Regione Umbria

PIANO SANITARIO REGIONALE 2009/2011

Regione Umbria

PARTE PRIMA

Principi, valori e contesto di riferimento

Indice

Parte prima: Principi, valori e contesto di riferimento

1. I valori del sistema sanitario umbro e i principi di riferimento 1

1.1 La persona al centro del sistema per la salute 1
1.2 L'appropriatezza delle prestazioni 7
1.3 La programmazione come principio operativo 15

2. I contesti 18

2.1 Il contesto istituzionale ed economico 18
2.2 Le caratteristiche demografiche 37
2.3 L'evoluzione delle dinamiche sociali e i segnali di malessere in Umbria 42
2.4 Il capitale sociale in Umbria 56
2.5 Il contesto epidemiologico 61
2.6 I risultati 88

1. I valori del sistema sanitario umbro e i principi di riferimento

1.1 La persona al centro del sistema per la salute

E' negli anni '70 che si cominciò ad avanzare l'opportunità di affrontare il tema della malattia e della salute in una ottica che venne definita "biopsicosociale"[1], termine che si riferiva alla necessità di includere fattori di tipo psicologico e sociale accanto a quelli più consolidati di tipo biologico per comprendere l'interconnessione delle variabili che concorrono alla salute umana, sia nel versante del benessere che in quello della malattia.

La stessa OMS ritenne di adottare una definizione di salute che includeva la dimensione soggettiva e socio-ambientale dell'individuo.

In quegli anni – gli ultimi decenni del XX secolo – si registrava nei paesi industrializzati un cambiamento del quadro epidemiologico, con una crescente incidenza di malattie metaboliche e cardio-vascolari, nelle quali cominciava ad emergere il ruolo dei comportamenti individuali ("stile di vita") come fattori di rischio. La maggiore efficacia dei trattamenti *quoad vitam* per tali patologie, unito al diffondersi di malattie cronico-degenerative, l'allungamento della vita media[2], apriva il grande capitolo della gestione della malattia, delle situazioni di cronicità e disabilità, e la necessità di coinvolgere pazienti e familiari nella gestione dei trattamenti.[3]

Per la prima volta la collaborazione del paziente agli interventi ed alle indicazioni sanitarie diveniva un problema di medio-lungo periodo ed assumeva rilevanza strategica nella cura della malattia. Lo stesso paziente e le sue figure di accudimento venivano ad assumere un ruolo crescente nella gestione di una malattia che si configurava sempre di più come uno dei fattori da affrontare nell'ambito della vita quotidiana e della esistenza complessiva della persona.

Ma anche nelle situazioni acute, il processo di diffusa tecnologizzazione in campo sanitario, l'aumento della complessità degli interventi e delle possibilità operative, unito al cambiamento della popolazione – più informata, più acculturata e più esigente - aveva modificato e messo in crisi il tradizionale rapporto operatore-paziente, ponendo la necessità ai sistemi sanitari di pensare a modelli organizzativi più rispondenti ai bisogni degli utenti, di acquisire e mettere in campo nuove e più adeguate abilità comunicative e relazionali.

---

[1] Engel G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, Science, 196 (4286): 129-136.

[2] Le persone vivono più a lungo e questo fatto, di per sé positivo, determina tuttavia una maggiore probabilità che disfunzioni anche non gravi evolvano in disturbi cronici. L'aumento della speranza di vita alla nascita in Italia è cresciuto per gli uomini da 76,7 anni a 76,9 anni tra il 2001 ed il 2003, e per le donne da 82,7 anni a 82,9 ed ha portato ad un aumento delle persone anziane (> 65 anni) e molto anziane (>85): nel 2004 quasi un italiano su cinque aveva più di 65 anni. Contestualmente la prevalenza di patologie croniche tra gli "over 65" è aumentata di circa il 50%negli ultimi 10 anni (vedi: "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008" pubblicato sulla G.U. n. 139 del 17 giugno 2006)

[3] Il numero di persone con problemi di salute cronici aumenta annualmente e supera un quarto della popolazione nei Paesi occidentali (Bodenheimer et al., 2002).

Sia per effetto di tali elementi che sotto la spinta di fattori di scenario socio-economico-culturale si è assistito anche ad un progressivo cambiamento del modo di vedere la salute, da concetto sostanzialmente passivo e statico, si è connotata sempre più in senso dinamico e attivo, come un "patrimonio" che può essere gestito e potenziato o dissipato e compromesso dallo stile di vita dell'individuo. A ciò ha concorso sia il maggior dinamismo nel concepire la vita nel suo complesso, ed in questo ambito il ruolo attribuito alla progettualità ed alle scelte dell'individuo, sia la crescente messa a fuoco e diffusione delle connessioni tra specifiche condotte e salute.

E' stato altresì focalizzato il ruolo della società, della culture che esprime, dei messaggi che vengono veicolati ai vari livelli, dei fattori economici, come elementi non più condizionanti in astratto, ma tali da incidere – in positivo o in negativo – nelle scelte e negli atteggiamenti individuali e collettivi rispetto alla salute.

Tutto ciò ha portato le società a sottolineare il valore strategico della prevenzione primaria, secondaria e terziaria ed a chiedere ai sistemi sanitari una diversa capacità di gestire complessivamente il rapporto con la sua utenza, non più vista come elemento sostanzialmente passivo (il paziente), ma come elemento da coinvolgere nel processo di cura e nella gestione della salute.

Ciò veniva chiesto ad un sistema sanitario enormemente sviluppato nelle sue potenzialità diagnostiche e di intervento, anche grazie alla disponibilità di tecnologie sempre più potenti e sofisticate e di una crescente iper-specializzazione. Un sistema nato e sviluppato, sullo studio dell'uomo inteso come organismo, in una visione di causalità che parte dalle componenti fisiche e biochimiche più elementari, basato sulle scoperte e sul metodo riduzionistico, che ha consentito alla Medicina di disporre di un approccio rigoroso e scientificamente fondato.

Tuttavia, questa cornice concettuale di tipo biomedico ha oggettive difficoltà a considerare fattori che si collocano a livello di individuo inteso come persona, e quindi includono la sua soggettività, la dimensione interpersonale e quella sociale. Si tratta infatti di variabili tradizionalmente considerate fuori dall'ambito scientifico e solo marginalmente trattate in ambito sanitario.

Questo dato ha fatto si che i concetti di "umanizzazione" delle strutture o "personalizzazione" delle cure, le esigenze di migliorare la relazione e la comunicazione, la qualità "percepita", di fornire informazioni – cioè le varie voci sotto le quali sono state declinate le esigenze prima evidenziate – sono risultate sostanzialmente un fattore di contorno, legato ad una generica necessità di migliorare il rapporto con l'utenza. Necessità che è stata affermata in generale nelle amministrazioni e nei servizi pubblici e che può come tale essere "importata" in Sanità, ma che poco o nulla ha a che fare con la cura e la salute delle persone.

Anche su terreni più direttamente inerenti l'assistenza, quali la collaborazione del paziente, pure a fronte di una progressiva evoluzione dell'approccio – contrassegnata dal passaggio dal concetto di "compliance" a quello di "aderenza" – con una maggiore enfasi sul ruolo dell'utente, non si è riusciti ad attuare molto di più che una maggiore informazione dell'utente stesso. Tuttavia, come i dati evidenziano, l'informazione da sola non garantisce l'adozione di strategie più funzionali da parte dell'utente.

Questi elementi, sia pure in estrema sintesi, spiegano le difficoltà che si sono registrate e si registrano nell'ambito dei sistemi sanitari a concepirsi come organizzazioni che hanno a che fare con delle persone e non solo con degli organismi malati.

Tuttavia proprio grazie all'approccio riduzionista, la ricerca scientifica nel tempo si è potuta inoltrare sempre più all'interno dell'organismo, nei tessuti, nelle cellule, nel DNA e, quasi paradossalmente, questo viaggio verso le basi della vita ha mostrato l'importanza dei processi di regolazione dell'insieme, l'uomo come un sistema complesso di reti dove le parti si spiegano in relazione al tutto.

In particolare nell'ultimo scorcio del XX secolo sono stati evidenziati una serie di dati che hanno mostrato le relazioni e le profonde interconnessioni tra elementi e sistemi dell'organismo tradizionalmente studiati e concepiti come separati e tra questi e gli elementi generali di regolazione dell'individuo, tra tutto ciò ed il contesto nel quale l'individuo è immerso.[4] [5] Gli studi sullo stress hanno inizialmente evidenziato il ruolo dei fattori soggettivi nella mediazione tra elementi ambientali e risposte dell'organismo.[6] [7] Successivamente la scoperta della capacità del sistema immunitario di rispondere agli apprendimenti apriva la strada alla area di ricerca multidisciplinare nota come psiconeuroendocrinoimmunologia.[8]

I progressi nella genetica hanno portato ad una visione meno deterministica e più interattiva del meccanismo genetico[9] mentre le acquisizioni delle neuroscienze hanno evidenziato le proprietà del cervello e la sua capacità di strutturarsi e modificarsi in relazione all'esperienza[10].

E' stato inoltre evidenziata, accanto al tradizionale rapporto messo in luce dagli studi epidemiologici tra livello economico e salute, la correlazione tra salute e fattori relazionali e sociali, che hanno a che fare con il grado di soddisfazione sociale e la rete di relazioni.[11]

L'insieme di queste acquisizioni, avvenute grazie ad una crescita esponenziale degli studi registrata nell'ultima decade del secolo trascorso ed in questi ultimi anni, ha consentito di inquadrare in una cornice scientifica e nell'ambito di modelli integrati i capisaldi della interazione tra processi biologici, attività mentale e ambiente esterno.

---

[4] Novack et al. (2007) Psychosomatic Medicine: The Scientific Foundation of the Biopsychosocial Model Academic Psychiatry, 31: 388-401

[5] Mayer E.A. e Saper C.B. (2000), "TheBiological Basis for Mind/Body Interactions", Elsevier, New York.

[6] Ewen B. (1998) Protective and damaging effects of stress mediators, New England Journal of Medicine, 338 (3):171-179.

[7] Schneiderman N., Ironson G., Siegel D. (2005), Stress and Health: Psychological, Behavioral and Biological determinants, Annual Review of Clinical Psychology, 1:607-628.

[8] Ader, R. (2007), Psychoneuroimmunology, IV ed, vol. 1 e 2, Academic Press, Amsterdam.

[9] Si veda ad esempio le ricerche longitudinali sui gemelli omozigoti (Reiss D. et al. (2000), The Relationship Code, Harvard University Press, Cambridge) o quelle sull'incidenza delle cure materne nell'espressione genica (Meaney M. (2001), "Maternal Care, Gene Expression, and the Trasmission of individual Differences in Stress Reactivity Across Generations", Annual Review of Neuroscience, 24: 1161-92.)

[10] Vedi: Kandel; LeDoux J. (2002) Il Sé sinaptico, Raffaello Cortina, Milano; Edelman G.M., Tononi G. (2000), *"Un universo di coscienza: come la materia diventa immaginazione",* Einaudi, Torino.

[11] Ad esempio le ricerche longitudinali (1985-1995) effettuate nell'ambito dei MacArthur Study of Successful Aging hanno mostrato le significative correlazioni tra stress psicologico (oltre che socio-economico), carico allostatico e fattori di salute (patologie metaboliche e cardiovascolari, funzionalità fisica, funzioni cognitive, mortalità). Vedi: Seeman T..E. et al. (2001), "Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: McArthur studies for successful aging", Proceedings of National Academy of Science, 98(8): 4470-75.

Si è così giunti ad una situazione nella quale la salute e la malattia trovano una più esauriente spiegazione scientifica nell'ambito della concezione dell'individuo come una rete interconnessa di processi, organizzata gerarchicamente a diversi livelli ed in costante interscambio con la realtà esterna. Questa rete è strutturata a partire da programmi ereditati, ma è plasmata dalla storia individuale allo scopo di garantire la maggiore flessibilità adattativa ed include i processi psichici (ed il loro substrato biochimico) ove si organizzano gli schemi che guidano la rappresentazione di sé e della realtà e quindi le condotte individuali. Una rete che interagisce con il contesto in base ai significati ed al valore che essa attribuisce ad eventi e situazioni, in virtù sia di istruzioni predeterminate che di apprendimenti.[12]

La crescente possibilità di comprendere l'interconnessione tra i fattori biologici, soggettivi e socio-relazionali nell'ambito dei processi fisiologici e patologici dell'organismo ha cominciato a rendere non solo possibile ma anche vantaggioso per le scienze della salute avere come cornice di riferimento l'intera persona. E' a questo livello infatti che trovano significato esplicativo molte relazioni tra singoli fattori e variabili, altrimenti difficilmente comprensibili nella loro interazione e complessità.[13]

A distanza di 30 anni dalla proposizione di un modello più estensivo per lo studio e la cura della malattia, oggi vi è la concreta possibilità di integrare tale più ampia cornice con le basi più oggettive e tradizionali della biomedicina.[14] Sono maturi i tempi per l'affermazione di una visione scientifica basata su un corretto "realismo critico"[15], capace di integrare maggiormente le varie componenti della salute e restituire alla persona la sua totalità psico-corporea e relazionale sia nella salute che nella malattia.

In una realtà ineludibilmente contrassegnata da una crescente specializzazione in tutti i settori questo è possibile solo attraverso lo sviluppo di una "scienza integrata della salute", dove i saperi e le pratiche biomediche possano incontrare i saperi e le pratiche delle altre discipline che risultano necessarie per comporre l'unitarietà e la centralità della persona e per riconoscerne le specificità individuali oltre che le invarianze.[16]

Non si tratta di continuare ad invocare una generica "apertura" e collaborazione, ma di avere dei modelli di riferimento in grado di rendere confrontabili i dati ed i linguaggi e di

---

[12] Le reti neurali si modellano nell'uomo anche in riferimento a reti associative simboliche e linguistiche, basate sui significati implicitamente o esplicitamente attribuiti (vedi: Davidson R. J. (2003), "Affective neuroscience and psychophysiology: toward a synthesis", Psychophysiology, 40: 655-665). Le tecniche di *imaging* utilizzate in contesti sperimentali hanno consentito ad esempio di evidenziare che una rappresentazione mentale – come l'aspettativa individuale – risulta in grado di modulare, attraverso sia l'attivazione delle aree cerebrali legate al dolore che la sensazione soggettiva del dolore (vedi: Koyama et al. (2005) The subjective experience of pain: Where expectations become reality, Proceedings of National Academy of Science, 36 (132): 12950-12955)

[13] Si veda il crescente numero di evidenze relativo ad una causalità non lineare ma di tipo complesso e circolare nella salute e nella malattia, dove fattori biologici, psicologici e sociali coesistono ed interagiscono.

[14] Vedi: Borrell-Carriò F. et al. (2004), The Biopsychosocial Model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry, Annals of Family Medicine, 2(6):576-582.

[15] Con "realismo critico" ci si riferisce all'approccio metodologico ché considera il mondo e la scienza come delle realtà "stratificate", cioè formate da diversi livelli di organizzazione tra loro collegati e dipendenti; le "cose"del mondo vengono analizzate come dei sistemi complessi.

[16] "I dati parlano da soli" – afferma un editoriale del Journal of American Medical Association che fa un bilancio scientifico ed economico della questione – "non si tratta di prendersi carico di tutti i problemi psicosociali dei pazienti ma di integrare questi interventi nelle normali strategie di trattamento delle malattie e nelle organizzazioni sanitarie, le spese relative sono ampiamente ripagate dai costi che fanno risparmiare." (Sobel D. S. (2000), "Mind Matters, Money Matters: The Cost-effectiveness of Mind-Body Medicine", *JAMA,*284:1705).

tradurre tutto ciò in una progettualità ed operatività idonee ad offrire risposte più esaurienti ed appropriate ai bisogni di salute, limitando quella frammentazione e parzialità che limita gli esiti e genera ulteriori futuri costi umani, sanitari e sociali.

Per conseguire tale finalità, implementando l'efficacia e l'equità in modo efficiente, è necessario il passaggio da una organizzazione basata sulla erogazione di prestazioni ad una organizzazione che riconosce ed organizza i propri processi declinandoli e finalizzandoli al raggiungimento di obiettivi di salute definiti, condivisi e valutabili.

Questo richiede sia una integrazione dei saperi che una integrazione operativa: affinché sia possibile, superando le resistenze culturali e psicologiche che tali processi di innovazione implicano, appare indispensabile da un lato una ampia condivisione delle conoscenze che le diverse scienze della salute possono apportare, dall'altro un esplicito riconoscimento delle specifiche competenze delle quali sono portatrici le diverse figure professionali, evitando che la spinta ad una maggiore necessaria integrazione diventi una fonte di resistenza e confusione.

Il modello organizzativo che rende possibile porre concretamente ed operativamente la persona al centro del sistema è quello a rete, dove ci sono ruoli e responsabilità definiti nei singoli nodi ed un processo comunicativo che si basa su un linguaggio condiviso e riconosciuto.

