz che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione (paziente neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, medico, ecc.) per una durata della degenza (di regola e previo parere della UVG) non superiore ai 60-90 giorni e che non possono essere assistiti con prestazioni erogabili a domicilio sostanzialmente per effettiva carenza del supporto informale o debbono completare cicli terapeutici;
- almeno il 10 per cento sarà riservato a pz con necessità di osservazione medico infermieristica e tutelare in attesa di poter tornare al proprio domicilio dopo un evento acuto (es.: in relazione alla necessità di ristrutturare l'abitazione dopo eventi invalidanti), oppure a pazienti particolarmente pesanti da assistere che, gestiti abitualmente dai propri familiari, vengono anch'essi ospitati per un periodo limitato al fine di permettere un «riposo» a chi li assiste regolarmente (respite recovery) o garantire, in loro forzata assenza, un idoneo livello assistenziale;
- i restanti posti potranno essere riservati a pazienti non altrimenti curabili a domicilio (soli o con coniuge a rischio di perdita dell'autosufficienza) per patologie croniche non emendabili riacutizzate (insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, alimentazione enterale o parenterale totale, sindrome da immobilizzazione irreversibile ecc.);
- circa il 5 per cento potrà essere destinato ai pazienti terminali fino a quando non sarà completato il progetto «hospice».

Tale stratificazione mira a garantire un adeguato ricambio dell'utenza, evitando che la RSA diventi un contenitore stagno non in grado di fare da «ponte» tra territorio ed ospedale.

Gli standard di personale già previsti dal PSR 1999-2001 sono assunti in questa sede come validi, prevedendo:

- che il personale medico impegnato nell'assistenza degli ospiti della RSA preveda la presenza di mmg e la consulenza e/o responsabilità, di norma di un medico specialista in geriatria;
- la opportunità di diversificare la presenza di personale di assistenza in figure infermieristiche cui è assegnata la responsabilità assistenziale e figure cui fanno capo specifiche funzioni da garantite tramite la previsione di una quota di OSS fino al 50 per cento.

A.3.2.2.) Residenze Protette ed i Centri Diurni.

Nella Residenza Protetta andranno ospitati pazienti cronici stabilizzati. L'accesso dovrà essere idoneamente regolamentato e governato, all'interno della rete dei servizi, dal distretto che, in questo caso, garantirà la trasparenza delle procedure, al fine di evitare situazioni di prevaricazione in un ambito dove malattia e disagio meritano il massimo delle garanzie istituzionali.

Nelle Residenze Protette la funzione di Direzione Sanitaria sarà, di norma, svolta da uno degli mmg, individuato sulla scorta di quanto dettato dalla normativa vigente, tra quelli che hanno assistiti nella struttura. Il Direttore del distretto curerà la attivazione, all'interno di queste strutture, dei medici della Continuità assistenziale, al fine di garantire la pronta disponibilità medica nelle giornate prefestive, festive e durante la notte.

Nel centro diurno ogni singolo medico sarà responsabile del proprio assistito durante il periodo di presa in carico. La configurazione dell'organico da adibire alle attività della Residenza Protetta e del Centro Diurno è definita prevedendo il rispetto degli standard del PSR 1999-2001, intendendo con ciò che l'addetto all'assistenza coincide con la figura dell'OSS e che le Aziende possono partecipare alla spesa tramite una quota garantita in termini di prestazioni assistenziali. Nel corso del primo anno di vigenza del Piano sarà verificata la relazione tra bisogni e carichi assistenziali, con riferimento ad un modulo base di 20 p.l.

La configurazione dell'organico da adibire alle attività della Residenza protetta e del Centro diurno è definita prevedendo il rispetto degli standard del PSR 1999-2001, con le seguenti integrazioni:

a. la figura dell'addetto all'assistenza può essere riferita anche al profilo dell'OSS;

b. le Aziende Sanitarie Locali possono partecipare alla spesa garantendo una quota di prestazioni assistenziali tramite personale proprio;

c. il personale medico impegnato nella assistenza agli ospiti della RP prevede la presenza di mmg e la consulenza di un medico specialista in geriatria;

d. la opportunità di diversificare la presenza di personale di assistenza in figure infermieristiche cui è assegnata la responsabilità assistenziale complessiva e figure cui fanno capo specifiche funzioni da garantire tramite la previsione di una quota di OSS fino al 50 per cento del personale infermieristico previsto nel PSR 1999-2001.

Nel corso del primo anno di vigenza del Piano sarà verificata la relazione tra bisogni e carichi assistenziali, con riferimento ad un modulo base di 20 posti letto.

Tabella 7.6: Prestazioni e criteri di finanziamento.

AREA	PRESTAZIONI-FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO
Residenzialità	Ospitalità a ciclo continuativo con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere.	D.P.C.M. 14 Febbraio 2001	50% a carico del S.S.R. 50% a carico del Comune (salvo compartecipazione utente)
Semi residenzialità	Ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere.	D.P.C.M. 14 Febbraio 2001	50% a carico del S.S.R. 50% a carico del Comune (salva compartecipazione utente)
Domiciliarità	Medicina generale e specialistica Assistenza infermieristica e riabilitativa	D.P.C.M. 14 Febbraio 2001	100 % a carico del S.S.R. 100 % a carico del S.S.R
	Assistenza tutelare (aiuto diretto alla persona – escluso assegno di cura)		50% a carico del S.S.R. 50% a carico del Comune (salva compartecipazione utente)
	Aiuto domestico familiare		100 % a carico del Comune (salvo partecipazione utente)

A.4.) Le relazioni tra ospedale e territorio nell'assistenza integrata al pz anziano.

La storia naturale del paziente geriatrico è caratterizzata dalla alternanza di periodi di relativa stabilizzazione e di momenti di riacutizzazione e scompenso clinico, funzionale e spesso anche sociale. Per tale motivo lo stesso paziente necessita di un modello organizzativo integrato che garantisca la continuità assistenziale nei diversi momenti di «bisogno»: per le acuzie si rende spesso necessario il ricovero in ospedale (fase dell'ospedalizzazione) mentre nella fasi di relativa stabilità per la tutela della salute e per il massimo recupero funzionale è comunque necessaria l'assistenza da parte dei servizi territoriali (fase extraospedaliera). Questo presuppone l'intervento di più servizi e strutture configurando pertanto una «funzione assistenziale complessa»²².

Obiettivo generale di tutti i servizi che operano all'interno della assistenza continuativa è quello di ottenere il massimo recupero funzionale e, possibilmente, la restituzione del paziente al proprio contesto abitativo e/o familiare al fine di garantirgli la migliore qualità di vita.

²² Senin U. Paziente anziano e paziente geriatrico: fondamenti di gerontologia e geriatria. EdiSES, Napoli, 1999: pp. 1-504; AA.VV. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. Giorn. Geront. 2001; 49: 1-73.

Pertanto gli obiettivi specifici saranno individuati sulla base del ruolo che le singole strutture socio-sanitarie sono chiamate a svolgere all'interno del sistema della continuità assistenziale.

A livello ospedaliero è possibile individuare i seguenti obiettivi specifici:

- ottimizzare le prestazioni sanitarie per l'anziano fragile acuto in regime di ricovero ospedaliero;
- ridurre il numero di giornate di degenza ospedaliera inappropriate attraverso la creazione di un servizio di dimissione programmata che abbia un collegamento funzionale istituzionalizzato con i servizi territoriali e con le RSA a degenza breve;
- ridurre il numero di ricoveri inappropriate e di riospedalizzazioni.

Sul piano organizzativo questo comporta la progettazione e attivazione da parte delle équipes territoriali, d'intesa con il distretto, di un percorso per la dimissione programmata dei pazienti anziani bisognosi di AC, con utilizzazione di strumenti per la valutazione multidimensionale geriatrica, l'individuazione dei bisogni assistenziali e la definizione del piano individualizzato di intervento, anche in base alle indicazioni della consulenza geriatrica; il percorso è attivato su richiesta delle U.O. ospedaliere di degenza e prevede l'assegnazione al regime assistenziale idoneo per la fase post-acuta (ADI, RSA, RP, Riabilitazione), con una forte responsabilizzazione del mmg.

Infine sono necessari programmi di formazione continua del personale operante nei diversi setting assistenziali nonché corsi di formazione per familiari di anziani bisognosi di AC e per personale di assistenza non specializzato, italiano e straniero.

A.5) *Valutazione.*

All'interno del Patto per la salute degli anziani potranno essere coinvolti anche soggetti organizzati, come l'ACRADU, direttamente interessati alle questioni relative alle politiche socio-sanitarie per gli anziani, sia per quanto riguarda gli interventi e i servizi sociali da prevedere a livello d'Ambito territoriale (Piani di Zona) sia per le questioni attinenti la Residenzialità.

Nell'ambito del Patto per la salute degli anziani è istituito l'Osservatorio regionale sulla salute degli anziani, con funzioni di monitoraggio e valutazione delle politiche socio-sanitarie anche per gli aspetti relativi alla integrazione socio sanitaria ed ai servizi connessi.

La metodologia di valutazione e gestione dell'anziano in AC deve essere comune nei diversi setting assistenziali. Occorre attivare un archivio informatizzato degli anziani in regime di AC che produca informazioni epidemiologiche per l'Osservatorio sulla salute degli anziani e sulla funzione di AC agli anziani (flusso dei pazienti nei diversi setting assistenziali, valutazione dei risultati, analisi dei costi, etc.).

B) TUTELA MATERNO-INFANTILE.

Il Piano prende atto della rete delle prestazioni e dei servizi esistenti in campo socio-sanitario per l'area della tutela materno infantile e punta a costruire una declinazione delle prestazioni che consenta di mantenere e sviluppare la rete dei servizi esistenti nei diversi Ambiti Territoriali della regione, pertanto si rende necessario un modello organizzativo dipartimentale uniforme, creando una forte relazione tra le Aziende ospedaliere e quelle territoriali.

Infatti la ridefinizione delle competenze avvenuta con la maturazione delle normative di settore potrebbe comportare, ove non governata politicamente, la disarticolazione dell'assetto funzionale esistente nell'area consultoriale, grazie alla perdita della effettiva integrazione del personale socio-assistenziale degli enti locali in tali ambiti operativi del SSR.

Si tratta perciò di attivare un processo controllato di riassegnazione di funzioni che non impoverisca l'area consultoriale, verificando in ogni distretto/zona l'effettiva possibilità di mantenere, in un quadro più definito rispetto al passato per le responsabilità finanziarie, livelli di unitarietà dell'offerta delle prestazioni, in particolare per alcune aree «critiche» di intervento, dove fino ad oggi è stato possibile rilevare una sovrapposizione delle competenze, piuttosto che un coordinamento delle attività ed un'integrazione progettuale, quali: la mediazione familiare, l'adozione e l'affido, l'abuso e alcune azioni di sostegno alla genitorialità. Anche in relazione a quanto detto, le ASL ed i Comuni sono chiamati ad impegnarsi a:

- 1) partecipare criteri e modalità di accesso agli interventi e prestazioni per i cittadini presenti nei rispettivi territori comunali;
- 2) definire specifici regolamenti - protocolli per garantire la trasparenza delle condizioni di assistibilità in relazione ai diversi interventi;
- 3) elaborare progetti integrati e protocolli operativi per le varie aree di intervento, in collaborazione con i tavoli tematici di coprogettazione previsti dal Piano di Zona;
- 4) definire criteri e modalità di valutazione dei processi di integrazione e dei risultati della stessa.

Con questa premessa, di seguito sono declinate le aree di prestazioni afferenti al finanziamento da parte del fondo sanitario regionale e definiti i costi complessivi che attualmente sono a carico delle Aziende Sanitarie e quelli a carico dei bilanci dei Comuni, rinviando al Piano Sociale per gli interventi socio assistenziali la cui titolarità fa capo ai comuni.

A) Interventi sociali a rilievo sanitario e sanitari (titolarità del fondo sanitario regionale).

a) Segretariato sociale per informazioni e consulenza al singolo e ai nuclei familiari: le prestazioni riguardano attività con valenza generale e trasversale, essendo finalizzate ad una prima valutazione ed orientamento della domanda-bisogno, nonché dell'organizzazione della risposta al bisogno stesso e comprendono:

- interventi d'informazione, educazione sanitaria, consulenza gestiti da professionalità sociali nell'ambito delle funzioni più complessive di tutela sanitaria della procreazione responsabile, gravidanza, maternità e della sessualità;
- raccolta sistematica dei dati e delle informazioni;
- promozioni di reti solidali anche ai fini della prevenzione dei rischi nel disagio sociale;
- lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione dei successivi percorsi socio-sanitari.

b) Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative.

c) Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza, attraverso prestazioni medico sociale psicologiche.

d) Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidamento e adozione, specificatamente per quanto attiene le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori, sulle famiglie adottive e affidatarie.

e) Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi.

f) Tutela del disabile fisico psichico e sensoriale.

B) Criteri di finanziamento degli interventi.

Partendo dalle tipologie di spesa preesistenti e dalla lettura delle prestazioni sociali e di quelle sanitarie, il Piano individua i criteri di finanziamento.

C) DISABILI.

C.1) La rete di intervento.

La persona disabile deve poter disporre di una rete di servizi/interventi che possa accompagnarla dall'insorgere della patologia invalidante alla riconquista della maggiore autonomia possibile nelle attività della vita quotidiana e della partecipazione sociale. Per rendere concreto questo obiettivo occorre costruire percorsi assistenziali integrati individuando le competenze istituzionali e finanziarie e identificando i livelli di azione nella rete:

- le porte di accesso;
- i nodi decisionali;
- i servizi e le strutture;
- la metodologia di comunicazione.

C.1.1.) *Le porte di accesso alla rete.*

Nella rete si prevedono delle «porte di accesso» ai diversi servizi sanitari, sociosanitari e sociali: le esigenze complesse di cura e riabilitazione della persona disabile sono indirizzate ai servizi socio-sanitari territorialmente competenti mentre le esigenze di tutela, sostegno, promozione e integrazione sociale hanno come riferimento la rete territoriale dei servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni. Le «porte di accesso» sono pertanto costituite:

☐ sul versante sanitario da:

- il centro di salute di residenza della persona disabile;
- i servizi specialistici competenti per la specifica disabilità.

☐ sul versante sociale, dall'*Ufficio della cittadinanza*, che, in quanto rivolto alla generalità dei cittadini, è luogo di osservazione, rilevazione e orientamento sulle questioni della disabilità e di connessione con gli altri servizi del territorio.

C.1.2.) *I nodi decisionali della rete.*

I nodi decisionali della rete sono costituiti da servizi strutture e modelli operativi che individuano le attività di supporto alla persona disabile, nonché le risorse (pubbliche, del privato sociale e private) da utilizzare secondo criteri di appropriatezza. Il progetto di intervento deve porre al centro i bisogni della persona disabile e del suo sistema di relazioni.

C.1.2.1.) *Il Centro di Salute.*

Il centro di salute costituisce il primo livello di intervento integrato per affrontare le problematiche della persona disabile e della sua famiglia.

☐ A questo livello è attiva l'*équipe territoriale integrata* (con competenze sanitarie, sociali ed educative) che valuta la necessità della *presa in carico*, di concerto con la persona disabile e la sua famiglia, e organizza gli interventi attraverso la definizione di un progetto globale orientato ai seguenti principi:

- la valutazione multiprofessionale della situazione;
- la condivisione del percorso progettuale da attivare e degli obiettivi da perseguire;
- l'identificazione dell'impegno sociale e sanitario e l'individuazione delle fasi di diversa intensità assistenziale (intensiva, estensiva, lunga assistenza);
- la identificazione dell'operatore referente che, nelle diverse fasi attuative del progetto, facilita l'apporto integrato di tutte le componenti coinvolte.

L'*équipe territoriale integrata* è titolare del progetto globale ed è il punto di riferimento costante per la persona disabile e la sua famiglia ed è garante della *continuità della presa in carico*.

☐ Laddove la situazione si configuri come più complessa o si richiedano specifiche risorse assistenziali o coinvolgimenti di strutture distrettuali/aziendali che preludono ad un piano di aiuto, altrettanto complesso, l'*équipe territoriale* si avvale del supporto/consulenza della Unità Multidisciplinare di Valutazione delle persone disabili.

L'UMV disabili è un modello di lavoro interprofessionale funzionale a valenza distrettuale che, in presenza di bisogni complessi che necessitano della attivazione di molteplici risorse a diversi livelli, garantisce l'apporto sinergico delle distinte competenze (istituzionali, di servizio, professionali) e il collegamento organico tra il momento gestionale e quello di programmazione, destinazione e corretto utilizzo delle risorse a livello di distretto.

L'UMV disabili è quindi attivata a fronte di situazioni complesse per consolidare e orientare l'approccio globale e l'intervento unitario in favore della persona disabile. Essa è composta da un team stabile di operatori, a professionalità diversificate, costituito da operatori sanitari e sociali, come da DGR n. 3811 del 10 luglio 1998, che può essere integrato, d'intesa con i Comuni, dall'assistente sociale afferente all'*équipe sociale* di Ambito territoriale come da DGR n. 248 del 6 marzo 2002.

L'UMV disabili assicura le seguenti funzioni:

- valutazione dell'ipotesi progettuale elaborata dall'*équipe integrata territoriale*;
- valutazione della congruità delle risorse da impegnare in riferimento agli obiettivi da raggiungere;
- consulenza e supporto tecnico-scientifico agli operatori dei servizi territoriali e alle situazioni di particolare complessità: in questo caso è fatta la valutazione

diretta dei casi di particolare difficoltà, anche con visite domiciliari, se necessario da parte dei componenti della UVM, ovviamente solo su casi particolari e su esigenza di conoscenza espressa dalla stessa UVM;

- verifica periodica del progetto personalizzato;
- parere tecnico per l'attivazione delle risorse necessarie all'attuazione del progetto;
- monitoraggio degli interventi;
- banca dati distrettuale relativa alle persone disabili prese in carico dai servizi territoriali, ai progetti attivati, alle risorse territoriali fruite e fruibili;
- collegamenti con le UVM minori e con le UVG al fine di garantire la continuità dei percorsi progettuali e di presa in carico;
- collegamenti con il dipartimento salute mentale per la definizione e modalità di presa in carico delle «situazioni di confine»;
- collegamenti interistituzionali per facilitare i diversi livelli di integrazione e la condivisione di programmi e protocolli di lavoro;
- individuazione dei bisogni di aggiornamento e formazione degli operatori sui temi della disabilità.

Nel caso in cui la valutazione riguardi gravi disabilità, le UVM possono essere integrate con competenze esterne con comprovata esperienza nel settore.

C.1.3.) *Tipologie di offerta.*

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo (ex art. 26 legge 833/78) sono compresi nell'ambito della riabilitazione estensiva che prevede l'intervento sui soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali; erogano prestazioni a ciclo diurno e/o continuativo per il recupero funzionale e sociale. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo.

Tali strutture compiono un intervento limitato nel tempo con un intervento riabilitativo estensivo quantificabile tra 1 e 3 ore in base al progetto riabilitativo. Con la valutazione dell'UMV verrà stabilito se il progetto riabilitativo va continuato in tali strutture o è necessario il passaggio a strutture socio-riabilitative. Questa indicazione assume maggiore forza nel caso che la permanenza nella struttura sia superiore a 2 anni.

Tali presidi alla luce di questo PSR si articolano nelle seguenti tipologie:

- Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno;
- Centro socio-riabilitativo ed educativo residenziale (residenza protetta).

Pertanto le strutture che si occupano essenzialmente di lungo assistenza vanno riclassificate, alla luce del DPCM 14 gennaio 2001 ed in base ai requisiti previsti dal DPR 14 gennaio 1997:

a) per accogliere le tipologie di utenti indicati nel DPCM 14 febbraio 2001 sia a totale carico del SSR che dove resti la compartecipazione a carico dell'utente e/o del Comune al 30 per cento (centri socio riabilitativi ed educativi diurni e residenziali);

b) laddove invece la valutazione dei bisogni rilevi la necessità di prestazioni più marcatamente socio-assistenziali tanto da prevedere che la partecipazione del Comune alla spesa arrivi fino al 60 per cento quando privi di sostegno familiare, il Piano prevede per tale tipologia la presenza di strutture tipo «comunità alloggio per disabili gravi» e servizi denominati famiglie-comunità per il «dopo di noi».

C.1.3.3.) *Assistenza domiciliare riabilitativa.*

Con il termine domicilio si deve intendere il luogo dove la persona disabile in situazione di gravità - definita dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 nonché accertata secondo le modalità di cui all'art. 4 della Legge medesima - abita, ivi compreso il gruppo appartamento.

In questo ambito possono essere individuate diverse tipologie di attività in relazione alla natura dell'intervento, alle caratteristiche della persona disabile e del progetto complessivo che lo riguarda:

a) *assistenza domiciliare con finalità assistenziale*: quando le attività domestico-domiciliari si integrano con le attività di cura della persona, la spesa relativa all'operatore addetto all'assistenza è posta a carico del bilancio sanitario nella misura del 50 per cento;

b) *assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa*: tali attività sono rivolte a persone con handicap o affette da disturbi psichici nell'ambito del più complessivo progetto terapeutico-riabilitativo o ergoterapico teso allo sviluppo delle capacità residue o al mantenimento dell'autonomia acquisita. La spesa dell'intervento ricade nella misura del 100 per cento sul bilancio sanitario nella fase post acuta, mentre successivamente la spesa relativa all'operatore addetto all'assistenza è posta a carico del bilancio sanitario nella misura del 50 per cento.

C.1.3.4.) *Supporti relazionali per garantire l'equità di accesso ai servizi socio-sanitari nei confronti di cittadini affetti da sordomutismo.*

Le aziende sanitarie locali ed ospedaliere mettono a disposizione dei cittadini che sono affetti da sordomutismo, dietro loro richiesta, un interprete che li assista nel corso di visite specialistiche o di periodi di degenza ospedaliera, al fine di facilitare la loro comunicazione con il personale sanitario.

Viene altresì favorita dalle ASL la formazione di almeno un mmg e pls per ogni distretto sanitario nel campo della comunicazione con i cittadini affetti da sordomutismo.

C.1.3.5.) *Censimento delle barriere architettoniche nei servizi socio sanitari.*

Viene realizzata entro il primo anno di vigenza del PSR, su iniziativa della Direzione regionale sanità e servizi sociali, Servizio programmazione economico finanziaria, revisioni contabili e controlli di gestione, Sezione Programmazione degli investimenti, una rilevazione tesa a censire la eventuale presenza di barriere architettoniche nei servizi socio sanitari (a gestione diretta e convenzionata) del SSR umbro.

Alla rilevazione farà seguito un programma volto all'abbattimento delle barriere rilevate.

C.2.) *Criteri di finanziamento e tariffe.*

Il decreto sui LEA ha definito alcuni criteri del finanziamento a carico del servizio sanitario o della persona disabile (con integrazione da parte dei comuni). I criteri di finanziamento tenendo conto delle indicazioni nazionali tengono conto del tipo di strutture da finanziare e della tipologia di intervento.

A livello delle strutture si distinguono:

1. le strutture sanitarie dove il finanziamento è a carico del sistema sanitario regionale;
2. le strutture socio-sanitarie dove il finanziamento a carico del sistema sanitario o della persona disabile sono stabilite in percentuale e in base alla tipologia di intervento;
3. le strutture socio-assistenziali dove il finanziamento è a carico dei comuni o della persona disabile.

D) SALUTE MENTALE.

Recenti studi hanno evidenziato, confermando l'esperienza effettuata nei nostri servizi territoriali, che sia nei pazienti affetti da disturbi psichici gravi che frequentano strutture psichiatriche extraospedaliere (i più studiati) che in pazienti ospitati in strutture di degenza, risultano più spesso insoddisfatti i bisogni di tipo sociale e collegati ai problemi della vita quotidiana (prendere decisioni, lavoro, attività domestiche, gestione del denaro), mentre sono più facilmente soddisfatti i bisogni legati alla condizione psicopatologica. Altro elemento rilevante è che il profilo dei bisogni negli studi a lungo termine nei pazienti psicotici cronici, anche dopo la stabilizzazione del quadro clinico, può cambiare, il che dà rilevanza alla periodica rivalutazione dei bisogni di cura durante tutto il periodo della presa in carico.

Il soddisfacimento di bisogni sociali anche in fasi acute e precoci del trattamento psichiatrico, proprio al fine di impedire la chiusura del circuito tra cronicizzazione ed emarginazione, assegna rilevanza decisiva agli assi della residenzialità, lavoro e inserimento sociale, nonché all'obiettivo di favorire la de-psichiatrizzazione dell'esistenza del paziente, restituendo ai vari attori la gestione delle problematiche specifiche e mettendo in rete risorse non psichiatriche²³.

²³ Vedi Progetto obiettivo nazionale 1998-2000 «Tutela della salute mentale» e DCR 767/2001 «Promozione e tutela della salute mentale».

D.1.) *Aspetti normativi.*

Il DPCM 14 febbraio 2001 torna nella sostanza ad affermare la stretta integrazione tra le azioni sanitarie e le azioni sociali per quanto attiene alla cura ed alla assistenza degli utenti affetti da patologie psichiatriche, a partire fin dalle prime fasi del processo assistenziale, anche se in realtà i criteri di ripartizione della spesa vanno poi a restringere l'ambito di tale integrazione. Infatti per quanto riguarda le strutture residenziali e semi-residenziali, in particolare per come esse sono descritte e classificate nella DCR 7 luglio 1997, n. 372, «Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di Tutela della Salute Mentale», si può affermare che le strutture nettamente riconducibili alla doppia dimensione della bassa intensità assistenziale e della lungo assistenza sono esclusivamente i Gruppi Appartamento; ad essi pertanto si applicano i criteri di finanziamento previsti nel DM 14 febbraio 2001, che indicano per l'accoglienza in *strutture a bassa intensità assistenziale, nella fase di lungo assistenza*, la ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote pari al 40 per cento ed al 60 per cento, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.

Tale ripartizione deve applicarsi, ma limitatamente a specifici programmi individuali, a pazienti accolti nelle SR a tipologia «Unità di Convivenza», qualora intervengano, in tali programmi, le condizioni di lungo assistenza e bassa intensità assistenziale.

I criteri di finanziamento per i programmi di assistenza domiciliare: ove questi abbiano valenza riabilitativa, sono per il 100 per cento a carico della sanità, mentre se hanno carattere domestico-domiciliare a valenza sociale sono a carico dei comuni. La ripartizione degli oneri prevista dal DPCM sui LEA, rispettivamente del 40 per cento e del 60 per cento, è applicabile alle situazioni di reinserimento sociale e lavorativo nei casi di lungo assistenza.

D.2.) *Informazioni sulle attività di integrazione socio sanitaria in Umbria.*

□ Le informazioni di cui disponiamo al momento²⁴ riguardano le strutture semiresidenziali e residenziali (SR) presenti in Umbria ed i pazienti «inseriti» in esse secondo le indicazioni dello studio Progress Fase I al 5 maggio 2000:

— le SR attive in Umbria al 31 marzo 2000) sono 41, per un totale di 382 posti letto e una media di 9,3 p.l. a struttura (range 4 - 40; dotazione regionale media 4,6 p.l. per 10.000 ab.); l'anno di apertura va dal 1972 al 1999, per l'85 per cento è successivo al 1980 ed per il 54 per cento al 1990; la gestione è per lo più diretta (40 per cento) o mista (29 per cento), mentre il privato no profit ne gestisce il 24 per cento e quello for profit il 7 per cento; la copertura notturna è garantita nel 61 per cento di esse, mentre nel 51 per cento di esse gli operatori sono sempre presenti nelle 24 h.; il 17 per cento delle SR ospita anche pz acuti. Tutte le SR (meno una a finanziamento misto pubblico-privato) sono attive grazie al finanziamento del SSN e la partecipazione alla spesa da parte dei pz ospitati è assente nel 61 per cento delle SR, mentre interessa alcuni o tutti i pz nelle altre;

— i pazienti ospitati alla data della rilevazione erano 335, con un numero medio di pz per SR pari a 8,1 ed un tasso di occupazione dei p.l. pari a 88 per cento; di questi, il 76 per cento sono pz psichiatrici senza problemi di alcool, sostanze o ritardo mentale, 11 per cento sono pz psichiatrici con problemi di alcool o sostanze e l'11,6

²⁴ Le informazioni di cui non disponiamo - e quindi da acquisire - riguardano, tra le altre:

- numero e principali caratteristiche socio-sanitarie (nazionalità, residenza, diagnosi, etc.);
- dei cittadini seguiti dai nostri servizi di salute mentale per i quali è stato formulato un Piano socio riabilitativo personalizzato che comprenda una offerta di interventi socio assistenziali a rilievo sanitario e rispondente alle indicazioni metodologiche sopra riportate, comprensivi degli inserimenti nei gruppi appartamento e nei programmi di formazione lavoro;
- dei pz umbri, in trattamento fuori regione, anche in relazione alla presenza di un piano terapeutico riabilitativo personalizzato di costo e qualità documentati;
 - durata media di presa in carico;
 - costo medio per giornata di assistenza per tipologia assistenziale nel 2001;
 - valutazioni di esito emerse dal follow up del pz, sia in relazione ai servizi residenziali e semiresidenziali che rispetto ai percorsi socio riabilitativi sul territorio;
 - presenza di liste di attesa.

per cento ha problemi di ritardo mentale. Il 12 per cento dei pz ha 60 anni o più, il 3 per cento 20 anni o meno ed il 49 per cento ha tra 40 e 59 anni.

□ Per quanto riguarda i programmi riabilitativi individuali svolti in Assistenza Domiciliare e per gli inserimenti lavorativi disponiamo di dati parziali.

D.3) *Obiettivi del triennio.*

Ricordando che spetta ai Piani di zona la creazione di condizioni che consentano e sviluppino quanto delineato nella DCR 10 gennaio 2000, n. 767 e nel DPR 10 novembre 1999 e cioè l'uso di risorse per progetti e strutture da realizzare in collaborazione con ASL e DSM, sugli assi riabilitativi: casa, lavoro, rete sociale, per gli interventi connessi con l'integrazione socio-sanitaria si pongono nel triennio i seguenti obiettivi:

- valutare l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni sociali dei pazienti psichiatrici;
- migliorare la definizione dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie mentali gravi;
- verificare la qualità dei programmi socio-riabilitativi che comportino accesso alle SR, ai gruppi appartamento, ai programmi di assistenza domiciliare ed ai programmi di formazione-inserimento lavorativo, anche in relazione alle variabili definite nel capitolo sul governo clinico;
- definire linee guida per la appropriatezza di utilizzo delle diverse risposte residenziali, dei programmi di assistenza domiciliare e di inserimento lavorativo;
- verificare le condizioni assistenziali in cui si trovano i cittadini residenti in Umbria ospitati presso strutture extraregionali;
- definire i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali, dei programmi di assistenza domiciliare e dei programmi di formazione lavoro;
- definire le competenze, i percorsi formativi, le metodologie di supervisione necessari nelle SR e nelle altre attività di integrazione sociosanitaria;
- garantire una prevalenza di pz residenti in Umbria in trattamento presso SR (esclusi i gruppi appartamento) pari a 5 pz ogni 10.000 abitanti;
- garantire una prevalenza di pz residenti in Umbria in trattamento presso gruppi appartamento pari a 1 pz ogni 10.000 abitanti;
- garantire una prevalenza di soggetti inseriti nei programmi di formazione - inserimento lavorativo pari a 1 pz ogni 10.000 abitanti;
- valutare gli esiti clinici e sociali delle attività ad integrazione socio sanitaria;
- rivalutazione delle tariffe tramite analisi dei costi effettivi;
- regolamentare l'utilizzo delle risorse economiche personali dei pazienti, ospiti o utenti di programmi presso strutture residenziali e semiresidenziali, o di assistenza domiciliare, sotto forma di partecipazione alla spesa per alcune definite componenti dei costi delle strutture e dei servizi stessi.

D.4.) *Criteri per la definizione dei percorsi assistenziali integrati.*

La valutazione dei bisogni individuali ai fini della «presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento» da garantire attraverso «la formulazione di piani terapeutico-preventivi o piani terapeutico-riabilitativi personalizzati» rappresenta una funzione assegnata ai DSM dalle indicazioni di politica sanitaria nazionali e regionali; metodologicamente questa prevede una sequenza operativa che comprende:

- la valutazione delle necessità dell'utente;
- lo sviluppo di un piano di servizi individualizzato;
- una corretta erogazione del servizio;
- il monitoraggio del servizio fornito;
- la valutazione degli effetti del servizio sull'utente.

Le aree di bisogni in genere valutate riguardano, oltre alla condizione psicopatologica, le condizioni abitative, occupazionali, finanziarie, e quelle eventuali di stress psicologico, l'istruzione, la salute fisica, le abilità di base e quelle connesse con le attività della vita quotidiana, le relazioni familiari, la rete sociale di riferimento, l'uso di alcolici o sostanze.

Come risulta dalla totalità degli studi descrittivi disponibili, sono i pazienti affetti

da disturbi psichici gravi che più frequentemente necessitano dell'attivazione, da parte dei CSM, di programmi complessi, composti cioè da più interventi sia di tipo trattamentale, che di tipo riabilitativo psicosociale e che si configurano pertanto come alti utilizzatori delle attività e risposte di seguito descritte.

D.5.) *Servizi e strutture socio sanitarie.*

D.5.1.) *Strutture intermedie residenziali e semiresidenziali*²⁵.

Promozione della qualità dei processi riabilitativi in ambito residenziale finalizzati al reinserimento sociale.

Il CSM, nodo strategico della rete e delle azioni dipartimentali assicura l'ospitalità nelle strutture intermedie, definendo i criteri e procedure per l'accoglienza, individuando il percorso terapeutico.

Le strutture residenziali e semiresidenziali rappresentano uno strumento essenziale del percorso assistenziale per portare a termine il definitivo superamento dei meccanismi di esclusione e segregazione degli ospedali psichiatrici e per fornire una adeguata assistenza ai pazienti più gravi; rispondono anche alla necessità di offrire un contesto abitativo soddisfacente alle persone con problemi di salute mentale che non potendo vivere da soli o nelle famiglie di origine necessitano di una assistenza continuativa. Le strutture residenziali non devono essere considerate soluzioni abitative definitive, ma devono essere concepite come uno spazio privilegiato per realizzare programmi riabilitativi individualizzati dove l'obiettivo finale è la totale restituzione dei diritti, da «paziente» a cittadino, favorendo il reinserimento nel contesto sociale:

— attraverso la previsione e corretta gestione dei bisogni di residenzialità psichiatrica per media e lunga degenza, evitando il rischio di forme di «nuova istituzionalizzazione» e l'attenzione alla diversificazione delle risposte residenziali onde consentire e promuovere il passaggio degli utenti in strutture meno protette fino alla dimissione con l'integrazione sociale e lavorativa;

— attraverso la migliore definizione dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie mentali gravi, la verifica della qualità dei programmi socio-riabilitativi che comportino accesso alle SR ed ai gruppi appartamento, anche in relazione alle variabili definite nel capitolo sul governo clinico, la adozione di linee guida per l'appropriatezza di utilizzo delle diverse risorse residenziali;

— attraverso l'individuazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali e dei servizi di assistenza domiciliare e di inserimento lavorativo, delle competenze, dei percorsi formativi, delle metodologie di supervisione necessari nelle SR e l'attuazione di modelli di stretta collaborazione nei rapporti pubblico-privato con i nuovi soggetti erogatori, nell'ambito delle procedure di accreditamento con la rivalutazione delle tariffe tramite l'analisi dei costi di produzione;

— attraverso la verifica delle condizioni assistenziali in cui si trovano i cittadini residenti in Umbria ospitati presso strutture extraregionali;

— istituzione dell'Unità di valutazione individuale del percorso assistenziale nell'area della residenzialità;

— ruolo dell'operatore del 3° settore: sono circa 300 operatori delle cooperative sociali che rendono possibile, insieme ai servizi pubblici, l'intervento in ambito territoriale delle strutture residenziali, centri di accoglienza diurna e assistenza domiciliare. In questa area di intervento va attivato un processo di definizione del profilo di questi operatori con il relativo curriculum formativo con il conseguente percorso di transizione su base triennale per riqualificare l'intero comparto, anche attraverso l'attivazione della Commissione regionale che possa anche attribuire la certificazione dei crediti formativi e lavorativi pregressi, attivando anche i necessari interventi di riqualificazione e di qualifica per la messa a regime del sistema.

²⁵ Fonti: DPR 7 aprile 1994; DCR 7 luglio 1997, n. 372 «Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di Tutela della Salute Mentale»; DPR 14 gennaio 1997; DGR 19 settembre 1997, n. 7404 «Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende USL della regione per la determinazione delle rette di strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali a gestione privata»; DPR 10 ottobre 1999 «P.O. Tutela della salute mentale 1998-2000».

La tabella 7.7 riporta la tipologia delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali adottata dal PSR.

Tabella 7.7: Tipologia delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali.

Comunità terapeutico-riabilitativa di tipo 1	<p>E' destinata ad utenti caratterizzati da patologie mentali gravi e stabilizzate, assenza di contesti personali utilizzabili, lunga storia di malattia, alta utilizzazione del SPDC, o di altre strutture di ricovero, basso livello di autonomia, scarse abilità relazionali ed operative, che hanno bisogno di risposte terapeutiche a bisogni primari, all'interno di progetti complessivi di cura che necessitano dell'assistenza per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. La presenza continuativa del personale nelle 24 ore, permette agli utenti di riapprendere, attraverso operazioni concrete, capacità semplici di uso di oggetti, di spazi e tempi individuali e di gruppo.</p> <p>In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.</p>
Comunità terapeutico-riabilitativa di tipo 2	<p>E' destinata ad utenti caratterizzati da patologie mentali gravi, giovane età, recente storia di malattia, necessità di allontanamento dal contesto di origine per favorire programmi di cura e riabilitazione. La finalità del trattamento è il recupero di competenze individuali e di funzionali livelli di autonomia, in stretta integrazione con i programmi individualizzati di cura che prevedono - accanto alla residenzialità, con presenza continuativa del personale nelle 24 ore - anche momenti di articolazione con attività diurne svolte nei centri semiresidenziali, oltre che trattamenti specifici presso i servizi di salute mentale.</p> <p>In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali, utili al processo di integrazione sociale degli utenti.</p> <p>La dimissione dalle residenze può dar luogo al pieno reinserimento nell'abituale ambiente di vita, oppure all'ammissione in altre strutture a minore livello di protezione, per completare e rafforzare il percorso terapeutico-riabilitativo.</p>
Unità di convivenza	<p>Tali strutture, sono destinate sia ad utenti giovani con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale, che ad utenti con più lunga storia di malattia con bisogni prevalenti di risocializzazione. Utenti con bisogno di assistenza non continuativa nelle 24 ore.</p> <p>La presenza del personale è finalizzata a sostenere l'utente, negli orari in cui si compiono atti quotidiani significativi per la gestione della giornata, come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne, sia lavorative che all'interno di strutture semiresidenziali dipartimentali, con cui la residenza si articola funzionalmente.</p>
Gruppo appartamento	<p>E' riservata ad utenti con disturbi cronicizzati, ma con conservate, o recuperate, capacità di autogestione individuale. La presenza di personale è finalizzata al sostegno degli utenti in orari particolari della giornata, per il soddisfacimento di bisogni specifici, legati ai momenti di vita comunitaria nella residenza. La funzione/attività prevalente è di risocializzazione.</p>
Centro di Accoglienza Diurna	<p>E' destinato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pazienti adulti, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, con grave patologia psichiatrica (sindromi psicotiche, disturbi di personalità), con storia recente di malattia. • pazienti aventi le medesime caratteristiche, dal punto di vista psicopatologico, descritte sopra, ma di età più avanzata e con lunga storia di malattia; • pazienti che, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche o di storia di malattia, possano giovare di specifiche attività, o programmi in vigore nei centri, compatibilmente con la recettività di questi ultimi. <p>Vi si svolge:</p> <ul style="list-style-type: none"> -attività valutativo-diagnostica sia relativa agli aspetti psicopatologici, che alle abilità sociali, relazionali, lavorative, ecc. del paziente, che alle caratteristiche peculiari dei contesti di provenienza e delle loro risorse, in integrazione e coordinamento con la attività valutativa svolta dal servizio inviante; -attività di progettazione e realizzazione di programmi riabilitativi personalizzati, coordinati con i programmi di terapia individuale sia di tipo psicofarmacologico, che psicoterapico, svolti presso il servizio inviante; -attività di accoglienza alternativa a misure di ricovero ospedaliero, sia nel senso dell'evitamento di tale misura, che nel senso della abbreviazione del periodo di ricovero, per pazienti in carico, in collaborazione con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura; -attività di accoglienza, in collaborazione con strutture residenziali, per la realizzazione di programmi specifici, in sostegno all'inserimento dei pazienti nella struttura residenziale.

D.5.2.) Assistenza domiciliare.

Si caratterizza come intervento unitario e globale, integrato con le attività sanitarie, che è svolto presso il domicilio dell'utente, destinato ad utenti in carico ai Centri di Salute Mentale che necessitano di interventi assistenziali e riabilitativi individuali.

Svolgono in genere tale attività operatori del privato sociale.

Ha la finalità di promuovere l'inserimento nella vita di relazione, il recupero delle autonomie personali e delle capacità relazionali, il mantenimento delle abilità cognitive, operative e relazionali già raggiunte, garantendo la possibilità per l'utente di rimanere nel proprio contesto di vita di origine, evitando il ricorso a soluzioni maggiormente impegnative come la residenzialità, o l'inserimento in Centri Diurni.

Comprende:

- interventi centrati sull'individuo ed il suo spazio abitativo: aiuto e promozione della autonomia nella cura di sé, e nel governo della casa, ecc.;
- interventi volti a favorire la socializzazione e l'integrazione: frequenza di luoghi in cui si svolgono attività ricreative, culturali, di aggregazione sociale, lavorativi, ecc.;
- interventi di aiuto e di sostegno alla famiglia.

Si svolge presso il domicilio dell'utente, in tutti gli ambiti sociali utili al processo riabilitativo e di risocializzazione.

Tali interventi possono rendersi necessari nel breve, medio, e lungo termine.

Il progetto è elaborato dal sanitario che ha in carico l'utente e dagli altri componenti dell'équipe territoriale del Centro di Salute Mentale.

D.5.3.) Programmi di formazione e inserimento lavorativo.