Le società ed i sistemi sanitari hanno la necessità di individuare i fattori che consentono alle persone di promuovere la salute e gestire in modo più efficace la malattia, ed investire su di essi. Il tradizionale modello di assistenza medica, nel quale gli operatori elargiscono complessi trattamenti ed indicazioni da eseguire ad utenti sostanzialmente passivi, i pazienti, risultano sempre più inadeguati e troppo costosi. Gli scenari futuri rendono sempre più insostenibile un sistema sanitario basato solo sulla moltiplicazione dell'offerta di strutture e prestazioni sanitarie e rendono necessario intervenire di più e meglio sulla domanda, sia per prevenirla o ridurla, sia per meglio leggerla e gestirla, non solo nelle fasi iniziali ma anche durante il percorso diagnostico-terapeutico o riabilitativo.[17]

Tale passaggio risulta necessario anche per intervenire più efficacemente rispetto agli scenari che riguardano: la popolazione giovanile rispetto alle diverse forme di dipendenza ed alla necessità di favorire precocemente un corretto rapporto con la propria salute; l'aumento della popolazione anziana, che pone il problema del superamento di una ottica meramente assistenziale a partire da una più adeguata comprensione dei fattori e degli interventi che possono promuovere la salute e limitare le disabilità in questa fase della vita; l'opportunità – sempre più evidente – di declinare la valutazione dei bisogni e gli interventi anche in una logica di genere.

Il problema della salute non può essere confinato al mondo sanitario, perché i determinanti della salute investono la società nel suo complesso. Ma i sistemi sanitari non possono svolgere un ruolo marginale: ad essi spetta dare indicazioni valide per il benessere delle persone singole e delle comunità. Peraltro, la distanza tra le sensibilità della popolazione in materia di salute e l'agire del mondo sanitario può anche produrre in

[17] Ad esempio, il rapporto Walness, commissionato dal Governo del Regno Unito sulle prospettive del sistema sanitario, ha concluso che la spesa sanitaria aumenta se non c'è un coinvolgimento delle persone nelle strategie per la salute e nelle cure. (Wanless D. (2002), "Securing Our Future Health:Thaking a Long-Term View.Final Report.H.S.Treasury", Www.hs.treasury.gov.uk.)

molti una certa sfiducia, non tanto verso il singolo professionista ma verso la Sanità nel suo complesso.

Un numero crescente di persone appare sensibile al fatto che la salute va amministrata attivamente, con un ruolo consapevole e da protagonista, costruendo ed utilizzando gli ingredienti del proprio *ben essere.* Ma per fare questo esse hanno bisogno di una "*alleanza*" con chi si occupa professionalmente di salute. Questo passaggio è importante per *collegare in modo corretto la progettualità di vita e la responsabilità individuale con la salute*, senza che l'evoluzione da un ruolo passivo ad uno attivo comporti in realtà per gli individui un abbandono a se stessi (cioè l'abbandono dell'idea di *solidarietà sociale* rispetto alla salute)[18], o la *colpevolizzazione* delle persone per le loro infermità.

D'altra parte, sotto la spinta delle esigenze pratiche dovute ai nuovi scenari epidemiologici, quote consistenti di controllo dei problemi sono passate dai sanitari ai pazienti ed alle loro famiglie, senza che tuttavia vi fosse una adeguata preparazione da entrambe le parti.

E' necessario mettersi in una ottica in grado di responsabilizzare correttamente le persone rispetto alla loro salute o alle loro condizioni di malattia, evitando comportamenti colpevolizzanti ma anche di tipo paternalistico, e puntando a fornire alle persone strumenti per gestire in modo più efficace sia la salute che le situazioni di malattia, cronicità e ridotta attività (*illness behaviour)*, potenziare le risorse personali e migliorare le abilità per comportamenti più funzionali (*enpowerment).*

Questa peraltro è l'unica ottica che risulta efficace per migliorare l'aderenza degli utenti alle necessità legate alle loro condizioni di salute[19] ed in generale la loro capacità di autogestione della malattia.[20] Una revisione delle ricerche sulla efficacia degli interventi per l'aumento dell'aderenza pubblicate a livello internazionale tra il 1967 ed il 2001 ha trovato che il 49% di questi interventi portavano ad un aumento significativo dell'aderenza ed il 43% anche ad un miglioramento dei risultati dei trattamenti, cioè ad un miglioramento sul piano degli esiti in termini di salute e che gli interventi efficaci nel tempo sono quelli che

[18] La Costituzione della Repubblica Italiana,all'art.32, sancisce la tutela della salute come"fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

[19] Alcuni autori hanno fatto anche un calcolo dei vantaggi economici legati ad un comportamento "aderente": i soggetti più aderenti hanno minori costi per sé stessi ed i servizi sanitari che vanno dal 8,6% al 28,9% rispetto agli altri, mostrando in particolare una minore necessità (tra il 9% e il 23%) di ricorrere alle strutture sanitarie (Lee W. C. et al. (2006), "*Prevalence and economic consequences of medication adherence in diabetes:a systematic literature review*", *Manag Care Interface*, 19(7): 31-41). La non aderenza comporta costi per la persona e per la società: uno studio longitudinale durato due anni ha mostrato che i pazienti con maggiore aderenza ai trattamenti producevano un risparmio del 39% (minori costi tra diretti ed indiretti, cioè personali, sanitari e sociali) rispetto ai non aderenti ed una migliore qualità della vita (Von Knorring L. et al. (2006), "*Cost of depression:effect of adherence and treatment response*", *Eur Psychiatry*, 21(6): 349-54.). Una meta-analisi condotta su 21 diversi studi (che hanno coinvolto complessivamente ben 46.847 partecipanti) ha evidenziato che, se confrontata con la non aderenza, l'aderenza è associata in generale con una minore mortalità. In altri termini i pazienti più aderenti ai trattamenti hanno una aspettativa di vita più lunga. (Simpson S. H. et al. (2006), "*A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*", *British Medical Journal*, 333(7557): 15)

[20] Un esempio paradigmatico è il "Chronic Disease Self-Management Program" attuato presso l'Università di Stanford nel corso del 2006 su con patologie croniche(cardiache ,renali e diabete tipo II). Le persone che hanno mostrato un miglioramento del senso di autoefficacia personale, ad una verifica effettuata dopo sei mesi dall'inizio del programma, hanno poi evidenziato un significativo beneficio rispetto ai controlli in diversi parametri di salute (dolore, fatica, intrusione della malattia nella vita quotidiana, distress, disabilità e benessere percepito) ad un successivo controllo effettuato dopo altri sei mesi (Lorig K. R. e Ritter P. L. e Laurent D. D. e Plant K (2006), "*Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial*", *Med Care*, 44(11): 964-71.).

integrano gli aspetti informativi ed educativi con quelli psicologico-relazionali [21]. Analoghi risultati sono stati raggiunti da una valutazione degli interventi effettuata nell'ambito del "Sistema Cochrane".[22]

Spesso la mancata aderenza deriva da indicazioni di obiettivi (da parte dei sanitari) che sono in conflitto od in competizione con obiettivi o convinzioni del soggetto. L'aderenza migliora: a) se c'è un buon clima comunicativo e relazionale; b) se la persona si sente anche minimamente ascoltata e presa in considerazione; c) se le prescrizioni non derivano solo da protocolli standard ma anche dalla valutazione della situazione specifica; d) se infine si utilizzano interventi non generici ma mirati.

1.2 L'appropriatezza delle prestazioni

Gli interventi erogati per la diagnosi e il trattamento di una determinata condizione clinica sono da considerare appropriati qualora una prestazione di dimostrata efficacia sia fornita avendo identificato correttamente i pazienti che ne possono beneficiare, il setting assistenziale più idoneo, comprese le caratteristiche dei professionisti coinvolti e il momento che, all'interno della storia naturale della condizione da trattare, rende più favorevole il profilo beneficio-rischio.

Sulla base di questi principi, il Servizio Sanitario Nazionale deve massimizzare la probabilità di ottenere gli effetti desiderati e di ridurre gli sprechi, facendo in modo che 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) eccedano, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le conseguenze negative dell'intervento stesso (mortalità, morbosità, ansia da anticipazione diagnostica, dolore o discomfort, perdita di giornate lavorative).

Si possono così individuare almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento professionale e che riguardano:

- le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata, socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
- le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, etc.);
- il tempo di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;
- le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale);
- le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza quindi riguarda, da una parte, la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Un intervento efficace può, infatti, essere applicato o meno in modo appropriato, e cioè proprio nelle indicazioni per le quali il rapporto fra benefici e rischi è favorevole. Questa

[21] McDonald H. P. e Garg A. X. e Haynes R. B. (2002), "*Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions:scientific review*", *JAMA*, 288(22): 2868-79..

[22] Haynes R. B. et al. (2005), "*Interventions to enhance medication adherence*", *Cochrane Database System Review*, 4: CD000011.

specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatezza clinica.

Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatezza organizzativa, che concerne, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione. Un esempio è rappresentato dall'applicazione di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni ospedaliere, o di errori medici, all'interno di una struttura sanitaria. Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi, si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale) sono disponibili.

In secondo luogo, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre a un danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

Come sopra accennato, l'appropriatezza dovrebbe anche includere la presa in considerazione della soddisfazione del paziente, con riferimento, in particolare, al coinvolgimento di quest'ultimo nella valutazione dei rischi e dei benefici associati alle diverse opzioni terapeutiche. Inoltre, è indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all'accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati.

Per quanto riguarda le condizioni organizzative ottimali perché l'appropriatezza venga raggiunta, la questione, pur rilevante, è meno definita, essendovi almeno i seguenti determinanti organizzativi dell'appropriatezza:

- il modello organizzativo generale, dove potrebbe essere utile distinguere almeno tra modelli basati sulla clinical governance e quelli basati sul government aziendale;
- i modelli organizzativi specifici riguardanti le relazioni tra servizi, professionisti e pazienti;
- i sistemi operativi professionali e gestionali utilizzati nei contesti specifici (per esempio: sistemi di pagamento a tariffa, sistemi premianti, ticket, etc.).

Obiettivi

Il nuovo Piano sanitario regionale 2009-2011 concentra l'attenzione sull'analisi dei principali determinanti dell'appropriatezza clinica e di quella organizzativa e degli strumenti di valutazione e di promozione dell'appropriatezza. Queste analisi sono focalizzate soprattutto sull'ospedale, e specificamente sull'appropriatezza dei ricoveri ordinari e in regime diurno.

Per quanto riguarda gli altri livelli di assistenza, particolare attenzione è dedicata all'appropriatezza della prescrizione di farmaci in medicina generale. Infine, sono analizzate le possibili integrazioni fra appropriatezza clinica e organizzativa non solo nell'erogazione di un singolo intervento, ma anche all'interno di percorsi clinici o di strategie di intervento più complesse. Rientra in questa parte una discussione delle potenzialità e dei limiti degli strumenti disponibili di valutazione dell'appropriatezza.

La consapevolezza da creare è, da un lato, che solo una proporzione relativamente limitata degli interventi medico-sanitari può essere sottoposta a valutazione accurata, e dall'altro, che le modifiche dei comportamenti individuali indotte dai meccanismi di misurazione dell'appropriatezza possono anche produrre effetti indesiderati sull'appropriatezza stessa.

L'intenzione è quella di arricchire e perfezionare gli strumenti già disponibili per la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza relativa al livello essenziale di assistenza ospedaliera, identificare e proporre strumenti per la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza relativa agli altri livelli essenziali di assistenza e infine favorire l'integrazione fra la dimensione organizzativa e la dimensione clinica dell'appropriatezza.

Le aree principali di intervento saranno: l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, l'appropriatezza dell'assistenza extraospedaliera con particolare attenzione alla prescrizione farmaceutica e specialistica, l'appropriatezza clinica e l'appropriatezza organizzativa nei percorsi clinici.

L'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Il contesto normativo

L'introduzione del concetto di appropriatezza nel nostro contesto normativo viene fatto risalire alle Raccomandazioni n. 17, del 1997, del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri, "sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria", laddove l'appropriatezza delle cure vi è riportata tra le componenti della qualità dell'assistenza sanitaria, insieme all'accessibilità, all'efficacia, all'efficienza, alla soddisfazione dei pazienti e alla sicurezza dell'ambiente di lavoro.

Subito dopo, nella legge n. 449 del 27 dicembre dello stesso 1997, per la prima volta nella normativa sanitaria italiana viene fatto esplicito riferimento all'appropriatezza; il legislatore italiano, adottandone una interpretazione diversa rispetto alle Raccomandazioni

citate, richiama l'appropriatezza, insieme alla qualità e all'accessibilità, quale uno dei profili rispetto a cui le Regioni e le Aziende sanitarie e ospedaliere sono chiamate ad attivare specifiche azioni di monitoraggio delle attività ospedaliere.

Il primo riferimento normativo, quindi, è specificamente dedicato alle prestazioni ospedaliere, è interpretato quale aspetto integrativo della qualità dell'assistenza, piuttosto che quale sua componente come indicato dalle Raccomandazioni europee, ed è finalizzato ad orientare attività di controllo esterno sui comportamenti degli erogatori, nonché a promuovere l'utilizzo di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione. Si fa implicitamente riferimento, contestualmente, all'appropriatezza, sia generica/organizzativa sia specifica/clinica, collegandola all'esigenza degli enti del SSN di operare controlli sull'uso corretto ed efficace delle risorse.

Successivamente, con il Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'interpretazione normativa del concetto di appropriatezza si chiarisce, esplicitandone le accezioni clinica e organizzativa, e si amplia, introducendo la dimensione temporale, legata alla tempestività dell'erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni dei pazienti.

A partire dal PSN 1998-2000, il riferimento all'appropriatezza diviene una costante dei nostri atti di programmazione e regolamentazione sanitaria, in particolare nel decreto legislativo 229/99, che ne richiama la promozione e il controllo in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, e quindi nel DPCM 29 novembre 2001, che nel definire i Livelli essenziali di assistenza (LEA), fornisce le prime interpretazioni "operative" di appropriatezza o inappropriatezza. Così, in ambito ospedaliero, si definiscono inappropriati quei "casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in diversi setting assistenziali con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse" e si fornisce l'elenco dei DRG "ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario"; in ambito specialistico, si individua l'elenco delle prestazioni la cui erogazione è da ritenersi appropriata solo in presenza di determinate condizioni cliniche del paziente. Ogni successivo provvedimento normativo contiene qualche riferimento, di carattere relativamente generico e prescrittivo, all'appropriatezza: si prescrive, generalmente, alle regioni di adottare interventi orientati a garantire il principio dell'appropriatezza organizzativa quale condizione per accedere a finanziamenti dal livello centrale (cfr., ad es., l'Accordo tra Stato e Regioni del luglio 2003).

Il quadro normativo generale di riferimento, pertanto, nel sollecitare ripetutamente l'adozione di interventi mirati ad assicurare il perseguimento dell'appropriatezza nella gestione e nella erogazione delle prestazioni sanitarie, demanda al livello regionale e aziendale la responsabilità di individuare le soluzioni operative idonee.

Le singole Regioni hanno quindi provveduto a definire ed implementare, in maniera più o meno estensiva rispetto alle indicazioni nazionali, propri approcci alla promozione e al controllo dell'appropriatezza, con interventi concernenti, prevalentemente, l'appropriatezza organizzativa e l'assistenza ospedaliera, al fine di bilanciare i limiti insiti nel sistema di finanziamento a prestazione e di contenere la spesa ospedaliera regionale: come minimo sono individuate le soglie di accessibilità e le modalità operative per l'applicazione dell'allegato 2C del "decreto LEA", ma si arriva anche ad introdurre sistemi articolati di controllo esterno, del tipo adottato in Friuli Venezia Giulia, basato sull'utilizzo sistematico del Protocollo di Revisione per l'Uso dell'Ospedale (PRUO) e di un insieme di indicatori

per l'evidenziazione di potenziali comportamenti inappropriati e/o opportunistici, o del tipo adottato nel Lazio, basato sul metodo APPRO per lo screening dell'universo dei ricoveri erogati rispetto a fenomeni di potenziale inappropriatezza e sul controllo di campioni di cartelle cliniche.

Esigenze delle Regioni e degli ospedali

Gli indirizzi di politica sanitaria, nel nostro Paese come nella generalità delle realtà occidentali, da oltre un ventennio includono l'adozione di provvedimenti, a livello nazionale e subnazionale, orientati al contenimento della dinamica della spesa sanitaria e in particolare, per il peso che riveste, della spesa ospedaliera.

Dal punto di vista delle Regioni, pertanto, l'attuazione di interventi per la misurazione e l'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera costituisce una modalità di risposta all'esigenza di perseguire contestualmente gli obiettivi di efficienza, efficacia ed equità nella allocazione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera regionale e l'obiettivo di garantire ai propri cittadini la qualità dell'assistenza erogata.

In termini generali, le strategie e le azioni prevalentemente attuate a livello regionale in tal senso comprendono essenzialmente:

- la programmazione della spesa ospedaliera e la previsione di tetti, a livello sia regionale sia di singolo ospedale;
- la definizione di un sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera orientata ad incentivare l'articolazione dell'offerta su diversi livelli di complessità organizzativa e la selezione delle risposte assistenziali più appropriate a fronte dei diversi livelli di complessità assistenziale richiesti dalla casistica trattata, promuovendo il trasferimento di quote di casistica meno complessa dal regime di ricovero ordinario verso altri setting assistenziali, più appropriati e meno onerosi (ricoveri diurni, Day Service, ambulatorio);
- il potenziamento e la riqualificazione di modalità di offerta di prestazioni ambulatoriali, che consentono di rispondere alla domanda di assistenza meno complessa precedentemente trattata in regime di ricovero, garantendo una maggior efficienza nell'uso delle risorse (es. Pacchetti di Prestazioni Ambulatoriali, Day Service, etc.);
- l'adozione di interventi di valutazione e controllo dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogate a livello di singolo ospedale, secondo le modalità sopra ricordate, connesse all'applicazione di un sistema di incentivi.

Le esigenze della Regione, in merito a quest'ultimo punto, si riflettono nella tipologia di interventi maggiormente adottati ai fini della valutazione e incentivazione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Il ricorso diffuso a sistemi che utilizzano i dati amministrativi, soglie regionali specifiche per DRG definiti "ad alto rischio di inappropriatezza", nonché l'introduzione di liste positive di prestazioni che garantiscono l'erogabilità dei ricoveri diurni, medici o chirurgici, in considerazione della versatilità,

riproducibilità e relativa economicità d'uso di tali approcci rispondono infatti alle esigenze di semplicità di applicazione da parte del livello regionale, soprattutto se confrontati con l'effettuazione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Tuttavia, le strategie adottate dalle Regioni talora non si conciliano con le esigenze degli ospedali oggetto degli interventi di valutazione e controllo dell'appropriatezza. Esigenze che riguardano, essenzialmente, il riconoscimento delle specificità delle singole realtà ospedaliere:

- casistica trattata (es. casistica pediatrica, oncologica, etc.);
- struttura (es. centro di riferimento regionale/nazionale per particolari condizioni cliniche);
- contesto (es. localizzazione territoriale, bacino di utenza, etc.).

che potrebbero essere soddisfatte con il ricorso a strumenti e modalità di misura più analitici, applicati su di un campione definito attraverso l'adozione di criteri di stratificazione che tengano conto delle suddette specificità.

Ulteriori esigenze, dal punto di vista dell'ospedale, riguardano:

- la garanzia di una coerenza delle caratteristiche dell'approccio adottato per la valutazione e incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera con gli altri elementi della programmazione e regolamentazione dell'assistenza ospedaliera, a livello nazionale e regionale, e con gli incentivi a tali elementi correlati (es. livelli tariffari delle prestazioni erogate nei diversi setting assistenziali);
- l'inclusione dell'intera gamma dell'offerta sanitaria negli interventi di incentivazione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, al fine di ridurre la conflittualità tra obiettivi perseguiti dai diversi erogatori promuovendone, viceversa, l'omogeneità;
- il rispetto dei vincoli organizzativo-gestionali degli ospedali (es. tempistica prevista per l'adeguamento alle innovazioni introdotte nelle modalità di erogazione delle prestazioni);
- la garanzia di una corretta e completa informazione dell'utenza circa le modifiche delle modalità di erogazione delle prestazioni indotte dagli interventi di valutazione e incentivazione dell'appropriatezza (es. ampliamento della gamma di prestazioni soggette e partecipazione al costo connesso al trasferimento di parte delle prestazioni dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale).

Infine, un ultimo, ma molto rilevante, aspetto da prendere in considerazione dal punto di vista dell'ospedale è rappresentato dal riconoscimento dei valori espressi dalle professionalità che operano in ambito ospedaliero: i criteri di economicità, insiti nelle misure dell'appropriatezza organizzativa, dovrebbero essere adeguatamente coniugati con i criteri di efficacia, propri dell'appropriatezza clinica, al fine di produrre un sistema di misurazione e di incentivazione che consenta di fare emergere e di valorizzare il livello della qualità assistenziale offerta dalle singole strutture erogatrici.

L'appropriatezza nell'assistenza sanitaria extraospedaliera

<u>La prescrizione farmaceutica</u>

Come per qualunque intervento medico-sanitario, la prescrizione di un farmaco è appropriata se i benefici per la singola persona che lo riceve superano i rischi. Operativamente, una prescrizione è considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche e, in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, via di somministrazione, interazioni ecc.), per le quali è stata dimostrata l'efficacia.

La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione avviene di norma seguendo due modalità principali. La prima è quella di confrontare le modalità di prescrizione con standard predefiniti, costruiti sulla base della migliore evidenza scientifica disponibile. La seconda consiste nell'analisi della variabilità prescrittiva. Nel primo caso, lo scostamento da un comportamento considerato atteso consente di evidenziare un intervento potenzialmente inappropriato. Nel secondo, l'intento è quello di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l'attenzione e che richiedono approfondimenti successivi.

Il confronto fra pratica prescrittiva corrente e comportamenti attesi può mettere in evidenza la prescrizione di farmaci non considerati di prima scelta nel trattamento di una condizione clinica, la prescrizione in eccesso nel trattamento di una condizione, e la mancata prescrizione di farmaci di dimostrata efficacia a pazienti che potrebbero beneficiarne.

Per quanto riguarda l'analisi della variabilità, questa può essere condotta a diversi livelli di aggregazione: fra regioni, ASL, distretti, e medici. Relativamente ai confronti fra regioni, sono da alcuni anni disponibili i dati di prescrizione elaborati dall'OsMed (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali) che consentono confronti non solo della spesa pro capite, come avveniva in passato, ma anche dell'intensità d'uso delle categorie e gruppi terapeutici e delle singole sostanze. Nell'analisi della variabilità interna alle regioni, i sistemi di monitoraggio regionali consentono anche approfondimenti relativi alle caratteristiche dei pazienti utilizzatori.

Le modalità di valutazione appena esposte focalizzano l'attenzione sul processo dell'assistenza, in questo caso la prescrizione di farmaci, e non sugli esiti. L'assunzione è che se l'utilizzo di un farmaco avviene in coerenza con le evidenze disponibili non è necessaria una verifica ulteriore degli esiti. Per esempio, non sarebbe ragionevole tentare di riverificare gli esiti dell'uso delle statine nella pratica clinica corrente: è sufficiente verificare che i pazienti che ricevono il farmaco presentino caratteristiche sovrapponibili a quelle dei pazienti nei quali l'efficacia è stata dimostrata. Una impostazione simile si applica all'uso degli antibiotici, degli anti-ipertensivi, degli antidiabetici e così via.

Un punto di forza di una valutazione basata sul processo di assistenza è di poter essere spesso effettuata utilizzando le informazioni dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni disponibili a livello territoriale del SSN. Un'attenzione al processo, anziché agli esiti, rende anche più semplice la valutazione di interventi tesi a promuovere l'appropriatezza che, di nuovo, verrebbe a essere valutata dalle modifiche intervenute nei comportamenti prescrittivi. E' utile tuttavia riconoscere oltre alle potenzialità anche i limiti di questa impostazione.

Innanzitutto, la definizione operativa di appropriatezza restringe l'attenzione alle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Sono di conseguenza in buona parte esclusi da una valutazione dell'appropriatezza basata sul processo quegli interventi per i quali vi sono informazioni

insufficienti per giungere a una conclusione (le cosiddette aree grigie). Rimangono poi escluse tutte le situazioni nelle quali mancano dimostrazioni di efficacia. In questi contesti, infatti, la valutazione del profilo beneficio-rischio si identifica con una valutazione di efficacia, con tutte le difficoltà pratiche di condurre studi, sperimentali o osservazionali, mirati a questo scopo.

Oltre ai limiti derivanti dalle limitazioni delle evidenze disponibili sull'efficacia del singolo farmaco, è utile tenere conto che di frequente la prescrizione di un farmaco è solo uno degli interventi che servono al raggiungimento dell'obiettivo di salute. Si pensi al ruolo che la modifica degli stili di vita - abitudine al fumo, pratica di un'attività fisica, dieta - può avere nel modificare il rischio individuale di sviluppare un evento cardiovascolare. Si pensi inoltre all'effetto "attenzione" all'interno delle sperimentazioni cliniche: essere seguiti con più cura, avere una maggiore compliance, aumenta la probabilità di ottenere risultati positivi. Si pensi ancora all'importanza di effettuare in modo concomitante interventi non farmacologici nel trattamento di condizioni cliniche differenziate, dal deficit di attenzione nei bambini ai disturbi del comportamento nei pazienti con demenza.

La prescrizione specialistica

Lo stesso modello di valutazione può essere applicato alle prescrizioni specialistiche, tenendo conto dei limiti dei flussi a tutt'oggi esistenti, che non appaiono per qualità, completezza e tempestività, dello stesso livello di quelli delle prescrizioni farmaceutiche, presentando inoltre una forte eterogeneità a livello nazionale.

E' necessario rende operativi tutti gli strumenti di rilevazione, in modo da focalizzare l'attenzione su specifiche aree critiche di intervento, analizzare la variabilità della prescrizione e la rispondenza a criteri condivisi di scientificità, attraverso il sostegno di linee guida condivise per l'utilizzo appropriato delle prescrizioni specialistiche.

Le principali tematiche riguardano la gestione dei flussi informativi dell'attività specialistica ambulatoriale, la condivisione di percorsi di accesso e criteri per la definizione di prestazioni urgenti, urgenti differibili e programmabili, la stesura di protocolli e linee guida per prestazioni critiche, la definizione di percorsi integrati, la creazione di modelli organizzativi per la presa in carico dei pazienti, e la gestione delle liste d'attesa.

In particolare, il monitoraggio dei tempi di attesa e conseguentemente la relativa gestione delle liste vanno considerati come aspetti peculiari da seguire; la tempestività dell'erogazione delle prestazioni è infatti in relazione stretta con appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, oltre che collegata ad aspetti di equità ed efficienza.

In riferimento a questo, vanno proseguiti e implementati i programmi già avviati per il monitoraggio dei tempi di attesa, nell'intento di rispettare i tempi massimi accettabili di attesa definiti a livello ministeriale per specifiche prestazioni specialistiche, apparse critiche e prioritarie nel contesto nazionale.

I percorsi clinici

I controlli esterni opportunamente attivati dalla Regione e dalle Aziende sanitarie locali sono suscettibili di produrre miglioramenti anche sensibili nella qualità delle informazioni

prodotte sistematicamente dagli erogatori, nonché nelle modalità di classificazione e di erogazione delle prestazioni. L'insieme di tali miglioramenti potrebbe anche consentire risparmi significativi sul piano della spesa sanitaria.

Tuttavia, è noto e ben documentato che una quota rilevante nella variabilità dell'utilizzo delle risorse, e quindi una fonte potenziale di inappropriatezza, risiede nelle specifiche scelte diagnostiche e terapeutiche compiute durante il percorso di cura. Questa dimensione è poco influenzata dai sistemi di controllo esterno e, quindi, il governo dell'appropriatezza rischia di arrestarsi alle soglie del problema.

I sistemi informativi attualmente operanti non consentono la descrizione dei percorsi clinici e della loro appropriatezza. Un obiettivo è identificare una modellizzazione dei percorsi clinici, al fine di consentirne dapprima l'esplicitazione e l'auto-valutazione da parte dei componenti l'equipe assistenziale e quindi la valutazione comparativa. Il modello generale di riferimento consiste nella esplicitazione del profilo multidisciplinare che deve connotare l'anticipazione del piano assistenziale da erogare a pazienti con diagnosi simili o analoghi set di problemi clinici. La modellizzazione dei percorsi clinici è finalizzata a ridurre le variazioni non necessarie nell'assistenza e nei suoi esiti; essa permette anche di incorporare le linee guida nazionali o locali nella pratica clinica ed inoltre favorisce lo sviluppo della collaborazione multidisciplinare nel trattamento dei pazienti.

E' necessario quindi:

- approfondire e condividere i temi correlati all'appropriatezza clinica, per favorire la diffusione della cultura dell'appropriatezza e diffondere le conoscenze operative realizzate sotto forma di esperienze specifiche di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza clinica;
- proporre l'uso di uno strumento operativo – denominato "clinical pathway", o percorsi clinici formalizzati –, che in altri contesti sanitari è ormai diffuso, quale strumento per la riduzione della variabilità non giustificata nelle pratiche cliniche e, quindi, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica. I percorsi clinici formalizzati, infatti, si prestano bene quale strumento elettivo per la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza clinica, in quanto possono essere considerati la logica estensione delle linee guida cliniche, finalizzati a favorire il trasferimento nella pratica clinica delle raccomandazioni contenute nelle linee guida cliniche.

1.3 La programmazione come principio operativo

Il Servizio Sanitario Regionale umbro presenta una ricca tradizione nella programmazione socio-sanitaria. Dall'approvazione della L. 833/78 istitutiva del SSN sono stati approvati 4 piani sanitari regionali e un piano di riorganizzazione ospedaliera, oltre a molteplici provvedimenti di riorganizzazione e razionalizzazione di sistema. Con la redazione del Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle strategie del Servizio Sanitario Regionale del PSR 2003-2005 è maturata una esperienza originale e significativa di "valutazione sistematica di quanto programmato", in particolare relativamente agli esiti di salute, superando così le asimmetrie strutturali ampiamente diffuse nel SSN tra programmazione e valutazione.

Un'analisi retrospettiva evidenzia che la programmazione nel settore sanitario è stato un prezioso strumento nel perseguimento di migliori livelli di qualità e del sostanziale equilibrio del sistema sanitario regionale.

La programmazione sanitaria assume un valore ulteriore nel nuovo contesto definito dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001, che delinea un assetto di federalismo sanitario, con relativa base fiscale.

Tra gli aspetti positivi attesi dal modello federale vi è infatti, oltre alla responsabilizzazione sui livelli spesa, la possibilità di conformare le politiche alle caratteristiche della realtà amministrata, cercando di cogliere al meglio le peculiarità dei bisogni della popolazione.

Questo aspetto, già colto dal dibattito regionale, dovrebbe delineare il superamento della "separatezza" della programmazione sanitaria dal complesso della programmazione regionale e ricongiungere i processi, unificando il momento delle scelte sui livelli di assistenza con le scelte sull'entità del prelievo fiscale.

Questo consente di rendere effettivo uno dei principi fondamentali su cui si basa il nostro modello universalistico che consiste nel definire in maniera contestuale le prestazioni che fanno parte dei Livelli essenziali di assistenza e il fabbisogno finanziario correlato.

Analogamente a livello gestionale, è opportuno superare le asincronie tra programmazione del Piano Sanitario Regionale e attuazione dei Piani attuativi locali, spesso emerse nel passato, configurando sistemi diversamente strutturati, più operativi e soggetti ad aggiornamento e strumenti specifici di supporto, quali l'Agenzia Umbra Sanità.

Nell'economia del presente piano la programmazione è perciò da ritenersi principio operativo fondamentale per perseguire la corrispondenza tra i bisogni di salute e la tipologia, qualità e la quantità delle attività erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l'appropriatezza dei servizi.

Una programmazione concertata

Se è opportuno qualificare fin d'ora il principio enunciato, non vi è dubbio che, valutando l'esperienza e richiamando l'assunto teorico di base del precedente piano in ordine alla disfunzionalità dell'approccio gerarchico nelle organizzazioni professionali, vada posta la massima attenzione a sviluppare una programmazione "concertata".

Infatti, se è vero che la regionalizzazione della funzione e le sfide economico-finanziarie rafforzate a partire dall'anno 2001 hanno favorito meccanismi di progressiva verticalizzazione delle scelte e delle decisioni, sostanzialmente nella direzione Ministero-regione-aziende, allo stesso tempo si sono prodotte spinte dal basso e interazioni, azioni mirate quale il sostegno alla clinical governance, che hanno inciso sulla complessiva gestione del sistema.

Trovandoci pertanto consapevolmente in un sistema con più soggetti, al cui centro si colloca il cittadino e il suo interesse alla tutela della salute, caratterizzato dal policentrismo dei poteri, avendo l'obiettivo/necessità di "fare sistema", la scelta è che la modalità di governo effettiva del comparto sia concertata, ovvero si esplichi attraverso il

coinvolgimento dei molti attori interessati alla decisione, per produrre scelte opportune, basate su criteri di evidenza.

Particolare attenzione, oltre alle forme concertate verso l'esterno, dovrà essere posta allo sviluppo di forme di concertazione intra sistema, forme di programmazione negoziata, utilizzando anche in questo caso gli strumenti di innovazione previsti.

La valutazione come valore del sistema

Come anticipato, con la redazione del Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle strategie del Servizio Sanitario Regionale del PSR 2003-2005 è maturata una esperienza originale e significativa di "*valutazione sistematica di quanto programmato*", in particolare relativamente agli esiti di salute.

Questa esperienza, che ha seguito alcune precedenti attività di valutazione dei processi adottati in relazione a piani precedenti, ha prodotto un rilevante grado di partecipazione delle varie componenti professionali del sistema e pertanto può essere la base per introdurre stabilmente la logica della valutazione nel sistema, ai vari livelli.

La consapevolezza di base è che lo sviluppo di una cultura della valutazione e la definizione di sistemi strutturati, sia di supporto alla componente professionale che a quella manageriale, è in diretta correlazione con l'elevazione dei livelli di efficienza e di qualità del sistema.

Programmazione concertata e valutazione diffusa, supportate da livelli funzionali di ICT per capire, guidare e misurare, azioni chiave di fronte alle sfide rappresentate dalla richiesta di qualità e sicurezza da parte del cittadino, dalla necessità di delineare un sistema proattivo di promozione della salute e diffusione di migliori stili di vita e dalla limitatezza delle risorse.

2. I contesti

2.1 Il contesto istituzionale ed economico

I vincoli e le opportunità rispetto alla modifica del titolo V della Costituzione

Negli ultimi anni, il settore sanitario è stato sottoposto ad un processo di profonda trasformazione sia degli assetti organizzativi ed assistenziali che dei meccanismi di riparto delle risorse, che ne ha sostanzialmente modificato il funzionamento interno, attribuendo un ruolo di primo piano al livello di governo regionale. Tale processo di regionalizzazione della sanità si è svolto in parallelo con il più generale percorso di riforma istituzionale che ha visto l'introduzione del federalismo fiscale.