Esistono, a questo proposito, diverse esperienze sviluppatesi nel tempo nelle diverse ASL della nostra regione, in particolare esiste un modello di servizio di inserimento al lavoro già da tempo avviato presso la AUSL n. 1. A fronte di questo, si può affermare che però non tutti gli utenti che possono usufruire positivamente di tali programmi abbiano reali possibilità di accedere ad essi a causa della scarsità di opportunità disponibili e della rigidità delle soluzioni.

Sono infatti ancora troppo limitati gli ambiti ed i soggetti disponibili ad effettuare inserimenti, troppo poco diversificati i settori di attività, rispetto alle esigenze di personalizzare l'inserimento a seconda delle caratteristiche, del grado di istruzione, delle aspettative degli utenti.

È indicativo che la modalità principale con cui è realizzato l'inserimento lavorativo è attraverso Borse Lavoro finanziate dai Comuni direttamente, od indirettamente attraverso la ASL.

Gli ambiti di inserimento più rappresentati sono le Cooperative Sociali e gli Enti pubblici, ad eccezione del territorio della AUSL n. 1 dove gli inserimenti avvengono in via maggioritaria presso imprese private.

Non sembra ancora sostanzialmente percorribile per i portatori di queste fasce di bisogni il passaggio da esperienze formative ad esperienze di inserimento lavorativo via via meno protette, fino all'inserimento in cooperative, od imprese, in modo corrispondente al percorso di riabilitazione ed all'acquisizione di competenze realizzati, oltre che alle potenzialità di ciascun utente.

Per coloro che hanno un'invalidità civile riconosciuta non sono ancora accessibili le soluzioni consentite dalle leggi sul collocamento obbligatorio.

Lo scenario auspicabile comprende quindi l'attivazione di:

- punto/i di riferimento visibile nel territorio per gli utenti portatori di tali bisogni e per i servizi invianti;
- un servizio/una attività di intermediazione lavorativa coordinati con i servizi sociali e sanitari che collabori con essi per la individuazione di opportunità formative e lavorative, che maturi competenze relative alla valutazione delle abilità, all'accompagnamento al lavoro dei singoli utenti, al supporto alle aziende stesse nel corso dei programmi di inserimento;
- un efficace coordinamento tra le istituzioni, in particolare una forte integrazione con la Provincia e con i Centri per l'impiego;
- un tavolo stabile con la presenza di tutti i soggetti attivi nelle pratiche di inclu-

sione lavorativa in modo da superare gradatamente la frammentazione negli interventi e nell'uso delle risorse;

- promozione di programmi di sensibilizzazione ed informazione sui risultati e le potenzialità degli interventi di inclusione lavorativa per istituzioni pubbliche ed imprese.

D.5.4.) Riorganizzazione delle risposte ai bisogni connessi con il rischio ed il danno psicopatologico in età evolutiva ed organizzazione della collaborazione con gli altri servizi sociali e sanitari ad essa dedicati.

Problema di salute emergente, come già evidenziato nel «Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000» è quello delle situazioni di rischio e danno psicopatologico in età evolutiva che richiedono una effettiva azione preventiva mediante l'individuazione dei fattori di rischio e la valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva e in «età di confine», oltre alla riduzione della prevalenza e la gravità clinica delle situazioni psicopatologiche attraverso interventi specifici già segnalati nel presente documento.

Curare in età evolutiva non sempre significa curare la malattia, significa dare un significato alla richiesta di aiuto del bambino e del giovane e contestualizzare una sofferenza psicologica diventata intollerabile per lui, con un atteggiamento di «ascolto» comprendendo i significati dei suoi sintomi senza una predeterminata strutturazione patologica della personalità e con una attenta analisi del contesto familiare e sociale.

Le prestazioni da garantire in questo ambito vanno programmate in una logica di integrazione. Risulta dunque attuale e prioritaria la necessità di metodiche di intervento integrato tra vari servizi (DSM, CSM, DMI, DDSA, Consultorio familiare, Consultorio Giovani, Pediatri di Libera scelta, Medici di Medicina Generale, Servizi Sociali, Scuola, Servizi Giudiziari), al fine di attivare interventi precoci nonché l'esigenza di un coinvolgimento di tutti quei soggetti non istituzionali che nel territorio costituiscono punti di riferimento significativo per bambini, ragazzi e giovani.

Nella nostra regione, permane l'urgente bisogno di aumentare le risorse e le competenze professionali che sono alla base di risposte specifiche alla sofferenza psichica in età evolutiva, e che in questi ultimi anni hanno subito una forte contrazione.

Progetto integrato in età evolutiva (caratteristiche):

— valorizzare l'intervento rivolto all'età evolutiva. Gli operatori a cui va riconosciuta tale specificità formativa ed operativa, assicurano l'erogazione delle prestazioni in tale specificità formativa ed operativa, assicurano l'erogazione delle prestazioni in forma multiprofessionale, con modalità che evitino la separatezza dell'intervento tra infanzia, adolescenza ed adulti e garantiscano unitarietà delle cure e continuità nei passaggi età evolutiva/adulti;

— incrementare le iniziative di carattere preventivo e di promozione della salute in collaborazione con altri servizi, ivi compresi i servizi socio-sanitari distrettuali;

— garantire un intervento terapeutico precoce nella prima e nella seconda infanzia, sia valutativo che dello stato di bisogno del minore che riparativo, per gravi disturbi di tipo nevrotico, psicotico, disturbi della condotta, dell'affettività e dell'apprendimento, attivando programmi terapeutici e psicoterapeutici appropriati e attivando risorse complementari per la realizzazione di approcci integrati multi-contestuali;

— porre attenzione alle situazioni di multiproblematicità del nucleo familiare (maltrattamenti, abusi, ecc....) anche con l'attivazione di modalità di intervento integrato;

— porre attenzione e favorire modalità di intervento integrato, tempestivo e complesso nei casi di bambini ed adolescenti con comportamenti violenti ed antisociali, comportamenti connessi con il disagio giovanile, comportamenti devianti ed antisociali, la prevenzione del suicidio, i disturbi del comportamento alimentare, disturbi connessi con l'uso di sostanze, attraverso la definizione di opportuni modelli di intervento, assicurando modalità flessibili ed accoglienti sia in fase di valutazione che di risposta alla richiesta stessa;

— garantire vie d'accesso agevoli degli utenti al percorso di cura, favorendo l'avvio al servizio competente per il caso anche attraverso la costruzione dei percorsi di

intervento coordinati e condivisi con altri servizi mediante protocolli per la valutazione integrata e criteri per la presa in carico e costruendo spazi e modalità d'intervento anche spazialmente esterne ai servizi più stigmatizzanti, finalizzati a facilitare al massimo l'aggancio con queste problematiche;

— attuare iniziative formative e di aggiornamento per la qualificazione professionale che sono alla base di risposte specifiche alla sofferenza psichica in età evolutiva;

— includere nel percorso presa in carico la figura del Mediatore Culturale come risorsa importante e necessaria di approccio ai problemi di salute mentale nella popolazione immigrata in età evolutiva.

Azioni specifiche:

— individuazione e monitoraggio dell'incidenza delle problematiche e dei fattori di rischio legati all'infanzia, l'adolescenza e l'età giovanile in ambito scolastico e sociale;

— avvio di iniziative di ricerca e di studio di fenomeni particolari del mondo giovanile (suicidio, incidenti stradali, devianza);

— avvio di iniziative di carattere preventivo in collaborazione con i servizi sociali e sanitari distrettuali nell'ambito di «normalità», quali sostegno psicologico genitoriale, coordinamento con i pediatri, collaborazione con altri soggetti educanti;

— realizzazione di una ricerca-intervento sull'autismo. Progetto nazionale;

— definizione delle finalità, delle caratteristiche e delle funzioni delle strutture intermedie per minori sul territorio regionale, previa una mappatura delle stesse, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro regionale;

— consulenza e collaborazione con le strutture intermedie che accolgono minori sul territorio regionale; individuazione e collaborazione con altri soggetti in ambiti che consentano la riabilitazione psicosociale di minori con gravi difficoltà di sviluppo (enti locali, scuola, laboratori, centri di animazione, associazioni e gruppi organizzati nel territorio).

Data la complessità dell'Area Età Evolutiva si evidenzia la necessità di una particolare attenzione e di nuovi investimenti in termini di risorse in questo settore. Si ribadisce tuttora in questo ambito il compito importante assegnato all'Area della Salute Mentale nel contribuire alla salute mentale della popolazione ed in modo particolare in questa fase della vita.

E) DIPENDENZE.

Il nuovo sistema di interventi e di servizi si prefigge i seguenti obiettivi di salute:

- aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto;
- potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche-riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti;
- ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti;
- garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutica-riabilitativa a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali.

E.1.) *Assetto organizzativo-funzionale e requisiti.*

Proponendosi quale nuovo sistema di interventi e di servizi più articolato ed aderente sia alle specificità dei bisogni dell'utenza, sia all'evoluzione degli approcci operativi attraverso l'offerta completa di prestazioni che vanno dalla bassa alla alta soglia, è articolato in:

E.1.1.) *Area pedagogica-riabilitativa:*

Servizio pedagogico riabilitativo residenziale: è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, metodologie di tipo pedagogico con finalità esplicitamente descritte nel programma, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare. Il servizio pedagogico-riabilitativo, previo accordo con il Ser.T, può prevedere anche l'offerta di moduli di accoglienza per utenti in trattamento farmacologico sostitutivo in via di risoluzione.

E.1.2.) Area terapeutica-riabilitativa:

Servizio terapeutico-riabilitativo: è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, che non assumono²⁶ sostanze d'abuso e ad utenti, se ritenuti idonei al programma, sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso (metadone o altri farmaci) programmi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo dettagliatamente descritti nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.

E.1.3.) Area specialistica residenziale.

Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica: è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso e con una storia pregressa di gravi disturbi psichiatrici che si manifestano o meno al momento dell'inserimento, utenti inviati dai SerT di residenza previa formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio di salute mentale di residenza, proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente.

Servizio specialistico per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori: è una struttura che offre, ad utenti, italiani e stranieri, dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in attesa di un figlio, programmi di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. La retta per i figli minori è a carico del sociale.

Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati: accoglie persone maggiorenni, italiane e straniere, con problematiche legate all'uso problematico o alla dipendenza alcolica, senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Offre interventi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo personalizzati con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente. La struttura residenziale per alcolodipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica associati ad attività riabilitative anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano inoltre in modo attivo alla vita del Centro svolgendo attività quotidiane di cura del Centro (come cucina, pulizia ed attività varie), assumendosi piccole responsabilità per la gestione di tali mansioni.

E.1.4.) Area intermedia a bassa soglia di accesso.

Servizio intermedio residenziale e semiresidenziale a bassa soglia d'accesso: struttura che offre un'accoglienza non selezionata ad utenti²⁷, italiani e stranieri, consumatori attivi di sostanze illegali in condizioni di forte disagio psico-fisico-sociale, indipendentemente dalla loro decisione di accettare nell'immediato un programma di superamento della tossicodipendenza.

Unità di strada: si caratterizza come unità mobile che offre ad utenti, italiani e stranieri, in fase attiva di assunzione, e/o ad altri gruppi di popolazione, non afferenti

²⁶ Al momento della presa in carico.

²⁷ L'atto di indirizzo programmatico «Riduzione del danno da dipendenze» (DCR 10 gennaio 2000, n. 767) indica alcune tipologie di destinatari (lista solo orientativa da adattare alla singola realtà territoriale);

— persone tossicodipendenti attive e/o con problematiche relative all'uso/abuso di alcool e/o di psicofarmaci;

— persone con lunga storia di tossicodipendenza e con tappe di riabilitazione fallimentari;

— persone tossicodipendenti attive che, in mancanza di condizioni minime di sopravvivenza non sono in grado di interrogarsi sulle proprie scelte, né avviare al momento percorsi di cambiamento;

— persone tossicodipendenti italiane e straniere che escono dal carcere e che non dispongono al momento di altre risorse; persone che si prostituiscono per procurarsi le sostanze; extracomunitari coinvolti nella tossicodipendenza/alcolodipendenza senza assistenza socio-sanitaria.

ai servizi socio-sanitari, prestazioni e servizi atti a ridurre i danni ed i rischi individuali e collettivi che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sociale e sanitario²⁸.

E.1.5.) *Area di accoglienza.*

Servizio di accoglienza diagnostica residenziale: il Servizio di accoglienza diagnostica residenziale (SADR) è una struttura residenziale che offre ad utenti, italiani e stranieri, che hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, attività di orientamento diagnostico propedeutiche alla definizione di un programma terapeutico-riabilitativo con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.

E.2.) *Requisiti strutturali e funzionali.*

Rispetto alle strutture ed ai servizi sopra elencati, di seguiti sono presentati:

- i requisiti strutturali e funzionali comuni a tutti i servizi;
- i requisiti specifici e differenziati per servizio sono indicati all'interno della presentazione dei singoli servizi.

Con specifica DGR per ogni tipologia di servizio sono stabiliti: definizione, finalità, durata del programma, soglia, capacità ricettiva, prestazioni, requisiti di personale, range retta per tipologia (residenziale o semiresidenziale).

E.2.1.) *Requisiti strutturali minimi e funzionali comuni a tutte le aree e servizi compresi nel «nuovo sistema di interventi e di servizi nel campo delle dipendenze».*

E.2.1.1.) *Requisiti minimi.*

□ I servizi residenziali e semiresidenziali devono garantire i seguenti requisiti minimi:

- locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti;
- locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli ospiti della sede operativa, con relativi servizi igienici;
- locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti della sede operativa;
- locali e servizi per il responsabile delle strutture e per gli operatori;
- locali per attività adeguate al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

La strutture residenziali devono inoltre garantire i seguenti requisiti:

- camere da letto con non più di 6 posti;
- lavanderia e guardaroba adeguati al numero degli ospiti.

Tutti i locali devono essere adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

E.2.1.2.) *Requisiti funzionali.*

L'organizzazione interna del servizio deve essere svolta in conformità al programma e al regolamento e oltre al rispetto delle leggi, deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

La struttura:

- è autorizzata al funzionamento;
- per ogni attività prevista e proposta è previsto il consenso libero ed informato;
- garantisce il rispetto della legge sulla privacy n. 675 del 1996;
- lavora in rete con le strutture del territorio;
- prevede l'apertura e l'aggiornamento di una cartella individuale che riporta tutte le informazioni utili e significative riguardanti l'utente;

²⁸ L'atto di indirizzo regionale di cui all'art. 4 del DPCM del febbraio 2001 in materia di integrazione socio sanitaria definirà le modalità di finanziamento per le attività di questo servizio.

- prevede un follow-up sugli esiti del trattamento a tempi ed intervalli congrui con la storia ed il percorso soggettivo della persona;
- presenta una documentata attività di miglioramento della qualità del servizio;
- prevede un regolamento interno in cui sono descritti i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza, le regole di vita comunitaria con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti e al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane e nella tutela degli aspetti igienico-sanitari;
- gestisce ed aggiorna un registro giornaliero degli utenti;
- descrive il programma offerto in un documento scritto che esplicita i principi ispiratori, la metodologia degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, la descrizione delle prestazioni svolte, la definizione dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti coinvolti, le modalità di relazione con i familiari, le misure intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti, le modalità di valutazione e verifica degli interventi;
- rende il programma, consegnato all'utente ed al committente, disponibile agli interessati;
- rispetto al programma di trattamento individualizzato assicura: la verifica periodica, il coinvolgimento dell'utente e di tutti i componenti dell'équipe sia nella fase di definizione sia di verifica, la sua modifica in base all'emergere in itinere di nuovi elementi, la supervisione esterna con una specifica figura professionale, la sintesi scritta degli esiti della verifica da rendere disponibile ai diversi soggetti coinvolti.

I servizi semiresidenziali, a differenza di quelli residenziali:

- non offrono l'assistenza notturna;
- garantiscono la permanenza di almeno 8 h/die e per non meno di 5 giorni a settimana.

Tabella 7.8: Calendario di azioni nel triennio e principali responsabilità.

Anno	Azione	Titolarità
I	Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001 in materia di prestazioni socio sanitarie	Regione – Autonomie locali
	Predisposizione dei programmi delle attività territoriali del distretto e attivazione di strumenti per il coordinamento interistituzionale	Distretti – ASL AO – Conferenze dei Sindaci
	Censimento dei soggetti istituzionalizzati nelle strutture a valenza socio sanitaria	Direzione regionale sanità e Servizi sociali
II	Attivazione delle opzioni assistenziali previste	Direzioni aziendali
	Verifica compatibilità economiche valutazione ostacoli potenziali ed elaborazione indirizzi correttivi	Direzione Regionale + Distretti
	Prima valutazione outcome per aree di integrazione	Direzione Regionale + Distretti
III	Valutazione complessiva triennio	Direzione regionale + ASL

7.5. Definire le innovazioni negli assetti organizzativi generali.

Di seguito sono sviluppate, con particolare attenzione agli aspetti innovativi, una serie di indicazioni relative agli assetti organizzativi generali sui quali il Piano intende sviluppare il disegno organizzativo attivato nei precedenti cicli della programmazione socio-sanitaria regionale o avviare innovazioni ritenute particolarmente qualificanti per lo sviluppo del SSR.

7.5.1. ATTIVARE LE ÉQUIPE TERRITORIALI, SVILUPPARE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, GARANTIRE L'ADI.

A) MMG, PLS E DISTRETTO NELLE ÉQUIPE TERRITORIALI.

□ La costituzione delle équipe territoriali, compresa all'interno dell'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (DGR n. 456 del 17 aprile 2002), rappresenta un passo ulteriore verso la piena integrazione dei medici convenzionati all'interno dei Distretti, in funzione dell'ulteriore sviluppo del ruolo di Governo della Domanda, che, a partire da una sempre maggiore capacità di lettura dei bisogni, riesca a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, sia a livello territoriale che ospedaliero.

In questa prospettiva i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, gli Specialisti ambulatoriali unitamente ai medici del Servizio di Continuità Assistenziale svolgeranno un ruolo sempre più centrale nell'operatività del Distretto e aumenterà nel triennio il loro livello di integrazione funzionale ed organizzativa.

Nell'ambito delle attività dell'équipe territoriale rappresentano infatti obiettivi del triennio per i medici convenzionati:

- partecipare alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, all'individuazione e al perseguimento degli obiettivi del Distretto, al fine della piena realizzazione del governo clinico, inteso come l'insieme dei comportamenti, responsabilità ed azioni che l'organizzazione distrettuale ed i professionisti si danno per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e dei percorsi di cura nonché la salvaguardia degli standard assistenziali;
- concorrere alla elaborazione delle linee guida condivise, basate su procedure definite e validate scientificamente volte all'ottimizzazione delle cure e delle risorse, alla ricerca sia in campo clinico che epidemiologico e alla didattica, con specifici programmi di formazione. Nell'ambito del governo clinico del Distretto Aziendale, nell'ambito della predisposizione dei programmi assistenziali per specifiche patologie croniche più comuni, i professionisti saranno coinvolti nella elaborazione collegiale dei percorsi di cura;
- continuare nell'espletamento dell'attività professionale ad essere riferimento diretto per le famiglie e nel rapporto con gli assistiti, nella valutazione multidimensionale dei problemi e dei loro bisogni, valorizzando funzioni educative e promozionali della salute e rappresentando il filtro di orientamento clinico e regolatore dell'accesso agli altri servizi sanitari;
- divenire ancor più elemento cardine della reale continuità assistenziale, superando la frammentazione delle singole prestazioni sanitarie.

Tali obiettivi potranno trovare la piena realizzazione con il coinvolgimento, nelle équipe, sia dei Pediatri di libera scelta che degli Specialisti ambulatoriali, nonché con una completa riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, ancora oggi troppo avulso dal contesto programmatico territoriale, al fine di poter costituire nuclei di assistenza primaria e specialistica, i quali, all'interno del governo complessivo della sanità territoriale da parte del Distretto ed in stretta integrazione con i livelli di produzione territoriale (Centri di salute, Servizi Specialistici, Residenze, ecc.), possano rappresentare, da un lato una reale capacità di offerta sanitaria prossima ai bisogni degli assistiti, in grado cioè di sviluppare attività sanitarie di base, di Specialistica ambulatoriale e di primo soccorso nell'arco delle 24 ore, dall'altro fornire un decisivo supporto al Distretto nel proprio compito di programmazione e regolazione della richiesta di prestazioni ospedaliere, sia in termini di ricoveri che di offerta di specialistica ambulatoriale.

B) L'INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

□ È necessario altresì prevedere che il servizio di continuità assistenziale:

- sia sempre più prossimo alla funzione del medico di assistenza primaria, in modo da garantire la piena e reale «continuità» dell'assistenza sanitaria di base nelle 24 ore;
- possa, contemporaneamente, consentire, tramite la équipe territoriale, la creazione di presidi medici multidisciplinari, all'interno dei quali possano essere anche svolte attività di primo soccorso in modo tale da sgravare il carico, spesso improprio, che grava sui punti di pronto soccorso ospedalieri, nonché attività specialistiche finalizzate al contenimento dei tempi di attesa, introducendo il concetto di «attesa appropriata»;

- contribuisce al definitivo superamento delle residue difficoltà di sviluppo dell'assistenza domiciliare e dei percorsi di dimissioni protette e di ospedalizzazione domiciliare, consentendo la strutturazione di un'offerta assistenziale in grado di coprire la totalità dei bisogni dei cittadini al momento dell'uscita dalle strutture ospedaliere, oggi sempre più precoce e sempre più problematica per quanto attiene alle conseguenze assistenziali nel territorio.

La costituzione delle équipes territoriali e la messa a regime del sistema dell'emergenza territoriale (118) impongono la riorganizzazione del servizio di CA promovendone la reale integrazione, nell'ambito dell'attività distrettuale, con gli operatori dell'Assistenza Primaria e le altre figure professionali facenti capo alle singole équipes territoriali.

Tale processo di riorganizzazione dovrà tenere conto:

- delle larghe aree di sovrapposizione con l'attività del servizio di emergenza territoriale;
- della necessità di rapportare agli effettivi bisogni del territorio le dimensioni del servizio di continuità assistenziale;
- delle mutate caratteristiche professionali degli operatori;
- della necessità di assicurare alla popolazione di riferimento del distretto l'assistenza sanitaria nel territorio per 24 ore al giorno e per tutti i giorni dell'anno;
- della necessità di potenziare ulteriormente i servizi di assistenza domiciliare razionalizzando gli interventi;
- della necessità di elevare ulteriormente i livelli di assistenza territoriale al fine di fare del distretto un punto di riferimento sanitario principale del cittadino e limitare così il ricorso improprio a strutture di livello superiore.

Tutto ciò comporta una radicale trasformazione della figura dell'operatore della continuità assistenziale sia sul piano contrattuale (stabilità del rapporto di lavoro, accesso ai meccanismi incentivanti, formazione professionale, etc.) sia riguardo alla possibilità di svolgere, nell'ambito distrettuale, altre funzioni oltre quelle tradizionali (assistenza domiciliare integrata, partecipazione all'attività di «ambulatori per problemi» eventualmente organizzati nell'ambito delle équipes, campagne di prevenzione e di educazione sanitaria, attività di ricerca clinica ed epidemiologica, ecc). L'abbandono dello stato di precarietà e l'assunzione di un nuovo status professionale da parte degli operatori si può tradurre pertanto, non solo nel miglioramento delle condizioni di lavoro del singolo, ma e soprattutto nella trasformazione dell'attuale continuità assistenziale in un servizio gradito all'utenza ed altamente efficace.

Le équipes territoriali, nella loro ampia accezione, devono, infine, costituire anche lo strumento fondamentale di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni, ed in particolare di quelle prescrittive, dei ricoveri ospedalieri e del ricorso a strutture residenziali per anziani, attraverso la «strutturazione», a livello distrettuale, di «percorsi assistenziali» relativi alle patologie prevalenti e causa dei maggiori consumi in sanità. Tali percorsi, a partire dalla condivisione locale di linee guida basate sull'EBM ed attraverso un'attenta valutazione del loro impatto sull'organizzazione dei servizi dell'offerta territoriale ed ospedaliera, rappresentano lo strumento principe per il governo clinico e per lo sviluppo di politiche di programmazione socio-sanitaria territoriali adeguate ai reali bisogni dei cittadini.

C) IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

L'Assistenza domiciliare integrata è un insieme coordinato di prestazioni a termine, di carattere sanitario e socio-assistenziale, rese a domicilio secondo piani individuali programmati di assistenza.

Riguarda soggetti con bisogni complessi di tipo socio-sanitario, disabili o a rischio di perdita di autonomia mirando al mantenimento nel contesto socio-familiare, evitando ricoveri impropri ed istituzionalizzazioni non strettamente necessarie.

Per lo più è rivolta (85 per cento) a pz in età geriatrica con polipatologia, deficit funzionali e spiccata propensione alla scompenso omeostatico. Considerata la struttura demografica regionale e la necessità di dotare il territorio di servizi alternativi al ricovero e di supporto alle dimissioni protette, il Piano assume una migliore organizzazione dell'ADI come terreno di particolare impegno.

Le criticità che influenzano negativamente il raggiungimento di questo obiettivo sono descritte nella «Relazione su assetti e processi organizzativi attivati dal PSR 1999-2001», insieme alle risorse investite nel settore.

C.1.) *Gli obiettivi per il nuovo triennio.*

- garantire la presa in carico di almeno il 2,5 per cento degli ultrasessantacinquenni ed una pari ad almeno 0,1 x mille sotto i 65 anni;
- realizzare una modalità integrata di risposta territoriale secondo i principi della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili, e del governo clinico;
- perseguire con forza l'obiettivo della personalizzazione dell'assistenza (piani assistenziali individuali) utile anche per il monitoraggio e l'ottimizzazione del consumo delle risorse;
- monitorare ed analizzare la performance delle cure;
- assicurare la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici richiesti dai piani terapeutici e ricompresi nel prontuario terapeutico aziendale;
- definire protocolli d'intesa con centri oncologici per la somministrazione di farmaci H;
- svolgere le funzioni previste dalla rete di cure palliative;
- rafforzare l'integrazione ospedale-territorio implementando l'home care pneumologico per i pazienti affetti da I.R.C. (Insufficienza Respiratoria Cronica) in O.T.L.T. (Ossigeno Terapia Lungo Termine) domiciliare e/o ventilazione meccanica e tenere conto anche delle linee guida dell'A.I.P.O. (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri);
- utilizzare le linee guida regionali sulla nutrizione artificiale;
- migliorare l'appropriatezza sia dell'accesso che delle prestazioni in ADI e potenziare quantitativamente l'offerta, ottimizzando tutte le risorse disponibili:
 - l'operatore socio sanitario (OSS) di cui alla L.R. n. 13/2002;
 - le risorse professionali utilizzando modalità di organizzazione del lavoro adeguate al modello organizzativo del servizio ed attingendo anche alle risorse derivanti dalla riconversione delle strutture ospedaliere;
- implementare i protocolli di dimissione protetta;
- realizzare completamente l'integrazione all'interno della rete dei servizi sanitari e tra questi ed il servizio sociale, attivando anche le risorse del tessuto sociale, per costruire un sistema ad elevata continuità assistenziale;
- l'attivazione dell'Assegno di cura, in una prospettiva di estensione dell'offerta costituisce un arricchimento nella direzione della diversificazione e personalizzazione dell'offerta. La «risorsa» costituita dall'impegno di famiglie e badanti deve essere comunque considerata ed inserita nei piani assistenziali individuali; in materia la Giunta regionale è tenuta a presentare apposito disegno di legge entro sei mesi;
- completare la formazione di tutte le figure professionali.

C.2.) *Organizzazione e percorsi assistenziali.*

Va definito un *percorso chiaro* dell'utenza secondo un modello condiviso a livello regionale, seppure con possibili articolazioni organizzative differenziate:

- l'accoglienza della domanda e l'attivazione del servizio è a cura dei distretti/centri di salute;
- la richiesta di attivazione del servizio è effettuata di norma dal MMG, che in quanto clinico del territorio è chiamato, anche ai sensi della convenzione vigente, a svolgere un ruolo centrale nell'ADI. È possibile anche una richiesta diretta di attivazione del servizio da parte di: utenti, familiari, reparti ospedalieri dimettenti, servizi sociali.

In questo caso il distretto/centro di salute curerà l'immediato coinvolgimento del MMG per verificare congiuntamente la possibilità di attivazione del servizio, previa valutazione multidimensionale e predisposizione del piano assistenziale personalizzato avvalendosi delle competenze del nucleo di valutazione di norma costituito da: responsabile del centro di salute con compito di coordinatore, MMG, infermiere, assistente sociale con integrazioni (es. fisioterapista o medico specialista, di norma un geriatra, salvo i casi rivolti ad altre patologie e/o che richiedono più competenze specialistiche).

Il MMG è responsabile clinico del caso e dell'attuazione del piano assistenziale personalizzato, prevedendo anche modalità di integrazione con la continuità assistenziale.

L'infermiere ha la responsabilità della gestione del caso a prevalente rilevanza sanitaria sulla base delle linee guida per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica che saranno emanate dalla Regione nel primo anno di vigenza del Piano.

L'assistente sociale è responsabile della gestione del caso a prevalente rilevanza sociale.

Per tutti i pazienti inseriti in ADI è predisposto il piano assistenziale personalizzato per la presa in carico globale dei loro bisogni e per gli aspetti connessi alla diagnosi e cura, anche attraverso il ricorso a servizi e a strutture sanitarie diverse ma integrate all'interno del percorso. Il Piano dovrà essere monitorato nel tempo al fine di verificare l'efficacia degli interventi e l'adeguato utilizzo delle risorse; il MMG è responsabile del caso clinico, in collaborazione con gli altri professionisti sanitari e sociali (infermiere, ass. sociale), pianifica le cure dei pazienti e ne assicura l'attuazione.

Il medico responsabile del centro di salute è garante sul territorio dell'integrazione dei servizi settoriali e specialistici.

L'équipe territoriale definisce «*i profili di cura*» per le attività del territorio come strumenti di miglioramento delle performance cliniche in quanto prodotte da team multidisciplinari basati sull'Evidence Based Medicine (EBM) a partire dalle esigenze locali, definendo un sistema orientato ad ottimizzare sequenze di tempi e intervento e contribuendo a ridurre ritardi e l'eccessiva variabilità dei trattamenti.

Appare opportuno prevedere per il personale impegnato nell'ADI forme di incentivazione, nell'ambito degli accordi per le incentivazioni su Progetti ad alta rilevanza aziendale e regionale.

Occorre potenziare il sistema informativo puntando all'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, gestibili anche su supporto informatico in modo da permettere l'utilizzazione di un set di indicatori di valutazione concordati e condivisi a livello regionale.

È necessario prevedere un'attività formativa soprattutto dei MMG, anche prevedendo momenti di formazione congiunta con gli operatori dei centri di salute.

C.3.) *Sistema di tutoraggio del cittadino-utente.*

La Continuità Assistenziale si articola in tre momenti:

C.A. di attesa, C.A. di trattamento e C.A. di «presa in carico» nella quale il sistema assicura al paziente un circuito assistenziale che lo segue in modo attivo con le valutazioni, i trattamenti ed il supporto alla gestione quotidiana della malattia.

La C.A. di «presa in carico» si articola su diversi livelli con l'individuazione di veri e propri tutor per ogni singolo livello:

1) *Tutor Territoriale.*

Il ruolo è svolto dal medico di famiglia, come già previsto dalla normativa vigente, il quale, affiancato da altre figure professionali, deve garantire al cittadino una comunicazione più agevole con le strutture ospedaliere e di ricovero.

In questo modo verrà garantita a tutti la centralità dell'appropriatezza dei percorsi di cura e il cittadino avrà la certezza di avere a fianco chi promuove e tutela la sua salute.

In caso di assistenza domiciliare o residenziale (RSA-Case di riposo) il medico di famiglia è affiancato dall'équipe di assistenza territoriale (Centro salute o Distretto).

2) *Tutor Ospedaliero.*

Il passaggio dalla Continuità Territoriale a quella Ospedaliera viene attuato tramite un «servizio di accoglienza», in via sperimentale in un Presidio di ogni singola ASL, nel quale il tutor (medico e/o psicologo) «prende in carico» il singolo ricoverato con il compito di:

- accogliere in modo ottimale il paziente;
- chiarire ipotesi diagnostica di ingresso, tempi presumibili di ricovero, ipotesi terapeutiche, iter riabilitativo, etc.;
- essere punto di riferimento di eventuale necessità interna;
- essere punto di collegamento con il Medico di Famiglia (1° tutor).

7.5.2. *GOVERNARE L'ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA.*

- I farmaci, usati in modo appropriato, forniscono un contributo formidabile alla

salute individuale e un'adeguata disponibilità di farmaci sicuri ed efficaci per tutta la popolazione rappresenta un'importante garanzia di equità.

- A fronte di tali preziosi benefici, l'uso dei farmaci comporta rischi di eventi indesiderati per ipersensibilità, effetti collaterali, interazioni, etc; tali rischi, divengono inaccettabili ove siano associati all'uso di farmaci inefficaci in relazione alla specifica condizione patologica o ad un uso non conforme alle note CUF e/o alle schede tecniche di registrazione.
- Questi effetti negativi possono essere amplificati da una bassa consapevolezza dei cittadini rispetto al rapporto rischio/beneficio connesso con l'uso dei farmaci.
- Inoltre il prevalere di patologie cronico degenerative comporta la necessità di assumere, per finalità di prevenzione secondaria o terziaria farmaci (antiipertensivi, statine, antidiabetici, etc.) che garantiscono benefici solo a fronte di un'assunzione regolare per periodi che talora coincidono con l'intera esistenza; ciò complica ulteriormente le relazioni tra costi e benefici, soprattutto in presenza di adesioni ai trattamenti basse o incostanti.

Se i farmaci hanno un ruolo fondamentale nel contribuire al raggiungimento dei primi 4 obiettivi di salute del PSR (aumento della speranza di vita senza disabilità, riduzione della disabilità evitabile, riduzione della mortalità evitabile, garanzia della equità di accesso alle prestazioni efficaci), è anche vero che il loro uso è connesso a rischi potenziali che devono essere attentamente valutati caso per caso²⁹.

Problemi organizzativi.

L'estrema importanza della risorsa farmaco e l'ampia disponibilità che di esso è garantita alla popolazione determinano uno scenario affollato da una nutrita serie di problemi organizzativi.

a) Dato che l'immissione sul mercato è regolata da norme e procedure in cui il livello nazionale ha il potere di regolamentazione, si pone per la nostra Regione (e più in generale per tutte le regioni) la necessità di governare, calibrandole ancora meglio di oggi a livello di Conferenza Stato Regioni, le interazioni tra i momenti decisionali nazionali (politico e tecnico) e le proprie responsabilità economiche.

b) Sempre in tale ambito un secondo problema riguarda la necessità di studiare misure per diversificare, con il vincolo di mantenere tutte le garanzie sulla qualità dei prodotti e ove non si raggiungano accordi stabili con i produttori, i mercati sui quali avviene l'approvvigionamento (oggi uno solo, quello nazionale) dato l'ampio differenziale esistente nei prezzi alla distribuzione sia in ambito CEE che a livello internazionale, con una paradossale limitazione del libero mercato.

c) Gli incrementi di spesa registrati nell'assistenza farmaceutica sono stati nel triennio 1999-2001 così consistenti da superare quelli di altre voci del SSR; ciò ha dato luogo a reazioni organizzative che hanno visto la nostra Regione raggiungere consistenti e ragguardevoli risultati, ma che rischiano di stravolgere la naturale e corretta dimensione operativa dell'assistenza farmaceutica, mescolando i ruoli di ciascun attore (produzione e grande distribuzione, farmacie territoriali ed ospedaliere, prescrittori, fruitori, servizi farmaceutici aziendali, distretti e dipartimenti).

d) Il settore richiede, a causa della grande liquidità e delle asimmetrie che lo connotano, un continuo sforzo di vigilanza per individuare e sanzionare comportamenti animati da interessi non organizzativi. Basti pensare al fatto che la ricetta rappresenta un vero e proprio assegno in bianco ed è dunque necessario presidiarne tutti i passaggi con grande attenzione.

e) La rete regionale di farmacovigilanza è ancora da sviluppare ed il livello di segnalazione spontanea delle reazioni avverse potrebbe lasciare scoperte ampie zone del nostro territorio, senza sufficiente attenzione agli aspetti qualitativi della farmacovigilanza ed alle aree di rischio maggiore.

f) Vi sono insufficienze negli interventi informativi e educativi rivolti ai cittadini e nella formazione e l'aggiornamento degli operatori sulla sicurezza nell'uso dei farmaci, sul contrasto ai comportamenti consumistici, nonché sui farmaci generici.

g) Abbiamo scarse conoscenze sulla compliance effettiva alle terapie.

²⁹ Negli USA sono stati stimati in 7.000 all'anno i morti per errori nella prescrizione o nell'uso delle medicine e proiezioni sulla nostra popolazione portano a stimare in 15-30 decessi all'anno il relativo danno atteso.

Il budget per il triennio.

Il budget della spesa farmaceutica territoriale per il triennio di vigenza del PSR è fissato, conformemente alle indicazioni della legge 405/2001, nel 13 per cento della spesa sanitaria totale, proporzione che comprende al denominatore anche le entrate proprie del SSR ed al numeratore le spese dirottate sulla farmaceutica ospedaliera per effetto della distribuzione a tale livello delle terapie necessarie a completare il ciclo terapeutico avviato in regime di degenza.

Gli obiettivi per il nuovo triennio.

Il PSR per il triennio 2002/2004 intende promuovere l'uso appropriato dei farmaci sia a livello territoriale che ospedaliero, ponendosi i seguenti obiettivi:

- 1) Garantire un'assistenza farmaceutica sicura, efficace ed appropriata.
- 2) Ridurre i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati.
- 3) Promuovere l'appropriatezza di prescrizione, distribuzione e consumi anche tramite accordi con i diversi attori.
- 4) Contenere la spesa farmaceutica convenzionata all'interno del budget previsto.
- 5) Implementare adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi (anziani).
- 6) Contrastare gli interessi extraorganizzativi.

Le azioni nel triennio.

Il Piano fa proprio il programma di lavoro stabilito dalla DGR 563/2001 (cui rimanda per le indicazioni specifiche) e consolidato dalla legge 405/2001, che verte intorno alle seguenti aree:

- mettere a punto ed applicare, sulla base delle analisi sulla utilizzazione dei farmaci prodotte dall'ISS e dall'OERU, specifici programmi aziendali;
- ricondurre la prescrizione a livello di Medico di base, fatti salvi i motivi di urgenza;
- adozione da parte di distretti e dipartimenti di LG per l'uso appropriato di farmaci ad alto consumo e/o costo, predisponendo piani assistenziali e profili di cura;
- applicare i modelli organizzativi, funzionali e distributivi previsti nella legge 405/2001;
- migliorare l'integrazione ospedale territorio anche in materia di appropriatezza prescrittiva;
- rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari (ECM), definendo programmi autonomi di formazione ed aggiornamento da parte del SSR anche in accordo con le Facoltà di Medicina e di Farmacia;
- potenziare le iniziative in materia di farmacovigilanza, farmacoepidemiologia e farmacoconomia;
- valorizzare la rete territoriale delle farmacie pubbliche e private convenzionate.
- regolare l'attività informativa nei presidi del SSR;
- promuovere intese con produttori e distributori per la ratifica e la verifica di «Norme di buona pratica nella promozione e informazione sui farmaci verso gli operatori del SSR»;
- attivare iniziative congiunte per contrastare la presenza di interessi extra organizzativi nelle relazioni tra prescrittori, produttori e distributori.

Il Piano assume inoltre la necessità di sviluppare, nel triennio, ulteriori azioni organizzative sui seguenti temi:

- *promuovere accordi con produttori, distributori e prescrittori verificando la possibilità di affidare alle farmacie territoriali la distribuzione di farmaci ad alto costo, in modo da garantire ai cittadini la piena accessibilità alle relative terapie, al SSR la copertura di questa funzione con la quota di budget relativa ed alle farmacie territoriali di svolgere pienamente la loro funzione di presidio territoriale del SSR.*

In ogni caso gli accordi sono specifici e individuano per ogni attore obiettivi e performance di riferimento, all'interno di budget definiti e assegnando responsabilità

ritagliate sugli ambiti effettivi di intervento, nonché prevedendo misure ulteriori da attivare in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi o in presenza di comportamenti inattesi. Gli accordi tengono conto dei poteri assegnati alla Regione dalla legge 405/2001;

- *implementare i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni sia a livello territoriale che ospedaliero:*
 - prevedendo sistemi di monitoraggio a livello ospedaliero che consentano la rilevazione della prescrizione per singolo paziente;
 - adeguando i sistemi informativi regionali e aziendali alle necessità del governo della salute a livello distrettuale;
 - implementando il sistema di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali/specialistiche e dei ricoveri ospedalieri da inserire nelle schede di budget dei MMG e PLS;
 - implementando il sistema di monitoraggio dell'assistenza integrativa e protesica;
 - integrando la rete informatizzata delle farmacie convenzionate con i MMG, con i PLS e con le ASL per razionalizzare il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e per sperimentare la E-ricetta;
 - consolidare la pratica delle gare centralizzate per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, verificando la possibilità di delegare la distribuzione alle farmacie aperte al pubblico.
- *Consolidare l'organizzazione del Servizio Farmaceutico delle Aziende Sanitarie.*

Oltre alle funzioni già previste dalla normativa regionale vigente in questa sede assumono rilevanza le seguenti funzioni del Servizio Farmaceutico aziendale, che rappresenta:

- a) una struttura di staff che fornisce supporto consulenziale ai diversi livelli dell'azienda: Dg, Ds, direttori di distretto e di dipartimento, mmg, pls e responsabili dei Centri di salute per le interazioni con le équipes in materia di appropriatezza prescrittiva;
- b) un centro di risorse di beni sanitari, che ne gestisce l'acquisto, lo stoccaggio e la distribuzione alle varie strutture Aziendali con responsabilità anche sulla contabilità analitica. È inoltre opportuno che la gestione dei magazzini farmaceutici sia ricondotta ai servizi farmaceutici anche qualora siano attivate gestioni esterne del magazzino, in modo da esercitare la sorveglianza, il monitoraggio, l'informazione scientifica e l'adattamento della terapia al singolo pz, garantendo un uso appropriato del farmaco;
- c) è responsabile della dispensazione diretta dei farmaci ad alto costo (fino alla eventuale stipula dell'accordo regionale con le farmacie territoriali sopra previsto) e delle terapie integrative in fase di dimissione.