In questo quadro spetta allo Stato non solo determinare i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti sull'intero territorio nazionale (competenza questa destinata peraltro a rimanere in capo all'amministrazione centrale anche in un sistema propriamente federale), ma anche individuare il limite massimo di risorse che devono essere destinate annualmente alla sanità, nonché stabilire i criteri di riparto tra le diverse Regioni.

Più precisamente il modello introdotto 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.

Si assume quindi che il fabbisogno riconosciuto ad ogni Regione sia in grado di garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA e che le leve su cui possono agire le Regioni per garantire l'equilibrio economico del sistema siano rappresentate dall'innalzamento dei livelli di efficienza, economicità ed appropriatezza.

Se dal punto di vista concettuale il modello adottato può apparire ineccepibile, risulta quanto mai ardua la sua concreta applicazione; nel corso degli anni intercorsi dalla sua introduzione infatti, le Regioni sostengono che il fabbisogno riconosciuto sia fortemente sottostimato rispetto alle effettive necessità, mentre il Governo valuta che siano ancora ampi i margini di riduzione della inappropriatezza e di miglioramento dell'efficienza ed economicità.

Anche la equa ripartizione interregionale del finanziamento complessivo rappresenta un obiettivo molto difficile da raggiungere, per la difficoltà di individuare e condividere i determinanti del non omogeneo assorbimento di risorse da parte di gruppi diversi di popolazione; l'unico indicatore largamente accettato come predittivo del maggiore consumo di risorse, l'invecchiamento, viene - in occasione di ogni provvedimento di ripartizione dei finanziamenti - rimesso in discussione con gravi rischi per le Regioni come l'Umbria, caratterizzate da una forte presenza di popolazione anziana, che vedrebbero

fortemente ridotti i trasferimenti e compromesse le possibilità di mantenere l'equilibrio del sistema.

Se non c'è nulla da eccepire sul fatto che la definizione dei principi fondamentali alla base del Servizio Sanitario sia una competenza riservata allo Stato, a garanzia della effettiva uguaglianza dei cittadini rispetto al diritto alla salute, non si può tuttavia ignorare che proprio negli ultimi anni sembra essersi affermata una certa propensione dello stesso legislatore statale ad orientare e vincolare l'autonomia decisionale delle Regioni anche sotto il profilo delle strategie organizzative ed assistenziali elaborate nel settore sanitario: tali "invasioni di campo" del legislatore statale (che ad esempio si concretizzano nella fissazione degli standard di posti letto ogni mille abitanti, ovvero nella individuazione delle tariffe massime di rimborso delle prestazioni erogate dalle singole strutture sanitarie) sembrano infatti trovare la loro giustificazione nell'esigenza dello Stato – in quanto responsabile finale dei flussi finanziari e dei saldi di bilancio – di garantire che le risorse disponibili siano effettivamente spese secondo criteri di efficienza economica.

Rilevante, dal punto di vista statale, è altresì l'obiettivo di evitare l'insorgere di disavanzi di spesa che portano poi fatalmente a successivi interventi di ripiano – quanto meno parziali – a carico dello Stato stesso.

Tali anomalie di fondo dell'attuale modello di regionalizzazione della sanità si concretizzano infatti nei rapporti spesso conflittuali tra Stato e Regioni e tra le stesse Regioni, nei continui contenziosi sui disavanzi, nonché nella stessa incertezza delle Regioni in ordine al quadro dei poteri loro riconosciuti in un sistema di riparto delle competenze dai confini spesso confusi ed a volte addirittura contradditori.

L'individuazione di tetti di spesa riferiti alle singole sottovoci della spesa sanitaria regionale, come quella farmaceutica o per il personale sono una chiara reiterazione dei tradizionali ed ormai consolidati meccanismi di mantenimento del controllo centralizzato sulla finanza pubblica.

In ogni caso, un sistema sanitario finanziato in coerenza con un evoluto ordinamento di federalismo fiscale, se correttamente applicato, è l'unico in grado di assicurare l'autonomia organizzativa dei modelli regionali pur nella garanzia della corretta erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto del principio di sussidiarietà e in stretta connessione con il principio di solidarietà di cui all'art. 2 della Costituzione.

In questo senso, principi cardine del federalismo in ambito sanitario dovranno essere l'adeguatezza, l'efficacia, l'efficienza e la differenziazione, intesa come non sovrapposizione di competenze.

Un indubbio beneficio che si potrà conseguire con il federalismo fiscale è quello dell'adeguamento delle politiche e degli interventi alle specifiche esigenze di territori che presentano bisogni diversificati e mutevoli. Attraverso il federalismo, infatti, si potranno creare le condizioni per realizzare, sia a livello interregionale che in ambito infraregionale, strategie mirate ed efficienti di intervento in relazione ai fattori geomorfologici, sociodemografici e socioeconomici specifici di ogni territorio che, dando origine a diversificati bisogni nei cittadini, presuppongono una differenziata risposta.

Un modello di governo federale della sanità assume specifici rilievi nella realtà regionale dell'Umbria, ove negli ultimi anni si sono affermate nuove dinamiche e mutamenti dello scenario sociodemografico, epidemiologico e sociale (l'incrementale invecchiamento della

popolazione, lo sviluppo delle pluripatologie, la maggiore complessità dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici, la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari, ecc.) che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche caratterizzate da una differenziazione della domanda territoriale di servizi. Da questo progressivo ed importante mutamento dello scenario sociale originano le grandi sfide alle future politiche sanitarie regionali cui debbono corrispondere originali tattiche e strategie di risposta.

Naturalmente, risulta essenziale l'approccio solidale alla costruzione federalista, che comporta, necessariamente, l'applicazione di meccanismi perequativi, quali salvaguardia ed ammortizzatori, atti a consentire, anche alle Regioni e ai territori fiscalmente più deboli, il progressivo sviluppo verso lo standard nazionale e la garanzia delle prestazioni necessarie ai cittadini. Tali meccanismi perequativi dovranno essere modulati sulla base di indici quali la capacità fiscale teorica, la capacità di recupero dell'evasione fiscale e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi pubblici, sì da incentivare comportamenti virtuosi ed impedire che le risorse pubbliche vadano a coprire non già esigenze reali, bensì situazioni di inefficienza o addirittura di spreco. I vantaggi che i cittadini potranno ricevere da un sistema di questo tipo si potranno avvertire sia sul piano dell'efficacia e della tempestività di risposta degli apparati pubblici nell'erogazione dei servizi di rispettiva competenza, sul piano della trasparenza e della verificabilità dei risultati della gestione finanziaria di ciascun ente.

In tal senso d'altra parte si muove il disegno di legge delega per l'attuazione dell'art. 119 della Costituzione – che giace da alcuni mesi alle Camere – dove tra l'altro viene affrontato anche il delicato e già citato tema della determinazione di costi standard da associare alle prestazioni in modo da poter valutare la congruità della spesa e quindi la sussistenza o meno di aree di inefficienza e/o spreco nella gestione dei servizi.

La progressiva realizzazione del federalismo fiscale rappresenta una delle principali sfide che la sanità in Umbria dovrà affrontare nei prossimi anni e che è destinata a cambiare in maniera sostanziale lo stesso rapporto tra cittadini, strutture sanitarie ed istituzioni. Tutto ciò si traduce nell'esigenza di predisporre ed adeguare strumenti e procedure che consentano di collegare in modo fluido e "virtuoso" le responsabilità di spesa (dunque di programmazione, produzione ed erogazione dei servizi) con le responsabilità di reperimento delle risorse che, in tempi di autonomia impositiva, significa in buona misura uso della leva fiscale, senza pregiudicare la natura universalistica del modello assistenziale.

D'altra parte, attraverso l'evoluzione verso un nuovo modello di governo federale della sanità sarà possibile individuare - nella comune garanzia sociale inalienabile rivolto a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro capacità di contribuzione fiscale - l'equilibrio ottimale fra le esigenze spesso divergenti della sostenibilità economica del sistema e della più piena corrispondenza del servizio ai mutevoli bisogni degli utenti.

Il progressivo annullarsi del regime di finanza derivata ha altresì comportato un processo di "reinserimento" della sanità nel complesso della programmazione (soprattutto finanziaria) delle regioni, posto che sempre più anche per la sanità si tratterà di "concorrere" – nell'ambito della complessiva manovra di bilancio – per acquisire risorse. Viene quindi meno quella sorta di "magnifico isolamento" del settore della sanità all'interno

del complesso delle attività dell'Ente, propiziato per anni dal combinato disposto della mole delle risorse e del vincolo di destinazione delle stesse.

Per l'Umbria questo ha significato e significa inserirsi a pieno titolo nel ciclo programmatico che parte dalla cornice strategica del Patto per lo Sviluppo per definirsi e specificarsi annualmente con il Documento Annuale di Programmazione (Dap) e, per gli aspetti finanziari, con le sessioni di bilancio e legge finanziaria.

Quale modello di federalismo fiscale*

A tutt'oggi l'art.119, relativo al federalismo fiscale non è stato attuato. In attesa della proposta della nuova maggioranza di governo, si può prenedere a riferimento quanto previsto dal programma del Popolo delle Libertà, che ha sostanzialmente fatto propria la proposta di legge del Consiglio regionale della Lombardia (Proposta di legge al Parlamento n. 40 del 19 giugno 2007).

In sintesi, la proposta lombarda consiste nell'attribuzione alle regioni di una imposta regionale sul reddito personale con aliquota uniforme non inferiore al 15% (di fatto si passa alle regioni il 15% dell'imponibile Irpef), una compartecipazione al gettito Iva pari all'80%, tutto il gettito delle accise (carburanti), dell'imposta sui tabacchi e sui giochi. Si tratta di un ammontare imponente di risorse, circa 120 mld aggiuntivi per le regioni a statuto ordinario nel complesso. Nella proposta non si fa riferimento alle spese, per cui la logica sembra essere quella di "prima le risorse poi le funzioni", la stessa logica delle attuali regioni a statuto speciale.

Viene previsto uno schema di perequazione, ma entro un limite di non oltre il 50% di riduzione delle differenze di capacità fiscale per abitante. A tale Fondo perequativo verrebbe assegnata la finalità sia di integrare le risorse dei territori con minore capacità fiscale (entro il limite di cui sopra), sia di assicurare il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione, le più importanti delle quali sono quelle riferite all'assistenza sanitaria.

Il risultato evidente sarebbe che, a fronte della imponente devoluzione di risorse, si determinerebbe un considerevole surplus al Nord ed un notevole deficit al Sud. A seconda della mole di competenze aggiuntive che verrebbero devolute, anche per l'Umbria potrebbero verificarsi gravi problemi di sostenibilità finanziaria, sicuramente di gran lunga inferiori a quelli di tutte le regioni del Mezzogiorno.

Certamente più equilibrato si presentava il disegno di legge delega di attuazione del federalismo fiscale (AC 3100 del 29 settembre 2007) approvato dal precedente Governo Prodi e concordato con le Regioni (ma non condiviso dagli Enti locali), il cui iter è stato poi fermato dalla fine anticipata della legislatura.

Tale ddl perseguiva in sintesi gli obiettivi di: a) garantire agli enti territoriali autonomia finanziaria di entrata e di spesa, in un quadro di invarianza della pressione fiscale e di consolidamento del processo di riequilibrio dei conti pubblici; b) rafforzare la responsabilizzazione degli amministratori pubblici nell'uso delle risorse di fronte ai cittadini/contribuenti, nonché l'azione di contrasto all'evasione ed elusione fiscale; c) prevedere un sistema perequativo virtuoso rendendo più stringente il monitoraggio dei

* Paragrafo elaborato in data precedente all'elaborazione della legge attuativa dell'art. 119 della Costituzione

risultati; d) favorire la semplificazione del sistema tributario e degli adempimenti richiesti ai contribuenti.

Elemento qualificante di tale progetto è la previsione di un sistema perequativo basato su di una equalizzazione differenziata per funzioni.

Copertura integrale dei fabbisogni di spesa secondo "costi standard" per i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m), quali sanità, sociale, istruzione;

Copertura parziale dei differenziali di capacità fiscale standard (aliquote standard e base imponibile che tenga conto dell'evasione/elusione fiscale) per le funzioni autonome delle Regioni a statuto ordinario.

Il richiamo ai costi ed alla capacità fiscale standard attesta di una impostazione – largamente condivisibile – che tende a coniugare solidarietà (tramite la perequazione), efficienza e responsabilità, sanzionando gli sprechi e la cattiva amministrazione e premiando il raggiungimento di obiettivi di efficienza finanziaria, di recupero dell'evasione fiscale, di miglioramento di parametri ambientali e sociali.

D'altra parte il disegno di legge delega lascia aperte numerose questioni che vengono rimandate a futuri decreti legislativi. Gli effetti sulla distribuzione regionale delle risorse e sugli spazi effettivi di autonomia offerti alle Regioni e agli altri enti locali venivano quindi in buona misura demandati alle norme specifiche dei decreti di attuazione. Le principali questioni aperte appaiono le seguenti:

Le funzioni per le quali vanno garantiti i livelli essenziali su tutto il territorio nazionale. E' possibile che con i futuri decreti altre materie finiscano con il rientrare in quest'ambito, con tutte le conseguenze del caso sui livelli di spesa e di finanziamento. Va sottolineato anche il caso singolare del trasporto locale, la cui collocazione è volutamente incerta nel DDL delega.

La metodologia relativa al calcolo dei costi standard dei livelli essenziali per queste funzioni, la loro revisione nel tempo e i processi di avvicinamento dalla spesa storica (cioè, gli attuali trasferimenti) ai costi standard. In particolare, il DDL delega prevede un periodo determinato per il superamento definitivo del vecchio sistema di finanziamento ma non esplicita che cosa succede se le Regioni non sono in grado di adeguarsi al nuovo sistema di finanziamento.

Per il finanziamento delle funzioni non rientranti nell'ambito della lett. m e della lett. p dell'art. 117, il DDL delega prevede l'attribuzione di una compartecipazione o addizionale all'IRPEF all'aliquota di equilibrio, con il superamento del criterio della spesa storica entro 5 anni. Quale sarà la dinamica delle risorse nelle diverse Regioni a seguito di questa diversa modalità di finanziamento? In che misura inciderà la componente demografica? Quali gli spazi a disposizione, per esempio in termini di tributi propri, per le Regioni con minore capacità fiscale e dunque probabilmente penalizzate dal nuovo sistema?

Come si conciliano i precedenti meccanismi di finanziamento e perequazione, all'apparenza strutturali e dati, con il "coordinamento dinamico delle fonti di copertura", che lo stesso DDL delega prevede venga presentato dal Governo alle Camere insieme al DPEF? Introduce questo degli spazi di ricontrattazione delle risorse anno per anno?

Il DDL delega prevede anche la presenza di una “Cabina di regia”, a cui partecipano i rappresentanti dei diversi livelli di governo, che dovrebbe guidare il processo di stesura dei decreti legislativi, anche alla luce della risultanze delle analisi quantitative sulle nuove modalità di finanziamento. Che spazi ci sono perché questa Cabina evolva in un meccanismo coordinato permanente tra i diversi livelli di governo?

La Regione Umbria non ritiene di doversi “spaventare” di fronte ad ipotesi di incremento dell’autonomia finanziaria ed impositiva degli enti territoriali. Il federalismo fiscale va infatti vissuto in positivo, come una sfida da accettare e da saper gestire, a patto che il quadro normativo che verrà a formarsi rispecchi quelli che sono i reali contenuti e finalità di tale strumento, inteso sostanzialmente a promuovere una maggior responsabilizzazione delle amministrazioni regionali e locali e, per tale via, un maggior grado di efficienza.

Viceversa, del tutto non condivisibili sono quelle impostazioni di stampo egoistico che vedono nel federalismo fiscale semplicemente un mezzo per ridurre drasticamente il grado di redistribuzione interregionale delle risorse.

Le risorse economiche

Le risorse economico – finanziarie per la sostenibilità del sistema

L’ampliamento dell’autonomia delle Regioni, avviato negli anni ’90 sia tramite il decentramento di alcuni tributi sia con l’introduzione di nuovi strumenti di fiscalità, mirava alla progressiva sostituzione del modello di finanza derivata con quello di finanza autonoma.

Un decisivo passo verso l’abbandono del modello di finanza derivata è rappresentato dal D.Lgs. 56/2000, emanato sulla base della Legge delega n. 133/1999, indirizzo successivamente confermato dalla Legge Costituzionale n. 3/2001.

Le principali novità previste dal nuovo meccanismo di finanziamento possono così sintetizzarsi:

- soppressione di alcuni trasferimenti erariali, fra i quali il Fondo Sanitario Nazionale;
- introduzione di nuovi e maggiori tributi propri regionali e di forme di compartecipazione a tributi erariali, quali l’aumento dell’addizionale IRPEF, dell’aliquota della compartecipazione all’accisa sulla benzina e la previsione di una compartecipazione IVA;
- istituzione di un nuovo sistema di meccanismi perequativi, finalizzato a garantire livelli essenziali ed uniformi nello svolgimento delle funzioni e nell’erogazione dei servizi da parte delle Regioni, con particolare riguardo alla Sanità;
- introduzione di procedure di monitoraggio e verifica dei livelli di assistenza sanitaria erogati;
- possibilità per le Regioni di partecipare alle attività di accertamento dei tributi erariali.

Il D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 ha definito quindi, prima ancora della riforma costituzionale del 2001, un nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario, con l'obiettivo di accrescere l'autonomia di entrata, di realizzare una perequazione interregionale delle risorse fondata su criteri più razionali e diversi da quelli della spesa storicamente realizzata nel passato, e di introdurre incentivi per le Regioni alla tenuta di comportamenti virtuosi sul fronte del prelievo e su quello della spesa. Tale riforma ha rappresentato anche il tentativo di superare, a Costituzione invariata, il finanziamento dei trasferimenti vincolati, agganciare la dinamica di crescita delle entrate regionali a quella dei tributi nazionali, più sensibili al trend di crescita dell'economia, responsabilizzare maggiormente le Regioni sul tema della gestione sanitaria.

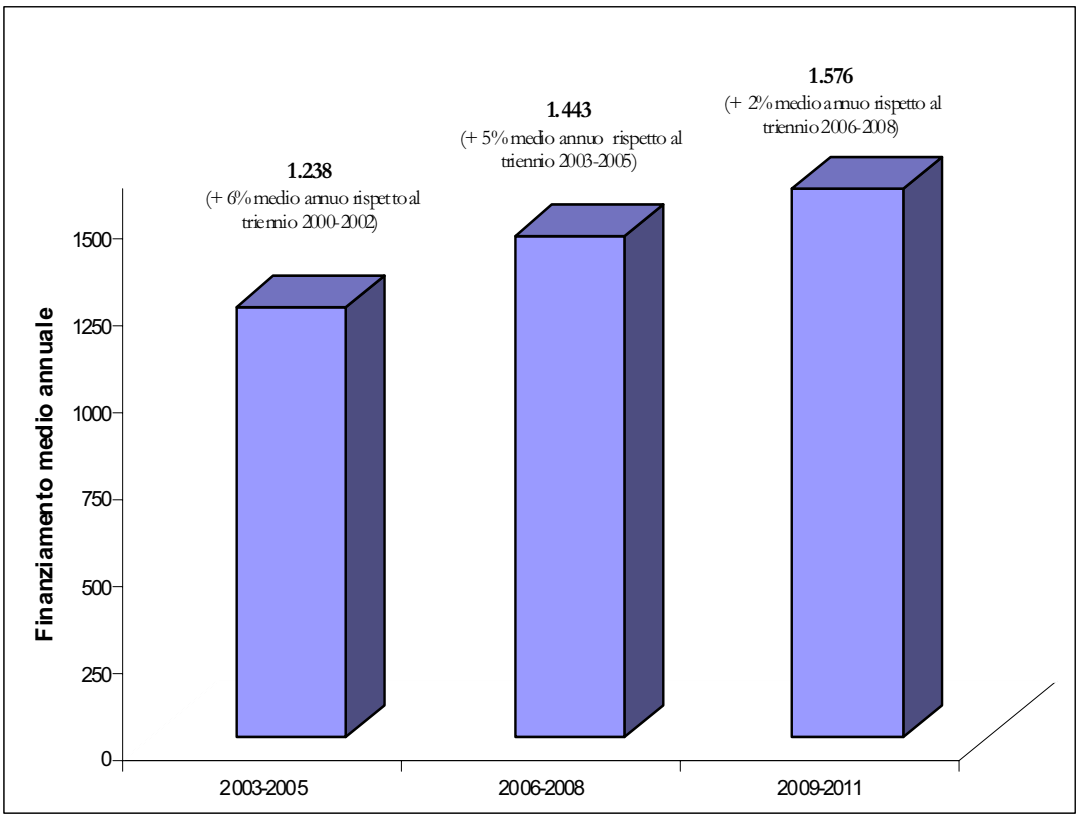
L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, nel recepire tale modello "federale" di finanziamento, prevedeva contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario, quest'ultimo inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA.

Stabiliva inoltre che, nel caso di superamento del limite di spesa fissato, le Regioni avrebbero dovuto integrare il finanziamento ricorrendo all'imposizione di tasse, alla introduzione di ticket o all'adozione di altre misure di razionalizzazioni idonee a recuperare, nel corso dell'esercizio successivo, lo scarto fra risorse assegnate e fabbisogno effettivo.

Tuttavia, nella sua concreta applicazione, il D.Lgs. 56/2000, a causa soprattutto dei meccanismi di riequilibrio dei fabbisogni regionali decrescenti, non è riuscito a rappresentare, come era nelle intenzioni, l'attuazione dei principi del federalismo fiscale enunciati dal nuovo art. 119: non ha risolto infatti il problema della sistematica sottostima dei fabbisogni sanitari e dunque del deresponsabilizzante ricorso a ripiani ex post dei debiti pregressi, e, più in generale, non ha garantito certezza, tempestività e sufficienza di risorse per il finanziamento delle funzioni attribuite.

Il permanere nel periodo di elevati livelli centrali di pressione fiscale, non ha permesso, al pari di altre Regioni non in deficit sanitario, specifiche manovre sulla propria potenzialità fiscale a integrazione delle risorse per la sanità. Pertanto, le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale risultano limitate a quelle determinate a livello centrale con la ripartizione nazionale.

La Figura sotto riportata sintetizza l'andamento del finanziamento regionale per il periodo 2003-2011. Il confronto degli incrementi annuali medi del finanziamento dei trienni 2003 – 2005 (+ 6%), 2006 – 2008 (+ 5%) e 2009 – 2011 (+ 2%) evidenzia che il finanziamento dell'ultimo triennio risulta fortemente sottodimensionato rispetto ai periodi precedenti e insufficiente a coprire la sola crescita dei costi determinata dall'inflazione specifica che si verifica nel settore sanitario.



Nel periodo 2003-2008 l'andamento delle risorse illustrato ha permesso di perseguire il sostanziale equilibrio di sistema, con necessità di rifinanziamento in corrispondenza dell'esercizio 2006.

Come già evidenziato nel DAP 2008-2010 le perdite conseguite dalle Aziende e rimaste ancora da coprire al 31 dicembre 2006, ammontano a 86,792 milioni di euro (come meglio riportato nella Tabella che segue), la cui copertura è prevista a carico del patrimonio disponibile (strutture ospedaliere dismesse e da dismettere e ulteriore patrimonio disponibile delle Aziende U.S.L.).

	TOTALE DA COPRIRE AL 31/12/ 2005	PRECONS. 2006	ULTERIORE ASSEGNAZ. 2006	RISULTATO DI ESERCIZIO 2006	TOTALE DA COPRIRE FINO AL 31/12/2006
Az. USL n. 1	-8.215.826,98	-5.974.000,00	5.974.000,00	+10.000,00	-8.215.826,98
Az. USL n. 2	-1.326.376,00	-18.933.000,00	18.933.000,00	+10.000,00	-1.326.376,00
Az. USL n. 3	-11.066.797,56	-3.107.000,00	3.100.000,00	- 7.000,00	-11.073.797,56
Az. USL n. 4	-16.959.659,78	-16.371.000,00	15.073.000,00	- 1.298.000,00	-18.257.659,78
Az. Osp. PG	-32.932.463,33	-2.893.000,00	2.893.000,00	+25.000,00	-32.932.463,33
Az. Osp. TR	-8.986.033,33	-800.000,00	800.000,00	+4.000,00	-8.986.033,33
TOTALE REGIONE	-79.487.156,99	-48.078.000,00	46.773.000,00	- 1.305.000,00	-80.792.156,99
INSUSS. dell'ATTIVO delle Aziende (da coprire)	-6.000.000,00				-6.000.000,00
TOTALE da COPRIRE	-85.487.156,99	-48.078.000,00	46.773.000,00	- 1.305.000,00	-86.792.156,99

Nonostante l'andamento dei flussi finanziari e la criticità del sistema di finanziamento sopra descritti, la Regione Umbria è risultata, nel periodo considerato, costantemente adempiente al Tavolo ministeriale di Monitoraggio per la verifica degli Adempimenti Regionali. Tale esito ha consentito di accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato rispetto al livello di cui all'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

La programmazione delle risorse finanziare per il triennio 2007-2009 è contenuta nell'Intesa tra Governo e Regioni relativa ad un nuovo "Patto per la Salute", di valenza triennale.

Il Patto si compone di un aspetto finanziario e di un accordo normativo e programmatico. L'accordo finanziario ha previsto un incremento delle risorse messe a disposizione dallo Stato centrale da 91 Miliardi, del 2006, a 97 Miliardi, del 2007, comprensivi di un fondo di accompagnamento di 1 Miliardo per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea con i livelli di spesa concordati, 99,042 miliardi per il 2008 e 102,245 miliardi per il 2009.

Il "Patto" si è caratterizzato anche per la ripresa degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria grazie al rifinanziamento ex art. 20 della L. 67/88 per l'importo complessivo di 2,4 Miliardi di Euro per il 2007 e, in base alla previsione della Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008), per 3 miliardi a carico del 2008.

Tuttavia, il cambio di Governo, avvenuto nel corso dell'anno, ha, di fatto, provocato una interruzione delle linee programmatiche all'interno delle quali Regioni e Governo avevano concordato le priorità e gli indirizzi di sviluppo dei servizi; una delle conseguenze risulta anche la dilazione del programma degli investimenti da cui deriva una totale incertezza sulla effettiva possibilità di erogazione degli stanziamenti previsti dal precedente Governo.

La manovra sulla spesa farmaceutica

La legge finanziaria per il 2008 ha introdotto inoltre una serie di norme specifiche a disciplina del settore della spesa farmaceutica pubblica. Tale cambiamento è il punto di arrivo di un processo avviato con il "Patto per la salute" con l'obiettivo di modificare la disciplina vigente, senza porre oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, per correggerne quegli aspetti che ostacolavano la programmazione delle imprese, scoraggiandone l'attività di investimento in R&S e l'introduzione di farmaci innovativi, e ne attenuavano l'intensità concorrenziale.

Nel concreto la riforma modifica i tetti imposti alla spesa farmaceutica ed il sistema di regolazione tra le imprese produttrici ed il SSN. Il tetto è elevato dal 13 al 14 per cento del finanziamento del SSN per la spesa territoriale, al cui interno si fanno rientrare sia il ticket

pagato dagli utenti, precedentemente escluso, sia la spesa per la distribuzione diretta, che prima era conteggiata nella spesa ospedaliera, mentre passa dal 3 al 2,4 per cento del finanziamento del SSN, per la spesa ospedaliera al netto della distribuzione diretta.

In corrispondenza, si rivedono anche le regole relative al ripiano dell'eventuale sforamento della spesa effettiva rispetto a quella programmata. Per la spesa territoriale, il ripiano è a totale carico degli operatori privati del settore (in precedenza era a carico di Regioni e imprese rispettivamente nella misura del 40 e 60 per cento), in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali. Le aziende produttrici, in particolare versano la quota a loro carico, direttamente alle Regioni interessate secondo il meccanismo del pay back vigente. Lo sforamento è, invece, posto interamente a carico delle Regioni, nel caso della spesa ospedaliera è, attraverso misure di contenimento anche di altre voci di spesa, a meno che la Regione non registri un equilibrio economico complessivo.

A ciascuna azienda produttrice viene riconosciuto un budget annuale, pari alle quote di mercato conseguite nell'anno precedente, al netto del corrispettivo relativo ai farmaci off-patent disponibili nei portafogli delle imprese e di quello versato per il ripiano degli sfondamenti. A tali risorse si aggiungono quelle rese disponibili dall'incremento dei tetti di spesa – per effetto cioè dell'incremento del FSN - e dai risparmi attesi dalle decadenze dei brevetti, che sono distribuite per il 60 per cento alle aziende, secondo i budget individuati. La restante parte, parte delle risorse aggiuntive va invece a finanziare due fondi di identico ammontare, l'uno riservato ai farmaci innovativi autorizzati nel corso dell'anno e l'altro necessario a soddisfare esigenze allocative che possono verificarsi in corso d'anno.

La riforma segna un miglioramento rispetto alla situazione preesistente, grazie all'introduzione di un sistema di regolazione ex ante e alla stabilità concessa ai prezzi, sostituendo al taglio dei prezzi il meccanismo di pay back.

Le risorse di parte corrente per il periodo 2007-2011

Il quadro economico individuato dal "Patto per la Salute" 2007/2009 è stato rivisto dal Decreto Legge 25.06.2008, n. 112, che, nell'anticipare la manovra finanziaria per il 2009/2011, ha determinato un ridimensionamento della dinamica di crescita del FSN; il Decreto Legge 154/2008, ha tuttavia ripristinato, limitatamente all'anno 2009, il finanziamento precedentemente previsto dal Patto.

Le risorse finanziarie previste per il Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2009/2011 così come definite dal nuovo Patto per la Salute, aggiornate con la manovra finanziaria per il 2008 e con il D.L. 154/2008, risultano pertanto:

Ipotesi finanziamento Regione Umbria - periodo 2009-2011

	2007	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**2010**	**%**	**2011**	**%**
FINANZIAMENTO COMPLESSIVO SSN (netto fondo transitorio)	96,040	99,082	3,17	102,683	3,63	103,945	1,23	106,265	2,23
di cui per ripartizione quota F.do Sanitario corrente	94,069	96,916	3,03	100,434	3,63	101,669	1,23	103,938	2,23
QUOTA INTEGRATIVA TICKET	0,511	0,834	63,21	0,834		0,400	-52,04	0,400	-
INTEGRAZIONE CONTRATTI	-	0,661		0,582	-11,95	0,069	-88,14	0,69	-100,00
TOTALE FINAZIAMENTO FSN	96,551	100,577	4,17	104,099	3,50	104,414	0,30	106,734	2,22
QUOTA REGIONE UMBRIA SU FINANZ. INDISTINTO	1,444	1,488	3,05	1,542	3,61	1,561	1,23	1,595	2,23
QUOTA SU INTEGRAZIONE FINANZIAMENTO	0,008	0,024	200,00	0,023	-4,17	0,007	-69,56	0,007	-
TOTALE QUOTA REG. UMBRIA	**1,452**	**1,512**	**4,13**	**1,564**	**3,46**	**1,568**	**0,22**	**1,603**	**2,22**

(valori espressi in Milioni di Euro)

Il D.L. 25.06.2008, n. 112, all'art. 79, che anticipa la manovra finanziaria per il triennio 2009/2011, conferma sostanzialmente il quadro delle risorse per il 2009. Il sopra citato Decreto non ha, però, definito la copertura della spesa relativa all'abolizione della quota ricetta introdotta dal governo Prodi e dallo stesso finanziata fino al 2008; successivamente la Legge 154/2008 ha confermato, limitatamente all'anno 2009, tale finanziamento.

Relativamente al biennio 2010-2011 viene fissata la dotazione del FSN, rispettivamente, in 103,945 e 106,265 MLD, determinando di fatto un ridimensionamento della dinamica di crescita dello stesso che si attesta sull'1,23% per il 2010 e sul 2,23% per il 2011.

Il trend di crescita del triennio risulta notevolmente ridimensionato rispetto alla dinamica attivata con il "Patto per la salute", attestandosi sui livelli più bassi negli ultimi 12 anni di finanziamento del SSN.

Tale drastica riduzione dei finanziamenti rispetto al trend del fabbisogno, è destinata a produrre effetti notevolmente pesanti per la sostenibilità dei Servizi Sanitari Regionali, in particolare a partire dal 2010.

Se si considera infatti il costante aumento della popolazione ed il trend inflattivo, l'incremento del finanziamento complessivo del SSN risulta per il 2010 e per il 2011 pressoché nullo se non addirittura negativo.
In questo contesto, commenta la Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni, "appaiono fortemente compromessi sia la sostenibilità del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale sia il processo di governo della spesa in atto in tutte le regioni".

La spesa sanitaria e la sostenibilità del sistema

Il trend della spesa sanitaria, sia pubblica che privata, in Italia risulta in linea con quello dei principali paesi europei con strutture organizzative del sistema sanitario simili. Come sopra evidenziato, la dotazione finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è andata negli anni crescendo, in alcune fasi anche in modo consistente, ma questo non ha impedito che il SSN abbia continuato a generare deficit.

Se la causa di tali deficit sia da attribuire ad un sottodimensionamento del fabbisogno piuttosto che ad inefficienza del sistema sanitario è una questione alla quale è difficile fornire una risposta univoca.

Relativamente al problema del sottodimensionamento del fabbisogno e del fatto che lo stesso cresca più del PIL, è noto in letteratura che questo problema possa essere in larga parte attribuibile a quattro fattori principali: le dinamiche demografiche ed epidemiologiche (in particolare l'aumento della disabilità e della cronicità), il progresso tecnologico e scientifico, la struttura dei costi di produzione in sanità e l'ampliamento della nozione di salute.

Nel caso del progresso tecnologico, recenti studi condotti dall'Ocse e da gruppi indipendenti di ricercatori (TECH Global Research network) hanno peraltro ampiamente dimostrato l'esistenza di un chiaro nesso di causalità tra l'adozione di politiche sanitarie che favoriscono l'introduzione di nuove tecnologie, l'adozione e la diffusione delle stesse nella pratica sanitaria ed il miglioramento nel livello di salute della popolazione, misurato come riduzione nei tassi di ospedalizzazione e di mortalità.

Questa evidenza pone il problema della valutazione degli effetti delle citate componenti nei modelli econometrici disponibili su base nazionale.

Un recente studio del Cer, ad esempio, ponendo l'accento sui fattori indicati e sulla innovatività ed efficacia dei piani di rientro in atto in alcune regioni (Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia), ipotizzava, in presenza del rispetto dei piani stessi, il pareggio di bilancio per il SSN entro il 2009; la stessa valutazione estesa al 2012 ipotizzava il

permanere dell'equilibrio in presenza di risorse stabili al 6,6% del PIL e andamento medio di crescita dello stesso (1% annuo).