A tal fine è necessario garantire una adeguata dotazione di risorse per far fronte alle principali aree di impegno: assistenza farmaceutica ospedaliera, assistenza farmaceutica territoriale, assistenza integrativa/protesica, galenica clinica, farmacovigilanza, farmacoeconomia, farmacoepidemiologia e monitoraggio, ricerca, studio e didattica, verificando la possibilità di aggregazioni sovra aziendali dei servizi farmaceutici.

Saranno promosse nel triennio sperimentazioni volte a consorzicare a livello sovra aziendale specifiche aree di attività dei servizi farmaceutici, previa intesa tra le aziende stesse.

Valutazione.

È istituito l'Osservatorio regionale sull'appropriatezza prescrittiva che, al fine di predisporre programmi di intervento tesi a promuovere la qualità della prescrizione, analizzerà con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nella produzione, distribuzione e prescrizione dei farmaci i diversi aspetti dell'uso di farmaci nella popolazione. In particolare, l'analisi della variabilità dei comportamenti prescrittivi, effettuata sia come confronti fra regioni che fra singole Aziende USL (o distretti), consentirà di evidenziare aree sulle quali concentrare l'attenzione per possibili interventi.

L'Osservatorio regionale sull'appropriatezza prescrittiva opera secondo i seguenti obiettivi:

- a) individuare potenziali aree di inappropriata;
- b) valutare e analizzare i dati di farmacovigilanza;
- c) individuare le aree di formazione ed aggiornamento del personale dipendente e convenzionato del SSR;

- d) predisporre materiali informativi rivolti, in prevalenza, ai prescrittori, riguardanti i problemi evidenziati dall'Osservatorio, utilizzando, se del caso, strumenti informatici;
- e) implementare l'uso di Linee guida sull'appropriatezza prescrittiva;
- f) proporre soluzioni per lo svolgimento delle attività di informazione medico-scientifica del personale SSR, rendendole coerenti con le politiche formative del SSR;
- g) promuovere lo sviluppo, nei distretti (équipe territoriali) e nei dipartimenti, di un sistema di «audit» sull'appropriatezza prescrittiva in tema di terapia farmacologia.

7.5.2.bis *TERMALISMO.*

Il Termalismo investe aspetti (ambiente, turismo di qualità,...) che vanno al di là di quelli prettamente sanitari tanto che è stata emanata una legge di riordino (L. 24 ottobre 2000, n. 323) che ha indicato «le linee guida» necessarie ai diversi settori del termalismo, a cui avrebbero dovuto seguire numerosi decreti attuativi.

Ciononostante le prestazioni termali sono state ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) e i cicli di prestazioni erogabili sono individuati nel Decreto Ministeriale 15 aprile 1994 e possono fruirne solo soggetti affetti dalle patologie indicate dal Decreto Ministeriale 15 dicembre 1994.

Gli stabilimenti termali accreditati che erogano prestazioni termali in Umbria sono:

- Terme di Fontecchio (Città di Castello - Asl 1);
- Terme Francescane (Spello - Asl 3);
- Terme Amerino (Acquasparta - Asl 4);
- Terme di Sangemini (Sangemini - Asl 4).

Attualmente le Aziende Termali partecipano alle procedure di contrattazione con le Aziende Unità Sanitarie Locali al fine della quantificazione dell'erogazione del volume complessivo di prestazioni di medicina termale, anche sulla base del vigente accordo nazionale per le prestazioni termali. Tale contrattazione avviene con riferimento al bisogno valutato dalle Aziende USL e comporta l'attivazione di procedure di monitoraggio della qualità delle prestazioni.

Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione dell'Umbria nei confronti del Termalismo viene perseguito attraverso:

- la salvaguardia e ove possibile, il miglioramento dei livelli attuali di qualità nell'erogazione dei cicli di cura termale;
- il coinvolgimento e la collaborazione delle Aziende Termali per la realizzazione di indagini e ricerche di rilevanza statistiche ed epidemiologiche, mirate ad obiettivi di interesse sanitario;
- l'individuazione, per le attività di prevenzione di interesse termale, di percorsi e tipologie di prestazioni, adeguate a garantire efficacia dei trattamenti.

7.5.3. *SVILUPPARE L'INTERVENTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE PER L'INFANZIA.*

□ Il momento storico attuale caratterizzato da una richiesta d'aiuto che definisce l'emergenza infanzia, impone oggi una progettazione attenta ed attuale da parte dei Servizi di Salute Mentale e Riabilitazione per l'infanzia. Allo stesso tempo si ripropone sempre più con forza il bisogno di integrazione sul piano metodologico in grado di dare una risposta adeguata alla struttura ancora non differenziata dell'individuo in età evolutiva.

I familiari del bambino e adolescente con disturbi neuropsicologici, neuromotori, sensoriali, affettivi e relazionali (circa il 15 per cento della popolazione infantile), si rivolgono alla sanità pubblica e privata, sempre più edotti e coscienti dei propri bisogni e delle offerte proposte; è pressoché costante infatti il confronto che realizza l'utente tra i percorsi localmente offerti ed altre realtà consultate, specie in ambito nazionale. La domanda d'accesso è quindi sempre più informata e qualificata, richiedendo che gli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi siano condotti da gruppi multidisciplinari ad alta integrazione, composti di figure professionali specifiche, in grado di garantire una presa in carico precoce, globale ed unitaria del bambino e della sua famiglia.

A fronte della complessità del problema, occorre offrire una specificità di trattamento attraverso un contratto terapeutico, basato su progetti validati secondo protocolli nazionali ed internazionali, percorsi educativo-terapeutico-riabilitativi ben definiti che rispettino lo sviluppo del bambino e del suo contesto di vita, raccordi con le discipline pediatriche e psichiatriche, con il mondo della scuola e con la rete dei servizi educativi e sociali.

Problemi di salute. Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo marcato incremento delle richieste di accesso sia per patologie neuromotorie sia per quelle del linguaggio e sensoriali, oltre che per i disturbi neuropsicologici e psicopatologici. Questo in quanto sono migliorate:

- le speranze di sopravvivenza del neonato in Terapia Intensiva Neonatale;
- l'identificazione dei disturbi dell'apprendimento;
- la consapevolezza che una diagnosi precoce può modificare positivamente l'evoluzione di un disturbo della personalità e delle disabilità neurologiche.

Oltre a questo, si rileva un aumento del disagio psicologico nella popolazione infantile ed adolescenziale, con capacità di risposte spesso settoriali, talvolta inadeguate.

Sono anche in atto intensi fenomeni migratori nella nostra regione, che sempre più frequentemente derivano dalla ricerca di soluzioni, per bambini che non trovano risposte adeguate nei paesi d'origine.

Problemi di assistenza. L'assistenza erogata risulta quasi costantemente inadeguata a causa della scarsa integrazione con i pediatri di libera scelta, della carente dotazione organica specifica e della inadeguata distribuzione territoriale dei Servizi; gli interventi erogati talvolta risultano anche poco integrati fra di loro e con le altre agenzie territoriali (pediatri di libera scelta, altri servizi specialistici, ospedali) e improntati a scarsa specificità e con modalità operative difformi.

Spesso mancano o sono inadeguate le procedure di raccordo per il passaggio dei casi dai Servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta.

Ne deriva una organizzazione scarsamente strutturata e disomogenea sul territorio.

Aspetti organizzativi. I servizi territoriali per l'età evolutiva, ancorché presenti nel territorio, necessitano di una definizione più precisa e di una chiara organizzazione in rete con la pediatria di base.

L'intervento è garantito da un team multiprofessionale e multidisciplinare (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Terapista della Riabilitazione, Psicomotricista, Logopedista, Educatore Professionale, assistente sociale...) e caratterizzato da:

- specifiche modalità di accoglienza;
- presa in carico globale;
- attivazione costante della rete di interventi territoriali.

Il modello organizzativo e di integrazione con i Dipartimenti ed i Servizi della rete andrà definito negli atti programmatici di indirizzo regionale a cura della Commissione di studio istituita ad hoc. Compito della Commissione sarà anche quello di predisporre le linee guida delle principali patologie afferenti ed i percorsi terapeutico-riabilitativi.

Metodologia operativa. L'operatività della rete d'intervento è garantita dalla definizione delle funzioni dei Servizi di Riabilitazione e Salute Mentale dell'età evolutiva e delle interfacce con gli altri servizi ospedalieri e territoriali. Gli interventi si articolano in prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Aree d'intervento:

- disabilità neuromotorie;
- disabilità sensoriali;
- disabilità cognitive;
- disabilità neuropsicologiche;
- disturbi affettivo-relazionali;
- dismorfismi e paramorfismi.

Il collegamento con gli altri servizi si realizza con specifiche interfacce d'intervento:

- Ospedale
 - Centri di patologia neonatale e terapia intensiva neonatale;
 - Pediatrie ospedaliere;
 - Neurofisiopatologia;
 - Neuropsichiatria infantile.
- Servizi socio-sanitari
- Scuola
- Istituzioni (Comune, Provincia, etc.).

Non si dovranno inoltre trascurare i rapporti con l'Università, per la formazione delle professionalità specifiche ed in particolare per quelle carenti (Specialità in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Corsi di Laurea in Psicomotricità e Riabilitazione dell'età evolutiva, Neuropsicologia, Logopedia).

7.5.4. DIVERSIFICARE LA RETE OSPEDALIERA IN BASE AI REALI BISOGNI DI ASSISTENZA.

Il Piano ridisegna la rete ospedaliera regionale in base alle seguenti coordinate:

a) la definizione delle tipologie assistenziali e dei servizi di primo soccorso, specialistici, ospedalieri e residenziali (RSA a degenza breve) previsti negli ospedali:

- di emergenza: Città di Castello, Gubbio (e in prospettiva il nuovo nosocomio di Branca), Perugia, Foligno, Spoleto, Terni, Orvieto;
- negli ospedali di territorio, (Umbertide, Assisi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Marsciano, Todi, Cascia, Gualdo Tadino, Norcia, Amelia, Narni) anche in relazione agli accorpamenti che saranno effettuati a Marsciano-Todi, Castiglione del Lago-Città della Pieve e Narni-Amelia;

b) la diversificazione e la articolazione delle sedi ospedaliere presenti in ciascuna azienda tale da prevedere:

— nelle aziende ospedaliere la compresenza delle funzioni di:

- ospedale di emergenza;
- ospedale in cui sono attive le alte specialità compatibili con i bacini di utenza regionali e/o con accordi sanciti a livello regionale con le Regioni confinanti;
- ospedale di territorio, sulla base di accordi con l'azienda sanitaria locale.

— nelle ASL 2 e 4, nel cui territorio insistono aziende ospedaliere, la presenza di soli ospedali di territorio, con l'eccezione per la ASL n. 4 del presidio di Orvieto, che data la particolare ubicazione oro geografica svolge sia le funzioni di ospedale dell'emergenza che quelle di ospedale di territorio;

— nelle ASL n. 1 e 3, data la particolare conformazione oro geografica, la presenza di due ospedali dell'emergenza a Città di Castello ed a Gubbio (in prospettiva a Branca) ed a Foligno e Spoleto, ognuno dei quali svolge anche la funzione di ospedale di territorio, mentre gli altri nosocomi svolgono la funzione di ospedali di territorio;

c) la razionalizzazione dei posti letto all'interno delle dotazioni previste dalla legge 405/2001. Il Piano assume come vincolo per il triennio le dotazioni aziendali riportate nella tabella 7.9, ricordando che esse, nei termini superiori assumono valore di vincolo assoluto per accordi e contratti.

Tabella 7.9: Dotazioni massime di p.l. per l'offerta ospedaliera aziendale e regionale nel triennio.

	Degenza ordinaria	Dh	Riabilitazione	RSA
ASL 1	290	65	62	54
ASL 2	295	70	188	160
ASL 3	495	111	93	80
ASL 4	210	47	124	106
AOPG	720	180	18*	
AOTR	420	95	*	
Case di cura	157	0	15	
Totale	2587	568	500	400

* PL destinati all'USU e finanziati dalla Regione su mandato; per le AO l'attività di riabilitazione intensiva va negoziata con le ASL nell'ambito degli accordi aziendali.

Queste dotazioni, vanno interpretate con le seguenti avvertenze:

a) è consentita una variazione in aumento del plafond dei posti letto nelle aziende ospedaliere ove si determini un contributo positivo alla mobilità interregionale e quindi al saldo complessivo della mobilità distintamente per le funzioni di bassa, media ed alta specialità in relazione ai diversi specifici bacini di utenza (zonali, provinciali, regionali); questo implica la necessità di prevedere negli accordi aziendali anche dettagliati piani di recupero della mobilità passiva;

b) la riorganizzazione delle chirurgie opera a partire dalle dotazioni aziendali massime sopra definite;

c) la dotazione di posti letto per le attività di dh, andrà corretta (verosimilmente al ribasso) nel corso del triennio, stanti le indicazioni fornite dal Piano sulla day surgery e la riorganizzazione che sarà disposta nel primo anno di vigenza del Piano per il dh medico, nonché sulla base dello sviluppo del day-service;

d) i posti letto di riabilitazione (estensiva ed intensiva, come descritte nel paragrafo 7.5.4.7) corrispondono ad una dotazione di 0,58 x mille p.l. (calcolati sulla proiezione della popolazione residente nel 2005), cui si aggiungono i 400 p.l. di RSA a degenza breve (0,47 per mille), che vanno attivati unicamente all'interno della funzione di ospedale di territorio, riconvertendo p.l. dell'area medica;

e) rispetto alla funzione riabilitativa, salvo che nel caso della USU dell'AOPG, finanziata a mandato, l'attività di riabilitazione intensiva è riservata alle ASL, anche per le riconversioni da attivare negli ospedali di territorio e per gli accorpamenti previsti nel programma di edilizia sanitaria; queste possono delegare alle AO, nel quadro degli accordi interaziendali, definite aree di attività riabilitativa, avendo comunque avuto cura di utilizzare al massimo la capacità assistenziale degli ospedali di territorio.

In tal modo a fine triennio noi avremo una dotazione di p.l. per acuti non superiore al 3,7 per mille ed una dotazione di p.l. di riabilitazione di poco superiore all'1 per mille.

Questo comporta la necessità di operare alcune riconversioni dei posti letto in dotazione a fine 2001 presso le strutture pubbliche e private convenzionate.

Le diverse funzioni attribuite ai nodi della rete ospedaliera così ridefinita saranno sviluppati nei capitoli dedicati alla organizzazione:

- dei presidi e dipartimenti ospedalieri;
- degli ospedali di territorio;
- della rete dell'emergenza-urgenza;
- delle degenze chirurgiche;
- delle degenze mediche;
- delle alte specialità e dei centri di riferimento regionale;
- della rete riabilitativa.

7.5.4.1. Riorganizzare presidi e dipartimenti ospedalieri.

□ I presidi ospedalieri rappresentano il primo nodo gestionale del servizio ospedaliero aziendale, esercitano le funzioni di soggetto erogatore con il quale la direzione aziendale negozia e stabilisce accordi e garantendo la gestione delle funzioni di supporto di area comune che non avrebbe senso articolare a livello dipartimentale.

L'organizzazione prefigurata per i presidi ospedalieri discende da quanto stabilito dall'art. 19 della L.R. 3/1998. In particolare per ciascun ospedale sede di emergenza, andrà previsto un DEA; i PAL potranno prevedere modalità di integrazione clinica tra i diversi presidi, ferma rimanendo l'autonomia gestionale e organizzativa.

□ Il PSR 1999-2001, recependo una delibera regionale (DGR 797/1997) in materia di organizzazione dei dipartimenti territoriali ed ospedalieri ha avviato il percorso della dipartimentalizzazione dei servizi. Tale percorso, lungi dall'essere arrivato a maturità ha messo in risalto il prevalere di un approccio eccessivamente modulare nel concepire il funzionamento dei dipartimenti, che sono stati per lo più adattati a preesistenti situazioni organizzative, mentre sono pochi gli esempi di soluzioni che si sono poste in linea con la norma regionale, fornendo un effettivo valore aggiunto e mettendo a disposizione dei pazienti soluzioni organizzative più flessibili.

Il Piano assume criticamente tali limiti e rilancia l'organizzazione dipartimentale a partire dalle seguenti coordinate:

- creazione di dipartimenti ospedalieri unici (per area o materia) a livello aziendale e/o interaziendale;

- ridefinizione degli assetti organizzativi dipartimentali in modo da garantire la flessibilità organizzativa necessaria per assicurare ai pazienti la percorribilità dei principali percorsi assistenziali. Tale soluzione, affidata alle Direzioni aziendali dovrà prevedere la creazione di una area delle risorse comuni, affidata direttamente alla gestione del responsabile del dipartimento, per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra;
- piena valorizzazione dell'organizzazione dipartimentale nel governo clinico, che ne diviene la missione organizzativa principale, orientando sia i rapporti con le direzioni aziendali che la attivazione dei percorsi formativi dei professionisti attivi nel dipartimento (vedi nell'Allegato 2 le linee guida per l'atto aziendale);
- formazione dei dirigenti orientata allo svolgimento delle funzioni gestionali appropriate negli ambienti organizzativi propri delle organizzazioni professionali.

Nell'ambito delle previsioni della L.R. 3/98 le Direzioni aziendali, acquisito specifico indirizzo della Conferenza dei Sindaci, prevedono nei PAL e realizzano nel primo anno di vigenza del Piano, il riaccorpamento, ove già non attivato, dei dipartimenti ospedalieri in dipartimenti unici aziendali per area o materia, garantendo comunque la necessaria autonomia organizzativa e di coordinamento alle sedi in cui si svolge l'attività di urgenza emergenza (Gubbio, Orvieto, Spoleto).

7.5.4.2. *Attivare gli ospedali di territorio.*

L'ospedale di territorio rappresenta la condizione più appropriata per lo svolgimento di definite funzioni ospedaliere necessarie per fare fronte alle condizioni epidemiologiche e demografiche presenti nella nostra regione.

Esso rappresenta una evoluzione del concetto di ospedale di comunità, sviluppato sia nella DCR 311/97 che nel PSR 1999-2001, dove il tema era trattato con riguardo soprattutto alla funzione di tali ospedali all'interno della rete di emergenza urgenza.

Ferme restando, con le opportune precisazioni e sviluppi che saranno definite più avanti a proposito della rete dell'emergenza urgenza, le funzioni di tali nosocomi all'interno dei percorsi assistenziali per la acute care, si tratta ora di definire e sviluppare il ruolo che essi devono svolgere nel quadro dei percorsi assistenziali rivolti al paziente affetto da patologie cronico degenerative, anche in relazione alla delicata definizione dei confini tra condizioni di sub acuzie gestibili appropriatamente a tale livello e situazioni più critiche che richiedono l'intervento di supporti assistenziali differenti.

A) PRINCIPALI FUNZIONI DEGLI OSPEDALI DI TERRITORIO.

Sono prefigurabili per l'ospedale di territorio le seguenti macrofunzioni:

A.1.) *Pronto soccorso territoriale con efficiente collegamento con gli ospedali dell'emergenza urgenza.*

Questi stabilimenti ospedalieri dovranno integrarsi a pieno titolo nella rete territoriale dell'emergenza, garantendo nelle 24 h l'attivazione, d'intesa con la centrale operativa e sulla base di protocolli definiti, del trasporto presso l'ospedale di emergenza più idoneo per la specifica condizione; in tale quadro le direzioni di presidio definiscono con la centrale operativa le prestazioni urgenti effettuabili in loco in quanto compatibili con la propria realtà assistenziale.

Il personale adibito al pronto soccorso territoriale, nell'ambito degli ospedali di territorio, eserciterà il proprio mandato operativo sotto il coordinamento funzionale del DEA aziendale e della centrale 118 di riferimento e sarà tenuto al rispetto rigoroso di protocolli appositamente predisposti.

Per i punti di pronto soccorso territoriale coincidenti con gli ospedali di territorio, si ravvisa la necessità di posizionare, come previsto per gli altri pronto soccorso (vedi capitolo dedicato) il punto di continuità assistenziale a fianco del servizio, in modo da garantire ulteriori appropriati livelli di risposta per attività che non devono impegnare il personale ospedaliero.

A.2.) *Chirurgia programmata.*

Le attività di chirurgia negli ospedali di territorio sono organizzate all'interno del modello della week surgery prevedendo pertanto la realizzazione di interventi di chirurgia programmata che non contemplino la prosecuzione delle attività di degen-

za nei giorni di sabato e domenica. Si tratta di una ampia gamma di attività chirurgiche, che, ad esclusione della chirurgia di urgenza, rimandano alla possibilità di risolvere in queste sedi bisogni di intervento collegabili con attività di chirurgia breve, day surgery e che possono anche prevedere la rotazione di professionisti del dipartimento di chirurgia aziendale o provenienti, nel quadro di accordi interaziendali, dalle aziende ospedaliere.

A.3.) *Medicina orientata alla gestione di definite condizioni di acuzie e subacuzie.*

Essendo del tutto inappropriato, oltre che insostenibile economicamente, la disseminazione sul territorio delle risorse necessarie per far fronte alle principali condizioni di acuzie a risposta non chirurgica, i reparti di medicina degli ospedali di territorio sono abilitati ad accettare solo pazienti suscettibili di essere assistiti in modo adeguato con le risorse umane e strumentali disponibili³⁰ e sono tenuti a trasferire presso gli ospedali dell'emergenza i casi più complessi, per i quali sono indispensabili competenze specialistiche specifiche e/o multiple e/o in urgenza.

Inoltre essi svolgono, in aggiunta all'assistenza ai pazienti in regime di ricovero ordinario:

1. supporto al primo soccorso con competenze internistiche (e in particolare cardiologiche) disponibili nell'arco delle 24 ore;
2. attività di Day Hospital, distinta dall'attività ambulatoriale, in quanto comporta l'assunzione in cura del paziente da parte di un'équipe specialistica multidisciplinare e l'effettuazione di procedure (es: trasfusioni, infusioni a rischio, cardioversione elet-

³⁰ Per definire in maniera più dettagliata la tipologia di pazienti che possono esservi correttamente assistiti, faremo riferimento alla casistica ordinariamente assistita dai Dipartimenti di Medicina - negli ospedali di territorio nell'anno 2001, passando in rassegna le patologie che ricorrono con maggiore frequenza.

1. *Insufficienza cardiaca e shock - edema polmonare e insufficienza respiratoria.*

I farmaci attualmente disponibili per il trattamento dell'insufficienza cardiaca hanno prodotto una riduzione della mortalità e un aumento della prevalenza di questa patologia. Di conseguenza sono anche in aumento i ricoveri ospedalieri legati allo scompenso cardiaco acuto, che può essere efficacemente trattato nei reparti medici degli Ospedali di territorio. Il trasferimento presso gli ospedali dell'emergenza andrebbe riservato ai casi non frequenti che necessitano di un approccio invasivo (emodinamica, cardiocirurgia, pacing).

2. *Malattie cerebrovascolari - Ictus cerebrale - Attacco ischemico transitorio.*

Questa patologia, responsabile di un numero di ricoveri analogo alla precedente, può essere validamente trattata presso i reparti di medicina degli ospedali di territorio, nei quali è possibile costituire unità per il trattamento dell'ictus cerebrale, con infermieri dedicati, opportunamente formati, e fisioterapisti (Stroke Service/Unit di 1° livello). Dal punto di vista tecnologico, l'inquadramento diagnostico dell'ictus richiede l'effettuazione immediata di una TC, metodica oggi disponibile anche in questi ospedali e utilizzabile senza limitazioni grazie all'istituzione del teleconsulto e della telerefertazione, e di indagini ancillari (Doppler, ECG ecc.), disponibili ovunque.

Il trasferimento dalla periferia presso l'Azienda Ospedaliera potrebbe essere limitato ai pochi casi di ictus emorragico passibile di intervento neurochirurgico o di neuroradiologia interventistica (Stroke Unit di 2° livello).

3. *Malattie polmonari cronico ostruttive - Polmonite e pleurite.*

Le infezioni delle basse vie respiratorie, che si sovrappongono alle broncopneumopatie croniche, rappresentano una tipica patologia dell'anziano, recidivano con una certa frequenza, spesso si presentano con i caratteri che indicano il ricovero ospedaliero e possono essere routinariamente trattate nella medicina dell'Ospedale di territorio. Il trasferimento presso gli ospedali dell'emergenza può essere limitato ai casi con insufficienza respiratoria grave e necessità di terapia intensiva pneumologica.

4. *Dolore toracico - Angina pectoris - Infarto miocardico acuto senza complicanze.*

Il dolore toracico acuto è una problematica assistenziale frequente e importante, poiché può essere causato da patologie gravi che richiedono un trattamento d'urgenza. Il corretto inquadramento diagnostico del dolore toracico acuto è uno dei mandati dei Reparti di Medicina dell'Ospedale di territorio, poiché la valutazione del paziente a volte non si esaurisce nell'arco di un'osservazione breve, ma può richiedere un ricovero ospedaliero di

trica, rachicentesi, biopsie ecc.) che richiedono la permanenza del paziente per alcune ore in ambienti appropriati, con assistenza medica e infermieristica continua.

A.4.) *Gestione di un modulo di RSA a degenza breve.*

Anche negli ospedali di territorio sono collocate le attività di RSA già individuate nella sezione dedicata all'integrazione socio sanitaria.

A.5.) *Forte dotazione di attività specialistiche ambulatoriali e strumentali.*

Al fine di garantire una ampia risposta ai bisogni di supporto specialistico di mmg e pls, decongestionare le liste di attesa ed evitare ricoveri impropri gli ospedali di territorio potenziano le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, prevedendo che le stesse siano svolte sia dalla stessa équipe che segue il paziente in caso di ricovero, con ciò garantendo una utile continuità assistenziale, sia tramite la presenza di specialisti attivi nel dipartimento aziendale di medicina che di altri professionisti tramite convenzioni con altre aziende sanitarie.

In tale prospettiva negli ospedali di territorio è sperimentato il modello del day service (vedi paragrafo sulla riorganizzazione delle attività di area medica).

A.6.) *Integrazioni assistenziali tra reparti medici e mmg.*

Negli ospedali di territorio sono previsti momenti di integrazione assistenziale con gli mmg per la gestione di definite tipologie di pazienti (es: pz che necessitano di supporto assistenziale non garantibile tramite ADI e/o che hanno condizioni abitati-

24-48 ore e più. La centralizzazione di tutti i dolori toracici sospetti potrebbe creare disagio e ansia immotivata in una popolazione di soggetti alquanto vasta e graverebbe i Centri di Alta Specializzazione di una attività impropria.

Qualora il dolore toracico acuto risulti essere dovuto ad angina pectoris, il trattamento può essere validamente effettuato nella Medicina di primo livello, riservando il trasferimento ai casi refrattari alla terapia medica e candidati a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive.

In caso di infarto miocardico acuto, le Medicine di primo livello effettuano di regola la trombolisi, ossia la terapia che ha come scopo il dissolvimento del trombo coronarico che ha causato l'infarto. Tale terapia è tanto più efficace quanto più è precoce, ed è quindi vantaggioso che esistano sedi periferiche, prontamente raggiungibili dai pazienti, in grado di fare diagnosi e iniziare senza indugio la somministrazione, ove non controindicata. Successivamente, il paziente può essere trasferito presso una UTIC o, in casi selezionati, a basso rischio di complicazioni, proseguire la degenza nell'Ospedale di territorio.

5. *Aritmie e disturbi della conduzione cardiaca.*

Molte comuni aritmie cardiache possono essere correttamente diagnosticate e trattate nelle Medicine di primo livello. Il ricorso ai Centri Aritmologici è riservato ai pazienti che necessitano di studi elettrofisiologici, procedure invasive o impianto di pace-maker.

6. *Anomalie dei globuli rossi.*

Le anemie sono in genere studiate e trattate in regime di Day Hospital. L'anemia resta comunque causa di un certo numero di ricoveri ordinari non inappropriati; si tratta in genere di anemie, mal tollerate per vari motivi, che richiedono tra l'altro una sollecita terapia trasfusionale. In genere le Medicine di primo livello effettuano direttamente le indagini necessarie per l'inquadramento diagnostico e avviano ai Centri Ematologici i pazienti in cui vengono riscontrate patologie particolarmente gravi e complesse.

7. *Esofagite e gastroenterite.*

Nelle patologie gastroenteriche acute il ricovero ospedaliero è indicato quando è necessario sorvegliare il paziente per la possibile insorgenza di complicazioni e reidratarlo con infusioni endovenose. Il trasferimento di questi pazienti in Reparti Infettivologici è infrequente.

8. *Tumori maligni apparato epatobiliare e pancreas - Neoplasie apparato respiratorio.*

La persona affetta da tumore può occasionalmente essere ricoverata in un reparto medico per eventi intercorrenti, in genere complicanze infettive legate alla terapia o allo stato di debilitazione prodotto da una malattia in fase avanzata. Il ricovero presso il Centro Regionale di riferimento si rende necessario per chemioterapie complesse, ad alte dosi o che richiedano il monitoraggio dei livelli ematici dei farmaci.

ve/sociali inadatte per garantire una assistenza domiciliare di qualità, ect) che possono essere ospitati in degenza sotto la responsabilità del medico di medicina generale stesso.

7.5.4.3. Integrare le direzioni dei servizi in vista degli accorpamenti.

Gli accorpamenti degli ospedali di Gubbio e Gualdo, Marsciano-Todi, Narni-Amelia e Castiglione del Lago-Città della Pieve, previsti nel Patto per lo Sviluppo dell'Umbria rappresentano un momento importante per la programmazione sanitaria regionale, rappresentando la loro effettiva realizzazione - al netto di improprie duplicazioni di sedi - un indicatore di qualità gestionale del sistema.

Il Piano sviluppa tale percorso di accorpamento attivando una dialettica con i territori che permetta di concertare, all'interno delle coordinate generali sopra definite sia le funzioni specifiche che in ogni nosocomio si svolgeranno che le migliori destinazioni per la utilizzazione delle vecchie sedi chiarendo fin d'ora che queste non saranno comunque destinate allo svolgimento di funzioni di degenza.

In questa prospettiva le Direzioni aziendali, anche tramite specifici accordi interaziendali, gestiscono lo sviluppo delle dotazioni di personale e gli incarichi di responsabilità di struttura nelle sedi per le quali sono previsti gli accorpamenti, creando fin da oggi le condizioni che favoriranno l'integrazione operativa nelle nuove sedi.

7.5.4.4. Riorganizzare i servizi per l'emergenza e l'urgenza.

In termini epidemiologici l'Emergenza rappresenta un evento statisticamente poco frequente: 1 caso ogni 750 abitanti all'anno, pari ad una attesa di circa 1150 interventi all'anno (calcolati sulla proiezione della popolazione residente al 2005), con una media di circa 3 interventi al giorno. Tali valori rappresentano circa il 2-5 per cento di tutte le prestazioni erogate oggi dal sistema emergenza urgenza: nondimeno l'emergenza riguarda condizioni patologiche di drammatica gravità, ad evoluzione rapidissima, che richiedono interventi terapeutici immediati realizzati in servizi appropriati per le condizioni gravissime di pericolo di vita.

L'Urgenza è invece un evento statisticamente più frequente: 1 intervento ogni 30 abitanti anno, pari ad un attesa di circa 28.000 eventi, con una media di circa 76 eventi al giorno. Riguarda una condizione patologica ad evoluzione abbastanza rapida ma che non compromette la vita di un paziente se l'intervento terapeutico è rimandato nell'immediato anche se è necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

I problemi di salute nell'Emergenza Urgenza sono quindi rappresentati da:

- *occasionale gravità* (pochi i pazienti in immediato pericolo di vita);
- *costante criticità* (tutti richiedono un trattamento entro breve tempo e connessa presenza di un rilevante margine di errore potenziale, sia organizzativo che professionale);
- *imprevedibilità* del momento e del luogo in cui l'evento si verifica il che pone problemi di garanzia di equità di accesso soprattutto oro-geografica: al momento esiste «una quota di popolazione residente in aree rurali del tutto o in parte scoperta dai sistemi dell'emergenza nei limiti e tempi ministeriali con particolare riferimento ai codici giallo-rossi.

Tali problemi di salute si inseriscono in una situazione regionale che ha visto l'attivazione del 118 nel marzo 1999 e si avvale quindi di tre anni di esperienza, la cui analisi fa emergere, in una situazione complessivamente buona, alcuni problemi organizzativi:

- la razionalizzazione delle risorse assorbite per ridurre possibili sprechi e garantire prestazioni sicure ed appropriate su tutto il territorio regionale in maniera equa;
- la necessità di coprire e garantire, tramite un'articolata rete di interventi, il territorio portandovi le potenzialità dell'ospedale in occasione di urgenze acclamate, assicurando sul luogo dell'evento il primo soccorso e una centralizzazione dei pazienti nell'ospedale più idoneo (non sempre il più vicino!) con trasferimenti «protetti».

A) OBIETTIVI DI SALUTE.

Evitare l'errore in urgenza-emergenza, fenomeno che si annida in tale area di operatività anche a partire dalle particolari condizioni operative.

Abbatere e/o limitare le morti evitabili e ridurre la disabilità evitabile, in particola-

re in relazione alle condizioni patologiche più rilevanti (grave politrauma, eventi cardine e cerebro vascolari maggiori, etc.).

Garantire l'equità di accesso indipendentemente dalla collocazione geografica del pz, contenendo i ritardi evitabili.

B) INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E FUNZIONALI.

L'organizzazione del sistema emergenza urgenza si innesta nelle indicazioni del Piano al fine di raggiungere gli obiettivi di salute, declinando e ridefinendo le specificità e organizzative e funzionali lungo gli assi:

- del governo clinico dell'area rivolta alle condizioni di «acute care»;
- degli aggiustamenti appropriati e sostenibili in base alla programmazione sanitaria regionale;
- della nuova articolazione degli assetti e delle funzioni ospedaliere;
- della maggiore integrazione con le funzioni territoriali di medicina di base e continuità assistenziale.

B.1.) *I compiti del sistema emergenza urgenza nel governo clinico dell'area «acute care».*

Analogamente a quanto indicato nel capitolo 7.1, la programmazione del sistema emergenza urgenza fa propri i principi e le dimensioni operative del governo clinico. Questo implica:

- definire e controllare «i percorsi diagnostico terapeutici» delle patologie causa più frequenti di morte improvvisa e invalidità permanente (l'arresto cardiocircolatorio, il politrauma grave, le patologie cerebrovascolari acute) su indicatori concordati e condivisi attivando il già esistente Comitato Tecnico dell'Emergenza e mettendolo a confronto con le aree professionali interessate;
- attivare specifici programmi per la gestione del rischio, per l'analisi e la discussione degli errori organizzativi e professionali: tale aspetto per questa area rappresenta una priorità.

B.2.) *La riorganizzazione del settore.*

B.2.1.- *Sistema di Allarme Sanitario 118.*

Gli obiettivi specifici e primari del sistema 118 sono la riduzione del «free therapy interval», l'intervallo libero da trattamento che intercorre tra l'insorgenza dell'evento acuto ed il primo soccorso qualificato³¹.

B.2.1.1.) *Le centrali operative.*

Le centrali operative sono riorganizzate sulla base di uno studio sulla loro funzionalità ed efficienza, da realizzarsi entro sei mesi dalla data di approvazione del PSR, in modo da ottenere analogie operative sostenibili. In esse operano I.P. dipendenti del SSR che a rotazione svolgono la loro attività sia in ambulanza che in P.S. e sono dotate di una tecnologia informatica ADES (Amtech Dispatching Emergency System) in grado di gestire la rete telefonica digitale e la rete radio predisposta sulle frequenze sanitarie in UHF. Sarà stabilizzata e ampliata la rete radio verificando le carenze emerse e le necessità richieste per alcune zone (Città della Pieve, Città di Castello, Valnerina, Sigillo) e migliorando la copertura della rete telefonica in modo che possano essere garantiti su tutto il territorio regionale i compiti propri delle CO118, definiti dalle normative vigenti (DPR 27 marzo 1992 e 11 aprile 1996).

IL DPR 27 marzo 1992 prevede che le CO118 siano collocate all'interno dell'area ospedaliera sede di DEA di II livello, nonché, organizzativamente all'interno del DEA stesso in quanto ne divengono il braccio operativo ed esecutivo. Accordi interaziendali potranno disporre una diversa collocazione gestionale delle centrali, mentre,

³¹ I protocolli organizzativi interni e quelli concordati con altre Istituzioni (FFOO, Prefetture, VVFF. ...) già attualmente indicano alcuni percorsi appropriati ed efficienti per ridurre i tempi di intervento con la ottimizzazione delle risorse.

date le caratteristiche interaziendali della CO118 il responsabile, nel quadro di regole definite in sede di accordo interaziendale, concorda le linee programmatiche della propria attività con le aziende sanitarie locali ed ospedaliere il cui territorio è compreso nell'ambito di attività della centrale, comprese le aree territoriali che sono di norma servite dalla CO118.

Il personale medico operante in CO118 è costituito da Medici ET118 a cui spetta anche l'attività sul territorio, da un Coordinatore di CO e da infermieri professionali ai quali ultimi deve essere riconosciuta, dopo un periodo di attività da definire e dopo il superamento di una idoneità, la qualifica regionale di «operatore di CO118» con una tutela assicurativa aggiuntiva e finalizzata alle particolari e peculiari mansioni prestate.

B.2.1.2.) - *Sistema territoriale di soccorso.*

Il sistema territoriale di soccorso si identifica nelle postazioni territoriali del 118, attualmente per lo più dislocate presso le strutture e/o presidi ospedalieri, dai mezzi di soccorso che vi operano (ambulanze e automedicali) integrato dal servizio di Elisoccorso.

□ *Le postazioni di emergenza territoriale 118.*

Gli equipaggi prevedono su ogni ambulanza la presenza di un IP dipendente della ASL di competenza, nonché, di norma, quella del medico del 118 nelle uscite a codice rosso.

La Regione si impegna a definire un modello organizzativo che preveda l'integrazione del personale medico del 118 con l'inserimento a domanda, nella dirigenza (SSN) dopo cinque anni di servizio effettivo prestato nel sistema 118 regionale e dopo verifica effettuata da apposita commissione.

Il team del soccorso è costituito di norma da personale infermieristico che deve avere conseguito l'apposita formazione prevista dalle normative regionali e dal personale addetto alla guida delle ambulanze, per il quale è auspicabile istituire la figura dell'«autista soccorritore».

□ *Elisoccorso.*

L'istituzione dell'elisoccorso mira a garantire una migliore equità di accesso al sistema, fornendo un ombrello di protezione sanitaria ad integrazione delle altre modalità di soccorso su gomma con la possibilità di consentire un intervento in pochi minuti e su ampio raggio, in località particolarmente disagiate o logisticamente difficili da raggiungere. L'obiettivo è quello di ricondurre e migliorare l'intervento primario nell'arco reale di 15-20 minuti in tutte quelle occasioni che per la conformazione orogeografica (dorsale appenninica, lago Trasimeno e Piediluco), per l'afflusso turistico in alcune località (Assisi, Cascia,...) e per il progressivo costante aumento di attività agrituristiche disseminate su tutta la regione, per la precarietà di alcuni tratti viari, per la concomitanza di neve nei periodi invernali spesso non consente di garantire tali tempi, ottenendo così:

- un trasporto rapido di una équipe specializzata nel soccorso del paziente critico sul luogo dell'emergenza con riduzione del FIT;
- la copertura di un territorio vasto con una sola équipe e la ridefinizione delle postazioni di soccorso;
- una migliore centralizzazione ai DEA.

Gli impieghi prefigurabili consistono in:

- soccorso sanitario extraospedaliero a seguito di emergenze per incidenti del traffico, infortuni sul lavoro, sportivi e del tempo libero;
- trasporto primario dal luogo dell'evento al presidio più idoneo;
- trasporto secondario (trasferimento di pazienti critici verso i DEA: codici giallo-rossi e dei pazienti con compromissione delle funzioni vitali);
- trasporto di neonati a rischio;
- soccorso e trasporto in occasione di emergenze di massa;
- trasporto di sangue, farmaci e materiali e di équipe per il trapianto;
- soccorso rapido in montagna e sui bacini idrici in collaborazione con gli Enti Autorizzati;
- trasporti verso altre regioni per specialità mancanti (cardioch. infantile, centro ustioni, etc.).

Il team ottimale operante nell'elisoccorso è individuato in un gruppo di non più di 10-12 sanitari e altrettanti infermieri (peraltro in parte già avviati a formazione nella nostra Regione) che a rotazione prestano tale attività in modo da dare motivazione culturale e continuità di servizio.

Il servizio di elisoccorso, parte integrante della CO118, sarà organizzato con una delibera ad hoc che affronti gli aspetti gestionali (gare di appalto e di esercizio), logistici (piazzole, convenzione aeroportuale) e di regolamento regionale, individuando anche i criteri per la valutazione di efficienza di tale servizio, da realizzarsi alla fine della vigenza di Piano.

B.2.2.) *Il DEA.*

La normativa vigente identifica il DEA come modello organizzativo multidisciplinare che affronta, con l'apporto sinergico delle competenze professionali esistenti nell'ospedale e nel sistema 118, i problemi assistenziali della emergenza-urgenza collocandoli presso le strutture ospedaliere dotate delle competenze e delle strutture adeguate ad affrontarli appropriatamente.

La rete degli ospedali di emergenza comprende i nosocomi di Città di Castello, Gubbio, Perugia, Foligno, Spoleto, Terni e Orvieto.

Il DEA aziendale garantisce in tutte e sette le sedi la sua necessaria articolazione e operatività.

Essendo un nuovo modo di operare, deve essere assegnato al DEA il compito di:

- garantire i raccordi ed il funzionamento della rete su tutto il territorio aziendale;
- assicurare un intervento completo e multidisciplinare;
- promuovere la ricerca;
- favorire il collegamento tra didattica e assistenza;
- assicurare i collegamenti tra le strutture e le competenze (ospedaliere e non) esistenti per dare risposte immediate nelle emergenze-urgenze avvalendosi della CO118 che rappresenta l'unità operativa fondamentale del DEA e con l'apporto logistico primario del Pronto Soccorso Attivo (Osservazione e Degenza Breve, Medicina di Urgenza) a cui si allacciano in modo logistico e funzionale le altre Unità specialistiche di terapia intensiva.

La riorganizzazione della rete ospedaliera in funzione dell'emergenza impone la ridefinizione dei posti letto di Area Critica, secondo le linee europee, in primis della Rianimazione mirando al raggiungimento di un parametro ottimale del totale (3 per cento) dei letti per acuti; parimenti negli altri dipartimenti ospedalieri le altre Terapie intensive specializzate sono organizzate con riferimento ad un fabbisogno identificabile in 10 posti letto ogni 100.000 abitanti da ripartire fra UTIC, Neonatale, Unità spinali, Unità Stroke...) al fine di conseguire ad un numero di letti di terapia subintensiva neurologica, neurochirurgica, cardiocirurgica, chir. urgenza, med. urgenza, neonatale... per offrire risposte adeguate da un lato alla emergenza-urgenza e dall'altro alle quotidiane problematiche delle numerose richieste delle varie specialità in primis quelle chirurgiche, del trapianto d'organo, etc. e con responsabili identificati all'interno del DEA.

Il DEA, in tema di risorse tecnologiche e professionali, partecipa alla programmazione ed organizzazione dei soccorsi sanitari in occasione delle maxi-emergenze.

Il DEA, d'intesa con i relativi dipartimenti, si fa carico della gestione e organizzazione interna della emergenza intraospedaliera specie per quella inerente l'Arresto Cardio Circolatorio (con una capillare formazione del personale in BLSD, con una distribuzione mirata di defibrillatori semiautomatici, con la istituzione di un registro ospedaliero degli Arresti Cardio Circolatori intramurali e con la individuazione di un referente per l'emergenza presso ogni dipartimento esistente) e il politrauma, identificandosi, vista la non giustificazione di un Centro Trauma (solo oltre 800 veri politraumi/anno) nel motore portante del Trauma System regionale.

B.2.3.) *Il Pronto Soccorso.*

L'atto di intesa Stato-Regione sulle Linee guida in materia di requisiti organizzativo funzionali della rete dell'emergenza sanitaria in applicazione al DPR 27 marzo 1992 recita: «...i DEA ... comprendono le funzioni svolte dalla UUOO di Pronto Soccorso ed Accettazione, osservazione e breve degenza, nonché di Medicina di Urgenza ove

prevista» intendendo il P.S.³² e questa ultima come il complesso delle attività intraospedaliere che garantiscono:

— l'attività di accettazione in urgenza ed emergenza (la attività di accettazione programmata, in Day-Hospital o Day-service compete autonomamente alle singole Strutture Complesse);

— il primo e rapido inquadramento diagnostico orientato all'identificazione della patologia acuta, rapidamente evolutiva che comporti un grave rischio per la salute e/o per la vita;

— il triage secondo i parametri dettati dall'accordo Stato-Regioni pubblicato in G.U. 7 dicembre 2001;

— l'adozione dei primi provvedimenti terapeutici mirata in particolare alla stabilizzazione del paziente critico ivi compresi i primi accertamenti diagnostici, clinici strumentali e di laboratorio e gli interventi diagnostico-terapeutici in emergenza-urgenza;

— il tempestivo ed appropriato coinvolgimento degli specialisti delle varie discipline ed in particolare di quelli afferenti al DEA;

— la selezione dei pazienti che necessitino di ricovero ivi comprese le urgenze «sociali».

Nel P.S. deve essere definita e ben riconoscibile l'area delle prime prestazioni (o di pronto soccorso) da quella della osservazione breve e/o degenza breve.

B.2.3.1.) Area di Accettazione.

L'Area di Accettazione deve permettere ed evidenziare un accesso chiaro al servizio di P.S. all'interno del quale si identificano due aree distinte fra di loro:

— *l'area dei Codici Rossi e Gialli* o della Emergenza-Urgenza destinata alla rianimazione, stabilizzazione e trattamento iniziale di tutte le emergenze e/o finalizzati alla valutazione e trattamento di pazienti in condizioni cliniche severe o che possono divenire tali con possibilità di monitoraggio continuo dei parametri vitali e ventilazione assistita nel breve termine (letti tecnici);

— *l'area di codici Verdi e Bianchi* per valutazione e trattamento di pazienti in non gravi condizioni e a basso potenziale di evolutività.

Una risposta al problema degli «accessi impropri» al Pronto Soccorso da parte dei cittadini che vi giungono di propria iniziativa saltando le tappe del medico di medicina generale o dei presidi territoriali e che quasi sempre rappresentano un intasamento della attività di P.S., è rappresentata dalla attivazione di un ambulatorio di «continuità assistenziale» nei pressi del P.S., con organico dedicato (medici di continuità assistenziale, medici 118, specializzandi) e con percorsi autonomi e preferenziali anche in tema di consulenze e accertamenti diagnostici; l'ambulatorio, aperto nei DEA di 2° livello H24 e in quelli di 1° livello h12, è alimentato dal Triage di P.S. e riguarda le prestazioni differibili e proprie del territorio.

B.2.3.2.) Area di Osservazione.

Nell'ambito del PS Attivi e Medicina di Urgenza (ex astanteria) vanno inoltre individuate:

a) *Area della Osservazione Breve* area con funzioni assistenziali a breve-medio termine (non più di 12-24 ore senza attribuzione di DRGs) relativamente a:

- valutazione diagnostica e trattamento a breve termine di patologie urgenti ad alto grado di criticità, ma bassa gravità potenziale che possono non necessitare di ricovero ospedaliero;

³² Su indicazione regionale relativamente alla attività legata ad un elevato flusso turistico possono essere riconosciute sede di Pronto Soccorso anche Ospedali Territoriali (Assisi...) a condizione che sia garantita una guardia attiva h24 di Medicina Generale ed una di Chirurgia Generale con una pronta reale immediata disponibilità in Anestesia e Rianimazione.

- osservazione e valutazione protratta di pazienti a bassa criticità, ma potenziale gravità, per consentire nello stesso tempo la riduzione del numero di ricoveri e una dimissione sicura;

b) *Area della Degenza Breve (o della Medicina di Urgenza)*: area a degenza limitata nel tempo (massimo 3 giorni con attribuzione di DRGs) per la definizione diagnostica ed il trattamento di pazienti ad alto grado di complessità, ma a basso grado di criticità che possono, presumibilmente, essere dimessi entro tre giorni.

In questa area possono essere collocati alcuni letti di Osservazione Breve «sub intensiva» per pazienti instabili ad elevato rischio senza una precisa indicazione per un loro ricovero in una qualche terapia intensiva (urgenze cardiorespiratorie, neurologiche, tossicologiche, traumatologiche, infettive, gastroenterologiche, metaboliche)³³.

C) LE RELAZIONI CON LA RETE OSPEDALIERA.

Le prestazioni in emergenza-urgenza da assicurare nella fase ospedaliera devono essere necessariamente conformate a criteri di progressività delle cure al fine di assicurare una risposta diagnostico-terapeutica direttamente proporzionata alla gravità della condizione. Dal punto del sistema dell'emergenza-urgenza si tratta di predisporre una vera e propria rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati, tenendo conto delle reali capacità operative degli stessi e del loro ruolo in ordine alle indicazioni esistenti con l'obiettivo di garantire la qualità degli interventi e un uso appropriato delle risorse.

C.1.) *Ospedali di territorio.*

Sono i presidi ospedalieri che rispondono alle prime necessità sanitarie della popolazione con due tipi di attività diversificate (primo soccorso e attività programmata) e relative connesse funzioni al fine di offrire una risposta alle esigenze della popolazione per problematiche di primo soccorso (urgenza-emergenza) che per quelle a medio-breve termine (attività programmata).

Da un lato la sempre maggiore integrazione con il sistema 118 fa prevedere un aumento del flusso dei casi traumatici e non (pazienti a medio-basso rischio) trattabili nei presidi Territoriali come primo soccorso e dall'altro la esistenza di una patologia acuta o subacuta che pur essendo urgente consente un trattamento differito, seppure in tempi brevi, purché esistano le premesse per realizzare alcune condizioni quali:

- una diagnosi precoce e corretta;
- un adeguato trattamento sintomatico e respiratorio;
- un sistema privilegiato di comunicazione e trasporto associato ad un bed-service tali da consentire trasferimenti protetti nelle sedi più idonee.

Gli ospedali territoriali possono ben rispondere a tali obiettivi realizzandosi su due livelli di attività in quanto sede di:

C.1.1) *Pronto soccorso territoriale e Postazione 118* che deve:

- assicurare un primo intervento medico mirato e la stabilizzazione del paziente critico;
- rispondere alle prime necessità di traumatologia minore prevedendo competenze di area chirurgico traumatologica nei giorni infrasettimanali e anche in quelli festivi (con presenze di almeno 8 ore);

³³ L'accesso dei pazienti a questo tipo di ricovero, definibile anche «osservabile», avviene secondo criteri di accettazione ed esclusione in base alle diverse patologie da trattare con un numero di posti letti che deve rientrare in quelli calcolati per l'area critica con identificazione di personale dedicato (1 medico e 1 infermiere ogni sei-dieci posti letto) e con percorsi privilegiati per un rapido accesso alle diagnostiche strumentali e non, ai laboratori. Al fine di assicurare maggiori garanzie assistenziali una quota di questi letti deve essere attrezzato con strumentazioni atte a garantire il monitoraggio delle funzioni vitali.

- attuare il trasporto secondario in accordo e secondo protocolli definiti condivisi con la CO118;
- avere linee dedicate punto punto con la CO118 e le apparecchiature necessarie per la attivazione della telemedicina e teleconsulto ospedaliero (cardiologico, radiologico e specialistico...) anche con refertazione a distanza mediante accordi con le altre Aziende;
- avere una area di Osservazione Breve e Prima Diagnostica che avvalendosi della telemedicina può dare risposte anche in teleconsulto al fine di potere, al termine del periodo osservazionale, rinviare il paziente a domicilio, ricoverarlo nella stessa struttura o in modo protetto in altre di maggior livello.

La direzione del Pronto Soccorso territoriale è affidata ad un medico con matura esperienza nel campo dell'emergenza-urgenza, con personale medico dipendente anche a rotazione integrato dal personale ET118 di servizio in postazione e con personale infermieristico fisso e dedicato.

C.1.2.) Attività programmata con particolare riferimento:

- alla Chirurgia e/o ad altre branche specialistiche (ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica...) con una programmazione e realizzazione della Day-Surgery e Week-Surgery;
- alla Medicina che oltre a mantenere la degenza per patologie internistiche istituisce un Day-Service con la programmazione di pacchetti di prestazioni specialistiche.

C.1.3.) Ove presenti punti nascita va prevista la guardia anestesiologicala.

C.2.) Ospedali dell'urgenza-emergenza.

C.2.1.) Requisiti di base degli ospedali dell'emergenza urgenza.

Sono gli Ospedali che per le loro caratteristiche organizzative e per le loro potenzialità sono inseriti nella rete della emergenza-urgenza essendo in grado di dare risposte avanzate alla emergenza-urgenza, modulate all'interno del DEA unico aziendale, in modo da garantire almeno un livello assistenziale che assicuri in ogni sede:

- guardia attiva h24 di P.S.;
- guardia attiva h24 di Medicina Generale;
- guardia attiva h24 di Chirurgia Generale;
- attività h24 di Radiologia con servizio TAC (teleconsulto con i DEA);
- attività h24 di Laboratorio;
- servizio di Emoteca;
- attività di terapia intensiva per le specialità presenti;
- guardia anestesiologicala in relazione alle attività del punto nascita;
- pronta disponibilità e/o una guardia attiva h24 di Anestesia e Rianimazione;
- pronta disponibilità di specialità se presenti (Ostetricia e Ginecologia, Cardiologia, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia...).

C.2.2.) Requisiti di riferimento dei DEA nelle Aziende ASL.

Nelle aziende sanitarie locali 1 e 3 il DEA aziendale risponde ai seguenti requisiti minimi assistenziali:

- guardia attiva h24 di P.S., Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Rianimazione;
- guardia attiva o reperibilità di Cardiologia, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia con servizio TAC;
- attività h24 di Laboratorio;
- servizio di Emoteca;
- pronta disponibilità per tutte le altre specialità esistenti.

C.2.3.) Requisiti di riferimento dei DEA delle Aziende Ospedaliere.

- guardia attiva h24 di PS, Medicina d'Urgenza e/o Generale, Chirurgia Genera-

le, Anestesia e Rianimazione, Ostetricia e Ginecologia (anche con un P.S. autonomo), Cardiologia ed Emodinamica, Pediatria (anche con un P.S. autonomo), Ortopedia e Traumatologia, Radiologia con servizio TAC;

- attività h 24 di Laboratorio;
- servizio di Emoteca;
- pronta disponibilità per tutte le altre specialità esistenti.

D) LE AZIONI DI SUPPORTO ALLA ULTERIORE QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA.

— La *formazione*, in attesa della ormai riconosciuta necessità di istituire una specializzazione in Medicina d'Urgenza, va orientata verso la programmazione di corsi regionali teorico-pratici post-universitari per il personale medico che infermieristico mentre le delibere regionali in tema di addestramento e formazione continua del personale (DG 2453 del 22 aprile 1997 e DG 1434 del 14 novembre 2001) comprese le più recenti riguardanti anche i Progetti Vita e che normano la legge relativa alla Defibrillazione Precoce costituiscono l'altro elemento indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di settore.

— La *rete di telemedicina*, sfruttando la tecnologia delle telecomunicazioni attuali della rete telefonica regionale e del sistema 118, deve consentire la gestione in tempo reale di un flusso bidirezionale di informazioni tra i punti di primo soccorso e i centri specialistici con svariate possibilità quali la telelettrocardiografia, la teletrasmissione di immagini (TAC, etc.), la telelettroencefalografia, il teleconsulto ospedaliero, la teledialisi con una ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche, con una diminuzione di ripetizione di esami e indagini strumentali, con un approccio multidisciplinare e con trasferimenti mirati riducendo gli intervalli liberi da terapia sia sul territorio che nei presidi ospedalieri territoriali.

Quanto al sistema delle relazioni intra e interorganizzative, è operante regionalmente, su delibera di Giunta (DG 2058 del 29 dicembre 1999), il Comitato Tecnico dell'Emergenza, mentre assume rilevanza la partecipazione attiva al GIE (Gruppo Interregionale dell'Emergenza).

Le relazioni operative tra ASL ed AO per le funzioni di emergenza ed urgenza sono regolate in sede di accordi interaziendali.

7.5.4.5. Riorganizzare l'offerta ospedaliera chirurgica.

La ricerca della definizione di un modello di servizio sanitario in grado di coniugare, ad un livello più alto del passato, l'efficacia clinica con l'efficienza nell'impiego delle risorse ha visto la Regione dell'Umbria impegnarsi già con la DCR n. 311 del febbraio 1997 nella promozione di modelli assistenziali a minore assorbimento di risorse. La Day Surgery, in questo contesto, è stata individuata come un modello di assistenza chirurgica innovativo, in grado di conciliare efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia clinica e qualità, con rilevanti vantaggi di ordine sociale ed economico, poiché abbrevia la permanenza in ospedale, aumenta il comfort del paziente, riduce i rischi di complicanze legate alla degenza ospedaliera e contemporaneamente riduce in maniera rilevante i costi dell'ospedalizzazione. La day surgery inoltre contribuisce all'umanizzazione dei processi assistenziali, attraverso:

- una puntuale informazione relativa al percorso assistenziale che porta il paziente ad una partecipazione attiva all'evento clinico;
- una personalizzazione dell'assistenza, con notevoli benefici sul piano psicologico;
- una riduzione della componente ansiogena dell'atto chirurgico, anche in relazione alla limitata durata del ricovero.

Mentre i dati sul monitoraggio dell'attività chirurgica dell'anno 2000 sono riportati nella sezione 2 del PSR, l'analisi dell'attività delle discipline chirurgiche per singolo presidio consente di individuare alcune proposte operative che dovranno impegnare nel triennio di Piano sia la Regione che le Direzioni Aziendali ed i singoli Dipartimenti di Chirurgia:

- la Day Surgery deve entrare a pieno titolo nei programmi di attività dipartimentale in tutte le aziende, a tale proposito è necessario:
 - sollecitare una approfondita discussione dei dati presentati con le singole Unità Operative all'interno dei dipartimenti di chirurgia;
 - collegare l'indice di trasferimento con la negoziazione del budget e con i sistemi di valutazione dei dirigenti;

- sulla base del confronto tra l'indice di trasferibilità e l'indice di trasferimento è possibile individuare le aree in cui è necessario richiedere uno sforzo maggiore: in primo luogo i reparti di otorinolaringoiatria, ad eccezione dell'ORL di Foligno, in secondo luogo la Chirurgia generale e l'Ortopedia;
- è necessario stimolare la differenziazione dei flussi di attività e migliorare il sistema di codifica per individuare in maniera univoca l'attività di Day Surgery;
- è necessario sollecitare un maggior coinvolgimento dell'Università sui temi della formazione universitaria e soprattutto post-universitaria.

A) OBIETTIVI.

1. *Applicare e sviluppare modelli organizzativi innovativi, in grado di migliorare l'efficienza operativa delle strutture.*

L'offerta dei posti letto per l'attività programmata è riorganizzata secondo il criterio della gradualità delle cure e dell'intensità terapeutica, diversificando il flusso dei pazienti chirurgici all'interno delle diverse modalità assistenziali: (Chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, Week Surgery, Chirurgia in regime ordinario).

La separazione dei flussi assistenziali e l'aggregazione per intensità, gradualità delle cure e tipologia di intervento può consentire:

- una maggior appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario;
- una ridotta incidenza delle infezioni nosocomiali;
- il potenziamento della preospedalizzazione e conseguentemente la progressiva riduzione della degenza pre-operatoria per le procedure chirurgiche eseguite in elezione;
- la riduzione dei posti letto mantenendo inalterato il regime di attività;
- lo sviluppo di tecniche chirurgiche mininvasive, più efficienti, gravate da minori complicanze, minore permanenza in ospedale e migliori risultati;
- l'incremento dell'efficienza operativa e gestionale;
- la liberazione di risorse per l'assistenza intensiva postoperatoria per i pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative.

2. *Effettuare in regime di day surgery almeno l'80 per cento degli interventi individuati nella «lista delle procedure chirurgiche trasferibili».*

Poiché la lista delle procedure riveste un carattere dinamico, sono stati previsti aggiornamenti periodici, l'ultimo dei quali ha visto coinvolti specialisti della chirurgia generale e delle altre specialità chirurgiche.

L'elenco delle procedure chirurgiche effettuabili in Day Surgery (classificate secondo le modalità dell'ICD9-C) può essere utilizzato per programmare il fabbisogno di posti letto chirurgici e verificare l'appropriatezza del loro utilizzo.

Tale strumento, dimostratosi di estrema validità, consente di stimare la quota di ricoveri con intervento chirurgico o con procedura diagnostica invasiva potenzialmente trasferibile dalla degenza ordinaria alla day surgery favorendo una verifica costante dell'appropriatezza dei ricoveri nei reparti chirurgici e determinando una maggiore responsabilizzazione dei professionisti per un utilizzo ottimale delle risorse assegnate.

3. *Sperimentare le potenzialità dell'organizzazione dipartimentale.*

Il modello dipartimentale pur essendo individuato nei vari atti di programmazione come soluzione ideale per l'organizzazione ospedaliera non ha trovato ancora diffusa applicazione per la coesistenza di vincoli che rendono complessa la scelta dell'integrazione (carenza di competenze organizzative specifiche e resistenze al cambiamento).

È necessario favorire l'integrazione organizzativa, clinica e culturale per attivare un processo di innovazione basato su:

- flessibilità organizzativa e centralità del paziente, quale punto di riferimento nell'integrazione clinico-organizzativa;
- responsabilizzazione dei dirigenti, focalizzando l'attenzione sui processi produttivi, quale condizione per conseguire contemporaneamente efficacia ed efficienza;
- realizzazione di un modello organizzativo basato sulla integrazione interprofes-

sionale e multidisciplinare, secondo la logica del case management, in grado di garantire al paziente la qualità del servizio erogato.

La proposta di riorganizzazione si propone di sperimentare un modello organizzativo che si caratterizza per:

- centralità del governo clinico;
- maggiore funzionalità, superamento della parcellizzazione dei centri decisionali, concentrando la programmazione di tutti gli interventi di media-bassa complessità;
- collegamento degli obiettivi operativi con l'assegnazione di risorse ai dipartimenti;
- sperimentazione di un organigramma basato su rapporti di tipo prevalentemente funzionale, anziché gerarchico, con forme di collaborazione tra Unità Operative che consentano di affrontare i problemi per processi assistenziali, intesi come sequenza integrata di attività.

B) ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE CHIRURGIE NEL TRIENNIO DI PIANO.

B.1.) *Stima del fabbisogno di posti letto.*

Sulla base dei dati di trasferibilità (stima della quota di interventi trasferibili) è possibile programmare le risorse in termini di posti letto per la Day Surgery e contestualmente ridefinire il numero dei posti letto per i ricoveri in regime ordinario.

La necessità di posti letto di ricovero ordinario per presidio e per singola disciplina è stata stimata sulla base dei dati di attività riferiti all'anno 2000³⁴.

Il calcolo dei posti letto di day surgery è stato effettuato partendo dalla stima del numero dei ricoveri trasferibili, ipotizzando un tasso di utilizzo del 100 per cento e 240 giorni annui di attività lavorativa.

Le tabelle A1 e A2 (vedi *Allegato 3*) correlano la necessità di posti letto in regime di ricovero ordinario e di Day Surgery, individuata sulla base dei criteri precedentemente esposti, con i posti letto attivati negli istituti pubblici (Tab. A1) e nelle case di cura private (Tab. A2) al 31 dicembre 2001. *Le tabelle dell'Allegato 3 non costituiscono vincolo, bensì un riferimento per le Direzioni aziendali e la Regione, in quanto parametri di riferimento.*

Tale confronto ha evidenziato: *a)* un eccesso di posti letto per il regime di ricovero ordinario che, con un tasso di utilizzo dell'80 per cento, può essere quantificato in 180 posti letto per gli istituti pubblici e in 130 posti letto per le case di cura private; *b)* un numero di posti letto attivati in regime di Day Surgery lievemente superiore alla stima del fabbisogno per gli istituti pubblici e la mancata formalizzazione dei posti letto di Day Surgery nelle case di cura private.

La stima del fabbisogno di posti letto chirurgici per singolo presidio, può essere dedotta dalle tabelle B1 e B2 (vedi *Allegato 3*) che prendono in considerazione tutta l'attività chirurgica effettuata nei singoli presidi nell'anno 2000, comprese le procedure diagnostiche o terapeutiche complesse che afferiscono a DRG medici, senza tener conto del reparto che ha effettuato la dimissione.

³⁴ Sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- analisi dei ricoveri chirurgici totali (ricoveri ordinari + day surgery con DRG chirurgico o con DRG medico contenente procedure chirurgiche complesse);
- calcolo della quota di interventi trasferibili, sulla base delle procedure ricomprese nella lista degli interventi effettuabili in day surgery, aggiornata dal gruppo di lavoro regionale;
- stima della quota di ricoveri appropriati in base al principio sancito dai LEA, ponendo come obiettivo un indice di trasferimento dell'80 per cento;
- per i ricoveri ritenuti appropriati in regime ordinario è stata considerata la degenza media rilevata nell'ultimo anno di attività, per valutare il numero di giornate di degenza appropriate in ricovero ordinario;
- il numero dei P.L., è stato stimato tenendo a riferimento un tasso di utilizzo dell'80 per cento ed un indice di operatività globale del 70 per cento, variabile per le singole discipline: (80 per cento Ortopedia ed Oculistica; 70 per cento Chir. ed ORL; 40 per cento Ginecologia).

Per i ricoveri ritenuti appropriati sono necessarie 285.290 giornate di degenza, con un tasso di utilizzo dell'80 per cento ed un indice di operatività del 70 per cento, corrispondono a 1118 posti letto di ricovero in regime ordinario per gli istituti pubblici e ad 82 per le case di cura private.

Un'indicazione sull'articolazione interna dei posti letto è fornita dalle tabelle C, D, E, F, G (vedi *allegato 3*) che riportano la stima del fabbisogno per singola disciplina chirurgica. La somma di questi numeri risulta inferiore a quella riportata nelle tabelle B1 e B2, poiché nelle prime sono presi in considerazione i ricoveri con procedura chirurgica dimessi dai reparti chirurgici mentre nelle seconde sono presi in considerazione tutti i ricoveri con procedura chirurgica a prescindere dal reparto di dimissione.

La stima per disciplina non tiene conto ad esempio dei DRG chirurgici effettuati nei reparti di pediatria e dei DRG medici con procedura diagnostico-terapeutica complessa, effettuati nei reparti di cardiologia o di medicina.

C) DIFFERENZIAMENTO DELL'OFFERTA CHIRURGICA.

Per migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse, l'attività chirurgica programmata è differenziata attraverso quattro modalità di erogazione:

C.1.) *Chirurgia Ambulatoriale.*

Con il termine di *chirurgia ambulatoriale* si intende: «*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in ambulatori ed ambulatori protetti, in anestesia topica, locale, loco regionale (limitatamente agli ambulatori protetti) e/o analgesia*».

Le prestazioni di *chirurgia ambulatoriale* potranno essere effettuate, in funzione della loro diversa complessità sia in ambulatori dotati dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi che in ambulatori protetti, intesi come ambulatori che oltre a possedere tali requisiti siano posti nell'ambito di una struttura di ricovero, anche a solo ciclo diurno.

Per favorire lo sviluppo della CHIRURGIA AMBULATORIALE si prevede la revisione del nomenclatore tariffario regionale con la definizione delle procedure realmente effettuabili ambulatorialmente, l'adeguamento delle tariffe ambulatoriali in funzione dei costi di produzione, nonché la definizione dei requisiti minimi e degli ulteriori requisiti per l'accreditamento delle strutture.

C.2.) *Day Surgery.*

La *day-surgery*³⁵ è la modalità assistenziale definita come «*possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure*

³⁵ DAY SURGERY: MODELLI ORGANIZZATIVI.

Sulla base delle indicazioni contenute nell'accordo sancito tra il Ministro della Salute e le Regioni in data 1 agosto 2002 e nella proposta elaborata dalla Commissione di studio per la *day surgery*, istituito dal Ministro della Salute, vengono individuati tre modelli organizzativi:

- a) Presidio autonomo di *day surgery* (centro chirurgico di *day surgery*);
- b) Unità di *day surgery* monospecialistica o plurispecialistica;
- c) Posti letto dedicati.

a) Il PRESIDIO AUTONOMO DI DAY SURGERY è una struttura, pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti, funzionalmente collegata ad una struttura ospedaliera, situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze e dotata di procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza.

L'attivazione di presidi autonomi di *day surgery* può essere utilizzata, in via prioritaria, per consentire la riconversione delle strutture della rete ospedaliera regionale.

b) L'UNITÀ DI DAY SURGERY, MONOSPECIALISTICA O PLURISPECIALISTICA, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo, può essere costituita da una delle seguenti modalità organizzative:

diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale».

Viene ribadita la scelta di prevedere per la day surgery la possibilità del pernottamento, poiché in tal modo è possibile:

— trasferire in regime diurno atti chirurgici più complessi per i quali sia necessario garantire un periodo di osservazione postoperatoria adeguato, tra i quali gli interventi laparoscopici;

— effettuare in regime di Day surgery interventi gravati da una significativa incidenza di complicanze come, ad esempio, la tonsillectomia e l'adenotonsillectomia; a tale proposito, la Società Italiana di Otorinolaringoiatria ha prodotto linee guida che consigliano il pernottamento per alcune tipologie di trattamento;

— consentire l'accesso a tali modelli assistenziali a pazienti con residenza lontana o che non possano essere dimessi in relazione a problemi di ordine socio-familiare, psicologico, o per la comparsa di effetti indesiderati.

I posti letto devono essere chiaramente ed esclusivamente destinati alla day surgery e la pianificazione dell'attività chirurgica deve essere nettamente distinta dall'attività di chirurgia ordinaria. In nessun caso dovrebbero essere utilizzati per l'accettazione di pazienti ricoverati in urgenza, altrimenti verrebbe meno un requisito essenziale, quale la netta separazione dei flussi, indispensabile per garantire il rispetto della programmazione.

I diversi modelli organizzativi possono coesistere nell'ambito di una stessa Azienda.

La riorganizzazione dell'attività chirurgica a ciclo diurno nelle Aziende Sanitarie con più presidi, può prevedere due diverse modalità:

1) la centralizzazione della Day Surgery in un unico presidio (free standing), nel quale far confluire tutta l'attività trasferibile³⁶;

2) l'individuazione in ogni presidio di una unità integrata, funzionalmente collegata con una struttura di week surgery o una struttura di degenza ordinaria³⁷.

b1) UNITÀ DEDICATE, intese come strutture mono o multidisciplinari, dotate di autonomia gestionale ed organizzativa che si caratterizzano per:

- presenza di sale operatorie e spazi di degenza esclusivamente dedicati;
- personale dedicato;
- inserimento in un'ottica di tipo dipartimentale o interdipartimentale;
- entità significativa della casistica trattata.

Le Unità dedicate in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche, al grado di autonomia gestionale ed alla complessità dell'organizzazione interna, si possono configurare come strutture complesse.

b2) UNITÀ INTEGRATE intese come strutture mono o multidisciplinari, presenti all'interno di strutture di ricovero, quale articolazione di una struttura complessa (unità operativa o dipartimento), che si caratterizzano per la presenza di spazi di degenza dedicati e l'utilizzo di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni prestabiliti.

L'analisi delle attività chirurgiche delle case di cura private evidenzia, in alcuni casi, un indice di trasferibilità molto elevato: Casa di cura Liotti (84,2 per cento), Casa di cura Villa Aurora (76,5 per cento), Porta Sole (71,1 per cento). Sulla base di tali dati è auspicabile una loro riorganizzazione in strutture di day surgery integrate.

c) POSTI LETTO DEDICATI attivati nell'ambito delle unità di degenza ordinaria, in strutture di ricovero per acuti pubbliche o private, per svolgere le attività di day surgery, con utilizzo di sale operatorie centralizzate, secondo orari e giorni della settimana prestabiliti.

Tale modello organizzativo pur consentendo l'avvio delle attività di day surgery e la diffusione di una nuova cultura non permette di conseguire i benefici tipici della day surgery, quali pianificazione, rispetto della programmazione, ottimizzazione delle risorse e personalizzazione dell'assistenza. Per tale motivo si auspica la sua evoluzione verso i modelli sopra descritti.

³⁶ Tale soluzione potrebbe essere valida sia per la ASL 1 (Città di Castello, Umbertide, Gubbio), che per la ASL 2 (Todi, Marsciano, Assisi).

³⁷ Nella seconda ipotesi, l'attivazione di una unità integrata polispecialistica potrebbe rappresentare la scelta ideale per Gubbio (1661 interventi trasferibili), Città di Castello (1345), Umbertide (960), Spoleto (2299), Assisi (1084), Narni (1064).

In altri casi (come ad esempio Castiglione del Lago, Città della Pieve ed Amelia), poiché l'entità della casistica non giustifica l'esistenza di una unità integrata si potrebbe ipotizzare l'attivazione di una week surgery con alcuni posti letto destinati alla day surgery.

Per favorire lo sviluppo della DAY SURGERY viene confermata la possibilità del pernottamento (One Day Surgery) ed il sistema di incentivazione economica legato al riconoscimento del 100 per cento della tariffa per i DRG trattati in Day Surgery. Viene garantita la netta separazione dei flussi e le risorse necessarie al corretto funzionamento della strutture, prevedendo in particolar modo un numero di sale operatorie correlato con i posti letto. Vengono inoltre formalizzati i modelli organizzativi con la definizione dei ruoli della responsabilità.

L'Ospedale di Spoleto, San Matteo degli Infermi, nel campo della Chirurgia videolaparoscopica e robotica venga potenziato.

C.3.) *Week Surgery.*

Per week surgery si intende «*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici per i quali è opportuna una osservazione postoperatoria superiore alle 24 ore che, di norma, non si prolunga oltre le 72 ore, in regime di ricovero ordinario in strutture funzionanti in maniera continuativa dal lunedì al venerdì*».

Il modello organizzativo presenta notevoli analogie con la day surgery, in particolare per quanto riguarda la separazione dei flussi, al fine di evitare interferenze con l'attività d'urgenza, il percorso preoperatorio, le modalità di programmazione e gestione delle liste d'attesa, così come il sistema degli indicatori di attività.

La week surgery potrebbe essere una soluzione ottimale per:

- tutte le Unità Operative di Oculistica;
- per alcune Unità Operative di Otorinolaringoiatria;
- per le unità operative di chirurgia generale con elevato indice di trasferibilità, collocate negli ospedali non ricompresi nella rete dell'emergenza.

La week surgery potrebbe essere ipotizzata anche come uno dei modelli di erogazione dell'assistenza chirurgica nei presidi che hanno più unità operativa di chirurgia generale o unità operative di chirurgia con più sezioni. Potrebbe essere ipotizzata anche per alcuni reparti di ortopedia che si caratterizzano per una breve degenza media post operatoria ed un indice di trasferibilità superiore al 50 per cento.

L'attivazione della week surgery potrebbe essere favorita dalla contestuale individuazione di aree di degenza comuni per i pazienti operati che, superata la fase peri operatoria, necessitano di stabilizzare i parametri clinici.

C.4.) *Chirurgia in regime ordinario.*

Il regime di ricovero ordinario tradizionale dovrebbe essere riservato soltanto a quei casi che necessitano di un'assistenza postoperatoria superiore ai quattro giorni.

La chirurgia in regime ordinario tradizionale, attivata soltanto nei presidi ricompresi nella rete dell'emergenza, dovrebbe farsi carico di garantire la continuità assistenziale nell'arco dell'intera settimana e la gestione delle urgenze chirurgiche.

L'attivazione dei modelli organizzativi precedentemente definiti, presenta i seguenti vantaggi:

- favorisce l'appropriatezza dei regimi di ricovero;
- consente di qualificare l'assistenza infermieristica a parità di risorse;
- consente di recuperare risorse per attivare in tutte le U.O. chirurgiche dei moduli di assistenza intensiva postoperatoria;
- permette di realizzare concretamente la diversificazione dell'assistenza per livelli di intensità di cura;
- favorisce la qualificazione professionale, stimolando la diversificazione dell'attività, l'acquisizione di nuove tecnologie e di conseguenza consente di migliorare la «clinical competence».

D) CONDIZIONI PER IL SUCCESSO DELLA RIORGANIZZAZIONE.

- ridefinire l'assetto organizzativo dei dipartimenti;
- coniugare la riorganizzazione dell'assistenza per livelli di intensità con la reale attribuzione di responsabilità;

- incentivare le spinte che provengono dall'innovazione tecnologica con scelte amministrativo-gestionali congrue e coerenti;
- favorire il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale attraverso strumenti adeguati, definiti in sede di contrattazione decentrata;
- promuovere l'informazione e la formazione degli operatori;
- definire un sistema permanente per il monitoraggio delle attività e per la valutazione di qualità;
- avviare un sistema di rilevazione maggiormente orientata a misurare gli outcome.

7.5.4.6. Riorganizzare l'offerta ospedaliera nell'area medica.

La riorganizzazione dell'offerta ospedaliera nell'area medica registra nella nostra regione una minore maturità rispetto alle tematiche dell'emergenza urgenza, della chirurgia e della riabilitazione.

Per definire in maniera più dettagliata la tipologia di pazienti che possono essere appropriatamente assistiti nella rete ospedaliera come riconfigurata dal PSR, la Regione approva entro sei mesi dall'entrata in vigore del PSR indicazioni per la corretta articolazione delle competenze nell'area medica tra ospedali dell'emergenza e ospedali di territorio, unitamente a indicazioni per l'appropriatezza nelle attività di *dh medico*.

Si ritiene invece opportuno presentare in questa cornice il modello di day service in quanto ritenuto in grado di sostituire buona parte delle attività che hanno fino ad ora fatto capo al *dh medico*.

Il Modello di Day Service.

Il Day Service rappresenta un modello organizzativo innovativo che si realizza attraverso l'erogazione di prestazioni ambulatoriali multidisciplinari integrate in base a criteri che tendono a costruire un percorso diagnostico terapeutico organizzato. Consiste nella «presa in carico» da parte dello specialista del paziente in tutte le diverse fasi del percorso clinico fino alla risoluzione del quesito diagnostico terapeutico e della valutazione complessiva delle condizioni cliniche e dei fattori di rischio.

Si realizza attraverso l'offerta di «pacchetti» predefiniti, per patologia e livelli di criticità, di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il Day Service può essere attivato anche per pazienti che presentano patologie per le quali si prospettano processi assistenziali, diagnostici o di follow up relativamente standardizzabili.

Segue un percorso analogo a quello di un ricovero in Day Hospital, cioè l'offerta di una forma organizzata di gestione del problema di salute attraverso:

- la definizione di percorsi assistenziali organizzati all'interno della struttura (ospedale, poli ambulatori);
- la presenza di personale formato e qualificato nella gestione di casi complessi e di offerta dei servizi;
- l'erogazione del «pacchetto di prestazioni» predefinito possibilmente nell'arco della giornata;
- la programmazione, per i casi più complessi, di un numero limitato di accessi (due max tre).

È un regime ambulatoriale e quindi prevede la eventuale partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente.

Soggetti destinatari.

Il Day Service si rivolge ad utenti che presentano problematiche cliniche per le quali il ricovero risulterebbe eccessivo o inappropriato, ma sufficientemente complesse da rendere opportuna la gestione specialistica in tempi relativamente brevi.

Obiettivo generale.

Garantire appropriatezza e tempestività della risposta assistenziale di tipo ambulatoriale.

Obiettivi specifici.

1. Ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso la diminuzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati (*ottimizzazione risorse*);

2. semplificare il percorso di accesso alle strutture ambulatoriali riducendo le prassi burocratiche (*corsia preferenziale di prenotazione del pacchetto a CUP*);
3. superare i limiti dell'attività ambulatoriale semplice garantendo la continuità assistenziale (*presa in carico, documentazione clinica iter diagnostico*);
4. aumentare l'integrazione funzionale tra i vari specialisti e tra essi e il Medico di Medicina Generale;
5. migliorare la qualità della pratica clinica attraverso la formalizzazione delle competenze plurispecialistiche in percorsi clinici condivisi.

Vantaggi attesi.

- Possibilità di studiare e definire con maggiore esattezza l'attività specialistica ambulatoriale;
- introduzione di un nuovo strumento assistenziale senza sovraccarico organizzativo;
- tendenza all'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- aumento del grado di soddisfazione dell'utente verso le strutture aziendali.

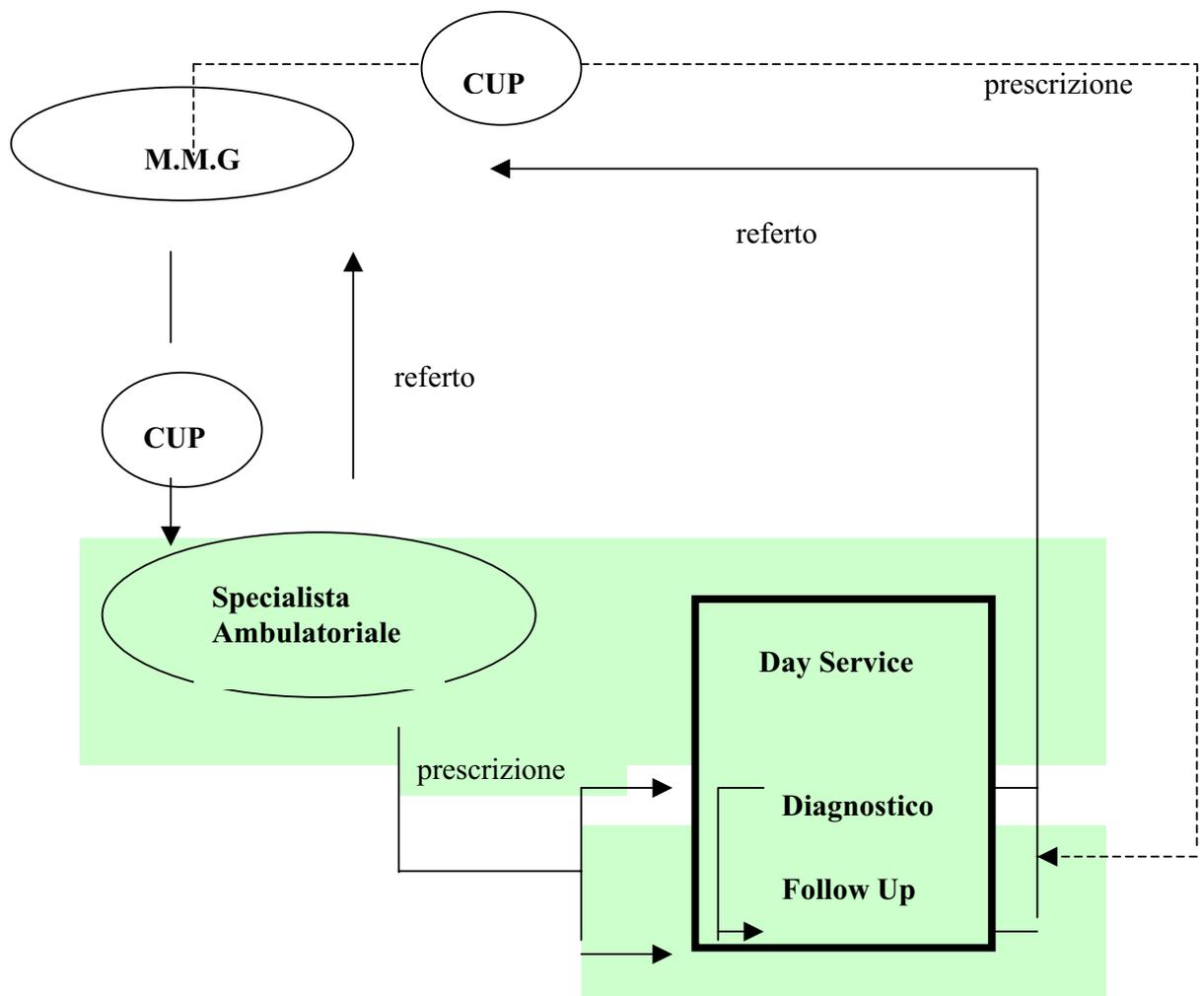


Fig. 7.5: Modalità di accesso al Day Service.