Lo scenario descritto, aldilà dei limiti di valutazione degli aspetti qualitativi del sistema da parte dei modelli econometrici, è destinato ad essere comunque messo in discussione sia dall'evolversi del quadro economico, caratterizzato da bassa crescita e dalla manovra successivamente disposta dal Governo con la Legge 133/2008 di conversione del citato decreto 112/08 che, fatta salva una relativa stabilità della dinamica del fondo per il 2009, ipotizza incrementi del tutto inadeguati rispetto all'andamento storico per il biennio successivo, peraltro rimandando a misure generiche definite dal DPEF e ad un nuovo patto da sottoscrivere con le regioni entro il 31.12.2008 la riconduzione della spesa tendenziale verso la spesa programmata.

Il quadro illustrato, ulteriormente deteriorato dal profilarsi di una crisi finanziaria internazionale con epicentro negli Stati Uniti e in corso di rapida diffusione nel resto del mondo, con impatto sulle situazioni economiche di tutti i paesi sviluppati, pone con grande forza la questione della sostenibilità dei sistemi di welfare dei paesi europei e, in particolare, delle misure a finanziamento dei sistemi sanitari pubblici.

Per definire una strategia della sostenibilità acquistano pertanto particolare importanza le misure individuate al paragrafo 16 "Le azioni trasversali per la sostenibilità" e, a livello di strumenti, la possibilità di adeguare con rapidità le azioni sul sistema previste dal nuovo modello di programmazione.

Le risorse per gli investimenti

Come anticipato, uno degli elementi caratterizzanti del "Patto per la salute" è stato il rifinanziamento dell'art.20 della L.67/88 relativo al Piano straordinario degli investimenti.

La strategia descritta è stata supportata prevedendo con la L.F. per il 2007 l'importo complessivo di 2,350 Miliardi di Euro e con la L.F. per il 2008 ulteriori 3 miliardi di euro.

La disponibilità di queste risorse permette di rilanciare il Programma regionale degli investimenti quale strumento per supportare in modo decisivo il processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, attraverso il miglioramento dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali.

Esito del precedente ciclo programmatico

Il programma ex art.20 della legge 67/88.

Il ciclo programmatico derivante dal decorso Piano sanitario è stato caratterizzato prevalentemente dall'impiego dei fondi della II fase del programma originario ex art.20 della L.67/88, cui si sono aggiunti altre fonti derivanti da specifiche politiche di settore nazionali, quali i fondi per la realizzazione delle strutture per l'attività libero-professionale ex L. 254/2000, le risorse per il Piano alla lotta all'AIDS ex legge 135/90 e le risorse per il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative ex legge 39/99.

L'utilizzo delle risorse citate, integrate dalle risorse regionali derivanti dalla L.7/2004, ha sostenuto un vasto programma di ammodernamento e qualificazione che ha determinato il pressoché integrale rinnovo della rete ospedaliera regionale, a partire dalla realizzazione del Polo unico ospedaliero-universitario della città di Perugia.

Di seguito si riporta lo stato degli interventi programmati ex art.20:

INVESTIMENTO IN MIGLIAIA DI EURO								
	PROGRAMMA	**SUPERF. INTERV. (mq)**	**POSTI LETTO (n. p.l.)**	**1° TRIENNIO (Migliaia di Euro)**	**2° FASE – 1° TRANCHE (Migliaia di Euro)**	**2° FASE - 2° TRANCHE (Migliaia di Euro)**	**TOT ART 20 (Migliaia di Euro)**	**STATO ATTUAZ.**
1	ADEGUAMENTO IMPIANTI VARI	0	0	4.200	0	400	4.600	Concluso
2	OSP. CASTELLO	31.000	307	26.600	0	0	26.600	Concluso
3	OSP. CASTELLO POTENZ TECNO	0	0	4.100	0	0	4.100	Concluso
4	OSP. PERUGIA	103.000	500	19.800	70.200	0	90.000	Concluso
5	RSA MAGIONE	700	12	0	0	950	950	Concluso
6	OSP. FOLIGNO	53.000	400	11.000	55.000	0	66.000	Concluso
7	OSP. FOLIGNO POTENZ TECNO	0	0	0	0	4.600	4.600	Concluso
8	U.O.RIABIL. TREVI	6.200	40	7.400	2.500	0	9.900	Concluso
9	OSP. SPOLETO	10.000	200	5.400	5.100	0	10.500	In fase conclusiva
10	OSP. ORVIETO	25.000	200	22.300	0	0	22.300	Concluso
11	OSP. ORVIETO POTENZ TECNO	0	0	2.100	0	0	2.100	Concluso
12	OSP. TERNI – REALIZZAZIONE DEU	8.500	0	3.600	1.100	7.400	12.100	In fase conclusiva
13	RSA Le Grazie-TR	2.100	20	0	3.800	0	3.800	Concluso
	TOTALE	**239.500**	**1.679**	**106.500**	**137.700**	**13.350**	**257.550***	

Gli ulteriori investimenti programmati dalla Regione

Congiuntamente al Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria – derivante dall'art. 20 della legge 67/88, che rimane il programma base del processo di ammodernamento delle strutture sanitarie – la normativa nazionale ha previsto altri programmi mirati ad interventi per il miglioramento di strutture specifiche nel campo sanitario.

Interventi che la Regione Umbria ha programmato e attuato di concerto con le aziende sanitarie ed avviato nel tempo secondo la tempistica stabilita dalle stesse norme.

Il piano di lotta e prevenzione AIDS L. 135/90

Il piano ha previsto il finanziamento a totale carico dello Stato per la realizzazione di 4 interventi, per complessivi 87 nuovi posti letto per malati AIDS, così suddivisi:

PROGRAMMA	**POSTI LETTO**	**INVESTIMENTO A TOTALE CARICO DELLO STATO**	**STATO ATTUAZIONE**
CITTA' DI CASTELLO	7	685.733,18	CONCLUSO
PERUGIA	52	9.815.434,97	CONCLUSO
SPOLETO	7	1.293.472,82	CONCLUSO
TERNI	21	3.364.911,82	CONCLUSO
TOTALE	**87**	**15.159.552,79**	

(Importi espressi in euro)

I programmi sono stati completati e nonostante l'emergenza dell'AIDS sia rientrata rispetto alle proiezioni iniziali le strutture, dato le caratteristiche sanitarie e tecniche con le quali sono stati realizzati, svolgono attività di trattamento e cura delle malattie infettive.

Il piano di intervento nel settore materno-infantile

Con DGR 6081 del 23 settembre 1997, la Regione ha adottato il Programma di interventi per l'Area Materno Infantile di cui all'art. 3 della Legge 30 giugno 1996 n° 34. Il programma prevede la destinazione di risorse dell'art. 20 legge 67/88, per 1.674.000 euro (3.241 milioni di lire), per il potenziamento delle aree materno-infantile (consultori, parto assistito, ecc.) delle aziende sanitarie umbre.

Il finanziamento, come i fondi art. 20 legge 67/88 prevede una quota del 95% a carico dello Stato ed il 5% a carico della Regione.

INTERVENTO	STATO 95%	REGIONE 5%	TOTALE	STATO ATTUAZIONE
AZ OSP PERUGIA	319.000,00	17.000,00	336.000,00	CONCLUSO
AZ OSP TERNI	175.000,00	9.000,00	184.000,00	CONCLUSO
ASL 1	85.500,00	4.500,00	90.000,00	CONCLUSO
ASL2	160.500,00	8.500,00	169.000,00	CONCLUSO
ASL 3	663.000,00	35.000,00	698.000,00	CONCLUSO
ASL 4	187.000,00	10.000,00	197.000,00	CONCLUSO
TOTALE	**1.590.000,00**	**84.000,00**	**1.674.000,00**	

(Importi espressi in euro)

Il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (art. 1 L. 39/99)

Il programma ha previsto la realizzazione di strutture da destinare ai pazienti sottoposti a cure palliative nelle aziende USL, per i seguenti importi:

INTERVENTI	POSTI LETTO	1^ TRANCHE FINANZ.TO	2^ TRANCHE FINANZ.TO	TOTALE	STATO ATTUAZIONE
ASL 1	5	326.893,79	182.915,04	509.808,84	CONCLUSO
ASL 2	12	784.498,03	438.969,10	1.223.494,13	CONCLUSO
ASL 3	7	457.580,81	256.081,06	713.661,87	CONCLUSO
ASL 4	9	588.408,83	329.247,08	917.655,91	IN FASE CONCLUSIVA
TOTALE	**33**	**2.157.381,46**	**1.207.239,28**	**3.364.620,75**	

(Importi espressi in euro)

La concreta realizzazione di attività di cure palliative su tutto il territorio della Regione Umbria mira ad estendere le esperienze già maturate nella nostra Regione spostando risorse su una fascia di cittadini fino ad oggi emarginati, per superare la settorializzazione organizzativa attualmente prevalente.

Visto l'alto grado di integrazione che tale attività richiede il programma punta alla costruzione di una rete, come aggregazione funzionale di servizi distrettuali e ospedalieri, in sinergia con la rete di solidarietà sociale presente nel territorio, a garanzia della continuità di cura del paziente terminale, superando un assetto basato nella migliore delle ipotesi su cure palliative collocate in sedi ospedaliere, con proiezioni territoriali per assistenza domiciliare.

Il completamento delle opere strutturali oggetto avverrà entro il 2009.

Il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero-professionale (d.lgs. 254/2000).

Il programma ha finanziato la realizzazione di nuovi interventi o la ristrutturazione di spazi nelle attuali strutture sanitarie, con l'acquisto di attrezzature, da destinare all'attività

libero-professionale intramuraria. Gli investimenti complessivi sono stati superiori a 27 milioni di euro suddivisi tra le 6 Aziende Sanitarie, nei seguenti termini:

INTERVENTO	STATO 95%	REGIONE 5%	TOTALE	STATO ATTUAZ.
AZ OSP PERUGIA	6.845.119,74	360.269,46	7.205.389,20	CONCLUSO
AZ OSP TERNI	5.164.568,99	271.819,42	5.436.388,41	CONCLUSO
ASL 1	1.803.983,95	94.946,52	1.898.930,47	IN ATTUAZIONE
ASL2	4.669.803,28	245.779,12	4.915.582,40	CONCLUSO
ASL 3	4.652.760,20	244.882,12	4.897.642,32	CONCLUSO
TOTALE*	**25.677.941,61**	**1.351.470,61**	**27.029.412,21**	

(Importi espressi in euro)

Il programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani - (art. 71 l. 448/98).

L'art.71 della L.448/98 ha previsto la realizzazione di un Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

Il Piano si è prefisso tale scopo assumendo un approccio spiccatamente integrato tra i diversi segmenti di offerta assistenziale ed estendendosi a ricomprendere nella propria sfera di applicabilità anche interventi di tipo non strettamente sanitario ma comunque rilevanti ai fini dell'accessibilità ai servizi da parte dell'utenza.

La Regione dell'Umbria, è stata inserita nel programma con la città di Perugia destinando i fondi ottenuti ai seguenti interventi:

- Ristrutturazioni interne e sistemazione viaria area ex-Silvestrini;
- Realizzazione RSA "Il Grocco";
- Front -office e adeguamento funzionale e tecnologico poliambulatorio Europa;
- Servizio per le tossicodipendenze asl 2;
- Organizzazione/acquisizione/ristrutturazione Centri Salute;
- Strutture residenziali area psichiatrica parco S. Margherita;
- Centro residenziale riabilitazione neuromotoria.

Il piano di intervento prevede una spesa complessiva di circa 46 milioni di euro di cui 31 a carico dello Stato e 15 milioni di euro di cofinanziamento a carico delle due Aziende (ASL 2 ed Azienda Ospedaliera di Perugia), del Comune di Perugia della Regione e di soggetti privati.

Il Piano, suddiviso in 36 sottoprogetti, è stato approvato dalla Regione Umbria, con atto n. 462 del 12 aprile 2000 e nel 2001 il Ministero della salute ha ripartito le risorse finanziarie destinate alla Regione:

	INVESTIMENTO	STATO ATTUAZIONE
ASL 2	16.345.860,86	CONCLUSO

* N.B. Gli importi totali sono comprensivi anche degli importi riferiti alla ASL 4, seguenti:

ASL 4	2.541.705,44	133.773,97	2.675.479,41	IN ATTUAZIONE

AZIENDA OSP. PG	11.362.051,78	CONCLUSO
PRIVATI	2.324.056,05	CONCLUSO
COMUNE DI PERUGIA	16.110.872,97	CONCLUSO
TOTALE	**46.142.841,65**	

(Importi espressi in euro)

Il programma finanziato con i fondi INAIL

L'INAIL, di concerto con il Ministero della Salute, pone a disposizione delle Regioni finanziamenti da destinare a strutture sanitarie. Nell'ambito di questo Programma l'Umbria ha realizzato il Nuovo Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, attivo dal 2008, con un investimento di circa 39 milioni di euro che, entrato già in funzione, ha sostituito i due ospedali di Gubbio e Gualdo Tadino.

La legge Regionale n. 7 del 26 maggio 2004 e l'ammodernamento delle strutture sanitarie attraverso l'implementazione tecnologica.

Come anticipato, il Piano investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20 è stato uno strumento fondamentale per supportare il processo di razionalizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari regionali al quale si sono aggiunti nel tempo gli ulteriori finanziamenti descritti, derivanti da leggi statali volte a completare il disegno di modernizzazione e miglioramento della qualità dei servizi.

I finanziamenti descritti, pur integrati dal cofinanziamento regionale e aziendale, non sono stati sufficienti a coprire le reali esigenze della regione, data l'obsolescenza della rete ospedaliera e delle tecnologie disponibili.

Perciò, la Regione Umbria, con propria legge n. 7 del 26 maggio 2004, ha dettato disposizioni in materia di finanziamento degli investimenti del servizio sanitario regionale, assicurando così la copertura finanziaria integrativa, necessaria a rafforzare il processo di riqualificazione edilizia, strutturale e tecnologica del patrimonio pubblico destinato all'erogazione dei servizi socio-sanitari.

In particolare sono stati assegnate nel periodo 2004-2007 le seguenti risorse, per un totale di € 74.900.000:

- ASL n.1 - € 3.830.000 - implementazione tecnologica e delle attrezzature del nuovo ospedale comprensoriale di Gubbio-Gualdo Tadino;
- ASL n.2 - € 7.000.000 – quota- parte per realizzazione ospedale di territorio del lago Trasimeno e realizzazione Palazzo della Salute di Bastia;
- ASL n.3 - € 12.400.000 – potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione Ospedale di Foligno;
- ASL n.4 - € 5.000.000 – Attrezzature ed implementazione tecnologica ospedale comprensoriale di Narni-Amelia;
- Azienda Ospedaliera di Perugia - € 43.670.000 - Potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione Polo Unico Silvestrini;

- Azienda Ospedaliera di Terni - € 3.000.000 - Potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione DEU.

Il Piano Investimenti nel suo complesso, inteso come insieme dei finanziamenti concessi e totalmente utilizzati con un apporto significativo di finanziamenti regionali, ha consentito all'Umbria di ammodernare la sua rete ospedaliera e sanitaria collocando la nostra Regione tra le prime per capacità attuativa e progettuale.

I progetti hanno avuto tutti un forte indirizzo verso la centralità del paziente e l'umanizzazione dell'assistenza, la qualità e la professionalità del personale curante. mantenendo e migliorando il già elevato standard qualitativo dell'assistenza umbra.

In particolare gli interventi realizzati hanno tenuto conto dell'integrazione con il territorio, la capacità del rinnovamento tecnologico con conseguente impatto positivo sugli aspetti gestionali delle Aziende Sanitarie e la salvaguardia dei valori paesaggistici della zona circostante.

Il programma degli ospedali di territorio.

La realizzazione degli ospedali di territorio che andranno a sostituire ed accorpare i presidi già esistenti consentirà alla Regione dell'Umbria la completa attuazione delle proprie linee programmatiche attinenti la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Gli ospedali previsti sono:

Nuovo Ospedale di Todi-Marsciano, già in fase di realizzazione entrerà in funzione nel 2009;

Nuovo Ospedale Narni-Amelia, attualmente in fase di progettazione;

Nuovo Ospedale del Trasimeno (Castiglion del Lago–Città della Pieve) attualmente in fase di progettazione.

Il programma degli investimenti 2009-2011.

Le risorse stanziate dalle leggi finanziarie 2007-2008, ammontanti per la Regione dell'Umbria a circa 83,7 milioni di euro, permettono di iniziare un nuovo ciclo di programmazione degli investimenti che, nel rispetto dei criteri stabiliti dalle leggi nazionali, consentirà di completare il processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, attraverso l'innalzamento della qualità del sistema, dell'innovazione tecnologica, dell'accreditamento, della qualificazione delle reti ospedaliere e del potenziamento dei servizi territoriali.

Alle fonti statali vanno aggiunti fondi derivanti dall'applicazione della L. 7 del 2004 che integra per circa 21,9 milioni di euro le disponibilità necessarie a garantire la completa attuazione degli interventi programmati.

Tenuto conto dello stato di attuazione dei programmi e delle esigenze prospettate dalle aziende sanitarie, la programmazione del triennio, oltre a garantire il finanziamento per il completamento della rete degli ospedali di territorio, sarà orientata alla messa a norma delle strutture e al potenziamento tecnologico.

2.2 Le caratteristiche demografiche

La popolazione che abita un determinato territorio è il principale fruitore delle strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e per la salute e le sue caratteristiche determinano e condizionano la domanda di salute e di assistenza; pertanto l'analisi della struttura e dei fenomeni di transizione demografica, che influenzano la corrispondenza dell'offerta dei servizi alla richiesta effettiva della popolazione, è di importanza fondamentale per un'adeguata programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria nella regione.

Dal punto di vista sanitario, la distribuzione territoriale, la struttura della popolazione per età e sesso e il rapporto popolazione attiva e dipendente costituiscono un riferimento essenziale per valutare potenzialità e bisogni. La distribuzione della popolazione sul territorio regionale influisce sulla distribuzione e l'accessibilità dei servizi; l'invecchiamento comporta un aumento dei carichi assistenziali, in particolare per quanto riguarda la cura delle malattie croniche e disabilitanti e determina la richiesta di servizi specifici. D'altra parte uno squilibrio tra la componente attiva della popolazione e quella dipendente può comportare un aumento della richiesta di assistenza sanitaria e sociale.

Scopo del presente capitolo è quello di delineare, attraverso la descrizione delle caratteristiche demografiche della popolazione umbra, lo scenario dal quale potrebbero svilupparsi eventuali problemi di salute nella popolazione e dal quale possono arrivare utili indicazioni per la programmazione dell'assistenza sanitaria.

In particolare, per descrivere la struttura della popolazione sono stati utilizzati il rapporto di mascolinità, la composizione percentuale per grandi classi di età e l'indice d'invecchiamento, la piramide delle età, la speranza di vita alla nascita, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza; l'andamento nel tempo di tali indicatori è stato descritto facendo un confronto tra il dato più recente disponibile, relativo al 1 gennaio 2007, e i dati dei due precedenti censimenti del 2001 e del 1991.

Le principali informazioni sulla dinamica demografica sono state tratte dal calcolo del bilancio demografico, dai tassi di fecondità, di natalità e di mortalità; il trend temporale prende in considerazione il periodo 2000 – 2006.

La struttura della popolazione e la dinamica demografica sono state descritte utilizzando i dati ISTAT riguardanti la popolazione residente al 1° gennaio 2007 per sesso, classe di età quinquennale e comune e i censimenti ISTAT 1991 e 2001; il bilancio demografico anno 2006 e la popolazione residente al 31 dicembre 2006 per comune; la popolazione straniera residente al 1 gennaio 2007 per comune.

La struttura della popolazione

La popolazione residente in Umbria al 1° gennaio 2007 è di 872.967 abitanti; il 52% della popolazione umbra è di sesso femminile con un rapporto medio di mascolinità di 93,7 maschi ogni 100 femmine; il 7,3% della popolazione residente è rappresentato da stranieri, il 23% dei quali ha meno di 18 anni.

La quota di popolazione con più di 65 anni è aumentata di 4 punti percentuali dal 1991 al 2007, passando dal 19% al 23% (fig.1); l'invecchiamento costante nel tempo della

popolazione è dovuto prevalentemente alla componente dei grandi anziani, ovvero dei soggetti con più di 75 anni.

La struttura della piramide delle età evidenzia il peso consistente della componente femminile nelle classi più anziane; sopra i 75 anni di età il 4,5% sono uomini a fronte di un 7,4% di donne (fig. 2). La speranza di vita alla nascita in Umbria è infatti, secondo i dati ISTAT del 2004, di 78,7 anni per gli uomini e di 84,3 anni per le donne, in miglioramento rispetto ai dati del 1999 e con valori superiori sia a quelli nazionali sia a quelli del Centro Italia (tab. 1).

Figura 1 - Indice di invecchiamento: trend 1991-2007

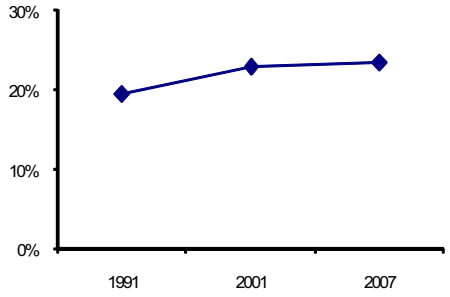


Figura 2 – Piramide delle età: Umbria 2007

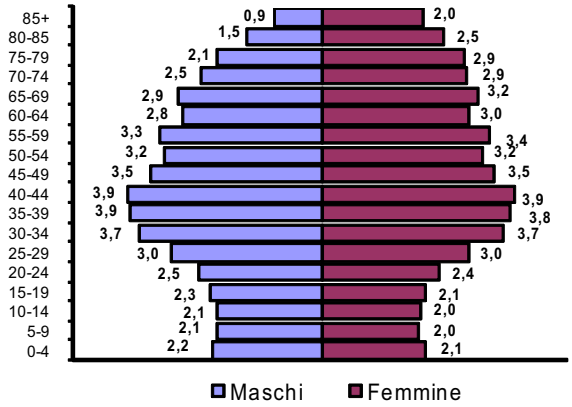


Tabella 1 – Speranza di vita alla nascita (in anni): confronto 1999-2004

	UMBRIA		CENTRO		ITALIA	
	M	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**
1999	76,9	82,8	76,4	82,5	76,0	82,1
2004	78,7	84,3	78,2	83,8	77,9	83,7

Per descrivere ulteriormente la struttura della popolazione, ed in particolare il fenomeno del costante invecchiamento, possono essere utilizzati alcuni indici quali l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza.

L'indice di vecchiaia, che è passato da un valore di 142,4% nel 1991 ad un valore di 185,9% nel 2007, mostra una leggera flessione rispetto al 2001 (186,3%), con una tendenza quindi ad una stabilizzazione del fenomeno dell'invecchiamento nella popolazione umbra (fig.3).

L'indice di dipendenza totale, che è soprattutto di rilevanza economica e sociale, è in continuo aumento dal 1991, soprattutto nella sua componente senile; nel 2007 ci sono 56 persone cosiddette dipendenti ogni 100 persone nella fascia di età considerata attiva (fig. 4).

Figura 3 – Indice di vecchiaia: trend 1991-2007

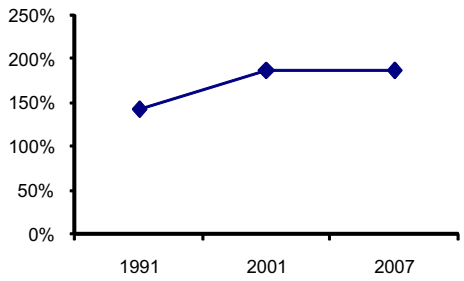
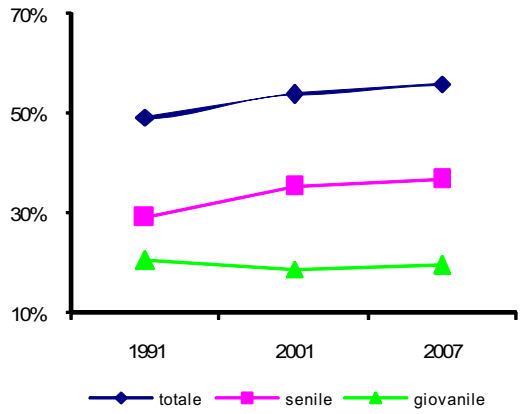


Figura 4 – Indice di dipendenza: trend 1991-2007



Il confronto tra le ASL e la media regionale mette in evidenza il maggior invecchiamento della popolazione sul territorio della ASL 3 e soprattutto della ASL 4, che hanno per lo più valori degli indici allineati o superiori alla media regionale (figg.5-7).

Figura 5 – Indice di invecchiamento per ASL: Umbria 2007

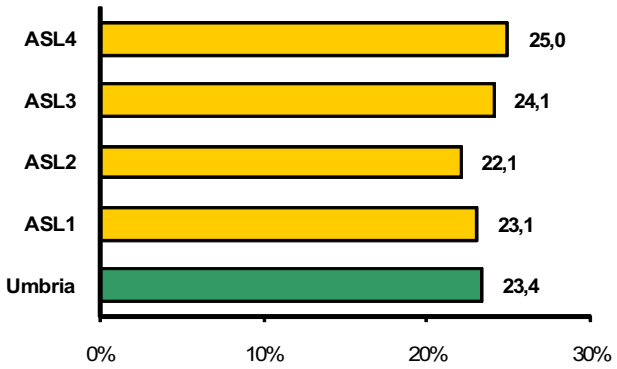


Figura 6 – Indice di vecchiaia per ASL: Umbria 2007

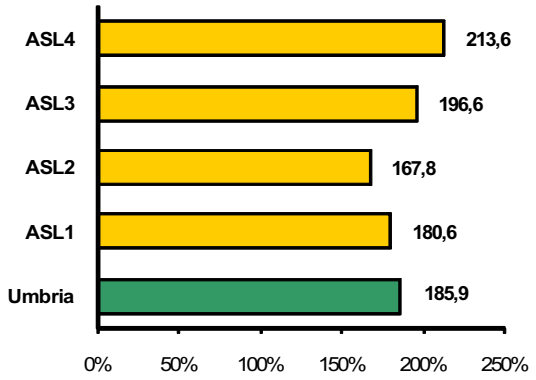
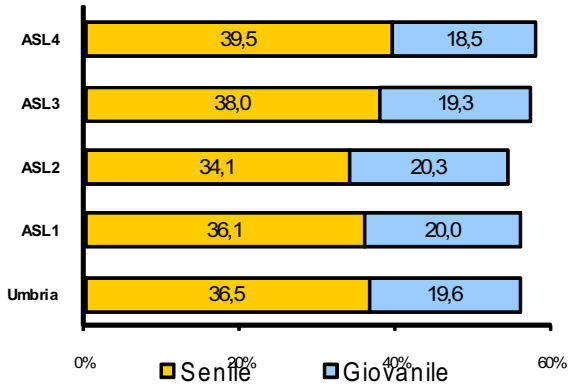


Figura 7 – Indice di dipendenza per ASL: Umbria 2007



La dinamica demografica

La popolazione umbra è in costante crescita; dal 2000 al 2006 è passata da 840.482 a 872.967 abitanti, con un incremento di 32.485 unità pari al 3,9%; tale crescita è dovuta al fatto che il flusso migratorio compensa il saldo naturale negativo, anche se dal 2003 il flusso di immigrati è andato via via diminuendo. Nel 2001 si è verificata una lieve flessione del saldo demografico dovuta al fatto che il censimento ha probabilmente riallineato i dati del precedente periodo intercensuario (fig. 8).

Il saldo naturale, pur restando negativo, tende a crescere per un costante seppur lieve aumento del tasso di natalità ed una sostanziale stabilità del tasso di mortalità; nel 2006 in Umbria, secondo i dati ISTAT, sono nati 7.822 bambini, il 15% dei quali sono stranieri; il tasso di natalità è passato da 8,1 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2000 a 9,0 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2006, con un andamento sovrapponibile a quello italiano e del Centro Italia, anche se con valori sempre lievemente inferiori (fig. 9). Parallelamente, il tasso di fecondità è progressivamente aumentato, passando da 35,5 nati vivi per 1.000 donne in

età feconda nel 2000 a 40,0 nel 2006, in linea con i valori medi italiani e del Centro Italia (fig. 10).

Il tasso di mortalità mostra, nel complesso del periodo considerato, una tendenza alla stabilità con valori nel 2000 di 10,8 e nel 2006 di 10,9 morti ogni 1.000 abitanti; i valori umbri restano tuttavia più elevati rispetto sia a quelli medi nazionali sia a quelli del Centro Italia (fig. 11).

Figura 8 – Bilancio demografico: trend 2000-2006

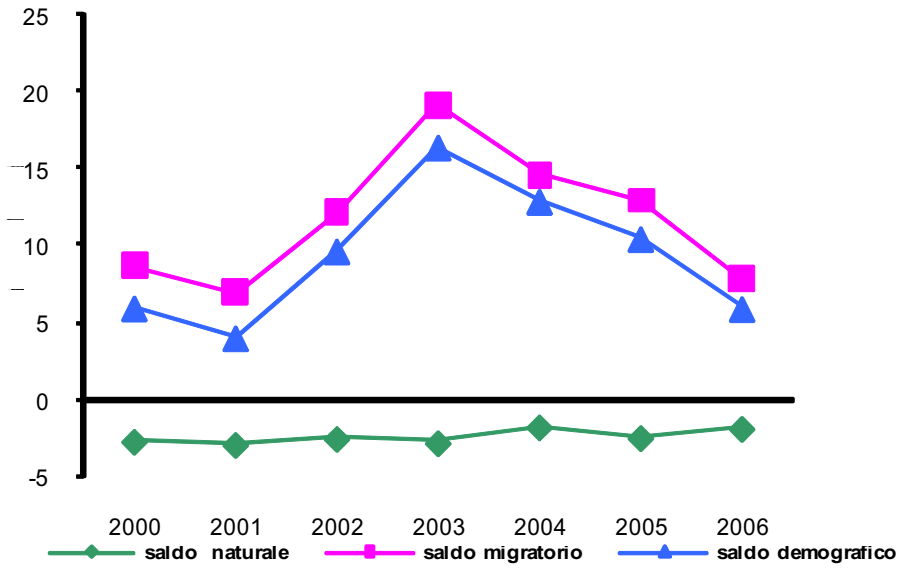


Figura 9 – Tasso di natalità: trend 2000-2006

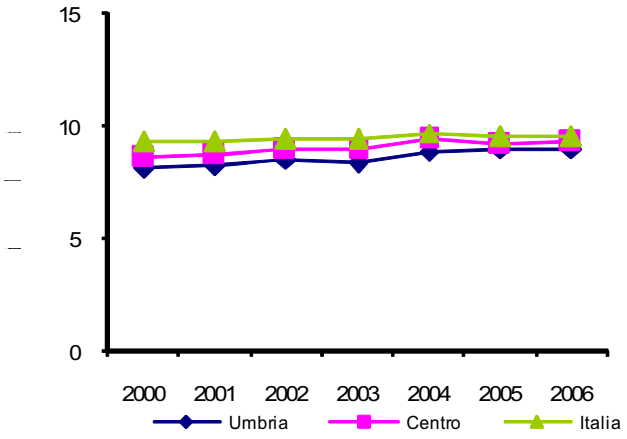


Figura 10 – Tasso di fecondità: trend 2000-2006

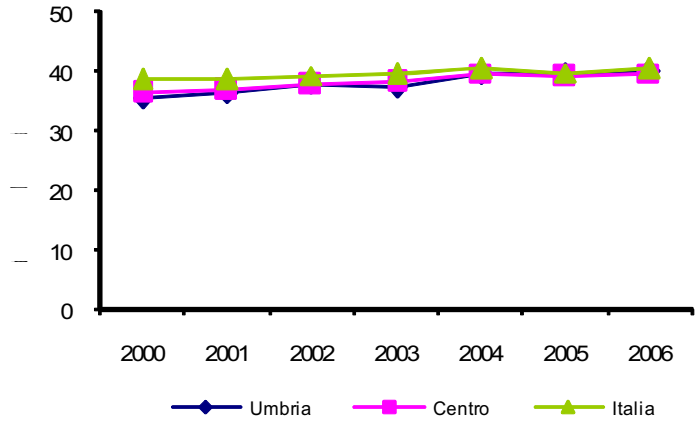
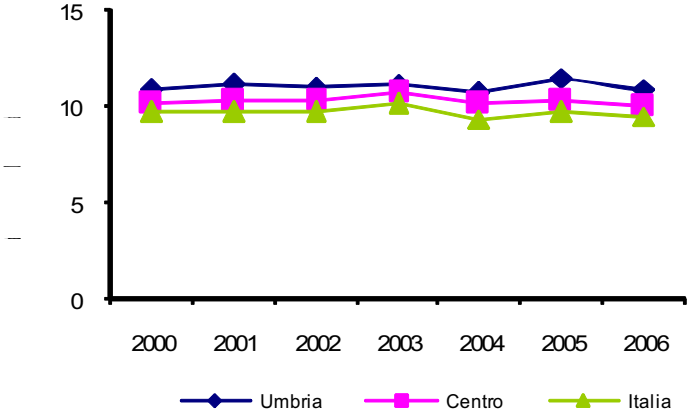


Figura 11 – Tasso di mortalità: trend 2000-2006



2.3 L'evoluzione delle dinamiche sociali e i segnali di malessere in Umbria

L'Integrazione sociale e il "modello NEC"

In epoca contemporanea, le fasi di mutamento che hanno attraversato la nostra regione sembrano seguire un andamento carsico: dopo periodi in cui affiora la discontinuità con il passato, ne succedono altri, in cui il cambiamento – pur profondo – pare più latente, tanto da consentire uno sviluppo tendenzialmente più tranquillo ed "equilibrato".

Forti tensioni sociali e "salti" che segnano marcate discontinuità rispetto al passato si riscontrano negli squilibri e nelle forti tensioni sociali a partire dal secondo dopoguerra e dagli anni '50: in quella fase le lotte mezzadrili, la smobilitazione dell'apparato industriale di origine bellica, le ondate di emigrazione, la trasformazione profonda dei rapporti di forza fra ceti e classi (Covino 1995, 65-72; idem 2005, 33) rendono evidenti molti costi sociali

rilevanti ("de-ruralizzazione", urbanizzazione[23]), entro un quadro demografico in movimento.