Modalità di accesso.

Il Medico di Medicina Generale invia il paziente per una valutazione diagnostica complessa presso il Day Service esplicitando la richiesta di consulenza specialistica, il quesito o il sospetto diagnostico iniziale.

Il Day Service è attivato dallo Specialista che definisce l'iter diagnostico (clinico e strumentale) e il piano terapeutico. Gli appuntamenti vengono fissati attraverso percorsi organizzati interni alla struttura.

Al termine del percorso lo Specialista redige per il Medico di Medicina Generale il referto con l'esplicitazione della conclusione diagnostica ed eventuale suggerimento terapeutico.

Il MMG può richiedere direttamente l'esecuzione del «pacchetto di prestazioni predefinite» per le patologie per le quali lo stesso è stato definito ed attivato.

Fase di sperimentazione.

Considerato che l'introduzione di nuove modalità di prenotazione e la riorganizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, volte a facilitare i percorsi dei pazienti, hanno un forte impatto sulla organizzazione e necessitano di un forte investimento in termini di formazione del personale è necessario prevedere una fase di sperimentazione che vede coinvolte sia le Aziende Ospedaliere sia quelle territoriali.

Al termine della sperimentazione e in base ai risultati raggiunti saranno elaborate le linee guida per la implementazione su scala regionale del Day Service.

Tabella n. 7.10 Calendario di azioni per l'assistenza ospedaliera e principali responsabilità.

I° anno	Attivazione elisoccorso	Regione
	Potenziamento DEA, pronto soccorso e rete emergenza territoriale	ASL ed AO
	Accorpamento dei presidi e dei dipartimenti a livello di ASL	ASL ed AO
	Riorganizzazione delle chirurgie per day surgery, week surgery, chirurgie d'urgenza e chirurgia ambulatoriale	ASL ed AO
	Messa a punto dei criteri per riorganizzare le attività di area medica e avvio day service	Regione ASL AO
	Avvio attività riabilitative negli ospedali di territorio	ASL
	Attivazione moduli di RSA a degenza breve negli ospedali	ASL AO (su mandato ASL)
II° anno	Riorganizzazione area medica	ASL ed AO
	Integrazione tra DEA e aree assistenziali per ictus, infarto, traumi gravi cranio encefalici	ASL ed AO
	Ulteriore sviluppo attività riabilitative negli ospedali di territorio	ASL ed AO
	Promozione governo clinico e prime misurazioni di outcome	Regione ASL AO
III° anno	Verifica funzionamento ed efficacia del sistema ospedaliero	Regione

7.5.4.7. Riorganizzare e Sviluppare la rete riabilitativa.

Il precedente PSR 1999-2001 ha permesso di ristrutturare la rete riabilitativa regionale portando all'istituzione dei Dipartimenti di Riabilitazione e stabilendo i centri di riabilitazione intensiva e le strutture di alta specializzazione. Il Piano assume il compito di sviluppare ulteriormente la rete riabilitativa indicando ulteriori elementi organizzativi relativi sia agli aspetti territoriali che ospedalieri.

La riorganizzazione si aggancia ad una serie di azioni volte a definire i principali percorsi riabilitativi, sui quali sono stati attivati gruppi di lavoro ad hoc (percorsi sulle mielolesioni; percorsi prescrittivi protesi e ausili; percorsi di integrazione socio-sanitaria; definizione applicativa dei Livelli Essenziali di Assistenza) ed i cui risultati sono alla base dello sviluppo proposto.

A) OBIETTIVI DI SALUTE.

L'obiettivo principale è quello nella nuova accezione fornita dall'OMS, di far riacquistare il miglior stato di salute possibile, dove il concetto di salute non riguarda solo aspetti specificamente medici ma rappresenta l'ottimizzazione delle funzionalità del nostro corpo, delle attività nella vita quotidiana ad esso correlate e della migliore partecipazione sociale possibile. Si conferma quindi che il processo riabilitativo agisce a tutti i livelli in un continuum di intervento socio-sanitario.

L'azione sulle limitazioni funzionali, sulla disabilità (favorendo le attività della vita quotidiana) e la partecipazione implicano un intervento riabilitativo multidimensionale, non fondato solo sull'esercizio terapeutico ma anche nel favorire le condizioni adattative sia con l'apprendimento che con opportuni ausili.

L'obiettivo generale di salute correlato alla riabilitazione è quello dell'aumento degli anni vissuti senza disabilità e di limitare la gravità della disabilità. Su questa base occorre collegarsi con gli obiettivi di salute specifici delineati dall'attuale piano.

In particolare le azioni sono rivolte:

- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie cerebrovascolari.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti ad eventi traumatici.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie respiratorie.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie cardiovascolari.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a malattie osteomioarticolari.
- Diminuzione delle disabilità conseguenti a disturbi cognitivi acquisiti.

Occorre inoltre limitare il degrado della disabilità nelle condizioni di cronicità.

B) OBIETTIVI DI SERVIZIO.

Sulla base di prove di efficacia e di esperienze consolidate si delineano alcune linee di intervento:

- Razionalizzazione e miglioramento degli *interventi in rete*.
- Definizione del modello multidisciplinare e multiprofessionale.
- Riconversione dell'intervento per prestazioni in una globale *presa in carico della persona disabile*.
- Creazione di un *sistema regionale coordinato* per l'intervento riabilitativo.

C) STRUMENTI OPERATIVI.

C.1) *La presa in carico.*

Nel processo riabilitativo è fondamentale la modalità della presa in carico della persona disabile che avviene attraverso:

- L'équipe riabilitativa.
- Il progetto riabilitativo individuale.
- Il programma riabilitativo.

C.1.1.) *L'équipe riabilitativa.*

L'équipe riabilitativa è un team multiprofessionale e multidisciplinare. Il coordinatore dell'équipe e responsabile del progetto riabilitativo è il *medico specialista competente in riabilitazione* intendendo con questo termine un Fisiatra o altro medico specialista che sia referente o responsabile di un'attività di riabilitazione strutturata nell'Azienda sanitaria.

All'interno del team tutti i componenti sono responsabili sulla base della propria professionalità dei singoli programmi.

C.1.2.) *Il progetto riabilitativo individuale.*

Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme delle proposizioni elaborate dalla équipe riabilitativa.

Il progetto:

- tiene conto in maniera globale della disabilità, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e dei bisogni espressi del paziente (e/o dei suoi familiari);
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante;
- definisce la composizione dell'équipe rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati.

C.1.3.) *Il programma riabilitativo.*

All'interno del progetto riabilitativo, il programma riabilitativo definisce:

- gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico individuando gli obiettivi immediati e aggiornandoli nel tempo;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi sulla disabilità;
- il programma viene verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo della presa in carico.

C.2.) *Strutturazione della rete.*

In generale le attività di riabilitazione sono erogate mediante *una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri* appositamente dimensionati. La rete è composta da nodi che hanno un proprio specifico mandato.

C.2.1.) *Livello Territoriale.*

L'intervento riabilitativo territoriale è riservato a persone disabili in fase post-acuta in continuità con il programma riabilitativo ospedaliero o con presa in carico diretta di casi di media-bassa disabilità. Il territorio ha inoltre il compito di monitorare l'andamento temporale delle disabilità con intervento specifico nelle condizioni di cronicità quando si rilevano obiettivi riabilitativi.

Nel territorio sono garantiti inoltre i percorsi di integrazione socio-sanitaria collegandosi con i servizi sociali di base e con l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per disabili (UMVd).

L'intervento si esplica essenzialmente tramite il setting riabilitativo ambulatoriale e domiciliare che deve costituire momento di appropriatezza ed efficacia sia per l'ottimizzazione dell'intervento riabilitativo che per le possibili ricadute in termini di riduzione delle incongrue ospedalizzazioni.

L'attività riabilitativa domiciliare, per i pazienti non trasportabili e per patologie definite, è un livello dotato di caratteristiche proprie, in grado talora di esaurire in se stesso il totale degli interventi riabilitativi da espletare sul paziente (adattamenti ambientali, interventi sugli stili di vita, ecc.) e potendo, inoltre, costituire un collegamento efficace, seppur temporaneo, tra il ricovero ospedaliero e l'ambulatorio.

L'organizzazione della riabilitazione territoriale deve adeguarsi alle modalità di presa in carico (vedi DGR 893/2002 in materia di allegato 2B sui LEA) da parte dell'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, per cui occorre prevedere:

- Poli di Riabilitazione Territoriale (PRT) composti da un'équipe riabilitativa. Di norma tali centri sono all'interno dei centri di salute o vi fanno comunque riferimento affinché si possano comporre competenze anche extrariabilitative per un progetto complessivo: assistente sociale, Medico di Medicina Generale (MMG), Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS), psicologo, ecc.;
- prestazioni ambulatoriali che possono essere erogate anche dalle U.O. di Riabilitazione degli ospedali territoriali e di emergenza delle ASL o delle Aziende ospedaliere e dalle strutture private accreditate.

La riabilitazione infantile è svolta da specifiche strutture territoriali che si collegano alla riabilitazione dell'adulto nel partecipare al dipartimento di riabilitazione.

C.2.2.) *Degenza Riabilitativa.*

È articolata in degenza intensiva ed estensiva. La distribuzione dei posti letto deve essere proporzionale alla popolazione delle singole aziende territoriali.

C.2.2.1.) *Riabilitazione Intensiva a ciclo continuativo.*

Le U.O. di Riabilitazione Intensiva sono presenti di norma nelle aziende territoriali.

Nelle aziende ospedaliere, al di fuori degli accordi aziendali, vengono svolte esclusivamente le funzioni finanziate dalla Regione su mandato (USU AOPG).

Mentre la ASL 3 ha organizzato la attività di riabilitazione intensiva neuromotoria di Trevi in quanto acquirente e negoziandola, per il bacino regionale con le altre ASL della provincia di Perugia, per la AOTR è opportuno che le attività di riabilitazione intensiva vengano negoziate con la ASL 4 all'interno degli accordi aziendali.

Tali vincoli sono dettati dalla necessità di garantire agli ospedali di territorio funzioni effettive, decongestionando altresì le AO delle funzioni decentrabili; per tali motivi è la ASL che ha l'onere di gestire l'allocazione di queste attività all'interno di una visione di sistema. Allo scopo di facilitare il percorso dalla fase acuta alla fase riabilitativa occorre un forte e strutturato coordinamento tra le aziende ospedaliere e le strutture periferiche di riabilitazione intensiva. Questo migliorerebbe l'efficacia e l'appropriatezza dell'intervento in acuto minimizzando il tempo di permanenza nelle strutture per acuti (Neurochirurgia, rianimazione, Stroke Unit etc.) e permettendo un precoce intervento riabilitativo specifico.

La riabilitazione intensiva è caratterizzata da un intervento riabilitativo individuale di almeno 3 ore a paziente ed è destinata essenzialmente a pazienti in fase post acuta e ad un numero minore di pazienti in fase cronica con peggioramento della disabilità, che possono trarre beneficio dall'intensività. I pazienti che non possono sostenere la riabilitazione intensiva per le comorbilità o per la condizione in generale che non trarrebbe beneficio dall'intensività dell'intervento devono essere trattati in ambito estensivo.

Per la riabilitazione intensiva è individuato un ospedale per ogni azienda territoriale. Nello specifico la ASL 1 a Umbertide, la ASL 2 a Passignano, la ASL 3 a Trevi, la ASL 4 a Terni con la prospettiva di riconversione degli ospedali periferici di Narni e Amelia. Questi ospedali vengono a costituire la rete di intervento intensivo strettamente integrata con le strutture di alta specializzazione e, soprattutto, con il territorio verso il quale occorre stabilire dei protocolli condivisi di presa in carico e dimissioni programmate per garantire la continuità assistenziale.

C.2.2.2.) *Riabilitazione intensiva a ciclo diurno (day hospital riabilitativo).*

Nel caso in cui le condizioni di disabilità siano tali da far ritenere non più necessario il trattamento riabilitativo in regime di degenza continuativa, ma siano comunque tali da richiedere un intervento complesso e prolungato in ambiente specialistico protetto, opportunamente attrezzato, si può ricorrere alla riabilitazione intensiva a ciclo diurno (Day-Hospital Riabilitativo).

Il Day-Hospital Riabilitativo, afferente all'U.O. di Riabilitazione, rappresenta un nodo essenziale della rete riabilitativa e vi vengono effettuate - nell'arco di un ricovero mediamente non inferiore alle tre ore - tutte le operazioni di monitoraggio dell'evoluzione clinica del paziente, nonché ogni necessario intervento specifico di riabilitazione finalizzata al più completo recupero funzionale.

C.2.2.3.) *Riabilitazione Estensiva.*

I pazienti che per natura della disabilità non possono sostenere la riabilitazione intensiva e non possono essere gestiti a domicilio sono trattati in strutture di riabilitazione estensiva. La riabilitazione estensiva consiste in un intervento riabilitativo tra 1 e 3 ore con tutela medico/infermieristica. Questa può essere la chiave per convertire gli ospedali periferici a un ruolo che richiede professionalità e complessità di intervento. Inoltre può essere anche una modalità di utilizzo di specifiche convenzioni con il privato.

Tabella 7.11: Valutazione epidemiologica dei fabbisogni di PL in riabilitazione.

Strutture (i posti letto sono tra pubblico e privato convenzionato)	Posti Letto a ciclo continuativo	Posti Letto in Day Hospital
Letti di USU AOPG	18	2
Letti Gravi Cerebrolesioni Acquisite ASL3	20	7
Letti di riabilitazione Intensiva a ciclo continuativo	250	50
Letti di riabilitazione estensiva	150	

C.2.3) *Intervento riabilitativo negli ospedali del territorio e dell'emergenza.*

Gli Ospedali di Territorio rappresentano nelle strategie delle ASL sedi elettive di svolgimento delle funzioni riabilitative. Tra di essi e gli ospedali dell'emergenza è da prevedere una stretta integrazione con i poli di riabilitazione territoriale che possono intervenire per fornire l'intervento riabilitativo fin dalla fase acuta.

Nelle Aziende Ospedaliere tale intervento, come detto sopra, riguarda di norma definite attività, mentre altre tipologie sono regolate nell'ambito degli accordi interaziendali. L'U.O. di Riabilitazione è di norma collocata nel dipartimento di Riabilitazione ed è strutturata nell'équipe riabilitativa: regola all'interno dei rapporti interdipartimentali le sue relazioni con le diverse strutture di degenza.

C.2.4) *Strutture di III° livello.*

Quanto agli interventi riabilitativi intensivi di III livello:

- per l'attività ad elevata specializzazione nelle *lesioni midollari* di origine traumatica e non, il punto di riferimento regionale è costituito dall'Unità Spinale Unipolare, a valenza regionale ed extraregionale, ubicata presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia;
- per l'attività concernente l'intervento riabilitativo altamente specializzato ed integrato nelle *gravi cerebrolesioni acquisite*, vengono indicati 2 poli: l'Azienda USL n. 3 di Foligno e l'Azienda Ospedaliera di Terni³⁸.

C.2.4.1.) *Potenziamento Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite.*

L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite, Gravi Traumi Cranio-encefalici è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura) e/o caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto.

Come definito nelle linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione tale attività rientra nelle attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione ed è, con riferimento di utenza extraregionale, equiparabile alla funzione dell'Unità Spinale per le mielolesioni.

Nella prospettiva del nuovo ospedale di Foligno si apriranno posti letto specifici per l'intervento precoce nelle gravi cerebrolesioni anche in condizioni di instabilità clinica. Attualmente infatti l'intervallo medio tra l'evento acuto e la presa in carico a Trevi è di 40 giorni e con i pl letto a Foligno si può coprire l'intervento riabilitativo in questo periodo postacuzie (0-40 gg).

Sulla base di tali considerazioni e viste le liste di attesa, la dotazione di posti letto del Centro di Trevi dovrà essere implementata al massimo delle potenzialità della struttura.

Per quanto attiene all'attività ad elevata specializzazione riguardante *la riabilitazione dei disturbi del linguaggio e dei disturbi cognitivi acquisiti* viene indicata come sede di riferimento culturale, di formazione e di aggiornamento l'Unità dedicata alla Riabilitazione Cognitiva, istituita dall'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Al di fuori degli accordi interaziendali tali strutture operano nell'ambito dei vincoli definiti dal PSR nel paragrafo 7.5.4.8.

³⁸ Nell'ambito degli accordi con la ASL 4.

C.3.) *I nodi della rete.*

Gli interventi di riabilitazione estensiva sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private accreditate:

- 1) le strutture ospedaliere di riabilitazione estensiva post-acuzie;
- 2) i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale ospedalieri;
- 3) i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;
- 4) i Poli di riabilitazione territoriale.

D) MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELLA RETE.

D.1.) *Il modello dipartimentale.*

Affinché i nodi della rete funzionino occorre individuare le modalità di comunicazione e scambio tra i punti della rete.

Si individua il *modello dipartimentale* come modalità di lavoro coordinato e funzionalmente integrato fra discipline e professionalità contigue, tutte coinvolte nella *presa in carico* del paziente con disabilità. Questo modello è stato applicato in alcune aziende e in altre è in via di progettazione. Il modello ha permesso di rendere più concreto il modello di rete di intervento sulla persona disabile. Critica è stata l'applicazione nelle aziende ospedaliere dove i dipartimenti sono stati definiti sulle materie più tradizionali.

Per mantenere il livello di integrazione in rete le aziende ospedaliere devono rapportarsi con il territorio, attraverso accordi interaziendali più volte richiamati sui percorsi riabilitativi ed attivando dipartimenti intra-aziendali e connessioni interaziendali e transmurali.

In ogni caso, poiché la riabilitazione costituisce una funzione (così come la prevenzione e la diagnosi e cura), occorre far sì che l'atto riabilitativo, dall'intervento nella fase di acuzie sino al reinserimento sociale, avvenga all'interno di un sistema coordinato e funzionale (*dipartimento*), ove possano confluire i diversi attori chiamati a risolvere le variegate problematiche correlate alla presa in carico del soggetto con disabilità e al suo percorso terapeutico.

D.2.) *Percorsi Riabilitativi Integrati.*

Il paziente va assistito all'interno di un percorso riabilitativo personalizzato e effettuato all'interno della rete dei servizi.

Per far funzionare il percorso occorre prevedere:

- definizione dei percorsi appropriati per le principali patologie (tempi e modi di intervento dei singoli poli di erogazione) basati sulle prove di efficacia disponibili (EBM) e linee guida;
- strumenti di comunicazione tra i punti della rete (schede di progetto, lettera di dimissione etc.);
- modelli di integrazione tra gli ospedali e territorio per facilitare la presa in carico tra ospedali per acuti e centri di riabilitazione, ospedali per acuti e territorio, centri di riabilitazione e territorio.

D.3.) *Rapporti tra le aziende sanitarie.*

La presenza di diverse aziende su un territorio vasto ma con una bassa densità di residenti pone l'esigenza di prevedere che la rete riabilitativa si estenda oltre i confini delle singole aziende. Inoltre quando si programmano percorsi ottimali non si può non pensare ad accordi specifici tra aziende ospedaliere e territorio. Occorre quindi facilitare rapporti e accordi interaziendali allo scopo di collegare in modo omogeneo e utilizzare tutte le risorse presenti sul territorio.

D.4.) *Il rapporto Pubblico-Privato.*

Nella visione della rete riabilitativa regionale le strutture private accreditate (comprese quelle di *project financing* pubblico-privato) costituiscono nodi della rete e come tali devono integrarsi con i percorsi riabilitativi per la persona disabile. Questo significa che sia sul versante ospedaliero che ambulatoriale si integrano con le prio-

rità e le linee di indirizzo via-via proposte per le varie aree di disabilità. L'ospedale privato come quello pubblico deve quindi condividere protocolli operativi e passaggi di presa in carico con il territorio, le altre strutture della rete e viceversa.

D.5.) *Ausili e Protesi.*

L'utilizzo di ausili deve essere inserito all'interno del progetto riabilitativo andando a costituire parte di uno specifico programma. Gli ausili possono costituire una parte rilevante del progetto riabilitativo, per diminuire la disabilità.

È importante delineare dei percorsi prescrittivi omogenei fra le diverse Az. USL dell'Umbria per rendere più semplice l'accesso dell'utente alla prestazione protesica e per promuovere una cultura dell'ausilio che sia sinonimo di strumento riabilitativo finalizzato al miglioramento della qualità della vita.

La Regione adotta un provvedimento legislativo specifico per la realtà regionale in materia di gare e appalti.

D.5.1.) *Prescrizione multidisciplinare.*

Anche per gli ausili va previsto un approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

Il percorso prescrittivo è articolato in 2 fasi: la proposta di prescrizione e la prescrizione autorizzativa.

La prescrizione, con carattere autorizzativo, deve essere fatta da medici specialisti competenti individuati da ogni Azienda, preferibilmente uno per ogni distretto, e inseriti in un elenco regionale di prescrittori. La proposta di prescrizione ausili deve essere accompagnata dal progetto riabilitativo con firma del medico specialista e del fisioterapista, e delle altre figure professionali, dove possibile.

L'atto prescrittivo deve tener conto della complessità dei bisogni dell'utente, del suo contesto di vita. Il percorso prevede vari momenti: valutazione, prova, prescrizione, collaudo, addestramento e verifica.

D.5.2.) *Il riciclo degli ausili.*

Considerata la possibilità che l'ausilio possa avere un utilizzo limitato nel tempo occorre organizzare un sistema di riciclo degli ausili in modo da poter limitare gli sprechi e la spesa sanitaria. L'ausilio non più utilizzato va «bonificato» in modo opportuno e reinserito nel circuito prescrittivo. Questa soluzione già utilizzata in alcune aziende può prevedere sia l'affidamento a privati che l'organizzazione pubblica.

D.5.3.) *I Centri ausili.*

Il centro ausili è un centro di informazione e consulenza finalizzato a indirizzare utenti e operatori alla scelta e all'utilizzo e alla conoscenza degli ausili.

Il Centro Ausili non «prescrive» ausili, aiuta invece chi già quotidianamente svolge questa funzione, senza limitare peraltro, né l'autonomia di budget dei distretti, né l'autonomia professionale dei singoli medici incaricati della prescrizione.

D.5.4.) *Gli ausili tecnologici.*

L'evoluzione tecnologica sta rendendo possibile l'utilizzo di ausili tecnologici che possono facilitare l'autonomia anche di soggetti con gravi disabilità, in particolare neurologiche.

È necessario inserire nel nomenclatore tariffario un capitolo specifico per gli ausili tecnologici che rispetto al campo di applicazione (molto vasto e veloce nell'aggiornamento) risultano sempre essere ormai fuori mercato. Inoltre, visti anche i costi e la complessità di tali ausili occorre prevedere dei centri specifici in cui avvenga:

- a) valutazione della necessità dell'ausilio
- b) verifica diretta della capacità di utilizzo
- c) addestramento.

Tali *Centri Orientamento Ausili Tecnologici* sono associati ad Ausilioteche informatiche a valenza provinciale o regionale. I centri ausili possono collegarsi ad eventuali

iniziative sociali, gestite anche da associazioni, nell'ambito dei patti per la salute, riguardanti la facilitazione dell'autonomia.

E) SISTEMI OPERATIVI GESTIONALI.

E.1.) Struttura di coordinamento.

Per definire l'intervento riabilitativo in Umbria come sistema occorre prevedere un agile coordinamento regionale che faciliti il raggiungimento degli obiettivi definiti e omogeneizzi i percorsi riabilitativi costituiti essenzialmente dai referenti aziendali e professionisti con specifiche competenze in ambito riabilitativo.

E.2.) La formazione e il rapporto con l'Università.

L'Università è uno degli strumenti principali per la costruzione di una innovativa cultura riabilitativa e per la formazione dei professionisti dell'area. Per questo la Regione auspica il potenziamento del Corso di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione, dei corsi di laurea di I° Livello in Fisioterapia e Logopedia e l'attivazione della Laurea di II° Livello. Sono auspicabili forme di integrazione tra l'Università e i centri di formazione aziendale per corsi di aggiornamento specifici, e ampia disponibilità da parte delle Aziende Ospedaliere e delle ASL di mettere a disposizione le proprie strutture per il tutoraggio.

E.3.) La qualità.

Una risposta di qualità ai bisogni riabilitativi dei cittadini deve basarsi sull'accREDITAMENTO delle strutture e sul miglioramento dell'appropriatezza dell'intervento.

L'accREDITAMENTO delle strutture riabilitative dovrà essere articolato sui seguenti aspetti:

- *standard della struttura*: secondo i criteri individuati dalla Regione dell'Umbria;
- *standard del processo organizzativo*: oltre agli standard organizzativi generali particolare attenzione va posta a quelli specifici (rapporto personale/prestazioni, aree di attività multidisciplinare, etc.);
- *standard dei processi riabilitativi*: definire l'intervento riabilitativo appropriato per le specifiche tipologie di disabilità con specifici tempi dall'evento acuto e andamento della disabilità.

Per l'appropriatezza dell'intervento riabilitativo devono essere garantiti:

- il rispetto, universalmente condiviso, di standard qualitativi e quantitativi di personale in rapporto ai bisogni specifici degli utenti;
- lo sviluppo di linee di priorità di trattamento basate, ove possibile, sulle prove di efficacia (desunte da EBM);
- la promozione delle nuove modalità operative previste dalla presa in carico e dalla relativa definizione del progetto e programmi riabilitativi da parte dell'équipe;
- l'individuazione di percorsi riabilitativi per le disabilità a maggiore prevalenza nel rispetto della continuità terapeutica attraverso procedure documentate possibilmente condivise da tutte le organizzazioni della rete regionale di riabilitazione;
- la definizione di semplici e chiare modalità di comunicazione tra équipe riabilitativa da un lato e famiglia e MMG o MPLS dall'altro;
- la definizione di valutazioni d'esito riabilitativo uniformi sia nelle modalità (uso di test validati e condivisi) che nella scelta dei tempi (valutazione iniziale, finale e follow-up);
- l'attivazione di un adeguato sistema informativo per il monitoraggio delle attività sui nodi della rete riabilitativa;
- l'utilizzo di strumenti per la rilevazione della «soddisfazione degli Utenti» per le conseguenti azioni correttive e/o preventive volte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione.

Talella 7.12: Calendario di azioni nel triennio e principali responsabilità.

Anno	Interventi	Titolarietà
I	Pianificazione dei profili di cura e delle linee guida per la riabilitazione delle disabilità a maggiore prevalenza;	ASL AO
	Definizione dei percorsi di cura e integrazione sociale per le persone con grave cerebrolesione acquisita;	ASL AO
	Applicazione estensiva dei percorsi definiti per persone con mielolesione; (es USU-distretti)	ASL AO
	Documento di ridefinizione organizzativa delle strutture riabilitative territoriali;	Regione
	Ridefinizione delle tariffe per la riabilitazione ospedaliera e ambulatoriale;	Regione
	Definizione dei percorsi di integrazione tra la riabilitazione dell'età evolutiva e dell'adulto;	ASL
	Ripetizione, a distanza di 5 anni dello studio sull'attività della riabilitazione in Umbria nel periodo aprile giugno 2003.	Regione
	Completamento dell'attivazione dei centri ausili aziendali e dei dipartimenti di riabilitazione;	ASL
	Iniziale adeguamento del numero di posti letto di riabilitazione intensive ed estensiva	ASL AO
	Applicazione dei percorsi prescrittivi ausili e protesi;	Aziende
	Pianificazione di un sistema informativo permanente in riabilitazione;	Regione
	Definizione degli strumenti di comunicazione tra i nodi della rete (progetto riabilitativo, modalità di presa in carico, documentazione clinica etc.).	Regione
II	Applicazione del sistema informativo;	ASL AO
	Sperimentazione dei percorsi riabilitativi per le disabilità a maggiore prevalenza;	ASL
	Sperimentazione dei percorsi di cura per le gravi cerebrolesioni acquisite;	ASL AO
	Applicazione e sperimentazione dei percorsi riabilitativi territoriali;	ASL
	Adeguamento numero posti letto di riabilitazione intensive ed estensiva;	ASL AO
	Convegno regionale di programmazione intermedia sulla base dei dati rilevati dallo studio	Regione
III	Verifica dei progetti attivati	Regione
	Arrivo a regime dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva;	ASL AO

F) RIABILITAZIONE RESPIRATORIA.

F.1.) *Cornice.*

La riabilitazione respiratoria si rivolge prevalentemente a soggetti con patologia cronica evolutiva (broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza respiratoria, malattie neuromuscolari ed altro) indipendentemente dal grado di compromissione ma anche a soggetti con esiti di eventi acuti (chirurgia toracica ed addominale alta, cardiocirurgia, lesioni del sistema nervoso centrale e periferico ed altro).

F.2) *Problemi di salute.*

Elevata e crescente prevalenza delle disabilità da malattie dell'apparato respiratorio. Disabilità derivante progressiva e di lunga durata con elevati costi socio-sanitari.

Sono state individuate le seguenti patologie respiratorie causa di disabilità residua nell'adulto sia in fase di acuzie o riacutizzazione che in fase stabilizzata: *BPCO ed asma bronchiale cronica, esiti di interventi di chirurgia toracica ed addominale alta, esiti di interventi cardiocirurgici, insufficienza respiratoria cronica da qualsiasi causa, bronchiectasie, mucoviscidosi, interstiziopatie polmonari, malattie neuromuscolari, lesioni del sistema nervoso centrale e periferico, postumi di processi pleuro-polmonari specifici, gravi cifoscoliosi.*

F.3.) *Problemi di assistenza.*

- Le attività di riabilitazione respiratoria in Umbria sono applicate in modo disomogeneo, spesso per l'iniziativa di singoli operatori o gruppi, al di fuori di moderni standard organizzativi, di personale e di modalità operative efficaci;
- inadeguatezza della gestione del paziente con grave disabilità.

Pertanto occorre:

- attivare strutture di riabilitazione respiratoria inserite nella rete organizzativa della riabilitazione regionale;
- articolare appropriatamente le strutture in ambito ospedaliero ed extraospedaliero;
- privilegiare le attività di cui esistono evidenze di efficacia.

F.4.) *Obiettivi di salute.*

— Costituire una rete regionale di strutture di riabilitazione respiratoria finalizzata alla riduzione della disabilità conseguente alle patologie sopra indicate.

— Identificare il fabbisogno in termini di attività ambulatoriali ed eventuale numero di posti di degenza riabilitativa.

— Rilevare e monitorare l'attuale attività di riabilitazione respiratoria all'interno dei dipartimenti di riabilitazione e degli ospedali.

F.5.) *Azioni organizzative.*

Per la riabilitazione respiratoria, occorre operare una *presa in carico globale* della persona da parte dell'*équipe riabilitativa*, del *progetto riabilitativo individuale e di struttura* e del *programma riabilitativo*.

È prevista l'istituzione di un'*équipe riabilitativa* dedicata nelle seguenti sedi:

- ogni presidio *ospedaliero di ASL o nelle AO in base ad accordi aziendali* in cui esista una U.O. di Pneumologia con posti letto o UTIR o un reparto di chirurgia toracica o di chirurgia generale che operi significativamente nel campo della chirurgia maggiore;
- in ogni *ASL* attraverso strutture ambulatoriali specifiche. L'*équipe territoriale* può operare, in casi selezionati e per periodi limitati, anche a domicilio del paziente;
- in ognuna delle suddette sedi l'*équipe* utilizza le modalità organizzative del livello territoriale e di quello ospedaliero per acuti previste dall'attuale PSR per la rete riabilitativa regionale.

Di norma, l'*équipe* di riabilitazione respiratoria è composta dai seguenti operatori:

Presidio ospedaliero	Territorio
<ul style="list-style-type: none"> • medico specialista coordinatore dell'équipe: fisiatra o pneumologo referente di un'attività strutturata di riabilitazione respiratoria dell'ASL territoriale o dell'Azienda ospedaliera • fisioterapista dedicato (operante nel servizio di riabilitazione ospedaliero) • infermiere professionale (operante nel reparto per acuti) • psicologo (a richiesta) • dietista (a richiesta) • altri medici specialisti (a richiesta) 	<ul style="list-style-type: none"> • medico specialista coordinatore dell'équipe: fisiatra o pneumologo referente di un'attività strutturata di riabilitazione respiratoria dell'ASL territoriale o dell'Azienda ospedaliera • fisioterapista dedicato • infermiere professionale • psicologo (a richiesta) • dietista (a richiesta) • altri medici specialisti (a richiesta) • assistente sociale

Dopo una più precisa definizione dei bisogni riabilitativi si potrà ottimizzare la diffusione dei centri di riabilitazione respiratoria nelle reti riabilitative regionali anche con l'eventuale istituzione di posti letto per la riabilitazione intensiva respiratoria.

La rete della riabilitazione respiratoria deve assicurare una continuità assistenziale che si realizza attraverso l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della rete dei servizi riabilitativi regionali.

L'attività di riabilitazione respiratoria è organizzata all'interno del *Dipartimento di Riabilitazione*.

F.6.) *Sistemi operativi.*

Occorre collocare la riabilitazione respiratoria nell'ambito del governo clinico:

- sviluppando e diffondendo linee guida per la riabilitazione respiratoria: individuazione degli outcome e degli interventi riabilitativi di provata efficacia (es. riallenamento allo sforzo);
- fissando e condividendo tra i vari centri riabilitativi della regione, *percorsi e profili di cura*.

Sul piano gestionale occorre:

- prevedere corsi di formazione ed aggiornamento per gli operatori, unificati a livello regionale;
- correlarsi ad altre esperienze nazionali ed alle Società Scientifiche che prevedono al loro interno Gruppi di Lavoro sulla riabilitazione respiratoria;
- realizzazione di un Registro Regionale (database) dei pazienti mediante informatizzazione dei vari centri;
- promuovere ricerche finalizzate alla programmazione socio-sanitaria regionale.

Impegni per il triennio.

Sono previsti i seguenti impegni che vanno ad integrare quanto previsto per la riabilitazione nell'attuale PSR:

Talella 7.13: Calendario di azioni nel triennio e principali responsabilità.

Anno	Interventi	Titolarità
I	costituire il 60% delle previste équipe riabilitative nei presidi e sul territorio e definire loro standard operativi	ASL (AO)
	Revisionare le tariffe delle prestazioni ed individuazione di codici "ex novo" per la riabilitazione respiratoria.	Regione
	Adottare profili di cura e linee guida per le disabilità respiratorie a maggiore prevalenza	Regione
II	sperimentare profili di cura e percorsi riabilitativi per le disabilità respiratorie a maggiore prevalenza	ASL
	Definizione di una area di ricerca regionale per la riabilitazione respiratoria	Regione
III	Ottimizzazione della distribuzione delle équipe riabilitative nei presidi ospedalieri e sul territorio (100%)	ASL (AO)

G) RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.

I servizi di cardiocirurgia sono affiancati di p.l. per la riabilitazione intensiva precoce dei cardio operati così come per la imminente attivazione della sperimentazione del trapianto di cuore. Invece le attività ambulatoriali di riabilitazione cardiologica restano ottimalmente collocabili sul territorio, salvo diverso accordo interaziendale. Il tema viene consegnato all'azione di Piano «Lotta alle cardio e cerebro vasculopatie», trovando trattazione estensiva nella connessa Linea guida alle Aziende sanitarie.

H) SCLEROSI MULTIPLA.

Nei PAL viene definito il regime assistenziale specifico relativo alla riabilitazione per la sclerosi multipla, valorizzando le competenze già presenti nei rispettivi territori.

7.5.4.8. *Garantire e rendere sostenibili le alte specialità.*

L'istituzione delle alte specialità (qui intesa ai sensi del DM in materia emanato nel 1992) riguarda attività mediche e chirurgiche rivolte a condizioni cliniche talmente complesse e infrequenti da richiedere l'intervento di équipe professionali e tecnologie estremamente specializzate, pena una alta probabilità di insuccesso (il che spesso per il pz può significare la morte o condizioni funzionali altamente compromesse) e costi di gestione insostenibili.

Nella nostra regione l'istituzione di alte specialità cozza con i limiti oggettivi derivanti dal numero dei residenti; non ci viene in aiuto nemmeno la programmazione sanitaria nazionale, molto impegnata in una serie di affermazioni liturgiche sui centri di eccellenza che, verosimilmente, non riusciranno a comportare visibili risultati nel riallocare l'attuale dotazione dei centri di alta specialità, polarizzati per lo più nelle grandi regioni del Nord e del Centro Italia.

Ancorché le alte specialità siano molto desiderate dai professionisti e dalle collettività locali, esercitando con ciò notevoli distrazioni sulla linearità dei percorsi della programmazione sanitaria regionale, è il caso di ricordare che strutture di alta specialità attivate al di fuori dei necessari bacini di utenza:

- presentano in termini statistici, un aumentato profilo di rischio per i pz;
- sono professionalmente penalizzanti per gli operatori che vi lavorano;
- comportano un rapporto costi benefici sfavorevole per la salute collettiva.

Per tali motivi il Piano sviluppa l'approccio programmatico sul tema delle alte specialità a partire dalle seguenti coordinate:

- concertazione con le regioni viciniori per una migliore erogazione delle attività di alta specialità per le quali il bacino regionale risulti inadeguato;

- concertazione intra regionale tra le aziende ospedaliere per una migliore distribuzione delle attività di alta specialità di appropriato svolgimento nell'ambito regionale;
- ridefinizione dei meccanismi di finanziamento delle alte specialità che in assenza dei due requisiti sopra definiti dovranno avere contabilità separata e dimostrare di essere economicamente autonome, senza comportare cioè la necessità di finanziamenti da parte del SSR che non siano quelli relativi alle tariffe dovute per le prestazioni erogate a cittadini umbri.

7.5.4.9. Definire il ruolo dei centri di riferimento regionale e dei presidi per malattie rare.

A) FUNZIONI GENERALI DEI CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALE.

L'attivazione di un «Centro di riferimento regionale» rappresenta una richiesta sia contenuta in alcune normative nazionali in materia di malattie rare o particolari trattamenti farmacologici, sia proveniente da professionisti che intendono in tale modo ottenere un riconoscimento alla attività della propria unità operativa. Il Piano assume la necessità di attivare tali centri in quanto poli di eccellenza del SSR, evitando però di favorire la creazione di momenti di pratica professionale separata dal resto dei servizi e tesa a proiettarsi in modo verticale sui servizi territoriali, nella impossibile ed errata aspirazione di avocare a sé tutti i casi di una definita patologia.

Tali Centri devono invece assumere il ruolo di supporti funzionali all'attività degli altri servizi a maggiore delocalizzazione, con i quali intessono apporti di consulenza per la gran parte della casistica, avocando a sé solamente un ristretto numero di casi dalle caratteristiche ben definite e solamente per il tempo necessario ad impostare il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

Parimenti tali servizi saranno finanziati sulla base dei tariffari regionali e la loro attività andrà regolata nell'ambito degli accordi interaziendali.

B) PRESIDI REGIONALI PER LE MALATTIE RARE.

Le malattie rare costituiscono un complesso di oltre 5000 patologie, spesso fatali o croniche invalidanti, che rappresentano il 10 per cento delle patologie che affliggono l'umanità. Malattie considerate rare nei Paesi occidentali sono, a volte, molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo.

Per la loro rarità, queste malattie sono difficili da diagnosticare e, spesso, sono pochi i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura; per molte di esse inoltre, non esistono ancora terapie efficaci.

Rispetto a tali problematiche, il *D.M. 18 maggio 2001 n. 27*, emanato in attuazione dell'*art. 5, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124*, prevede l'istituzione di una rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, promuovere l'informazione e la formazione, ridurre l'onere che grava sui malati e sulle famiglie.

In attesa della definizione, a livello nazionale, dei centri di riferimento interregionale per le malattie rare, la Regione istituisce una Commissione regionale al fine di:

- effettuare una valutazione epidemiologica sull'incidenza delle patologie rare negli ultimi 5 anni in Umbria;
- verificare la casistica osservata dai nostri servizi negli ultimi 5 anni;
- verificare lo sviluppo e la disponibilità di tecniche di laboratorio volte alla diagnosi prenatale e alla prevenzione;
- sviluppare percorsi assistenziali per la tutela del malato e della famiglia;
- precisare e mettere a regime appropriati livelli di consulenza genetica e psicologica;
- censire le ricerche cliniche in corso;
- censire i protocolli di trattamento e collegamenti con altre strutture e servizi nazionali attivati dai servizi umbri che trattano specifiche patologie.

Sulla base dei risultati ottenuti saranno designati i presidi regionali per le malattie rare con delibera della Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del Piano.

7.5.4.10. *Sviluppare il Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico.*

Per meglio rispondere ai bisogni assistenziali dei cittadini, le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, secondo quanto previsto dalla LR 3/98 e dalla L. 251/00 istituiscono il Servizio Infermieristico, Tecnico sanitario, Riabilitativo ed Ostetrico (SITRO).

Il quadro normativo vigente, l'istituzione ed i corsi di laurea di I° e II° livello per le professioni sanitarie, il nuovo Contratto Nazionale Collettivo del Comparto definiscono il riconoscimento dell'autonomia e la responsabilizzazione tecnico-organizzativa delle aree professionali descritte nella legge 251/00.

Si riconosce che l'autonomia e la conseguente responsabilità, nell'organizzazione dell'attività sanitaria, sono condizioni necessarie per lo sviluppo della qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni.

Altresì indispensabili sono tali servizi nell'ambito della programmazione e definizione del fabbisogno delle risorse umane e professionali, del loro corretto impiego, nella motivazione e nella valorizzazione delle loro competenze, che sono fattori decisivi nel raggiungimento della missione aziendale.

Il SITRO promuove la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e l'innovazione nei processi assistenziali e può essere strutturato su base dipartimentale ed è dotato di autonomia tecnica ed organizzativa.

La missione del SITRO comprende:

- garantire la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, tecnica, riabilitativa ed ostetrica sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso la gestione delle risorse proprie;
- garantire l'assistenza alberghiera coerente con i bisogni dell'utenza e con gli obiettivi di qualità del servizio;
- partecipare, per quanto di propria competenza, alla definizione ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali collaborando direttamente nelle funzioni di programmazione, organizzazione, direzione, verifica e controllo;
- promuovere ed attuare per quanto di competenza, l'integrazione tra le varie professionalità presenti nelle diverse strutture;
- promuovere l'autonomia professionale e la responsabilizzazione diffusa in tutti gli operatori afferenti al SITRO;
- garantire la formazione permanente e l'aggiornamento delle competenze sia tecnico specifiche che gestionali;
- garantire percorsi assistenziali integrati e tempestivi, basati su prestazioni, sicure, efficaci ed appropriate;
- garantire i rapporti con le strutture organizzative aziendali sulla base delle indicazioni fornite nelle *Linee guida per l'atto aziendale* di cui all'*Allegato 2* del Piano.

Al fine di consentire la completa attivazione dei processi sopra descritti, secondo quanto previsto dall'art. 7 della legge 251/00, è necessario assegnare la dirigenza delle singole aree professionali.

pagina 208 - biamca

8 AZIONI DI PIANO.

Le azioni di Piano definiscono, in accordo con le disposizioni programmatiche generali, la politica sanitaria regionale in alcuni settori di attività ritenuti cruciali e/o particolarmente qualificanti per lo sviluppo del SSR. Ad esse si aggiungono, ove già non ricomprese, le azioni previste dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Si tratta di tematiche in cui è possibile trovare sia aree di intervento da sempre al centro della programmazione nazionale e regionale (prevenzione nei luoghi di lavoro, salute materno infantile, salute mentale, oncologia, etc), sia terreni innovativi di lavoro (cure palliative, genetica clinica, etc.).

Il Piano sviluppa le politiche di settore a partire da una visuale più matura rispetto ai cicli passati, in quanto:

— dispone delle valutazioni derivanti dal completamento del ciclo programmatico precedente (Relazione su assetti e processi organizzativi attivati dal PSR 1999-2001, Regione Umbria 2002), il che consente di differenziare le aree in due grandi gruppi:

- quello della *continuità progettuale*, in base alla positiva valutazione dei processi attivati e dal mantenimento di condizioni «ambientali» ed applicative stabili;
- quello della *ridefinizione o nuova definizione progettuale* dove invece la coppia concettuale «esito organizzativo/stabilità ambientale» ha avuto una diversa connotazione o si è imposta la novità della materia;

— declina gli obiettivi di salute in ciascuna progetto a partire dai contenuti della sezione 4;

— grazie alla opzione a favore del governo clinico (vedi sezione 7.1) dispone ora di una strategia operativa globale per comporre interessi manageriali e professionali.

Sul terreno metodologico la programmazione socio sanitaria regionale imposta le politiche di settore individuando in questa sede i problemi di salute prioritari (all'interno delle aree problematiche cui fanno capo gli obiettivi del PSR -vedi sezione 4) e le linee fondanti della organizzazione - riorganizzazione che sono necessarie per garantire la qualità degli interventi, rimandando a linee di indirizzo vincolanti ai sensi della legge 3/98, specifiche per ciascun argomento, la definizione dettagliata di ciascuna azione progettuale.

In sede di PAL vengono individuate le quote complessive di fondi che le ASL e le AO destinano allo sviluppo specifico delle azioni di Piano.

8.1. Dare continuità alle progettualità consolidate.

8.1.1. PROGETTO SANGUE.

Rispetto al PRS 1999-2001 i problemi di salute del nuovo piano concernenti la tutela dei donatori di sangue, non prevedono significative modificazioni anche perché vengono rispettati tutti i quesiti di idoneità previsti dalla legislazione vigente, ivi compresa la validazione del sangue e degli emocomponenti (ACV-RNA/NAT), metodica resa operativa a far tempo 28 giugno 2002 come previsto C.M. 19 dicembre 2001, n. 14.

Si devono invece adeguare la tutela dei riceventi la trasfusione di emocomponenti mettendo a regime nuove metodiche previa una analisi costo-efficacia, adatte all'inattivazione degli agenti infettanti, virus ed altri patogeni, eventualmente presenti negli emocomponenti labili.

I problemi di assistenza trasfusionale presuppongono l'autosufficienza regionale per sangue ed emocomponenti. Parimenti vanno consolidate le attività dei Centri di raccolta e dei Sevizi trasfusionali regionali. A questo fine uno strumento organizzativo importante sarà il miglioramento del sistema informatico regionale che consentirà di creare una lista di donatori disponibili per la plasmaferesi, piastrinoafesi, plasma-piastrinoafesi. Potremo inoltre realizzare un sistema di rete che ci farà utilizzare al meglio le riserve di sangue ed emocomponenti disponibili. Anche se, va sottolineato, non abbiamo liste di attesa per trasfusioni ed indagini immunoematologiche per pazienti degenti e non degenti.

Rappresentano obiettivi per il nuovo triennio:

- 1) mantenere l'autosufficienza del sangue;
- 2) liste informatiche di tutti i donatori disponibili;
- 3) uso del sangue in stretta osservanza degli standard terapeutici.

Azioni organizzative previste nel triennio.

□ Si tratta di una materia che si presta a sperimentare riorganizzazioni su base sovra aziendale. Ove verificata la fattibilità, questo potrebbe permettere, tra l'altro, di evitare la necessità di ricorrere alla fatturazione per movimentare i flaconi di sangue, fatto molto discutibile sul piano etico e che non favorisce la donazione - che va comunque svincolata da un chiaro riferimento economico.

□ La priorità del triennio in termini funzionali sarà rappresentata dall'introduzione del governo clinico nelle attività trasfusionali.

□ La legge sul buon uso del sangue ha determinato la istituzione del comitato trasfusionale ospedaliero in ogni realtà di ricovero. Le funzioni del comitato sono quelle di determinare gli standard e le linee guida, stendere le procedure, verificare e migliorare la pratica trasfusionale nell'ambito dell'ospedale. Ne consegue quindi che una sistematicità di attività del comitato in questione costituisce un sicuro mezzo operativo professionale circa la pratica trasfusionale.

□ Con un sistema informatico migliorato potremo avere utili dati della salute dei donatori e potremo programmare iniziative di informazione e di aggiornamento.

□ La valorizzazione delle associazioni dei donatori, che attraverso la loro preziosa attività contribuiscono alla qualità del sistema sangue in Umbria, richiede attenzione ai lavori della Consulta Regionale e supporto alla promozione della donazione.

8.1.2. PROGETTO TRAPIANTI.

- Potenziamento del Centro di Trapianto Renale in modo da assicurare almeno 30 trapianti all'anno, come previsto dalle Linee Guida emanate dal Ministero della Salute.
- Attuazione dei contenuti della DGR 1220 per l'assistenza di Pazienti affetti da gravi epatopatie e che necessitano del trapianto di fegato.
- Trapianto di tutte le cornee che si renderanno disponibili da Donatori Umbri o che verranno offerte per eccedenze da Banche degli occhi esistenti sul territorio nazionale.
- Completamento dell'attività di separazione, criopreservazione delle insulae pancreatiche ed inizio dell'attività di trapianto in soggetti diabetici sottoposti in precedenza a trapianto di organi. Tale attività sarà accompagnata da una adeguata valutazione immuno genetica e metabolica, che permetterà la migliore sopravvivenza delle insulae trapiantate ed il recupero completo dei pazienti. L'attività sarà svolta dall'Istituto di Medicina Interna e Scienze Endocrino-Metaboliche dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, in collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento Trapianti, con la U.O. di Chirurgia Generale dell'Ospedale Silvestrini di Perugia e con il Centro di trapianto della II Clinica Chirurgica dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma. L'attività di separazione, criopreservazione e trapianto delle insulae avrà valenza interregionale per tutta l'area OCST, secondo il parere espresso dalla Direzione della stessa Organizzazione e dal Centro Nazionale di Riferimento per i Trapianti.
- Sperimentazione del trapianto di Cuore presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, con lista di attesa gestita dal Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti, che provvederà anche alle indagini di immunogenetica, immunologia del trapianto, collegamenti per procurement degli organi, con monitoraggio e valutazione della sostenibilità dei criteri organizzativi ed operativi propri delle attività trapiantologiche. Tale Unità di Trapianto utilizzerà professionalità e strutture già presenti nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, presso le UU.OO. di Cardiocirurgia, Cardiologia, Anestesia, Unità di Terapia Intensiva post-cardiocirurgica, Anatomia Patologica. La realizzazione del trapianto di cuore permetterà l'assistenza a pazienti umbri che attualmente sono costretti alla ricerca di un Centro che possa accogliere le proprie richieste in Italia e/o all'estero, richiamando anche pazienti di altre regioni. Gli organi da trapiantare deriveranno dall'attività di prelievo in Donatori segnalati da Centri di Rianimazione dell'Umbria e da quelli che saranno offerti dal Centro Interregionale OCST, di cui l'Umbria fa parte, in una turnazione con gli altri Centri di trapianto di cuore dell'area che sono attualmente in numero non adeguato alla popolazione delle nove regioni che ne fanno parte (Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna), con oltre 18 milioni di abitanti.
- Attuazione di una convenzione con una Banca di tessuto muscolo-scheletrico esistente ed autorizzata sul territorio nazionale, per le necessità di innesto presenti nelle UU.OO. Ortopediche degli ospedali umbri. Tale convenzione sarà attuata nel rispetto delle linee guida che saranno emanate dal Ministero della Salute.

8.1.3. *PROGETTO UMBRIA DIABETE.*

L'assistenza diabetologica ha raggiunto nella nostra regione livelli di eccellenza, per estensione qualità e capacità di risposta della rete dei servizi di medicina primaria e specialistici dedicati.

Si pone pertanto, accanto all'obiettivo di mantenere e, per quanto possibile, implementare ulteriormente la qualità assistenziale oggi garantita, la necessità di affinare gli interventi, mettendo in atto scelte organizzative e indicazioni funzionali che rispondano ai seguenti problemi:

A. Individuazione di tre priorità operative:

- a. educazione agli stili di vita efficaci nel prevenire e/o ritardare l'insorgenza del diabete (attività fisica, dieta);
- b. screening della condizione diabetica;
- c. definizione dei percorsi assistenziali;

B. introduzione del governo clinico nel settore al fine di sviluppare una riflessione negli operatori sulla performance in relazione agli aspetti dell'efficacia, della sicurezza, della appropriatezza, della partecipazione degli utenti e della equità di accesso garantita, nonché sulla effettiva percorribilità dei percorsi assistenziali e specialistici;

C. misurazioni di outcome, attraverso indagini ad hoc che permettano di far tesoro anche degli studi epidemiologici e metodologici realizzati nella nostra regione;

D. analisi farmacoeconomiche sui costi/utilità delle opzioni assistenziali in particolare nel campo dell'assistenza integrativa;

E. analisi e confronti del funzionamento e dei costi tra servizi specialistici;

F. verifica della delega effettiva di competenze ad mmg e pls;

G. attivazione dei sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, etc) e per la gestione delle relazioni esterne (collocazioni con società scientifiche, coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc.).

Il settore si presta, dato l'alto e qualificato livello delle conoscenze professionali presenti nella nostra regione, allo sviluppo di progetti integrati tra università e regione nel settore della ricerca e sviluppo.

Inoltre per le affinità di materia, vanno sviluppate le indicazioni relative all'organizzazione dei servizi per il trattamento dell'obesità, nonché i riferimenti utili a garantire, per gli aspetti internistici, appropriate risposte cliniche ai disturbi del comportamento alimentare.

L'atto di indirizzo conterrà indicazioni relative anche agli interventi in tema di prevenzione e assistenza dell'obesità infantile, puntando a raggiungere una riduzione della prevalenza di almeno il 10 per cento.

8.1.4. *SICUREZZA ALIMENTARE.*

La sicurezza degli alimenti è l'esigenza primaria del consumatore, dato che l'apporto alimentare è sempre stato accompagnato dal rischio di malattie per la possibile presenza nei cibi di vari pericoli di natura biologica, chimica e fisica. Questo insieme di pericoli, ascrivibili ad agenti patogeni presenti all'origine, ad inidonea manipolazione e/o conservazione, ad improprio utilizzo di presidi sanitari, ha fatto sviluppare negli anni un sistema di salvaguardia della salute del consumatore basato su campagne di profilassi di massa delle malattie infettive degli animali da reddito (TBC - brucellosi, etc.) sull'adozione di nuove tecniche di conservazione nonché su metodi ispettivi di valutazione della salubrità degli alimenti. Tale sistema, alla luce della radicale trasformazione della produzione, distribuzione e somministrazione degli alimenti, nonché delle stesse abitudini alimentari dei consumatori hanno reso il sistema di controllo tradizionale inadeguato alle esigenze attuali. L'Unione Europea, già dal 2000, con l'emanazione del Libro Bianco sulla sicurezza alimentare, ha identificato nuove linee strategiche quali:

- l'attribuzione di piena responsabilità ai produttori;
- la rintracciabilità delle filiere produttive;
- l'analisi del rischio;
- l'applicazione del principio della precauzione.

In generale si sottolinea che la sicurezza degli alimenti, e cioè la certezza di poterli consumare da parte del cittadino senza rischi per la salute, dipende da un corretto

svolgimento di tutte le fasi del processo (FILIERA) nonché tenendo sotto controllo tutti i momenti della produzione (dai campi alla tavola, dal forcone alla forchetta); ovviamente la programmazione e l'attuazione dei controlli spettano alle autorità Sanitarie.

Pertanto, in Umbria, nel triennio 2002-2004, tenuto conto della realtà produttiva regionale, gli interventi, che vedranno coinvolti Regione (Servizio V- Prevenzione e sanità pubblica), ASL (Dipartimento di Prevenzione - Servizi Medici e Veterinari) e Laboratori preposti al controllo ufficiale degli alimenti (ARPA e IZS), saranno attuati sia mantenendo ed aggiornando gli specifici programmi di controllo sugli alimenti, sia realizzando gli obiettivi sotto specificati.

1. *Aumentare il livello di protezione della salute dei consumatori nel campo della sicurezza alimentare attraverso il potenziamento degli attuali sistemi di controllo sull'intera filiera agro alimentare:*

1.a) adeguare il sistema di sorveglianza sull'intera filiera ai principi dell'analisi del rischio per il quale sono state previste le seguenti azioni mirate, articolate nel triennio:

- estensione del sistema anagrafico zootecnico per garantire il controllo sanitario e di filiera;
- inserimento dei laboratori che effettuano analisi per autocontrollo in un sistema di sicurezza e di qualità;
- perfezionamento del sistema di allerta regionale (adottare in ambito regionale una procedura unificata per la notifica di rischi diretti o indiretti da consumo di alimenti, in grado di assicurare la comunicazione rapida ed omogenea delle notizie e dei dati).

2) *Razionalizzare gli attuali programmi di controllo basati su sistemi di monitoraggio e di sorveglianza in funzione dell'analisi del rischio* da attuarsi nel triennio, mediante la realizzazione di un sistema informatico e procedurale unificato dei laboratori addetti ai controlli ufficiali degli alimenti.

3) *Avviare il sistema di analisi del rischio alimentare* da attuarsi nel triennio, mediante:

- creazione e attivazione di un sistema di sorveglianza della produzione primaria operante sulla base di criteri scientifici di analisi, raccolta e trattamento delle informazioni.

4) *Definire idonee procedure di controllo (comprendenti anche le modalità di campionamento) relativamente ai «novel foods»* da attuarsi nel triennio, mediante:

- individuazione dei novel foods già utilizzati sia nell'alimentazione zootecnica che in quella umana;
- applicazione del protocollo, indicato dall'ISS, relativo ai metodi di campionamento (ed ai metodi analitici) relativamente agli OGM.

5) *Potenziare la comunicazione con il consumatore* mediante:

- promozione di iniziative di informazione/educazione;
- coinvolgimento delle associazioni dei consumatori e di categoria in un processo interattivo finalizzato alla condivisione dei livelli appropriati di protezione.

8.1.5. PREVENZIONE LUOGHI LAVORO.

La prevenzione nei luoghi di lavoro mantiene una forte criticità nell'area della Sanità Pubblica e la conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro si rafforza come necessaria base epidemiologica per la definizione di obiettivi di salute misurabili.

I servizi PSAL continueranno a svolgere le attività istituzionali che hanno caratterizzato il loro impegno negli ultimi anni in tema di vigilanza e controllo, (es. nel comparto delle costruzioni, nel comparto siderurgico-metalmeccanico, in agricoltura e nella conduzione di inchieste per i casi di infortuni e malattie professionali).

Nella programmazione delle attività dei Servizi PSAL per il triennio è necessario altresì prendere in considerazione alcuni *elementi di novità*:

- forte incidenza di lavori atipici (lavori in affitto, interinali, temporanei, a contratto di «collaborazione coordinata e continuativa», ...);
- ristrutturazioni aziendali di basso profilo (tese essenzialmente al risanamento del bilancio, non al raggiungimento dei criteri di qualità);
- cantieri temporanei e mobili con complessità nella integrazione e nel coordinamento (committente, azienda appaltatrice, sub appalti, lavoratori autonomi);

— nuova tipizzazione della forza lavoro con problemi di comunicazione, informazione-formazione e controllo (extra comunitari, lavoro sommerso, ...).

Obiettivi.

I servizi PSAL proseguiranno la loro attività istituzionale in tema di vigilanza e controllo sottolineando l'assistenza e l'informazione alle aziende del territorio puntando ai seguenti obiettivi:

A) RIDUZIONE DEI RISCHI E DEI DANNI PER LA SALUTE DERIVANTE DAGLI AMBIENTI DI LAVORO.

A tal fine sarà necessario:

1. Sviluppare le conoscenze epidemiologiche anche utilizzando le informazioni sullo stato di salute della popolazione lavorativa provenienti dai Medici di azienda.

2. Attuare la revisione di procedure/attività non prioritarie (quali idoneità per apprendisti maggiorenni, interdizioni per lavoratrici madri, ecc.) e definizione di strategie di vigilanza integrata con gli altri soggetti istituzionali per la protezione delle fasce lavorative più deboli (minori, lavoratori stranieri, donne, portatori di handicap...).

3. Sviluppare sinergie nei Dipartimenti di Prevenzione nelle Aziende USL, con altri soggetti pubblici e privati titolari di competenze specifiche in materia, con le diverse forme di rappresentanza dei cittadini per la definizione di progetti obiettivo mirati (alcuni progetti a valenza regionale sono già in fase di realizzazione).

4. Istituire presso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, Servizio Prevenzione luoghi di lavoro, apposite competenze per prevenire ed arginare il fenomeno delle persecuzioni psicologiche nei luoghi di lavoro, definito «mobbing», al fine di fornire assistenza al lavoratore che reputa di esserne vittima, fornendogli una prima assistenza psicologica.

B) LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.

Nel triennio futuro dovranno essere potenziate tutte le attività di promozione della salute mirando a:

1. dare maggiore organicità agli interventi in ambito scolastico, privilegiando e sostenendo iniziative che prevedono l'inserimento della cultura della sicurezza nella ordinaria attività didattica;

2. favorire la formazione del personale dedicato con l'acquisizione di tecniche formative-comunicative e relazionali;

3. garantire adeguate forme di assistenza all'utenza presso tutti i Servizi in grado di rispondere con le diverse professionalità al ruolo di supporto e sostegno per le imprese e i lavoratori;

4. continuare il percorso già intrapreso con la formulazione di «linee guida» mirate a determinate tipologie lavorative e calate nel contesto produttivo locale.

Azioni/filoni strategici di intervento:

1 - *gestione infortuni gravi e mortali anche in collaborazione con l'INAIL* (in base al protocollo Regione/INAIL), al fine di individuare i margini di prevedibilità, relativamente ad agenti materiali e modalità di accadimento;

2 - *prevenzione rischio cancerogeno (rischio chimico e da fibre)*, per una migliore mappatura del rischio e un monitoraggio adeguato degli esposti ed ex esposti;

3 - *allestimento progetti formativi prioritariamente rivolti alle scuole tecniche* (incentrati su salute e sicurezza nel lavoro), al fine di creare una coscienza e una consapevolezza forte tra gli studenti prossimi ad una reale integrazione nel mondo del lavoro;

4 - *prevenzione rischi e danni nei comparti metalmeccanico, costruzioni, agricoltura, legno*, che rappresentano ancora, stando ai dati epidemiologici, le aree più problematiche per infortuni e malattie professionali;

5 - *attività di vigilanza e controllo rivolta alle fasce di lavoratori sottoposte a particolare tutela normativa*, per una protezione mirata soprattutto nella fase del reinserimento proficuo al lavoro;

6 - *organizzazione e attività svolta in campo ingegneristico e impiantistico dalle ASL*: la Giunta regionale, nel sottolinearne l'importanza, emanerà un provvedimento specifico entro sei mesi dall'approvazione del PSR.

Sul piano organizzativo:

Messa a regime dei Servizi PSAL (completamento dotazione organica per le diverse professionalità).

Avvio del processo di accreditamento dei Servizi.

Sul piano professionale:

Revisione delle procedure e promozione della appropriatezza delle prestazioni nell'ottica dell'ISO 2000.

Sul piano gestionale:

Messa a regime del sistema informativo finalizzato anche ad una migliore programmazione delle attività.

Sul piano relazionale:

Sviluppo, implementazione e messa a regime dei sistemi relazionali interni ed esterni mediante il coinvolgimento di nuovi processi di mediazione e concertazione (pubblico/privato, Istituzionale/organismi sociali, volontariato, attività «no profit» ...).

8.1.6. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI.

Con le scelte effettuate nel PSR 1999-2001 - che ha avuto un buon impatto sull'offerta dei servizi agli immigrati - la nostra Regione ha operato per tutelare concretamente il diritto all'immigrazione. Il Piano conferma la propria politica socio-sanitaria volta a tutelare il diritto alla salute di tutti gli immigrati, nella convinzione che la garanzia dell'accesso al sistema di cure del SSR a tutti coloro che in Umbria vivono e lavorano, costituisca un dovere sul piano etico e un riconoscimento concreto di dignità a tutti gli esseri umani.

Le osservazioni condotte nel triennio precedente hanno permesso di evidenziare che gran parte delle patologie sono simili e sovrapponibili a quelle delle popolazioni autoctone, mentre condizioni di vita, lavorative, alimentari ed abitative inadeguate concorrono a determinare:

— lo sviluppo di patologie infettive quali: tubercolosi, malattie sessualmente trasmesse (HIV), parassitosi (scabbia, pediculosi), alcolismo e problemi odontoiatrici;

— una patologia infortunistica legata al luogo di lavoro che comporta numerosi accessi al Pronto Soccorso;

— difficoltà di inserimento nel nuovo contesto socio culturale. In particolare, in ambito scolastico emergono notevoli difficoltà di tipo relazionale da parte dei bambini immigrati, mentre negli adolescenti è particolarmente sentita l'esigenza di avere un sostegno nelle fasi di sviluppo della maturità sessuale.

Occorre adeguare il livello di comunicazione alle conoscenze linguistiche e culturali dell'immigrato, affinché le informazioni fornite dall'Azienda Sanitaria vengano chiaramente decodificate e quindi correttamente comprese. Particolare attenzione va posta alle difficoltà che soprattutto la popolazione femminile incontra nel riferire le proprie condizioni di salute.

In alcuni casi, la mancanza di percorsi assistenziali chiaramente codificati influisce sulla qualità della risposta ai bisogni espressi.

La presenza di patologie ostetrico-ginecologiche nella popolazione femminile ed un elevato numero di IVG anche ripetute, comporta la necessità di attivare un percorso di prevenzione e tutela della madre e del bambino nel rispetto della identità culturale della donna.

Per il nuovo triennio si individuano i seguenti obiettivi:

1) la Regione Umbria, nella programmazione e nella valutazione dei servizi, verifica che l'assistenza sanitaria a livello aziendale e distrettuale garantisca l'assistenza socio sanitaria e appropriate risposte alle patologie presenti nella popolazione immigrata, attivando anche interventi di prevenzione in particolar modo per le malattie infettive e quelle sessualmente trasmesse;

2) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, in particolare nei gruppi immigrati più esposti a fattori di rischio, attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e l'attivazione di interventi diagnostici e terapeutici;

3) garanzia di accesso all'assistenza sanitaria per tutti gli immigrati secondo la normativa vigente su tutto il territorio regionale;

- 4) consolidare e garantire le attività di mediazione culturale;
- 5) attuazione da parte delle aziende sanitarie di interventi di tipo informativo rivolti all'utenza, di tipo formativo per gli operatori e di riorganizzazione dei servizi per utenti immigrati;
- 6) favorire l'integrazione socio-sanitaria tra le varie istituzioni per quella tipologia di interventi non esclusivamente di natura sanitaria.

8.1.7. LOTTA ALLE NEFROPATIE.

La lotta alle nefropatie dopo un triennio che ha visto gli sforzi del SSR concentrarsi sugli adeguamenti quantitativi alla richiesta di prestazioni, è chiamata a confrontarsi con i temi del governo clinico dei processi assistenziali, essendo necessario introdurre forti elementi di qualità nel settore. Un ruolo del tutto rilevante in tale prospettiva è rivestito dal registro regionale dei dializzati, che è chiamato a mettere a disposizione di professionisti, amministratori e cittadini un bagaglio di conoscenze ancora più approfondito e raffinato.

Le aree di riflessione che saranno al centro delle attività del triennio partono dalla necessità di mettere a fuoco, sul versante epidemiologico una serie di problemi di salute:

1. eterogeneità - anagrafica e territoriale - e relative cause dell'aumento dell'incidenza dei casi di uremia terminale nella nostra regione e in Italia;
2. dimensioni epidemiologiche e implicazioni assistenziali della comorbidità, in relazione alle principali patologie e alla diverse classi di età e relativi protocolli operativi per pz ad alta complessità dialitica;
3. indicatori di outcome per gli emodializzati in relazione alla riduzione delle disabilità residua;
4. andamento, dimensioni, eterogeneità ed appropriatezza della ospedalizzazione dei pazienti emodializzati;
5. supporti socio assistenziali per pz e le loro famiglie;
6. verifica degli andamenti degli indicatori di mortalità e sopravvivenza negli emodializzati per grandi classi di età e relativi confronti spazio temporali;
7. verifica dell'appropriatezza al ricorso alla dialisi e analisi delle cause che sottendono l'alta incidenza di nuovi dializzati in Umbria rispetto ad altre regioni;
8. garanzie di equità nell'area nefrologica;
9. aspettative di qualità della vita nei pz dializzati a diverse classi di età e limiti etici ai trattamenti in condizioni terminali;
10. condizioni a maggior rischio di errore organizzativo e medico in nefrologia;
11. depistaggio precoce delle insufficienze renali, attivazione di misure di prevenzione terziaria, in relazione ai potenziali approcci e benefici attesi;
12. ulteriori interazioni con le attività di trapianto, peraltro ben sviluppate nella nostra regione se confrontate con la realtà nazionale.

A partire dalle risposte che saranno fornite a tali aree problematiche:

- sarà avviata la eventuale riorganizzazione del settore sia in termini di risorse assegnate che di innovazione organizzativa, segnalando fin d'ora che alcune attività si prestano ad essere gestite in chiave sovraziendale;
- saranno attivati i sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, confronto dei costi tra centri analoghi, etc.) e per la gestione delle relazioni esterne (collobarazioni con società scientifiche, coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc.).

8.1.8. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI.

L'attività di prevenzione delle malattie infettive dovrà essere incentrata sia a contrastare le principali patologie prevenibili presenti sul territorio regionale, sia a fronteggiare l'eventuale insorgere di eventi imprevedibili.

OBIETTIVI DI SALUTE.

- Ridurre il numero delle malattie infettive soggette a vaccinazioni e, in particolare tendere alla eliminazione del morbillo;
- migliorare la sorveglianza delle malattie infettive;

- prevenire e controllare l'andamento della malattia tubercolare;
- sorveglianza epidemiologica e prevenzione delle infezioni da HIV e delle malattie sessualmente trasmesse;
- impedire la diffusione di una possibile pandemia influenzale;
- impedire la diffusione nel caso di introduzione di malattie ad alta infettività (es. Ebola, Lassa, Vaiolo, ecc.);
- ridurre sensibilmente le infezioni acquisite nell'attività di assistenza.

AZIONI PRIORITARIE.

Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive.

1) Migliore utilizzo dei Sistemi di Notifica delle Malattie Infettive tramite un maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

2) Malattie prevenibili con vaccinazioni tramite il miglioramento delle coperture vaccinali: sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Vaccini e come già definito dal precedente PSR è già stato elaborato uno specifico protocollo, contenente le linee guida e le strategie da seguire per il raggiungimento delle coperture vaccinali previste (95 per cento per i vaccini contro poliomielite, tetano, difterite, pertosse, epatite B, Haemophilus, morbillo, parotite e rosolia; 75 per cento per il vaccino antinfluenzale negli anziani).

3) Per quanto riguarda il morbillo, oltre che il raggiungimento del 95 per cento di copertura vaccinale nei nuovi nati, anche al fine di fronteggiare l'epidemia che ha colpito questo anno l'Italia, è stata data alle ASL umbre l'indicazione di recuperare i non vaccinati nati negli ultimi 10 anni e quindi somministrare il secondo step vaccinale a partire dal 6° anno di età.

Per raggiungere l'obiettivo della eliminazione del morbillo entro l'anno 2005 sarà anche definito un programma nazionale che potrà essere recepito a livello locale.

Controllo della Tubercolosi.

1) Miglioramento del sistema di sorveglianza dei casi e analisi dei dati epidemiologici.

2) Sorveglianza sugli esiti del trattamento e sulle farmacoresistenze.

3) Valutazione dell'andamento dell'infezione nei gruppi ad alto rischio, a partire dai contatti dei casi con tubercolosi attiva.

4) Ridefinizione globale degli interventi in linee guida regionali (revisione del protocollo esistente).

HIV.

1) Riattivare la sorveglianza epidemiologica dell'infezione (attraverso i SISP).

2) Gestire il registro regionale dei casi di malattia.

3) Attivare interventi informativi-educativi rivolti a tutta la popolazione e, in particolare, ai giovani, per la prevenzione dei comportamenti a rischio.

Pandemia Influenzale.

Sulla base di quanto contenuto nel «Piano italiano multifase di emergenza per una possibile Pandemia Influenzale» si predisporrà un piano attuativo regionale.

Questo potrà costituire un prototipo utile nel caso in cui fosse necessario fronteggiare altre evenienze che richiedano un improvviso elevato aumento delle necessità di assistenza in risposta ad un eventuale rischio biologico (bioterrorismo).

Malattie ad Alta Infettività.

Molte malattie ad alta infettività (febbri emorragiche, vaiolo, peste, ecc.) sono malattie gravi ad alta infettività che devono essere affrontate con tempestivi interventi di sanità pubblica per bloccare la diffusione ed anche per evitare una erronea percezione del rischio.

Le Regioni e le Province Autonome hanno in programma di predisporre, in collaborazione con il Ministero della Salute, uno specifico protocollo di intervento per il controllo di queste malattie che verrà reso operativo, non appena approvato a livello locale.

Infezioni legate all'assistenza.

La Regione dell'Umbria ha pubblicato, nel mese di maggio 2001, specifiche linee guida regionali sulle infezioni ospedaliere contenenti indicazioni sulle attività di sorveglianza e sui ruoli dei diversi livelli del SSR nella lotta alle infezioni ospedaliere.

I Dipartimenti di Prevenzione possono offrire un contributo alla soluzione del problema sia mettendo a disposizione le proprie competenze nella epidemiologia e nella prevenzione delle malattie infettive, sia attuando il controllo delle infezioni nelle strutture di assistenza non ospedaliera (case di riposo, comunità, ecc.).

8.2. Sviluppare nuove progettualità.

8.2.1. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA E DELLA FAMIGLIA.

Il progetto ha incontrato difficoltà sostanziali nella adozione del modello regionale di DMIEE: accanto ad ASL che hanno cercato di affrontare i complessi nodi organizzativi e funzionali posti dalla ampiezza della materia, ve ne sono state altre in cui la riflessione organizzativa non si è avviata ad un livello adeguato, mentre l'integrazione tra ospedale e territorio ha segnato il passo e l'uso privato del pubblico è dilagato.

Il nuovo progetto pertanto:

- acquisisce ed aggiorna il quadro delle conoscenze epidemiologiche;
- attualizza, verifica ed integra i problemi di salute ed organizzativi già individuati nel PSR 1999-2001;
- ridefinisce gli obiettivi nel quadro di quelli individuati dal Piano nella sezione 4, declinando bene i sotto obiettivi ed i relativi indicatori di outcome;
- verifica la coerenza e le volontà delle direzioni aziendali in merito ai modelli organizzativi del DMIEE;
- colloca l'operatività del dipartimento all'interno delle indicazioni del Piano, con particolare riferimento alle attività di iniziativa e di promozione della salute (Piano integrato per la salute nella scuola, rilancio attività consultoriali, rete di intervento precoce sul disagio giovanile) ed al governo clinico;
- verifica l'attuale assetto funzionale dei punti nascita, confermandone l'attuale dislocazione e ridefinendo con maggiore forza le competenze e le connessioni a rete;
- individua e concorda con il sistema 118 le procedure idonee a supportare la gestione delle emergenze ed urgenze in ambito neonatale;
- definisce e presidia alcuni percorsi assistenziali fondamentali (gravidenza fisiologica, screening tumori sfera genitale femminile, diagnostica prenatale, etc) in cui garantire equamente in tutta la regione l'accessibilità ai servizi pubblici, definendo argini concreti all'uso privato del pubblico;
- definisce nell'ambito dei LEA le prestazioni garantite dal SSR nel campo della PMA;
- individua gli interventi e le connessioni che, recepite negli accordi interaziendali, garantiscono una migliore integrazione ospedale territorio, soprattutto a Perugia ed a Terni;
- introduce la sperimentazione dell'IVG medica;
- approfondisce l'analisi epidemiologica ed organizzativa sulle migliori modalità di integrazione tra SRRE e DMIEE e con gli altri servizi e specialità afferenti;
- promuove una indagine regionale ad hoc sulla epidemiologia delle infezioni da toxoplasma in gravidanza;
- verifica l'uso appropriato delle linee guida esistenti e favorisce la messa a punto di aggiornamenti e nuove proposte;
- fa proprie le linee guida e gli orientamenti emersi nel triennio 1999-2001 in materia di sordità infantile ed autismo;
- attiva i sistemi operativi gestionali (formazione, verifica tariffe, confronto dei costi tra centri analoghi, etc.) e per la gestione delle relazioni esterne (collaborazioni con società scientifiche, coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore, etc.).

8.2.2. PREVENZIONE E ASSISTENZA ONCOLOGICA.

Il progetto ha incontrato difficoltà nella messa a regime delle indicazioni organizzative fornite dal PSR 1999-2001, che rimangono fortemente attuali.

L'ulteriore sviluppo delle attività epidemiologiche del Registro Tumori Umbro di Popolazione ha però permesso di acquisire una mole di conoscenze estremamente consistenti, in parte illustrate nella sezione 2 del Piano, e che rappresentano indubbiamente la base conoscitiva più sviluppata ed affidabile oggi presente nella sanità regionale.

Di particolare rilevanza sono i dati sulla sopravvivenza dei nostri pz in relazione a quelli di altre regioni italiane, confronto reso possibile solo grazie alla qualità del lavoro epidemiologico svolto e che evidenziano come per molte patologie i nostri servizi garantiscano sopravvivenze in linea con quelle delle migliori regioni italiane e talora (mammella) garantiscano addirittura la più alta sopravvivenza registrata in Italia.

Su questa base la programmazione sanitaria colloca tra gli interventi del prossimo triennio:

- la conferma del modello pubblico a gestione territoriale integrata;
- lo sviluppo delle attività di prevenzione primaria, con piani integrati per la prevenzione dei tumori che devono avere una particolare coerenza nella ASL n. 1;
- lo sviluppo delle attività epidemiologiche basate sul RTUP al fine di acquisire elementi di valutazione sugli outcome dei servizi oncologici aziendali e degli screening di popolazione, utilizzare i dati nella prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro e verificare l'equità di accesso - geografica, socio economica, etc. - alle cure oncologiche;
- il consolidamento degli screening di popolazione già avviati (mammella ed utero), e attivazione dello screening per il carcinoma del colon retto;
- lo screening della prostata;
- l'omogeneizzazione dei servizi aziendali nei confronti degli screening per i quali non vi è evidenza di efficacia e che quindi non possono essere posti a carico del fondo sanitario regionale (es. prostata);
- l'attivazione della rete regionale di assistenza oncologica con le seguenti articolazioni:
 - Centro regionale di riferimento. Il Centro sarà dotato di una sede propria presso il CREO e ad esso faranno riferimento il RTUP (Registro Tumori Umbro di Popolazione) e l'infrastruttura informatica regionale per l'oncologia. L'attività del Centro sarà guidata da un comitato scientifico rappresentativo delle componenti professionali presenti nella rete oncologica regionale, nominato dall'Assessorato regionale, d'intesa con l'Università;
 - attivazione dei Poli oncologici nelle AO di Perugia e Terni;
 - definizione di percorsi integrati che garantiscano il governo clinico in oncologia e ottimali relazioni con i servizi oncologici delle ASL;
 - integrazione tra attività oncologiche e radioterapiche, anche tramite creazione di dipartimenti aziendali;
 - integrazione funzionale tra servizi oncologici, servizi ospedalieri di terapia del dolore ed i servizi distrettuali di cure palliative;
 - valorizzazione, nell'ambito dell'appropriatezza gestionale complessiva del progetto, del ruolo del volontariato;
- la verifica della possibilità di collocare una eventuale proiezione dell'Istituto Europeo di Oncologia (Ist. Tumori di Milano) in Umbria ed in particolare a Spoleto, garantendo ulteriori elementi di qualificazione dell'assistenza oncologica regionale e puntando ad ottimizzare l'offerta in quei settori nei quali i dati di sopravvivenza sono inferiori all'atteso.

8.2.3. PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE.

In una fase in cui, a livello nazionale, tentano di imporsi spinte fortemente regressive nel settore della Salute Mentale, l'Umbria, per il bagaglio acquisito, intende riproporre una visione della malattia mentale curativa, evolutiva e, soprattutto, finalizzata alla riconquista di un reale diritto di cittadinanza per gli utenti ed i loro familiari. In questa ottica appare ormai anacronistica e disfunzionale la dicotomia tra salute mentale e

psichiatria, rappresentando questa ultima elemento fondamentale di un insieme più ampio (la salute mentale) costituito da aree diverse, tra loro strettamente integrate.

Riteniamo concreto il rischio che ci si possa avviare verso una parcellizzazione (semplificazione) degli interventi e verso un disconoscimento di pratiche integrate di cura, elemento irrinunciabile e centrale dello specifico psichiatrico. Con questo Piano s'intende ribadire quindi con forza la complessità di un intervento che è complessità dell'individuo e che può essere correttamente gestita solo attraverso l'unitarietà e l'integrazione di tutte le azioni e di tutti gli attori che concorrono ad una buona Salute Mentale.

Operativamente, da tempo ormai, si è raggiunta un'assistenza capillare e fortemente integrata su tutto il territorio regionale; i Centri di Salute Mentale costituiscono punto di riferimento per utenti che presentano patologie e bisogni diversificati (dalle patologie mentali gravi, ai disturbi affettivi comuni, dalle condizioni di disagio personale e relazionale ai disturbi psicopatologici consolidati, dalle attività di intervento sul rischio psicopatologico, alla terapia e riabilitazione delle patologie maggiormente disabilitanti, dall'intervento in età evolutiva e giovanile alla consulenza ed intervento diretto a garanzia della salute mentale degli anziani) producendo attività e prestazioni specialistiche semplici (monoprofessionali) e complesse (che richiedono l'intervento di équipes multiprofessionali e l'attivazione di più interventi integrati); sono stati istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale; è stata completata positivamente la chiusura dell'ex O.P.; sono stati avviati Patti territoriali per la Salute Mentale.

Si riconfermano in questa sede gli indirizzi strategici normati con precedenti atti legislativi (DCR 7 luglio 1997, n. 372 e DCR 10 gennaio 2000, n. 767) in ordine a:

- interventi prioritari da compiere nell'ottica di tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita, prevenendo l'evoluzione disabilitante dei disturbi psichici attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio, specie nella popolazione giovanile e riducendo le condizioni disabilitanti nei soggetti con patologie mentali gravi, al fine di favorirne l'inserimento sociale e lavorativo, e di proteggere la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare;
- mantenimento e sviluppo della rete dei servizi di salute mentale presente nella nostra regione;
- sviluppo di una migliore integrazione del sistema dei Dipartimenti di Salute Mentale con i servizi sociali e sanitari distrettuali ed ospedalieri;
- promozione del ruolo strategico degli enti locali (Comuni) e di tutti i soggetti, pubblici e privati, idonei nel contribuire alla definizione e realizzazione di politiche di salute mentale innovative ed intersettoriali.

Infatti i problemi ed obiettivi di salute allora individuati risultano tuttora validi non avendo visto esaurito il loro ruolo prioritario nell'arco di tempo individuato dal precedente PSR.

Ciò anche a causa della carenza di risorse operative, frutto della progressiva riduzione non seguita da sostituzione di operatori che avevano acquisito, nelle pratiche di deistituzionalizzazione e di fondazione della psichiatria territoriale, una alta specializzazione, e della mancata attuazione dei necessari interventi di raccordo.

Per rendere operativo quanto detto necessita rendere più stretto e continuo il rapporto tra tecnici della programmazione sanitaria regionale e operatori dei servizi da un lato e tra costoro e le organizzazioni della utenza e della società civile dall'altro.

Azioni prioritarie:

- Consolidamento dei Dipartimenti di Salute Mentale nel quadro delle previsioni della legge regionale 3/98.
- Attivazione presso l'Assessorato regionale ai Servizi Sociali e Sanitari di un Gruppo di coordinamento regionale rappresentativo delle professionalità dei DSM e del privato sociale, e delle opinioni delle associazioni dei familiari e degli utenti.
- Istituzione di un osservatorio regionale sulla salute mentale che, a partire dalla messa a regime del Sistema Informativo regionale, consenta la condivisione di dati sulla utenza e le attività dei DSM ed attui il monitoraggio sulle risorse e la qualità degli interventi, in particolare nelle aree di attività a forte integrazione socio-sanitaria.
- Interventi orientati alla Promozione della Salute Mentale attraverso il sostegno e consolidamento della costruzione di alleanze tra tutte le risorse sanitarie e socia-

li, attivando idonee integrazioni funzionali mediante coordinamenti interdipartimentali e nell'ambito dei Distretti.

- Raggiungimento di livelli uniformi di qualità ed accessibilità delle strutture di ricovero ospedaliero a livello regionale attraverso il completamento della rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e l'adeguamento al parametro di 0,6 posti letto per 10.000 abitanti definito nella DCR del 7 luglio 1997, n. 372 e tuttora valido, garantendo la massima appropriatezza nella relazione tra tipologia delle strutture e bisogni dei pazienti che vi sono assistiti.
- Riorganizzazione delle risposte ai bisogni connessi con il rischio ed il danno psicopatologico in età evolutiva ed organizzazione della collaborazione con gli altri servizi sociali e sanitari ad essa dedicati.
- Realizzazione degli interventi e dei livelli operativi previsti nella DGR 1671 del 2000 in tema di disordini del comportamento alimentare.
- Promozione della qualità dei processi riabilitativi in ambito residenziale.
- Promozione delle attività ad integrazione socio-sanitaria e delle azioni di depsi-chiatrizzazione dei bisogni dei pazienti psichiatrici.
- Verifica delle dotazioni organiche dei DSM e loro eventuale riparametrazione.
- Attivazione di programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori in servizio presso i DSM e degli operatori del privato sociale.
- Promozione dei diritti di cittadinanza e interventi di sostegno ad iniziative auto-gestite, come ad esempio l'amministrazione di sostegno, attività che necessita di regolamentazione regionale, e le reti di auto mutuo aiuto.

8.2.4. DIPENDENZE.

A livello regionale persistono i problemi di salute già evidenziati nel precedente PSR. Conseguentemente sono riproposti i principali obiettivi di salute già allora definiti e, alla luce di un'attenta valutazione dei risultati conseguiti nel triennio precedente, sono individuati tre *macro-obiettivi generali*:

— perseguire strategie di politica socio-sanitaria e conseguenti assetti organizzativi e funzionali garanti dell'equità d'accesso, della fruibilità e della completezza delle prestazioni ed esaustività delle risposte a tutte le persone con problemi d'uso, abuso, dipendenza da sostanze legali ed illegali;

— assicurare risposte sempre più intersettoriali e continue attraverso la reale costruzione di un sistema di servizi pubblici e del privato sociale in cui i diversi soggetti operano insieme per la tutela del diritto alla salute: ciò significa riconoscere, valorizzare e potenziare sia il pubblico sia il privato sociale nella direzione della costruzione di un sistema complementare di servizi;

— assicurare un orizzonte terapeutico complessivo che assicuri l'offerta, da parte del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale, di tutte le opzioni terapeutiche, assistenziali e di «accompagnamento» validate scientificamente.

Rispetto alla *cornice operativa globale* si possono evidenziare le seguenti macro-azioni:

□ governare l'implementazione del «Nuovo sistema d'interventi e servizi nell'area delle dipendenze»;

□ il «nuovo sistema» disposto con D.G.R. n. 1057 del 29 luglio 2002 si caratterizza quindi per:

- l'offerta di un orizzonte terapeutico complessivo con il consolidamento e l'implementazione delle prestazioni a bassa soglia e di riduzione del danno che si affiancano in modo complementare ed integrato ai diversi ed articolati percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione;
- la promozione di un sistema a rete in cui il pubblico ed il privato sociale concorrono al raggiungimento di finalità comuni secondo le proprie specifiche vocazioni e competenze.

— *Supportare il processo di consolidamento delle funzioni di coordinamento tecnico-funzionale tra tutte le unità operative afferenti ai Dipartimenti per le Dipendenze.*

Adesso occorre garantire che tale funzione generale sia effettivamente assolta dai Dipartimenti nella direzione della costruzione di:

- una rete di servizi pubblici e del privato sociale in grado di rispondere alla complessità dei bisogni con la diversificazione e differenziazione degli interventi;
- un sistema integrato che si costruisce partendo dal riconoscimento delle pluralità di esperienze, attività e percorsi realizzati sia dal pubblico che dal privato sociale;
- un sistema integrato in cui ogni elemento della rete contribuisce al percorso di accompagnamento, alla «presa in carico» complessiva della persona;
- un sistema integrato in cui è il servizio pubblico ad essere garante della unitarietà, appropriatezza, congruità, efficacia ed equità delle risposte;
- un sistema a rete che garantisce il rispetto della dignità e restituisce reale protagonismo anche nelle scelte di politica socio-sanitaria alle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze.

— *Sviluppo di politiche ed azioni intersettoriali nel campo delle Dipendenze.*

Le politiche intersettoriali nell'area delle dipendenze sono ancora «intenti da perseguire» piuttosto che «azioni reali». Necessita costruire e/o potenziare integrazioni funzionali non solo con altre risorse sanitarie (così come indicato nelle azioni) ma con tutti i soggetti non sanitari impegnati a diverso titolo nel settore e garantire una chiara e definitiva interfaccia tra le risorse sanitarie e sociali.

La cornice operativa globale ha come asse portante la *valorizzazione delle risorse* nella direzione di:

- *valorizzazione dell'individuo* che oltre ad essere portatore di un disagio possiede risorse personali e competenze da sostenere e potenziare;
- *valorizzazione degli operatori* che hanno negli anni acquisito un bagaglio di conoscenze e competenze utilizzate nella miriade di progetti ed attività implementati;
- *valorizzazione del contesto* sociale in grado di accogliere non solo le diverse forme di disagio ma al contrario mobilitare quelle forme di sostegno e di solidarietà che sostengono percorsi individuali e collettivi di crescita e di inclusione ed emancipazione sociale.

8.2.5. LOTTA ALLE CARDIO E CEREBRO VASCULOPATIE.

La progettualità del triennio passato ha risentito, come e forse più di altri analoghi rivolti a patologie d'organo, della mancanza di ambiti aziendali di coordinamento, talché le iniziative proposte in materia di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardio e cerebrovascolari (peraltro in gran parte coincidenti) e l'appropriata articolazione degli interventi tra medicina di base, servizi specialistici e servizi ospedalieri hanno risentito di una forte eterogeneità applicativa, contribuendo a ridurre i guadagni di salute conseguibili.

Peraltro l'attenzione delle collettività locali è tuttora molto concentrata sugli aspetti legati alla terapia individuale creando climi più favorevoli allo sviluppo di approcci farmacologici e dei servizi specialistici che allo svolgimento delle attività di promozione e prevenzione primaria.

Il Piano nel prossimo triennio:

1) conferma, puntualizzandoli e aggiornandoli, gli obiettivi di salute già individuati nel PSR 1999 2001 che miravano ad un approccio globale nella lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari;

2) rideclina gli obiettivi all'interno delle aree di attività previste nella sezione 4, sviluppando a tal fine studi epidemiologici mirati a costruire e documentare gli outcome relativi al contributo di cardiologi e neurologi alla riduzione della disabilità evitabile;

3) assume la complessità dello scenario e la molteplicità degli attori presenti nel settore, rilanciando la sfida per una gestione globale ed unitaria della lotta alle cardio e cerebrovasculopatie attraverso le strategie:

- dei patti per la salute (nella scuola, degli anziani, per le città sane) che puntano a creare cittadini consapevoli ed attivi nella promozione della propria salute e nella interazione con i servizi sanitari e ambienti salubri, costruendo le interazioni di massa necessarie per affrontare i problemi ad un livello adeguato alla loro dimensione;
- del governo clinico delle attività territoriali ed ospedaliere chiamate a garantire

tutte le dimensioni operative della qualità assistenziale (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, efficienza, coinvolgimento degli utenti) sia nei percorsi assistenziali del territorio che in quelli ospedalieri per la acute care e per la long term care, con una migliore definizione delle responsabilità gestionali a partire dalle direzioni sanitarie delle ASL, dei distretti e dei dipartimenti di area e puntando sulla responsabilizzazione delle équipes territoriali; in tale scenario chiama tutti i professionisti ad una gestione più appropriata della risorsa farmaco (statine, antiipertensivi, etc.);

4) definisce le modalità di integrazione per le attività cardio chirurgiche tra le due aziende ospedaliere e i servizi aziendali di cardiologia in modo da conseguire una gestione effettivamente coordinata anche attraverso un dipartimento interaziendale;

5) prende atto della necessità di trovare il punto di equilibrio, particolarmente per l'alta specialità, tra l'esigenza di evitare la «migrazione sanitaria» dei cittadini umbri (tenendo in debito conto non solo le ridotte dimensioni del territorio regionale, ma anche la sua particolare articolazione e posizione geografica) e quella di creare centri che possano raggiungere, nel triennio, la piena espressione raggiungendo i requisiti strutturali e professionali per l'accreditamento. In questa cornice inserisce il proseguimento della sperimentazione delle attività di cardiocirurgia all'AO di Terni, assumendo il triennio 2003-2005 come ambito temporale per la verifica del raggiungimento di tali requisiti, in deroga a quanto previsto nel paragrafo 7.5.4.8;

6) definisce:

— l'evoluzione, per ciascuno degli ambiti territoriali delle 4 ASL e sulla base delle indicazioni delle Società Scientifiche, della rete regionale dell'emodinamica prevedendo la continuazione delle attività di Gualdo Tadino e in prospettiva del nuovo ospedale di Branca in stretto collegamento con il dipartimento di cui al punto 4, che ne garantisce la sicurezza e l'appropriatezza;

— l'evoluzione dell'offerta nel campo del trattamento delle aritmie;

— i fabbisogni nel campo della chirurgia vascolare;

7) definisce i bisogni riabilitativi nell'area cardiologica in linea con le indicazioni scientifiche internazionali e nazionali, riservando al già funzionante servizio di Gualdo Tadino e alle AO le attività riabilitative precoci per i cardioperati ed i trapiantati, mentre la riabilitazione cardiologica ambulatoriale avviene di norma a livello territoriale;

8) per lo specifico della lotta alle cerebrovasculopatie, oltre agli interventi sopra definiti, fornisce le indicazioni di seguito esposte.

La letteratura medica internazionale conviene ormai sul fatto che i pazienti con ictus cerebrale in fase acuta necessitino di un'assistenza specialistica integrata fin dall'inizio, che faccia parte di un percorso riabilitativo e che imposti fin da subito la prevenzione secondaria.

I dati disponibili evidenziano il vantaggio indubbio dell'Unità per ictus di tipo «riabilitativo», ma suggeriscono che l'assistenza dedicata e specializzata sia di vantaggio anche nei primi giorni. Non vale certamente l'inverso: non ha senso ricoverare il paziente in strutture dedicate per uno o due giorni e poi trasferirlo in reparti comuni di degenza, poiché così facendo si perderebbero evidentemente tutti i vantaggi in termini di mortalità e disabilità evitabile. Sono quindi da condividersi le garanzie per il paziente con ictus riassunte nello schema seguente: 1) ricovero più precoce possibile (entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi) in una struttura ospedaliera dedicata (Stroke Unit), o, in mancanza di posti letto, in area di degenza medica che utilizzi gli stessi criteri diagnostico-terapeutici ed assistenziali, con il supporto del personale della Stroke Unit. 2) Inizio precoce del trattamento riabilitativo (entro le prime 24 ore dal ricovero). 3) Assistenza da parte di personale sanitario dedicato, motivato e preparato in modo pressoché esclusivo alla gestione del paziente con ictus cerebrale. 4) Approccio interdisciplinare coordinato dal neurologo o dal medico esperto in cerebro vasculopatie. 5) Assicurazione di una continuità terapeutica, che coinvolga tutte le fasi di malattia, dalla prevenzione primaria, alla fase di ricovero ed a quella di follow-up, da realizzarsi in un percorso integrato coinvolgente i Centri di Riabilitazione collocati sul territorio ed i Medici di Medicina Generale.

Quanto alle necessità assistenziali, utilizzando i dati degli studi SEPIVAC e SEPIVAC 2, che offrono informazioni sull'incidenza e prognosi della malattia cerebrovascolare nel Distretto del Trasimeno, rispettivamente nel periodo 1986-

89 e nel 1999, si è scelto qui di considerare un'incidenza pari a 2.5 per 1000, poiché se è vero che non tutti i pazienti con primo ictus si ricoverano, è altrettanto vero che le recidive nella gran parte dei casi vanno trattate in modo analogo ai primi episodi. Pertanto, in buona approssimazione, si può affermare che si possono prevedere almeno 2000 ricoveri per ictus in Umbria ogni anno. La durata della degenza è qui stimata in 12 giorni, ed il tasso d'utilizzo dei letti pari all'80 per cento. Ne deriva una necessità di circa 82 letti dedicati, da distribuirsi tenendo conto sia delle peculiarità dei diversi Presidi Ospedalieri (autonomi e di USL), sia della realtà territoriale (possibile migrazione sanitaria da altri territori). In linea di principio, si può prevedere che le due Aziende Ospedaliere dispongano di Unità Ictus di secondo livello (p. es. 12 letti a PG e 8 letti a TR), mentre per le 4 USL si può ipotizzare una divisione e/o accorpamento in base alle peculiari caratteristiche organizzative, con Unità Ictus di primo livello (es. 8 letti a Città di Castello, 6 a Gubbio-Gualdo, 6 ad Assisi, 8 al Trasimeno, 6 a Todi-Marsciano, 8 a Foligno, 8 a Spoleto, 6 a Orvieto e 6 a Narni-Amelia).

Quanto alle risorse necessarie, occorre prevedere un infermiere professionale per 4 letti per turno (quindi almeno 5, ma meglio 6, da ruotare su 4 letti), un TdR dedicato per Unità (quindi 2 in organico) e personale medico espressamente e specificamente dedicato (sul cui numero si deve ragionare in base alle singole realtà territoriali). Non è, infatti, pensabile né accettabile che dietro la targa «Stroke Unit» non vi sia il benché minimo livello assistenziale specifico. Devono ovviamente essere previste (e se necessario integrate) figure professionali (logopedista, psicologo, etc.) che possono servire più sedi e servizi. Ciascuna Unità ictus dovrà poi strutturare un rapporto con il territorio (attività ambulatoriale) ed un'integrazione con i servizi dello stesso, eventualmente anch'essi da potenziare, soprattutto dal punto di vista riabilitativo. Una quantificazione approssimativa dei costi aggiuntivi può essere fatta tenendo conto che i letti attuali occupati da pazienti con ictus sono comunque gestiti da personale medico e paramedico per una parte dell'orario di lavoro; l'incremento del costo sta prevalentemente nella spesa per il personale infermieristico, che dovrebbe passare dal rapporto 1/8 - 1/10 del comune reparto di Medicina a 1/4 (quindi circa 9 infermieri in più per turno). Va prevista poi la spesa per figure di fisioterapista, da quantificare però in base alle realtà locali.

Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo d'assistenza all'ictus, che non rappresenta soltanto un elementare diritto del cittadino malato, ma anche un sistema di contenimento della spesa sanitaria impropria e di aumento del rapporto costo/beneficio delle prestazioni, quando basate su solide evidenze: riduzione della mortalità, della istituzionalizzazione e della disabilità residua. Tali parametri andranno ovviamente monitorati periodicamente per verificare l'efficacia pratica.

8.2.6. PROGETTO CURE PALLIATIVE.

L'Umbria ha emanato nell'ottobre 2000 la DGR 1111 del 27 settembre 2000: «Progetto regionale per la rete di assistenza ai malati terminali» dove sono previste indicazioni per l'assetto organizzativo e funzionale delle attività di palliazione.

Il Piano nell'assumere tali indicazioni, mira a garantire la coerenza del modello organizzativo generale che le ASL sono chiamate a seguire ed a sviluppare, in base alle condizioni operative ed organizzative specifiche da cui le stesse partono.

Tale modello di rete è basato su una serie di assunti propri dell'organizzazione generale dei *servizi socio-sanitari distrettuali*:

- responsabilità del medico generalista nella attivazione degli interventi;
- azione di supporto da parte dei servizi territoriali che prendono in carico la maggior parte delle situazioni, permettendo con la loro diffusione una maggiore capillarità di intervento;
- potenziamento degli effetti tramite coinvolgimento della famiglia;
- valorizzazione, nell'ambito dell'appropriatezza, del ruolo del volontariato;
- valorizzazione della rete dell'ADI, che costituisce un continuum con l'ADI per i pazienti terminali ed al cui interno vengono create le competenze necessarie a gestire anche questi pazienti, sia in termini di case manager, che in termini di valorizzazione della competenza infermieristica;

- valorizzazione delle competenze della medicina palliativa, afferenti al servizio aziendale di cure palliative che interviene sia partecipando alla valutazione dei bisogni assistenziali (che avviene in seno alla Unità di Valutazione delle Cure Palliative, sia garantendo l'appropriatezza professionale dei percorsi assistenziali e di quelli formativi, salvo nei casi in cui sia necessario prevedere la presa in carico di particolari pz.);
- garantire l'approccio multidimensionale, la continuità delle cure, l'intensità delle cure ed il rispetto delle scelte del paziente e della famiglia;
- garantire, attraverso il ricorso ai centri residenziali di cure palliative (di cui è in fase avanzata la progettazione e realizzazione di quattro strutture aziendali in Umbria nell'ambito del relativo progetto ministeriale) una risposta assistenziale a quei pazienti che per particolari condizioni non è opportuno risiedano nella propria abitazione. Nell'attesa dell'effettiva disponibilità di tali centri, le Aziende destinano, provvisoriamente, una quota di p.l. delle RSA a degenza breve da attivare nel primo triennio di Piano negli ospedali di territorio, a tale funzione;
- garantire altri interventi necessari per completare la risposta assistenziale (day-hospital, ambulatorio);
- garantire le integrazioni con i servizi oncologici e di terapia del dolore con particolare riferimento alle Aziende ospedaliere.

Al fine di dare completa attuazione alla DGR 1111/2000, garantendone l'uniforme applicazione sul territorio regionale, è istituito il Comitato regionale dei delegati aziendali per le cure palliative, con i seguenti compiti:

- monitoraggio e valutazione dell'azione di piano «cure palliative»;
- definizione delle linee per iniziative formative rivolte agli operatori dei servizi ed ai MMG;
- definizione degli standard minimi di organizzazione e assistenza;
- individuazione delle strategie per lo sviluppo di percorsi assistenziali in continuità tra la rete territoriale e i servizi di «cure palliative».

8.2.7. PROGETTO «POTENZIARE LE ATTIVITÀ DI GENETICA».

In ambito regionale diverse strutture e servizi svolgono attività assistenziale nel settore della genetica medica, a livello clinico e/o di laboratorio; grazie allo sviluppo di nuove tecnologie negli ultimi anni le attività di queste strutture sono iniziate sulla base di una crescente richiesta delle varie specialità mediche senza un preciso coordinamento e validazione. La nascita spontanea di queste attività, spesso sotto lo stimolo di esigenze di ricerca scientifica, in assenza di un coordinamento regionale, rende difficile anche il solo censimento delle stesse e la fruizione dei servizi da loro erogati ai fini assistenziali (diagnostici, terapeutici e preventivi).

Peraltro il settore rappresenta per il SSR valore strategico essendo necessario intervenire sia per evitare l'obsolescenza dei nostri processi assistenziali a fronte della vertiginosa affermazione di nuove tecniche ed aree di intervento sia per individuare nicchie di livello appropriato e di dimensioni sostenibili in cui attivare progetti di ricerca e sviluppo anche con l'Università.

Rappresentano indirizzi generali per il triennio di Piano:

1) la creazione di un coordinamento regionale delle attività di genetica (nella loro accezione più ampia) per garantirne il coordinamento funzionale, la qualità assistenziale e adeguati ed omogenei supporti alle famiglie; le principali funzioni del nucleo di coordinamento sono:

- la definizione dei LEA in ambito genetico;
- la definizione delle attività di genetica che, pur non sufficientemente validate per l'inserimento in tali livelli, presentano una validazione clinica avanzata con importanti ricadute assistenziali;
- l'identificazione delle competenze specifiche esistenti sul territorio regionale sulla base del loro know-how ed esperienza storica clinico-assistenziale e di ricerca, con offerta di percorsi diagnostico-assistenziali ottimali rendendo lineare ogni singolo percorso e/o processo organizzativo;
- la utilizzazione coordinata delle risorse presenti in Regione con riduzione dei costi gestionali evitando duplicazioni;
- la individuazione di eventuali carenze ed il conseguente sviluppo delle competenze mancanti;

- il coordinamento da un punto di vista tecnico-scientifico e la verifica dei risultati rispetto agli obiettivi indicati dalla programmazione regionale;
 - la garanzia della rispondenza dei percorsi clinico/diagnostici ai requisiti identificati anche a livello nazionale e internazionale per specifiche patologie genetiche (diagnosi presintomatica, diagnosi ai minori);
 - il collegamento con i flussi informativi regionali, nazionali, internazionali esistenti;
 - la gestione delle relazioni tecnico-scientifiche con le altre regioni e con il livello nazionale;
 - la programmazione nelle linee generali dell'aggiornamento tecnico-scientifico;
- 2) organizzazione del Servizio di Genetica Medica regionale;
 - 3) la sperimentazione gestionale presso la AO di TR nel campo della neurogenetica e della neurorigenerazione all'interno del quadro funzionale definito dal PSR;
 - 4) una ulteriore definizione della tipologia dei Servizi operanti nel settore (Servizi Clinici di Genetica Medica e Laboratori di Genetica Medica) e delle attività assegnate;
 - 5) definire in collegamento con le attività svolte nel campo delle malattie rare funzioni e competenze nel campo della genetica Epidemiologica, verificando in tale quadro il ruolo e l'attività del registro regionale delle malformazioni congenite;
 - 6) definire ed attivare il progetto regionale per la ricerca e sviluppo nel campo della genetica clinica, d'intesa con l'Università.

8.2.8. *PROGETTO «NUTRIZIONE ARTIFICIALE».*

Il Piano assume la necessità di attivare anche in Umbria adeguati servizi di nutrizione artificiale, dato il ruolo fondamentale che l'alimentazione e la nutrizione svolgono nell'ambito della terapia e prevenzione di numerose patologie e preso atto del ritardo accumulato nel settore nei confronti di altre realtà regionali.

Tali servizi s'integrano con il modello assistenziale generale in base ai seguenti elementi:

- definizione dei bisogni assistenziali (epidemiologia e tipologie qualitative nel territorio e in ospedale) per individuare gli ambiti appropriati di intervento;
- le finalità/missione del servizio di nutrizione artificiale;
- le risorse investite;
- il modello organizzativo generale proposto a livello delle Aziende ospedaliere e locali;
- composizione, competenze e funzioni del team nutrizionale;
- le funzioni del mmg/pls e le loro relazioni con il servizio;
- le funzioni del Servizio farmaceutico per gli aspetti farmaceutici della nutrizione artificiale;
- le procedure di attivazione del Team nutrizionale e le modalità di erogazione degli interventi (presa in carico; integrazione Ospedale/Territorio e con strutture residenziali e semiresidenziali);
- le specificità della nutrizione artificiale in pediatria;
- le modalità per garantire a livello regionale il monitoraggio e l'aggiornamento del progetto.

8.2.9. *PROGETTO PREVENZIONE DEI DANNI DA INCIDENTE STRADALE.*

Il progetto è reso necessario dalla situazione relativa ai dati di mortalità, dai conseguenti costi che il SSR deve sostenere per la cura dei danni alla salute conseguenti agli incidenti stradali (invalidità, ricoveri ospedalieri ed accessi al pronto soccorso etc.), da chiare indicazioni di elevato rischio di incidentalità su alcune strade umbre, e dalla opportunità ormai evidente che anche la Sanità contribuisca, con le azioni che le sono proprie (epidemiologia, prevenzione e informazione/comunicazione), ad una nuova cultura della sicurezza stradale.

Uno schema concettuale utile per affrontare razionalmente il problema degli incidenti stradali è rappresentato dal modello DFPV (Dati - Fattori di rischio - Prevenzione - Valutazione). Il modello guida, messo a punto dall'ISS per il controllo di sistemi complessi, che, partendo dai dati di base (statistiche e sorveglianza), si svi-

luppa nella direzione dei fattori di rischio, tramite i quali si identificano le possibili azioni di prevenzione, e culmina nel processo di valutazione delle azioni intraprese, che a sua volta si riallaccia alla sorveglianza (dati di base).

In tale ambito i Dipartimenti di Prevenzione, i Dipartimenti di Emergenza ed i Dipartimenti della Riabilitazione delle ASL Umbre, unitamente ai Servizi di Educazione alla Salute, dovranno cimentarsi in nuove progettualità e attività, finalizzate alla prevenzione dei danni da incidente stradale.

Gli obiettivi che ci si pongono nel corso di questo triennio, sono sostanzialmente due:

- A. migliorare complessivamente l'estensione, la qualità e la confrontabilità della rilevazione del fenomeno in Umbria, aderendo a protocolli di sorveglianza nazionali;
- B. promuovere una cultura della guida sicura.

Le azioni prioritarie da svolgere nel triennio del PSR riguardano la raccolta di dati epidemiologici/sanitari e lo studio dei fattori di rischio, attraverso:

1. L'attivazione presso l'Assessorato regionale ai servizi sanitari e sociali di un gruppo di coordinamento regionale, rappresentativo delle professionalità sanitarie coinvolte nella prevenzione dei danni da incidente stradale e degli altri enti/istituzioni interessati, con l'obiettivo di analizzare in modo sistemico il fenomeno, al fine di avviare azioni preventive integrate;
2. Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla morbosità da incidente stradale (ad es. tramite realizzazione di un sistema di monitoraggio degli arrivi al pronto soccorso, per incidente stradale);
3. Lo sviluppo delle attività di sorveglianza relative al corretto uso dei dispositivi di sicurezza casco e cinture (mediante adesione al protocollo del sistema di sorveglianza nazionale Ulisse di territori sufficientemente rappresentativi dell'intero territorio regionale);
4. Lo sviluppo di attività di informazione/comunicazione dei rischi connessi agli incidenti stradali per la popolazione generale e per specifici gruppi a rischio.

8.2.10. *PROGETTO MEDICINA INTEGRATA.*

Le indagini effettuate sul tema a livello nazionale evidenziano il costante aumento del numero di persone che ricorrono a tipologie di cura non convenzionali. Nel 1999 il 15,6 per cento della popolazione ha fatto ricorso a medicine non convenzionali (MNC). Nel centro Italia: 1 persona su 6 ha utilizzato almeno una MNC negli ultimi anni. In questi anni la Regione Umbria ha sviluppato, d'intesa con il SIMAISS, il concetto di medicina integrata e avviato la formazione di propri operatori in questo settore.

Linee di sviluppo ed impegni per il triennio 2003/2005.

In attesa della legge nazionale attualmente in discussione al Parlamento nazionale, sulle MNC, verificata la carenza di strumenti per favorire l'incontro e l'integrazione tra cure diverse che condividono lo scopo di migliorare la salute, il presente Piano Sanitario Regionale promuove ulteriormente il confronto e lo scambio di conoscenze fra la medicina ufficiale e quella non convenzionale, tenendo conto anche delle relazioni interculturali necessarie ad una società culturalmente differenziata e multietnica, relazioni che vanno sviluppate lungo la dorsale culturale della medicina integrata.

L'impegno sulla medicina integrata e, in tale cornice, anche sulle MNC risulta coerente con i principali obiettivi del Piano Sanitario Regionale 2003-2005 in termini di valorizzazione della soddisfazione del cittadino, umanizzazione e personalizzazione degli interventi, efficacia degli interventi, riduzione degli effetti collaterali e promozione di stili di vita salubri.

Pertanto il Piano Sanitario Regionale si pone l'obiettivo di:

- sviluppare forme d'integrazione fra la medicina ufficiale e alcune MNC in campo umano ed animale, scelte sulla base della loro diffusione in ambito regionale, e degli studi scientifici sulla efficacia, anche in relazione a specifiche problematiche;
- promuovere iniziative per il conseguimento di standard qualitativi adeguati nell'uso di farmaci non convenzionali e per lo studio di misure di farmacovigilanza;
- promuovere la qualità delle prestazioni professionali di medicina integrata e di MNC in ambito pubblico e privato, a tutela della salute dei cittadini e della popolazione animale, attraverso il coinvolgimento degli organismi competenti in ambito di accreditamento, formazione e aggiornamento professionale;

- garantire la diffusione dell'informazione sulla disponibilità di interventi di medicina integrata e MNC presenti nel sistema sanitario regionale, affinché i cittadini possano esercitare il loro diritto di scelta terapeutica in maniera consapevole, con riferimento a criteri d'efficacia, di rispetto della persona, di ridotta invasività e di contenimento dei costi;
- promuovere progetti delle Aziende Unità Sanitarie Locali volti ad offrire all'utenza la possibilità d'utilizzo di interventi di medicina integrata e di MNC, anche in funzione di tutela della salute delle minoranze etniche;
- valutare, nella stesura delle linee guida a livello regionale, l'appropriatezza di uso di MNC riconosciute efficaci come terapia sostitutiva, complementare, alternativa accettabile per indicazioni specifiche;
- prevedere la possibilità di utilizzo, sempre sulla scorta di evidenze di efficacia e di appropriati profili di qualità assistenziale, di MNC in casi specifici, come la tossicità o intolleranza alle pratiche tradizionali, nonché l'utilizzo complementare finalizzato alla riduzione della tossicità o alla riduzione dell'uso di farmaci o di altri presidi terapeutici;
- valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come elemento d'informazione e d'integrazione della medicina integrata nelle politiche per la salute.

La Giunta regionale assume opportuni provvedimenti per promuovere e realizzare a cura delle aziende sanitarie:

- studi sulla popolazione che pratica medicina integrata e altre MNC, valutando l'andamento degli esiti di salute, dei consumi farmacologici e, più in generale, della spesa sanitaria;
- l'inserimento nella Carta dei servizi delle Aziende Unità Sanitarie Locali di informazioni, impegni e *standard* sulla disponibilità di interventi di medicina integrata e MNC;
- elementi di conoscenza sulla medicina integrata e sulle MNC da offrire ai medici di medicina generale, ai farmacisti ed agli operatori sanitari;
- iniziative culturali, in collaborazione con le scuole di medicina integrata e di MNC esistenti sul territorio;
- iniziative di formazione ed aggiornamento continuo degli operatori che svolgono le attività di medicina integrata e delle MNC in ambito pubblico, in collaborazione con le scuole di cui sopra;
- iniziative di formazione specialistica che prevedano un'adeguata pratica clinica della medicina integrata e delle MNC presso i presidi ambulatoriali pubblici;
- lo sviluppo di convenzioni con le strutture pubbliche e private di medicina integrata e MNC nel quadro della normativa vigente.

La Giunta regionale procede entro il primo anno di vigenza del Piano Sanitario Regionale:

- alla definizione delle attività della struttura di riferimento regionale, per la individuazione degli standard di qualità delle prestazioni di medicina integrata e di MNC effettuate, in ambito pubblico e privato, e, in collaborazione con gli ordini professionali, per la definizione delle procedure di formazione, aggiornamento ed accreditamento dei professionisti e delle strutture;
- all'attribuzione del finanziamento finalizzato al sostegno delle attività di medicina integrata e delle MNC delle Aziende Unità Sanitarie Locali ed al funzionamento della struttura regionale di riferimento;
- alla definizione di un nomenclatore delle attività di agopuntura, come settore del nomenclatore delle attività territoriali, sulla base del quale si procederà alla valorizzazione delle prestazioni e dei programmi assistenziali;
- tramite le ASL all'apertura di un ambulatorio di medicina integrata almeno in ogni distretto;
- all'individuazione delle tariffe per l'espletamento delle attività di medicina integrata e di MNC non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), a copertura dell'impegno economico sostenuto dalle Aziende Unità Sanitarie Locali che le erogano.

pagina 228 - bianca

Allegato 1: PROIEZIONI DEMOGRAFICHE AL 2005.*Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi d'età al 2005***Totale regione**

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	77.173	71.034	148.207
20 - 39	110.327	107.737	218.064
40 - 64	141.129	143.332	284.461
65 - 79	64.930	77.533	142.463
80 e oltre	21.009	37.023	58.032
Totale	414.568	436.659	851.227

Ipotesi di lavoro:

- tassi di fecondità (dati ISTAT 1996): ipotizzati in leggera crescita fino al 2005 sulla base dell'andamento riscontrato fino al 2000; stabili per gli anni successivi;
- tassi di mortalità (dati ISTAT 1996): ridotti ai valori osservati nel quadriennio successivo;
- flussi migratori (calcolati per sesso, classi di età e gruppi di comuni): ipotizzati in ulteriore espansione fino al 2005 secondo.

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 - ASL 1

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	11.153	10.153	21.306
20 - 39	15.623	14.529	30.152
40 - 64	19.834	18.814	38.648
65 - 79	8.775	10.312	19.087
80 e oltre	2.704	4.802	7.506
Totale	58.089	58.610	116.699

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 - ASL 2.

Distretto 1

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	15.873	15.887	31.760
20 - 39	23.333	24.482	47.815
40 - 64	27.839	31.516	59.355
65 - 79	12.094	14.901	26.995
80 e oltre	3.429	6.756	10.185
Totale	82.568	93.542	176.110

Distretto 2

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	5.086	4.532	9.618
20 - 39	7.415	7.187	14.602
40 - 64	9.296	9.031	18.327
65 - 79	4.141	4.475	8.616
80 e oltre	1.318	1.961	3.279
Totale	27.256	27.186	54.442

Distretto 3

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	5.407	4.571	9.978
20 - 39	7.198	6.688	13.886
40 - 64	9.364	8.857	18.221
65 - 79	4.453	5.031	9.484
80 e oltre	1.531	2.437	3.968
Totale	27.953	27.584	55.537

Distretto 4

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	5.108	4.384	9.492
20 - 39	6.899	6.588	13.487
40 - 64	8.946	9.008	17.954
65 - 79	4.414	5.082	9.496
80 e oltre	1.439	2.432	3.871
Totale	26.806	27.494	54.300

Totale USL

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	31.474	29.374	60.848
20 - 39	44.845	44.945	89.790
40 - 64	55.445	58.412	113.857
65 - 79	25.102	29.489	54.591
80 e oltre	7.717	13.586	21.303
Totale	164.583	175.806	340.389

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 - ASL 3.

Distretto 1

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	1.296	1.072	2.368
20 - 39	1.566	1.483	3.049
40 - 64	2.120	1.891	4.011
65 - 79	1.148	1.241	2.389
80 e oltre	466	713	1.179
Totale	6.596	6.400	12.996

Distretto 2

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	1.186	1.211	2.397
20 - 39	1.924	1.848	3.772
40 - 64	2.633	2.471	5.104
65 - 79	1.049	1.377	2.426
80 e oltre	373	740	1.113
Totale	7.165	7.647	14.812

Distretto 3

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	8.033	7.938	15.971
20 - 39	12.198	11.579	23.777
40 - 64	15.833	15.285	31.118
65 - 79	6.982	8.694	15.676
80 e oltre	2.521	4.484	7.005
Totale	45.567	47.980	93.547

Distretto 4

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	4.653	3.695	8.348
20 - 39	6.206	5.917	12.123
40 - 64	8.329	7.962	16.291
65 - 79	3.777	4.479	8.256
80 e oltre	1.358	2.219	3.577
Totale	24.323	24.272	48.595

Totale USL

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	15.168	13.916	29.084
20 - 39	21.894	20.827	42.721
40 - 64	28.915	27.609	56.524
65 - 79	12.956	15.791	28.747
80 e oltre	4.718	8.156	12.874
Totale	83.651	86.299	169.950

Proiezione della popolazione residente per sesso e grandi classi di età al 2005 - ASL 4.

Distretto 1

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	11.387	10.675	22.062
20 - 39	16.582	16.384	32.966
40 - 64	21.723	22.627	44.350
65 - 79	9.917	12.320	22.237
80 e oltre	3.195	5.829	9.024
Totale	62.804	67.835	130.639

Distretto 2

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	4.402	3.822	8.224
20 - 39	6.543	6.112	12.655
40 - 64	8.674	8.786	17.460
65 - 79	4.344	4.901	9.245
80 e oltre	1.345	2.337	3.682
Totale	25.308	25.958	51.266

Distretto 3

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	3.589	3.094	6.683
20 - 39	4.840	4.940	9.780
40 - 64	6.538	7.084	13.622
65 - 79	3.836	4.720	8.556
80 e oltre	1.330	2.313	3.643
Totale	20.133	22.151	42.284

Totale USL

Classi di età	2005		
	M	F	MF
0 - 19	19.378	17.591	36.969
20 - 39	27.965	27.436	55.401
40 - 64	36.935	38.497	75.432
65 - 79	18.097	21.941	40.038
80 e oltre	5.870	10.479	16.349
Totale	108.245	115.944	224.189

Allegato 2: LINEE GUIDA PER L'ATTO AZIENDALE.

Le linee guida regionali per l'atto aziendale sono improntate dalla progettualità e dall'impianto organizzativo e programmatico sviluppato nel Piano e contengono indicazioni generali alle aziende su:

- la corretta accezione di autonomia aziendale;
- le previsioni legislative proprie dell'atto e relative ai poteri ed ai ruoli delle direzioni aziendali, dei macrolivelli assistenziali, degli organismi consultivi e tecnici, etc.;
- le funzioni affidate alle aziende, in quanto concorrenti a definirne sia la natura sostanziale, sia la necessaria diversificazione delle aree di intervento, nonché infine a spingere per l'integrazione dei sistemi gestionali classici con quelli rivolti al governo clinico, indubbiamente una finalità necessaria per l'azienda sanitaria.

Come previsto nel D.Lgs. 229/99, l'atto aziendale di natura privatistica che i Direttori Generali sono chiamati ad adottare è sostanzialmente finalizzato a snellire regole e procedure di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale.

Alla luce di quanto già disposto dalla LR 3/1998 e successive modificazioni, in merito ai principi e criteri generali del Servizio Sanitario Regionale, agli elementi costitutivi dell'assetto organizzativo dell'Azienda sanitaria, i contenuti delle linee di indirizzo per l'atto aziendale si concentrano sui seguenti tre aspetti:

1. sottolineare le principali regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'Azienda Sanitaria. In quanto parte di un Servizio Sanitario regionale e nazionale, l'Azienda è tenuta a realizzare, anche attraverso l'atto aziendale, il massimo grado di flessibilità e dinamicità sotto il profilo della qualità e dell'efficienza dei servizi, nel rispetto delle scelte effettuate dall'ordinamento vigente nel distinguere le attribuzioni dei diversi livelli istituzionali. Immettere il modello aziendale nella gestione ha, infatti, significato disegnare un assetto di governo centrato sui seguenti punti:

a. autonomia nell'acquisizione, nell'organizzazione e nella gestione delle risorse come capacità del Direttore Generale di combinare i fattori produttivi a disposizione in funzione dei fini dell'azienda, avvalendosi della responsabile collaborazione e della capacità propositiva delle varie componenti tecnico-professionali, sia singole che collegiali, istituzionalmente previste;

b. responsabilità per i risultati sanitari ed economico-finanziari, quale elemento corrispettivo dell'autonomia, attraverso una gestione che si avvale delle informazioni di natura economica nella salvaguardia della qualità e dell'efficacia degli interventi. L'autonomia attiene alla gestione ed è pienamente compatibile con essa una funzione esterna di definizione degli obiettivi e degli indirizzi strategici attribuita alla programmazione regionale e, per le competenze che residuano, in base al titolo V della Costituzione, nazionale;

2. precisare criteri e principi che devono guidare le scelte del Direttore Generale in tema di organizzazione e funzionamento dei servizi dell'Azienda. L'atto aziendale è stato definito anche come atto di autorganizzazione, per sottolineare il notevole margine di autonomia che il medesimo presuppone sia trasferito al Direttore Generale. Anche in questo caso l'autonomia deve esercitarsi entro i limiti delle principali relazioni funzionali che, secondo la vigente programmazione sanitaria, devono intercorrere sia tra le varie componenti aziendali, sia tra queste e il contesto esterno;

3. individuare, in attuazione di quanto previsto dalla LR 3/1998 e successive modificazioni, il profilo e le principali funzioni del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo, del Servizio Infermieristico e tecnico, nonché dei soggetti preposti alle articolazioni aziendali, inclusi il Collegio di Direzione e il Consiglio dei Sanitari, come richiesto dal D.Lgs. 229/99.

Il Piano, nel definire le relazioni intercorrenti tra gli alti livelli dirigenziali aziendali, completa il disegno delineato dalla LR 3/1998 e successive modificazioni, fornendo così il quadro di riferimento che consente ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di formulare l'atto aziendale in modo funzionale alle finalità previste dal D.Lgs. 229/99.

1) I COLLEGAMENTI CON IL CONTESTO.

L'esplicitazione dei collegamenti col livello regionale del Servizio Sanitario Regionale e col territorio d'appartenenza risponde allo scopo di sottolineare la necessità che l'organizzazione e il funzionamento della Azienda, e quindi le sottostanti attribuzioni di responsabilità e predisposizione di strumenti, tengano nel dovuto conto il complesso sistema di relazioni che legano in vario modo l'azienda ai vari livelli del sistema sanitario ed economico-sociale della Regione.

Sviluppare le relazioni sistemiche tra Aziende Sanitarie.

Le principali relazioni col SSR nel suo complesso, cui l'Azienda è tenuta a corrispondere, possono essere richiamate in sintesi come segue.

Ruolo dell'Azienda nel processo di programmazione sanitaria.

Con l'approvazione del PSR, la Regione ha individuato i principali obiettivi di salute e definito la politica dei servizi socio sanitari nel triennio di vigenza. Dalle aziende ci si attende l'attivazione del processo che porterà all'elaborazione dei Piani Attuativi Locali e degli altri strumenti di programmazione attuativa previsti dalla programmazione socio sanitaria regionale e dalla normativa vigente.

Ruolo dell'Azienda nell'ambito della rete regionale dei servizi.

Le risorse aziendali devono essere considerate come funzionali allo sviluppo dell'intero SSR. Così, ad esempio, l'emergenza-urgenza, i servizi emotrasfusionali, i trapianti, ma anche le competenze di natura sanitaria e non sanitaria, che risiedono presso un'Azienda, sono da considerarsi a disposizione dell'intero SSR.

Doveri dell'Azienda verso il SSR.

Ogni Azienda è tenuta, a qualificare le sue strutture, i suoi professionisti, i suoi processi e a tener conto delle preferenze espresse dai propri cittadini ed utenti perché questi costituiscono elementi qualificanti anche per il SSR nel suo insieme. L'Azienda deve garantire la sua affidabilità (accountability) clinica, assistenziale, economica e finanziaria, anche tramite lo sviluppo dei propri sistemi informativi e la soddisfazione del relativo debito nei confronti della Regione, in quanto è chiamata a contribuire all'affidabilità dell'intero SSR. Questo aspetto in particolare è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni, in conseguenza della progressiva attuazione del federalismo.

Contributo dell'Azienda al raggiungimento degli obiettivi del SSR.

L'Azienda è chiamata ad attuare le politiche regionali in tema, ad esempio, di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi, di strumenti per il governo clinico.

Implementazione delle politiche regionali di concertazione.

Rientra tra i doveri dell'azienda l'impegno di dare concreta attuazione ai risultati delle concertazioni che la Regione effettua con le varie rappresentanze sindacali, associazioni di categoria, aziende di servizi, rappresentanze dei cittadini, ecc.

L'Azienda come parte della comunità locale.

Relativamente al territorio di riferimento le aziende che insistono sulla medesima area territoriale hanno il dovere di coordinarsi sotto ogni profilo per garantire, alle migliori condizioni, i migliori servizi alla popolazione della stessa area.

Esse devono altresì organizzarsi per ricercare tutte le possibili sinergie con i servizi e le risorse del contesto sociale in cui sono inserite. Ci si riferisce alla necessaria integrazione con i servizi sociali, ai rapporti col mondo del lavoro e con le imprese, alle politiche degli Enti Locali. In particolare le aziende forniscono il loro supporto tecnico alle Conferenze del Sindaci ed alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e concorrono alla realizzazione dei Patti per la Salute, l'innovazione e la sostenibilità e quindi alla realizzazione dei Piani integrati per la salute per la parte di loro competenza.

Integrazione e sinergie vanno in particolare cercate nei confronti dei produttori privati accreditati di servizi sanitari, che devono far parte della rete dei servizi insistenti sullo stesso territorio in un quadro di alleanza strategica disciplinata da

omogeneità di regole e contratti di fornitura. L'azienda sanitaria è tenuta a guidare tale processo di integrazione, assicurandosi inoltre che qualsiasi iniziativa di esternalizzazione (out-sourcing) di servizi, al di fuori di quelle espressamente riconducibili ad accordi contrattuali con soggetti accreditati o a sperimentazioni gestionali, non riguardi settori rientranti nella mission aziendale.

2) PRINCIPI E CRITERI DEL GOVERNO AZIENDALE.

Le scelte che i Direttori Generali dovranno operare, attraverso l'atto aziendale, in tema di attribuzione di autonomia e responsabilità ai vari livelli dell'organizzazione, dovranno tener conto del principio generale che ispira tutta l'impostazione del Piano.

Ci si riferisce sia alla scelta fatta in funzione di un'azienda aperta al confronto con le istanze sociali, che sviluppi capacità di ascolto nei confronti dei propri pazienti, s'impegni nella valorizzazione di un ruolo attivo da parte dei cittadini, promuova e valorizzi il contributo dei professionisti, sia alla scelta fatta a favore di uno spirito di collaborazione tra soggetti, contrastando la tendenza tesa a valorizzare la competizione tra gli stessi.

Collaborazione nelle relazioni tra componenti del sistema.

La collaborazione viene ritenuta un approccio più efficace in campo sanitario, in quanto la complessità insita negli obiettivi di salute del PSR esige il concorso coordinato di più attori. Essa inoltre è da preferirsi alla competizione, in quanto è ormai largamente assodato che un approccio «di tipo mercantile» al problema risulta inadeguato allo scopo, in quanto più teso ad incrementare la produzione dei servizi che a sviluppare processi di miglioramento della qualità.

Perché sia efficace, la collaborazione implica un assetto organizzativo che renda possibile l'applicazione del principio della contestabilità, vale a dire la predisposizione delle condizioni necessarie al chiaro riconoscimento delle responsabilità e alla eventuale sostituzione dei soggetti che le assumono, con altri in grado di offrire migliori garanzie. Il processo di valutazione, che prelude alla conferma o alla sostituzione, deve essere ispirato a criteri di imparzialità e radicarsi sulle scelte operate dal singolo responsabile.

Tale principio deve applicarsi nei confronti di tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale di tipo sia clinico-assistenziale, sia economico-finanziario.

Delega ai diversi livelli aziendali.

Da ciò discende l'esigenza di procedere al conferimento di responsabilità nel modo più chiaro possibile e di prevedere procedure funzionali all'applicazione del principio citato. Da questo punto di vista l'utilizzo della delega, in particolare nei confronti della Direzione delle strutture organizzative complesse, appare come lo strumento più rispondente allo scopo, poiché la delega può essere agganciata ad un mandato e ritirata, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo.

Il conferimento di responsabilità tramite la definizione di specifici mandati rappresenta, tra l'altro, un modo concreto per esprimere la natura privatistica dell'atto aziendale, poiché sostituisce a quello esistente un sistema di regole più flessibile.

La delega di specifiche responsabilità ai vari livelli della dirigenza deve associarsi al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia. Anche quest'ultima componente deve trovare una definizione in termini espliciti, se si vuole che la responsabilità assegnata assuma un valore sostanziale e non semplicemente formale.

La funzione di committenza.

Da questo punto di vista, una prima rilevante distinzione va effettuata rispetto alle funzioni di committenza e di produzione. La funzione di committenza è propria delle Aziende territoriali e trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale veicolate sia attraverso il parere espresso in fase di approvazione del PAL, nonché nel parere relativo alla Relazione annuale di attività di cui all'art. 7 della legge 29/2000, e attraverso i Piani integrati per la salute e viene esercitata dalle Aziende territoriali nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

Tale funzione racchiude in sé l'esercizio di quattro sotto-funzioni concettualmente distinte:

1. la prima, già citata, è quella di fungere da tramite tra obiettivi e compiti assegnati all'Azienda dal PSR e dal PAL;
2. la seconda è quella di presiedere alla negoziazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni, in una logica di sistema e di condivisione dei risultati che deve trovare piena corrispondenza anche nelle aziende ospedaliere;
3. la terza è quella di garantire la compatibilità tra il PAL e la disponibilità di risorse finanziarie;
4. la quarta consiste nel monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti di cui il cittadino è portatore.

La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta Direzione aziendale (DG, DS, DA) affiancata al tale fine dai Direttori di Distretto, chiamati a fungere da interfaccia le realtà territoriali ed a governare le prime forme di espressione della domanda di servizi sanitari. L'esercizio di tali sotto-funzioni esige l'utilizzo di competenze e strumenti che possono essere reperiti nell'ambito dell'organizzazione aziendale. Ciò tuttavia non deve avvenire a scapito di una evidente, univoca attribuzione della responsabilità della funzione di committenza.

Essa va tenuta ben distinta, in particolare dalla funzione di iniziativa, di analisi e qualificazione della domanda e di integrazione socio-sanitaria spettante al Direttore di Distretto, e da quella di qualificazione della risposta assistenziale, spettante al Direttore di Dipartimento.

Principi e criteri per il governo economico-finanziario.

Il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, come qualsiasi altro sistema di finanziamento, ha una funzione strumentale rispetto agli obiettivi generali di politica sanitaria che s'intendono perseguire. Tale strumentalità è tanto più evidente se si considera che nel sistema coesistono due modalità di finanziamento e remunerazione:

- per quota capitaria, dallo Stato alla Regione e dalla Regione alle Aziende, in funzione della popolazione di riferimento e dei Livelli Essenziali di Assistenza attesi;
- per funzioni o servizio erogati e per prestazioni, a livello locale, da parte dell'Azienda ai presidi, interni ed esterni, impegnati nella funzione assistenziale.

L'obiettivo di individuare i LEA secondo criteri di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni si propone di definire operativamente il contenuto dell'assistenza posta a carico del servizio pubblico e da garantire uniformemente su tutto il territorio del Paese, rappresentando anche una risposta ai problemi di natura finanziaria. I livelli di assistenza sanitaria individuano, infatti, le garanzie che il Servizio Sanitario pubblico si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza tra l'obiettivo generale di tutela della salute e i mezzi finanziari a disposizione.

Le aziende - che hanno il compito di garantire la soddisfazione dei bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, «pattuiti» nell'ambito del «Piano attuativo locale» - ricevono i finanziamenti necessari per la loro funzione di committenza in rapporto ai livelli di assistenza programmati e alla stima dei relativi costi, distintamente per lo svolgimento delle funzioni necessarie a raggiungere gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria regionale:

- iniziative di pertinenza del SSR (prevenzione) e/o da svolgere in concorso con enti locali, istituzioni ed associazioni (promozione);
- analisi e qualificazione della domanda;
- integrazione socio-sanitaria;
- governo clinico della offerta.

L'allocazione delle risorse, all'interno dell'azienda, fa capo alla committenza e avviene in base a piani annuali di attività. Tali piani vengono formulati in funzione degli obiettivi di salute evidenziati nei PAL e nei Piani integrati per la salute e articolati al fine di garantire la migliore qualità possibile dell'assistenza, tenendo conto delle principali dimensioni specifiche di quest'ultima. Tali dimensioni possono trovare il necessario rispetto solo attraverso un efficace processo d'integrazione (verticale, orizzontale, professionale, settoriale) delle risorse disponibili.

Il responsabile delle funzioni di iniziativa e assistenziali deve garantire la coerenza

del piano annuale di attività rispetto ai principi esposti e la compatibilità tra le attività e/o i servizi da assicurare con le risorse necessarie al conseguimento dei risultati.

Le risorse a disposizione delle macrostrutture delle aziende territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Presidio ospedaliero e Dipartimenti ospedalieri) sono negoziate nell'ambito degli accordi contrattuali, che vengono definiti dalla committenza da un lato e, per ciascuna macrostruttura, dalla Direzione della medesima.

Il budget complessivo oggetto dell'accordo viene valorizzato in base alle tariffe per prestazione e/o ai costi predeterminati per funzioni assistenziali e per i programmi di attività, con le modalità descritte dal presente PSR.

La scelta, netta, del 229/1999 di far coesistere, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, la duplice funzione di committenza e di produzione, così come il rifiuto del modello del mercato e della competizione in favore di un modello della concertazione e cooperazione non hanno impedito alle leggi, nazionale e regionale, di individuare le forme di responsabilizzazione delle strutture e dei professionisti, né di introdurre nuovi incentivi all'efficienza.

In tale contesto si colloca l'obbligo di rendicontazione analitica con contabilità separata, all'interno del bilancio, per ogni macrostruttura aziendale e la possibilità di predisporre, da parte del Direttore Generale, analoghi strumenti anche per altre strutture organizzative.

Principi e criteri per il governo clinico-assistenziale.

Lo sviluppo del processo di aziendalizzazione in corso in questi ultimi anni nel SSN si è soprattutto rivolto verso la necessità di liberare l'attività gestionale dai vincoli di natura procedurale della pubblica amministrazione. Il tema dello sviluppo delle autonomie e delle responsabilità, dovrebbe invece costituire la base del sistema delle relazioni delle nuove aziende sanitarie con i soggetti esterni e con le autonomie professionali interne.

Preliminarmente allo sviluppo di un sistema di governo aziendale, cioè delle condizioni, dei meccanismi e degli strumenti di gestione clinica e finanziaria che assicurino che le aziende siano gestite in modo efficiente e trasparente in funzione del pubblico interesse, è necessario sviluppare una cultura e una pratica condivisa del significato di azienda sanitaria e del proprio sistema di governo clinico.

L'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali alla componente professionale dell'azienda e la partecipazione dei professionisti all'elaborazione delle strategie aziendali attraverso il Collegio di direzione comportano che tali responsabilità vengano sostenute e chiarite dall'introduzione dei temi della medicina basata sulle evidenze, delle linee guida, dell'autovalutazione periodica, della gestione del rischio e che venga composta la dicotomia tra funzione professionale e funzione gestionale dentro il dipartimento e nel distretto e all'interno delle pratiche professionali delle équipes.

La definizione e la composizione delle autonomie e delle responsabilità all'interno della singola azienda nei confronti del paziente singolo, degli interessi della singola azienda e del sistema regionale delle aziende costituiscono gli elementi fondamentali dell'esercizio dell'atto aziendale verso i temi del governo clinico e assistenziale.

Tali responsabilità sono comunque presenti in ogni decisione, sia essa professionale o gestionale. Le scelte gestionali valutano anche l'impatto assistenziale, le scelte professionali nel singolo caso clinico valutano anche l'impatto gestionale. La pratica di questa assunzione dovrebbe essere in grado di coniugare le due culture prevalenti presenti e a volte contrapposte nelle aziende sanitarie.

Il principio di appropriatezza, sancito dal D.Lgs. 229/99, rappresenta da un lato un dovere istituzionale e dall'altro un diritto per il paziente e il professionista. I confini di questo diritto e di questo dovere rappresentano il cuore dei temi del governo clinico nelle aziende sanitarie.

Il governo clinico è quindi l'insieme degli strumenti organizzativi, attraverso i quali le aziende assumono una responsabilità diretta per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di servizio, attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'eccellenza. La definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive, la trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa, i programmi di miglioramento della qualità, l'audit e la medicina basata sulle evidenze, la pratica della gestione e della comunicazione del rischio, lo sviluppo delle attività di accreditamento professionale rappresentano tali strumenti.

I principi fondamentali che qualificano il governo clinico nelle aziende sanitarie sono quindi, e non potrebbe essere diversamente, la collaborazione multiprofessionale, la responsabilizzazione e la partecipazione degli operatori e degli utenti. Infatti i risultati dell'assistenza sono l'esito finale delle attività di équipe, servizi e relazioni; la condizione per imparare dai propri e dagli altrui errori - un'entità astratta se non viene rapportata alle responsabilità - è la base per costruire quell'apprendimento organizzativo che rappresenta la fase più moderna delle aziende della nuova economia della conoscenza; la partecipazione degli utenti propone per essi un ruolo attivo nella preferenza delle forme di trattamento ed è strettamente legata alla comunicazione in generale e alla comunicazione del rischio in particolare.

Forte attenzione dovrà quindi porsi nell'atto aziendale alla definizione dei compiti, dei luoghi e delle relazioni che faranno da scenario alla pratica operativa del governo clinico: Collegio di direzione, Direzione sanitaria, Distretti, Dipartimenti paiono i luoghi più critici e nodali entro cui definire anche le più volte ricordate dimensioni della qualità (la sicurezza, l'efficacia, l'appropriatezza, il coinvolgimento dei cittadini, l'equità d'accesso, l'efficienza) e i livelli e le modalità di erogazione dei servizi, che potranno contribuire a fare del governo clinico una pratica concreta e alla base delle stesse scelte più generali delle politiche di sviluppo delle aziende sanitarie.

3) LE FUNZIONI DELLA DIRIGENZA.

Il Direttore Sanitario.

L'atto aziendale delinea l'azione del Direttore Sanitario, tenendo presente che lo stesso:

- concorre al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'azienda;
- partecipa alla funzione di committenza, anche attraverso l'attribuzione di obiettivi e risorse alle macro-strutture (distretti, presidi ospedalieri e dipartimento di prevenzione);
- esercita la responsabilità in merito all'individuazione ed all'attuazione di percorsi clinico assistenziali - secondo il PSR il Direttore Sanitario è il responsabile del «governo clinico» - che nel quadro delle compatibilità finanziarie, siano ritenuti più efficaci ed appropriati per l'intervento mirato su specifiche patologie o su specifici gruppi di popolazione.

Nell'ambito di tali percorsi il Direttore Sanitario è responsabile complessivo da un lato della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni (linee verticali), che può essere esercitata anche con delega ai direttori di Presidio e di Distretto, dall'altro della distribuzione dei servizi, - attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza - orientati al singolo ed alla collettività (linee orizzontali).

Nell'ambito di una visione organica delle competenze attribuibili al Direttore Sanitario, la realizzazione dei tre punti elencati deve avvenire in maniera sinergica e fortemente integrata. In particolare per quanto riguarda la realizzazione del punto c) vanno definite con precisione le relazioni tra il Direttore Sanitario e gli altri attori interessati alla realizzazione dei percorsi.

Sotto l'aspetto più propriamente orientato alla produzione (linee verticali) gli interlocutori privilegiati del Direttore Sanitario sono, per quanto riguarda l'assistenza primaria i direttori di distretto e in prospettiva i coordinatori delle équipe territoriali e per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, i Direttori di Dipartimento; sia per l'assistenza primaria che per l'assistenza specialistica ed ospedaliera, il dirigente sanitario del SITRO di cui all'art. 9 della legge 3/98 ed alla legge 251/2000.

Per quanto attiene invece agli aspetti organizzativi e gestionali e a quelli orientati all'integrazione, gli interlocutori sono rappresentati dai Direttori delle macro strutture di base (distretti, presidio ospedaliero, dipartimento di prevenzione).

Il Direttore Sanitario individua all'interno dell'Azienda le competenze e le relative responsabilità tecnico-professionali di supporto per l'acquisizione dei beni e dei servizi direttamente connessi all'assistenza.

Il Direttore Amministrativo.

L'atto aziendale delinea l'azione del Direttore Amministrativo, tenendo presente che lo stesso:

- concorre al governo aziendale, partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'azienda;
- partecipa alla funzione di committenza;
- coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale;
- assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico.

Il Direttore Amministrativo supporta, in posizione di fornitore di servizi, tutte le strutture organizzative aziendali, con particolare riguardo a quelle aventi quale fine primario l'erogazione dell'assistenza, attraverso il coordinamento e l'integrazione delle unità organizzative di tipo tecnico-amministrativo. Assicura la legittimità degli atti. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale, sviluppandone le competenze mediante la costante ricerca della qualità dei processi e della innovazione dei sistemi di gestione, allo scopo di perseguire i migliori risultati in termini di efficienza, appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse.

Cura la messa a disposizione, attraverso le idonee strutture tecniche e professionali, delle informazioni di base necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività (finalizzati agli obiettivi di salute e definiti in relazione alla loro qualità assistenziale) e risorse richieste.

Assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'azienda. Garantisce lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presidono al sistema informativo di supporto alle attività decisionali proprie dei diversi livelli del governo aziendale.

II Direttore di Distretto.

L'atto aziendale individua il Distretto quale articolazione/struttura complessa dell'Azienda sanitaria locale, dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda; a tal fine l'atto aziendale esplicita le risorse amministrative e di supporto necessarie alla piena realizzazione di tale autonomia.

Per quanto attiene alle funzioni del Distretto, l'atto aziendale attua quanto previsto dalla L.R. 3/98 e dalle sue successive modificazioni.

L'atto aziendale disciplina il ruolo e la funzione del Direttore del Distretto, quale:

- responsabile della funzione di governo della domanda, anche in funzione dell'attuazione dei compiti delle équipes territoriali; nel caso in cui i servizi territoriali fossero organizzati in dipartimenti funzionali, al Direttore del Distretto spetta il ruolo di verifica dell'offerta organizzata dal Dipartimento, di coordinamento e raccordo interdipartimentale;
- garante, da un punto di vista strettamente organizzativo e gestionale, dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie relative all'assistenza primaria, all'assistenza residenziale e semiresidenziale, alla specialistica ambulatoriale, all'assistenza integrativa e protesica; a tal fine predispone annualmente il Piano operativo delle attività distrettuali, in funzione degli obiettivi del PSR e del PAL e della negoziazione con la Direzione Strategica;
- responsabile della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle linee di produzione delle singole prestazioni;
- responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano nei servizi distrettuali;
- responsabile della programmazione e regolazione dell'offerta, quale supporto all'Alta Direzione Strategica nella funzione di Committenza;
- supporto al Direttore Sanitario nella funzione del governo clinico;
- garante dell'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso la gestione delle attività socio-assistenziali eventualmente delegate dai Comuni dell'ambito territoriale, e mediante la partecipazione alla predisposizione dei Piani integrati per la salute, in stretta connessione con i Piani sociali di zona.

Il Direttore di Presidio ospedaliero.

L'atto aziendale disciplina il ruolo e la funzione del Direttore del Presidio ospedaliero, quale:

- garante, da un punto di vista strettamente organizzativo e gestionale, dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere;
- responsabile, all'interno del Presidio ospedaliero, della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni;
- responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali, nonché più in particolare delle condizioni relative alla sicurezza.

A seconda del grado di sviluppo acquisito dall'organizzazione dipartimentale all'interno dell'ospedale, le funzioni del Direttore di Presidio sono modulate nella gamma che va dalle responsabilità complessive riguardo le linee produttive a quelle concernenti l'integrazione dei percorsi clinico-assistenziali. È da attendersi che il progressivo consolidamento della nuova organizzazione ospedaliera ne sposti progressivamente il ruolo verso attività di coordinamento e di raccordo interdipartimentale, in coerenza con le linee diseguate dal PSR.

Nell'Azienda ospedaliera il Direttore di Presidio, se previsto, coadiuva il Direttore Sanitario.

Il Direttore di Dipartimento.

L'atto aziendale disciplina il ruolo e la funzione di Direttore del Dipartimento, quale:

- garante del corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico (medicina basata sulle evidenze, audit clinico, gestione e comunicazione del rischio, linee guida, percorsi intradipartimentali accreditamento, formazione, etc.). In questo senso rappresenta l'interlocutore privilegiato del Direttore Sanitario per ciò che attiene gli aspetti clinici;
- responsabile della gestione appropriata delle risorse assegnate per raggiungere gli obiettivi definiti dagli strumenti della programmazione aziendale, in ciò rappresentando l'interfaccia tra governo aziendale e governo clinico, quest'ultima direttamente e operativamente praticata, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Dipartimento, dai dirigenti delle unità operative, dei moduli e dei programmi.

In coerenza con i regolamenti che disciplinano le funzioni dipartimentali, si dovrà prevedere, nell'ambito del dipartimento, l'attività di autovalutazione e di valutazione dei professionisti, dei processi assistenziali e dei programmi di attività orizzontali intra-dipartimentali, per favorire la collaborazione interprofessionale ed il coordinamento organizzativo fra unità operative autonome.

Da questo punto di visuale, i riferimenti prima forniti in materia di «principi e criteri per il governo clinico-assistenziale» si colloca principalmente all'interno del Dipartimento, facendone il «luogo» cardine per la valutazione comparativa tra obiettivi e risultati dell'assistenza erogata.

II Centro di salute.

In relazione alle funzioni proprie dell'assistenza socio-sanitaria di base, ogni Distretto si articola in Centri di salute, che svolgono, tra le altre, le seguenti funzioni:

- attività di iniziativa tramite interventi di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria rivolta alla persona ed educazione alla salute;
- lettura dei bisogni del territorio e della domanda di assistenza;
- interazione con l'assistenza primaria anche tramite le équipes dei mmg, dei pls e della continuità assistenziale, nonché con i servizi infermieristici ed i servizi socio-assistenziali, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'ADI, e migliorare l'appropriatezza nella domanda e nella utilizzazione di visite specialistiche, diagnostica di laboratorio e strumentale, assistenza farmaceutica, servizi residenziali, ospedalizzazioni e deospedalizzazioni e cure palliative;
- interazioni con i dipartimenti, gli altri servizi territoriali, i servizi socio-assistenziali e con gli ospedali di territorio, nel quadro delle indicazioni fornite dai distretti, con particolare riferimento ai casi che richiedano integrazioni funzionali ed organizzative;

- attività consultoriali;
- interazioni con i servizi residenziali e semi residenziali insistenti sul territorio anche tramite definite relazioni di lavoro con le unità valutative aziendali o distrettuali;
- attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale decentrabili a livello di CdS o sulla base di sinergie distrettuali;
- attività di medicina legale e certificativa;
- attività amministrative connesse all'assistenza socio-sanitaria di base.

A tal fine il responsabile del Centro di salute adotta la metodologia del lavoro in équipe al fine di ottimizzare l'apporto delle diverse figure professionali presenti tra il personale del CdS, i professionisti convenzionati e gli altri operatori socio-sanitari afferenti alle funzioni sopra richiamate.

I responsabili dei CdS concordano ogni anno il Piano di attività con il Direttore di Distretto e partecipano alla predisposizione del Piano di attività annuale.

Il Servizio Infermieristico, Tecnico sanitario, Riabilitativo e Ostetrico.

L'atto aziendale disciplina ruolo e funzioni del Servizio Infermieristico Tecnico sanitario, Riabilitativo e Ostetrico (SITRO) ai sensi della legge 3/98 e della legge 10 agosto 2000, n. 251, dove questo rappresenta:

a) sul piano organizzativo una struttura di staff che fornisce indicazioni tecniche ai diversi livelli dell'azienda per i bisogni conoscitivi specifici:

- al DG per il budget e le previsioni di spesa;
- al DS per il supporto al governo clinico, nei cui confronti, su delega del DS, ha la responsabilità del governo clinico assistenziale per quanto riguarda il processo di nursing nell'ambito dei programmi di assistenza, orientati al singolo ed alla collettività;
- ai direttori di distretto, di presidio e di dipartimento per analizzare l'appropriatezza nei rispettivi ambiti assistenziali;
- ai mmg e pls ed ai responsabili dei centri di salute per le interazioni con le équipe in materia di appropriatezza assistenziale;

b) sul piano assistenziale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa, ostetrica.

Il SITRO assicura la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici.

Il SITRO può essere organizzato su base dipartimentale.

Il Dirigente sanitario responsabile del SITRO aziendale garantisce, in quanto funzione della direzione aziendale, lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica generale e specialistica di natura preventiva, curativa, palliativa, nonché dell'assistenza tecnico-sanitaria, riabilitativa ed ostetrica. A tal fine si avvale, per le parti di rispettiva competenza, dei responsabili di assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa ed ostetrica delle macrostrutture organizzative aziendali.

La complessità organizzativa delle macrostrutture, quali i Distretti e i Presidi Ospedalieri, può richiedere una articolazione del SITRO distrettuale e/o di Presidio con responsabilità specifiche e con funzioni di pianificazione organizzativa e di direzione delle attività assistenziali.

A livello dipartimentale, ospedaliero e territoriale, l'organizzazione dell'assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa ed ostetrica non può essere rigidamente strutturata in modo omogeneo alle funzioni mediche, ma deve piuttosto essere articolata secondo le funzioni assistenziali, che - a partire dall'esempio fornito dal nursing - sono rese utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, basate sulle evidenze scientifiche (es. EBN). Pertanto nell'ambito dei dipartimenti e della responsabilità complessiva del Direttore dei medesimi, ed in coerenza con le indicazioni del SITRO (come peraltro previsto dalla legge 251/00) è da prevedersi la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica, tecnica, riabilitativa e ostetrica e delle connesse funzioni al fine di:

- erogare adeguati livelli di assistenza infermieristica, tecnico sanitaria, riabilitativa ed ostetrica necessari per le funzioni di base e specialistiche;
- predisporre modelli organizzativo-assistenziali che facilitino l'integrazione inter e intra professionale e la continuità assistenziale;
- valutare processi assistenziali specifici;
- realizzare programmi di formazione specifica.

Il Collegio di Direzione.

È composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, da almeno un mmg coordinatore di équipe territoriale scelto per ogni distretto dal direttore dello stesso distretto, da un medico della continuità assistenziale scelto dal Direttore sanitario, dai direttori di distretto, presidio, di dipartimento, dal dirigente sanitario responsabile del SITRO, dal coordinatore sociale di cui all'art. 3-septies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni e da un dirigente sanitario biologo, farmacista, psicologo e veterinario, qualora non rappresentati nelle posizioni dirigenziali già menzionate.

È presieduto dal Direttore Generale.

Costituisce il luogo della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo clinico.

Supporta, con attività di proposta e consultive, il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e delle attività ad alta integrazione sanitaria, per l'elaborazione dei piani di attività dell'azienda, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, per l'utilizzo delle risorse umane.

Formula, su delega del Direttore Generale, i piani annuali e pluriennali relativi ai fabbisogni formativi e d'aggiornamento aziendali.

Concorre alla predisposizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

È convocato dal Direttore Generale con la frequenza e le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, e comunque almeno una volta per semestre.

Il Consiglio dei Sanitari.

È composto, in via elettiva, dalle professionalità di carattere sanitario dell'azienda, è regolamentato secondo le disposizioni di cui all'art. 3, comma 12, del D.Lgs. 502/1992, ed è integrato nella composizione di diritto dal Dirigente sanitario del SITRO.

È presieduto dal Direttore Sanitario.

Fornisce parere obbligatorio non vincolante per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti.

Il Direttore di Dipartimento di Prevenzione e il Coordinatore Sociale.

L'atto aziendale, nel disciplinare ruolo e funzioni del Direttore del Dipartimento di Prevenzione e del Coordinatore Sociale deve attenersi a quanto previsto dalla normativa regionale.

L'atto aziendale prevede la valorizzazione e lo sviluppo delle funzioni dirigenziali assegnate ai dirigenti medici, veterinari, sanitari, tecnici e amministrativi e della loro autonomia professionale; prevede perciò che l'attribuzione delle posizioni dirigenziali, anche con riferimento alle strutture complesse, avvenga nel pieno rispetto della normativa nazionale e quindi ne consenta l'assegnazione anche ai dirigenti non medici.

Allegato 3: POSTI LETTO PER LE ATTIVITÀ DI CHIRURGIA.

REGIONE UMBRIA - ISTITUTI PUBBLICI

TAB. A-1: Posti letto area chirurgica.

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	DEGENZA ORDINARIA		DAY-SURGERY	
			FABBISOGNO POSTI LETTO	POSTI LETTO ATTIVATI AL 31/12/2001	FABBISOGNO POSTI LETTO (I.O. 70%)	POSTI LETTO ATTIVATI AL 31/12/2001
Città di Castello	3.613	1.345	62	88	6	14
Umbertide	1.121	960	16	23	4	4
Gubbio	2.722	1.661	32	56*	8	13
C.Lago	1.330	942	14	28	4	8
Città della Pieve	881	708	11	18	3	7
Assisi	1.801	1.084	24	36	5	4
Marsciano	1.326	715	21	34	3	6
Todi	1.487	1.027	20	30	5	6
Foligno	7.926	5.001	104	90	23	24
Gualdo T.	1.145	813	13	16	4	6
Spoletto	3.677	2.299	41	86	11	12
Norcia	128	64	2	5	0	4
Cascia	81	32	2	4	0	5
Orvieto	2.506	1.117	53	81*	5	10
Narni	2.207	1.064	39	59*	5	3
Amelia	634	384	12	22*	2	2
Monteluce	11.936	6.278	210	213*	29	29
Silvestrini	6.171	1.984	153	114*	9	2
Terni	12.620	7.261	290	299	34	31
TOTALE	63.312	34.739	1.119	1.302	161	190

TAB. B-1: stima del fabbisogno di posti letto per Presidio - Ricoveri ordinari e day-surgery - (T.U. 80 per cento).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	3.613	1.345	1.076	2.537	5,0	12.685	15.856	62	6
Umbertide	1.121	960	768	353	9,3	3.283	4.104	16	4
Gubbio	2.722	1.661	1.329	1.393	4,7	6.548	8.185	32	8
Castiglione del Lago	1.330	942	754	576	4,9	2.824	3.530	14	4
Città della Pieve	881	708	566	315	7,0	2.202	2.753	11	3
Assisi	1.801	1.084	867	934	5,3	4.949	6.186	24	5
Marsciano	1.326	715	572	754	5,7	4.298	5.372	21	3
Todi	1.487	1.027	822	665	6,2	4.125	5.157	20	5
Foligno	7.926	5.001	4.001	3.925	5,4	21.196	26.495	104	23
Gualdo Tadino	1.145	813	650	495	5,2	2.572	3.215	13	4
Spoleto	3.677	2.299	1.839	1.838	4,5	8.270	10.338	41	11
Norcia	128	64	51	77	5,3	407	509	2	0
Cascia	81	32	26	55	5,9	327	409	2	0
Orvieto	2.506	1.117	894	1.612	6,7	10.803	13.504	53	5
Narni	2.207	1.064	851	1.356	5,9	7.999	9.999	39	5
Amelia	634	384	307	327	7,5	2.451	3.064	12	2
Monteluce	11.936	6.278	5.022	6.914	6,2	42.864	53.580	210	29
Silvestrini	6.171	1.984	1.587	4.584	6,8	31.170	38.962	153	9
Terni	12.620	7.261	5.809	6.811	8,7	59.257	74.072	290	34
TOTALE	63.312	34.739	27.791	35.521		228.232	285.290	1.118	161

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 80%.

Indice di operatività 70%.

REGIONE UMBRIA - CASE DI CURA PRIVATE

Tab. B-2: Stima del fabbisogno di posti letto per presidio - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
VILLA FIORITA	412	140	112	300	5,3	1.590	1.988	8	1
PORTA SOLE	2.109	1.499	1.199	910	4,0	3.639	4.549	18	7
M. DEGLI ANGELI	1.248	557	446	802	7,1	5.697	7.121	28	3
LIOTTI	2.724	2.292	1.834	890	6,5	5.788	7.235	28	11
VILLA AURORA	34	26	21	13	1,8	24	30	0	-
TOTALE	6.527	4.514	3.611	2.916		16.738	20.922	82	22

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 80%.

Indice di operatività 70%.

CHIRURGIA GENERALE - ISTITUTI PUBBLICI

Tab. C-1: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%, I.T. 80%, I.O. 70%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERITI (indice o 100%)	RICOVERI TRASFERITI (indice o 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	DEGENZA ORDINARIA APPROPRIATA	GIORNATE DEGENZA DISPONIBILI DI PER RICOVERI CHIRURGICI (%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	1.133	356	285	848	5,7	4.835	6.043	24	2
Umbertide	1.113	956	765	348	5,8	2.020	2.524	10	4
Gubbio	839	543	434	405	4,8	1.942	2.428	10	3
Castiglione del Lago	743	562	450	293	4,1	1.203	1.504	6	3
Città della Pieve	789	621	497	292	6,0	1.753	2.192	9	3
Assisi	675	443	354	321	6,8	2.180	2.725	11	2
Marsciano	798	404	323	475	8,4	3.988	4.985	20	2
Todi	1.283	830	664	619	6,0	3.714	4.643	18	4
Foligno - 0901/0902	1.571	916	733	838	7,4	6.203	7.753	30	4
Foligno - 4301	1.303	870	696	607	3,8	2.307	2.883	11	4
Gualdo Tadino	534	301	241	293	6,2	1.818	2.272	9	1
Spoleto - 0901/0902	1.053	553	442	611	5,5	3.328	4.160	16	3
Norcia	128	64	51	77	4,7	361	451	2	0
Cascia	80	31	25	55	5,1	282	352	1	0
Orvieto - 0901	901	509	407	494	8,9	4.395	5.494	22	2
Orvieto - 4301	196	65	52	144	7,5	1.080	1.350	5	0
Narni	469	304	243	226	6,1	1.377	1.722	7	1
Amelia	586	360	288	298	6,1	1.818	2.272	9	2
Monteluce - 0901	355	102	82	273	8,4	2.297	2.871	11	0
Monteluce - 0902	889	225	180	709	4,4	3.120	3.900	15	1
Monteluce - 0904	775	429	343	432	6,1	2.634	3.292	13	2
Monteluce - 4301	735	375	300	435	6,7	2.915	3.643	14	2
Monteluce - 1401	782	66	53	729	7,6	5.542	6.927	27	0
Silvestrini	1.874	753	602	1.272	7,2	9.156	11.444	45	3
Terni - 0901	1.220	487	390	830	11,7	9.716	12.145	48	2
Terni - 0902	1.327	693	554	773	10,4	8.035	10.044	39	3
Terni - 0903	1.090	679	543	547	10,9	5.960	7.450	29	3
Terni - 0905**	24	7	6	18	10,9	201	251	1	0
Terni - 4301	1.559	1.160	928	631	10,0	6.310	7.888	31	5
TOTALE	24.824	13.664	10.931	13.893		100.486	125.607	492	63

** La Chirurgia Endocrina ha iniziato l'attività nel dicembre 2000.

CHIRURGIA GENERALE - CASE DI CURA PRIVATE

Tab. C-2: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTI		
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)	TOTALE
PORTA SOLE	946	862	690	256	1,8	462	577	2	4	
LIOTTI	435	319	255	180	8,7	1.564	1.955	8	1	
VILLA AURORA	11	6	5	6	1,9	12	15	0	0	
TOTALE	1.392	1.187	950	442		2.038	2.547	10	5	

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 80%.

Indice di operatività 70%.

ORTOPEDIA - ISTITUTI PUBBLICI

Tab. D-1: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
							RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	783	136	674	5,0	3.371	4.214	17	1
Gubbio	641	271	424	5,0	2.121	2.651	10	1
Foligno	1.361	662	831	5,0	4.157	5.196	20	3
Spoleto	793	357	507	4,9	2.486	3.108	12	2
Orvieto	866	239	675	7,4	4.994	6.242	24	1
Narni	750	232	564	7,2	4.064	5.080	20	1
Monteluce	1.663	1.003	861	5,9	5.078	6.347	25	5
Silverstrini	1.678	698	1.120	2,9	3.247	4.059	16	3
Terni - 3601	1.172	588	702	8,9	6.244	7.805	31	3
Terni - 3602	977	431	632	4,6	2.908	3.635	14	2
TOTALE	10.684	4.617	6.990		38.669	48.337	189	13

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 80%.

Indice di operatività 70%.

ORTOPEDIA - CASE DI CURA PRIVATE

Tab. D-2: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
VILLA FIORITA	387	117	94	293	5,7	1.672	2.090	8	1
PORTA SOLE	1.100	630	504	596	4,5	2.682	3.353	13	3
M. DEGLI ANGELI	1.247	557	446	801	6,6	5.289	6.612	26	3
LIOTTI	487	261	209	278	7,7	2.142	2.678	10	1
VILLA AURORA	3	3	2	1	1,7	1	1	0	0
TOTALE	3.224	1.568	1.254	1.970		11.787	14.733	58	8

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 80%.

Indice di operatività 70%.

OCULISTICA - ISTITUTI PUBBLICI

Tab. E-1: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
							RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	429	380	68	2,1	143	179	1	2
Gubbio	284	163	129	1,0	129	161	1	1
Foligno	1.367	1.238	191	2,1	401	501	3	6
Spoleto	1.088	1.026	113	1,7	193	241	1	5
Monteluce	1.684	1.421	334	2,4	802	1.002	5	7
Terni	2.044	1.982	161	7,0	1.128	1.410	8	9
TOTALE	6.896	6.210	997		2.795	3.494	19	30

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 95%.

Indice di operatività 50%.

OCULISTICA - CASE DI CURA PRIVATE

Tab. E-2: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTI		
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)	
VILLA FIORITA	25	23	22	3	1,8	6	7	0	-	-
LIOTTI	1.692	1.626	1.545	147	1,5	221	276	2	8	8
VILLA AURORA	19	17	16	3	1,3	4	5	0	-	-
TOTALE	1.736	1.666	1.583	153		230	288	2	8	8

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 95%.

Indice di operatività 50%.

OTORINOLARINGOIATRIA - ISTITUTI PUBBLICI

Tab. F-1: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTI	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	429	380	266	163	2,1	342	428	2	2
Gubbio	284	163	114	170	1,0	170	212	1	1
Foligno	1.367	1.238	867	500	2,1	1.051	1.314	5	6
Spoletto	1.088	1.026	718	370	1,7	629	786	3	5
Monteluce	1.684	1.421	995	689	2,4	1.654	2.068	8	7
Terni	2.044	1.982	1.387	657	6,0	3.940	4.925	19	9
TOTALE	6.896	6.210	4.347	2.549		7.786	9.732	38	30

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 70%.

Indice di operatività 70%.

OTORINOLARINGOIATRIA - CASE DI CURA PRIVATE

Tab. F-2: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
LIOTTI	109	86	60	49	2,1	102	128	1	0
TOTALE	109	86	60	49		102	128	1	0

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 70%.

Indice di operatività 70%.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA - ISTITUTI PUBBLICI

Tab. G-1: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTO	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY-SURGERY (I.O. 70%)
Città di Castello	751	231	208	543	4,2	2.281	2.851	20	1
Gubbio	412	234	211	201	4,7	947	1.183	8	1
Castiglione del Lago	484	278	250	234	4,4	1.029	1.286	9	1
Città della Pieve	70	70	63	7	0,0	-	-	-	0
Assisi	1.048	582	524	524	4,0	2.097	2.621	18	3
Marsciano	373	187	168	205	4,4	901	1.126	8	1
Todi	196	192	173	23	4,3	100	125	1	1
Foligno	1.378	771	694	684	5,5	3.763	4.703	32	4
Gualdo Tadino	58	58	52	6	0,0	-	-	-	0
Spoleto	687	338	304	383	4,6	1.761	2.201	15	2
Orvieto	425	245	221	205	4,0	818	1.023	7	1
Narni	892	459	413	479	4,5	2.155	2.694	18	2
Amelia	1	1	1	-	0,0	-	-	-	0
Monteluce - 3701	609	262	236	373	3,9	1.455	1.819	12	1
Monteluce - 3702	1.976	1.368	1.231	745	3,9	2.905	3.631	25	6
Terni - 3701	1.086	355	320	767	4,4	3.373	4.216	29	2
Terni- 3702	3	1	1	2	4,0	8	11	0	0
TOTALE	10.449	5.632	5.069	5.380		23.591	29.489	202	26

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 90%.

Indice di operatività 40%.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA - CASE DI CURA PRIVATE

Tab. G-2: Stima del fabbisogno di posti letto - Ricoveri ordinari e Day Surgery - (T.U. 80%).

OSPEDALE	RICOVERI CHIRURGICI	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 100%)	RICOVERI TRASFERIBILI (indice trasferimento 80%)	RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI APPROPRIATI	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIE APPROPRIATE	GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI PER RICOVERI CHIRURGICI (T.U. 80%)	FABBISOGNO POSTI LETTI	
								RICOVERI ORDINARI (I.O. 70%)	DAY- SURGERY (I.O. 70%)
PORTA SOLE	59	6	5	54	3,0	161	201	1	0
VILLA AURORA	1	-	-	1	6,0	6	8	0	0
TOTALE	60	6	5	55		167	209	1	-

Tasso di utilizzo 80%.

Indice di trasferimento 90%.

Indice di operatività 40%.

Avv. PAOLA MANUALI - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia dell'11 marzo 1995 - n. 4/95 - Stampa Grafica Salvi - Perugia