Durante i decenni successivi e in una cospicua parte della nostra regione subentra un secondo tipo di mutamento, simile a quello di altre regioni del NEC (Nord Est e Centro)[24]: cioè un equilibrio meno traumatico perché senza cesure laceranti rispetto alla nostra tradizione secolare. Diffondono e fanno prosperare la piccola e media impresa rilevanti risorse endogene, materiali e immateriali, tratte dal passato artigiano e rurale: le virtù dell'ethos contadino, la tenuta della famiglia di origine mezzadrile, l'attitudine al risparmio, la propensione alla pluriattività, l'atteggiamento imprenditoriale nelle "famiglie-imprese" dei contadini autonomi e dei mezzadri (Bagnasco 1996, 62)[25,] «una capacità di lavoro per alcuni aspetti inesauribile» (Covino 1995, 75), una forza lavoro abbondante, flessibile e a basso costo, etc.

L'equilibrio del sistema sociale si rafforza ulteriormente grazie allo stretto intreccio fra la tradizione culturale, l'economia e la politica. Non si assiste all'avvento di un mercato economico "puro" (laissez-faire); piuttosto, l'utilizzo di quelle risorse – di natura non solo economica, ma anche sociale e istituzionale – innesca la "costruzione sociale del mercato"[26], ossia un sistema locale fortemente integrato e innervato da fitti legami fiduciari (Bagnasco 1996, 203).

Da qui deriva un «particolare tessuto socio-economico che si caratterizza per una peculiare miscela di elementi tradizionali e moderni e per un elevato grado di integrazione sociale» (Trigilia, 1996, 157). «Dal lavoratore non completamente proletarizzato perché dotato di risorse familiari, all'impresa artigianale, alla piccola e poi media impresa industriale esiste un continuum sociale e culturale che rende sfumati i rapporti. La struttura delle parentele e delle amicizie rivela legami fra le classi. L'insieme di questo contesto e la possibilità di mobilità sociale rendono non polarizzata la struttura sociale. L'erosione del mercato che deriva dalle conseguenze culturali e politiche della polarizzazione di classe rimane dunque più contenuta» (Bagnasco 1988, 54-5).

Con l'unica vistosa eccezione di Terni, nel resto dell'Umbria quasi ovunque è assente la concentrazione industriale[27;] comunque i fenomeni di urbanizzazione, pur talvolta

---

23 «Perugia ha conosciuto una ipertrofizzazione di funzioni che non ha mancato di alimentare uno sviluppo edilizio disordinato, un inglobamento di fatto rapido e incontrollato dei piccoli centri limitrofi, creando una conurbazione urbana non sempre di facile gestione. Terni ha conosciuto, invece, un processo di progressivo smarrimento della sua identità di città industriale» (Covino 1995, 80).

24 Il mutamento che ha attraversato l'Umbria è simile ma sotto vari aspetti non coincide esattamente con quello del NEC: il dualismo Perugia-Terni (cfr. Gallo 1997, 320 ss.); il basso livello di tecnologia e ricerca incorporate nella produzione; la caratterizzazione merceologica delle imprese; la scarsa connessione settoriale d'area, la meno diffusa maglia imprenditoriale caratterizzata da bassa capitalizzazione, etc. (Montesperelli 1999).

25 «Si trattava di vere e proprie unità produttive, con divisione interna del lavoro e strutture di autorità ben definite. Nonostante alti e bassi economici nel corso del tempo, tali famiglie erano organismi capaci di un certo controllo sul proprio destino, abbastanza autonomi da sperimentare capacità organizzative, abbastanza stabili nel tempo da sedimentare le proprie esperienze, durati abbastanza a lungo per arrivare all'appuntamento con mutate condizioni generali» (Bagnasco 1988, 52).

26 «La differenza è che un assoluto liberismo di mercato consiste nel gioco di numerose imprese in concorrenza fra loro, a fronte delle quali stanno attori sociali isolati, in qualità di prestatori di lavoro e consumatori. Nel nostro caso, invece, di fronte a numerose imprese in concorrenza abbiamo una situazione sociale più strutturata, con presenza di organizzazioni e istituzioni che aggregano interessi e identità» (Bagnasco 1988, 61).

27 Cfr. Becattini (2007)

consistenti, non sono certo così massicci come in altre aree del Paese[28], l'ampia capacità di valorizzare le "risorse di identità locale" e le relazioni fiduciarie che attraversano l'intera comunità accentuano le capacità di conoscere il mercato, e al contempo attenuano le incognite e l'incertezza collettiva; anche l'alto rendimento istituzionale e la cultura civica (Putnam, 1993), la buona qualità dei servizi alla persona (scuola, sanità, trasporti, assistenza agli anziani, etc.), le funzioni di "ammortizzatore sociale" garantite dalla famiglia concorrono a prevenire o a contenere gli squilibri sociali, che altrimenti sarebbero molto più laceranti. Un'ampia flessibilità nel mercato del lavoro ed altre difficili condizioni lavorative (scarsa protezione, bassi salari, flessibilità dell'offerta, precarietà, lavoro nero, etc.) certamente non mancano, ed anzi talvolta sono favoriti dal nostro particolare tessuto socio-economico; ma le conseguenze più pesanti vengono spesso stemperate da un ambiente sociale non particolarmente traumatico[29]. Anche quando diviene più difficile per la politica orientare l'economia regionale e più complesso mantenere una stabile convergenza fra attori politici, economici e sociali, il welfare locale svolge un ruolo centrale nella tenuta del tessuto sociale e dell'insieme della vita civile (Carnieri 1990 e 1992)[30].

Questi sono stati – e in parte lo sono tuttora – gli ingredienti di una formula a lungo vincente, perché ha consentito una crescita economica forte, diffusa e "dal basso", accettata e sostanzialmente condivisa perché capace di diffondere i suoi frutti a gran parte della popolazione, di solito senza gravi scompensi sociali.

I mutamenti della società umbra

Nela fase qui descritta cambia l'intero volto della struttura socio-demografica. Intorno agli anni '60 inizia a diventare evidente anche per l'Umbria il passaggio da una società "progressiva di transizione" all'odierna società "maturo-stazionaria", tipica di una realtà post-industriale (v. p. es. Livi Bacci 1981; Poursin 1989). Quest'ultima è una società con bassa fecondità; sono poche le nascite, pochi i giovani e perciò le famiglie si assottigliano; oggi in Umbria la famiglia media è composta da appena 2,6 componenti, cioè si è dimezzata rispetto ad un secolo fa.

Inoltre aumenta la speranza di vita. Una donna umbra nata nel '51 aveva buone probabilità di vivere fino a 69 anni; una donna umbra nata ora, con ogni probabilità varcherà la soglia di 83 anni. Poche nascite e poche morti comportano sia un saldo naturale prossimo allo zero[31], sia l'invecchiamento della popolazione (su cui torneremo fra poco).

---

28 Ad esempio, più che di urbanizzazione come concentrazione massiccia dalla campagna alla città, Becattini preferisce parlare di "campagna urbanizzata" (1975).

29 Vedi Bagnasco (1977); Bracalente (1986); Montesperelli (1988, 479 ss.); Carnieri (1990, 108 ss.); Paci (1992, 19 ss.); Covino (1995, 75-77).

30 «L'intervento politico ha seguito ed assecondato la crescita spontanea e i suoi meccanismi, piuttosto che averla orientata e regolata. Le regioni hanno scarsa possibilità istituzionale di pianificazione economica in senso stretto; esse hanno però la possibilità di intervenire in varie forme (…). Le regioni e gli altri enti territoriali forniscono un contributo rilevante nella costruzione sociale del mercato in ambiti istituzionali non economici (…). Le regioni della piccola impresa sono spesso con standard di servizi fra i migliori del Paese; il welfare state è diventato qui una realtà più consistente che altrove. Questo ha conseguenze sulla forma dell'integrazione sociale e sul funzionamento del modello economico» (Bagnasco 1988, 59).

31 L'Umbria ha un saldo leggermente negativo, perché le nascite sono lievemente inferiori alle morti.

La morte spostata fino ad un'età molto avanzata, accanto ad un livello di benessere incomparabile rispetto al passato, fanno sì che le persone abbiano a disposizione molto più tempo: per il non-lavoro, per i consumi anche voluttuari, per soddisfare nuovi bisogni non più legati a beni materiali ma all'espressività e alla socialità, per i rapporti con gli altri (Inglehart 1983). Le relazioni interpersonali oggi assumono un ruolo centrale nella costellazione dei valori e delle attese, talvolta fino a sfociare nella "eterodirezione" (Riesman 1967): l'individuo diviene molto più sensibile all'approvazione, al riconoscimento, ai "segnali", ai messaggi che provengono dai suoi simili (amici, coetanei, agenzie di socializzazione, mass-media, etc.)[32.]

Gli stessi consumi si modellano su stili relazionali, identitari, immateriali; diventano segno, linguaggio, comunicazione; tendono a distaccarsi dalla standardizzazione di massa per personalizzarsi, per plasmarsi sulle peculiarità di ciascun individuo (Fabris 2003). In questo nuovo humus culturale si colloca anche la domanda crescente di "personalizzazione" dei servizi, di accoglimento della propria peculiare identità e dei propri specifici bisogni, in nome di valori quali il riconoscimento reciproco, la collaborazione anche su piani nuovi e diversi, la fiducia personale.

Quanto all'invecchiamento della popolazione, esso dipende soprattutto dalla riduzione della mortalità e dalla natalità stazionaria o in calo. Nel 1971 in Umbria gli anziani erano il 12,4%; in 25 anni sono quasi raddoppiati (23,2%): sicché oggi la nostra regione è la più anziana (subito dopo la Liguria) nella nazione più anziana.

Questa tendenza non sembra congiunturale: secondo l'Istat, al 2050 si avrà un incremento di quasi il 44% degli anziani maschi e del 39% delle anziane. Poiché nel contempo l'insieme della popolazione tenderà a decrescere, il peso relativo degli anziani sarà ancora più rilevante: oggi il rapporto è di un anziano ogni quattro umbri, ma fra meno di cinquanta anni avremo un anziano ogni tre umbri.

L'invecchiamento della popolazione e la ridotta natalità accrescono il numero delle famiglie e delle reti parentali "multigenerazionali": in esse i bambini e gli adolescenti sono sempre meno, ma vengono posti al centro dell'attenzione di sempre più adulti e anziani, con conseguenze rilevanti sui modelli educativi e sul "carattere sociale" della nostra società (come già rilevava Riesman, proprio questi mutamenti demografici accentuano la "eterodirezione").

Per continuare ad elencare i più rilevanti mutamenti, va aggiunto che, data la incidenza crescente degli anziani, non è lontano il momento in cui essi diventeranno un target elettivo del mercato; conseguentemente, essi definiranno nuovi "stili di vita" e contribuiranno ad una più accentuata segmentazione dei consumi . Già ora la famiglia di origine, composta dagli anziani genitori, svolge un ruolo significativo nell'influire sui consumi delle giovani coppie, soprattutto per spese finanziariamente significative: acquisto della casa, rinnovo dei mobili, emergenze a carattere eccezionale, etc. (Fabris 2003, 327).

32 Secondo Riesman, le caratteristiche della "società eterodiretta" sarebbero: declino quasi totale dei modelli tradizionalisti; secolarizzazione della morale; acuta sensibilità alla socialità, alle relazioni interpersonali non gerarchiche e al riconoscimento da parte dei "pari"; abilità comunicativa; "psicologia dell'abbondanza e dell'opulenza"; "cultura metropolitana", cosmopolitismo.

Una quota così consistente di anziani costituisce sicuramente un segno di benessere, di alta qualità della vita, di assistenza efficiente, di intensa integrazione sociale, etc.[33.] Ma l'invecchiamento comporta anche l'incremento di persone molto anziane, di solito bisognose di assistenza. La quota di anziani con 75 anni e più è cresciuta in tutta Italia; in Umbria costituisce l'11,4% della popolazione: ci precede solo la Liguria (12,8%), mentre a breve distanza ci seguono la Toscana (11,3%) e le Marche (10,8%).

Fra pochi anni un ultrasessantenne su tre avrà più di 80 anni. Allora non sarà più sufficiente parlare di anziani tout court, perché dentro questa denominazione generale troveremo classi d'età e quindi condizioni socio-sanitarie profondamente differenti. Avremo a che fare anche con relazioni complesse fra generazioni d'anziani: una donna ultrasessantenne su due avrà la madre, di 85-90 anni, ancora viva, con evidenti conseguenze sul piano della cura e del sostegno: infatti «una persona vecchia graverà da molti punti di vista, a partire da quello psicologico, su una persona che comincia ad essere anziana» (Golini 2003, 98).

L'invecchiamento della popolazione rafforza un altro mutamento forse di pari importanza: l'ingresso degli immigrati stranieri. Infatti l'assottigliamento delle classi più giovani invoca l'arrivo di immigrati giovani nel nostro mercato del lavoro, una tendenza che si rafforzerà in futuro[34,] ma che è già ora in atto, in tutto il Paese e specialmente in alcune aree come la nostra. L'inserimento degli immigrati nel mercato del lavoro copre classi d'età e settori marginali, che altrimenti sarebbero rimasti più scoperti. In secondo luogo, l'invecchiamento della nostra popolazione, oltre a liberare posti di lavoro per gli stranieri, ne crea di nuovi: si pensi al reclutamento di donne immigrate come collaboratrici familiari e per l'assistenza agli anziani. In tal modo si vengono a saldare due realtà diverse e complementari[35]: da un lato, la ricerca di lavoro da parte degli immigrati; e, dall'altro, le carenze del welfare italiano, che non sempre è riuscito a tener dietro all'evoluzione demografica della nostra società e ai nuovi bisogni sociali (Montesperelli 2006 e 2007).

Per quanto gli immigrati comportino alcuni problemi sociali, l'Umbria sembra rispondere meglio delle altre regioni alle esigenze di accoglienza: ad esempio, nell'indice di integrazione degli immigrati, elaborato da Ricolfi (2007), la nostra regione può vantare il primo posto. Ciò che è più rilevante nei recenti flussi immigratori ha una valenza culturale: l'ingresso in Umbria di religioni, culture, modelli di comportamento diversi, talvolta assai differenti dai nostri. Già ora nelle scuole umbre coesistono circa 110 nazionalità diverse, e 115 nel mondo del lavoro. Ciò può arricchire il nostro orizzonte culturale, rompere un certo tradizionalismo "etnocentrico", superare un modello di sviluppo in precedenza quasi tutto endogeno.

---

33 Ad esempio, l'Umbria si caratterizza per una buona qualità dell'assistenza sanitaria, come indica una stretta relazione virtuosa fra spesa sanitaria e mobilità sanitaria attiva (Ricolfi 2007, 96 – 97).

34 Un rapporto dell'ONU (1999) conferma la necessità per tutta l'Italia di forza lavoro immigrata. Ad analoghe conclusioni giunge nel 2005 la Commissione Europea (cit. in Caritas / Migrantes 2005, 28-9; v. anche: Golini 2003, 98; Pugliese 2006, 168-9).

35 Ciò non significa che si sia raggiunto un equilibrio ottimale fra le esigenze fondamentali delle parti in causa. Spesso il lavoro delle "badanti" è particolarmente pesante: «Un unico lavoratore non può occuparsi 24 ore su 24 di una persona sola o di un malato, se non con serio pregiudizio della sua salute mentale: nel reparto psichiatrico della ASL di Perugia sono ricoverate continuamente donne straniere che vengono lasciate sole presso anziani molto malati senza nessun altra persona a cui poter fare riferimento» (Cerasa 2005, 406).

Un altro aspetto da annoverare fra i mutamenti recenti concerne la crescita della società civile organizzata: circa il 10% degli Umbri si impegna gratuitamente in qualche associazione. Non si tratta di un fenomeno del tutto inedito[36]: le associazioni e le organizzazioni di volontariato prendono origine dalle antiche tradizioni solidaristiche, nonché – come già accennato – dal tessuto fiduciario e dall'integrazione fra economia, società e cultura (cfr. Cotesta, 1998; Bagnasco, 1999; Pendenza, 2000). La modernizzazione ha sviluppato grandi organizzazioni formali, basate su relazioni per lo più indirette e fredde, e su posizioni nelle quali gli individui si succedono; ma queste caratteristiche, riducendo il senso profondo delle norme e dell'interazione diretta interpersonale, a lungo andare hanno consumato il capitale sociale generato da quelle stesse organizzazioni. Da qui la ricerca di altre strade per alimentare il "senso" dello stare insieme, il primordial social capital (Coleman 1990; Bagnasco 2006, 28). Anche altre cause hanno impresso un ulteriore impulso alla volontà della società civile di organizzarsi: la "secolarizzazione politica", la fine dei partiti di massa, la progressiva autonomia sindacale, il ridimensionamento della cultura politica[37] (evidente soprattutto nelle nuove generazioni: cfr. Buzzi et al.2007), il maggior tempo a disposizione. In più, l'emergere di nuove forme di marginalità, la ridefinizione dello Welfare hanno coagulato nuove domande sociali, organizzatesi "a latere" o "oltre" le forme più istituzionali di rappresentanza politica (cfr. Sciolla 2004, 146-151).

Il mutamento delle famiglie in Umbria

Entro questo scenario di ampi cambiamenti, le famiglie svolgono una parte da protagonista, in quanto rappresentano tuttora un'importante cerniera fra pubblico e privato, fra domanda sociale e offerta, fra società civile e istituzioni, fra il tessuto sociale e quello economico. Per comprenderne le ragioni, occorre ricordare il passato, le "famiglie estese" e le loro caratteristiche già accennate: l'estrazione mezzadrile, le virtù dell'ethos contadino, l'attitudine al risparmio e alla pluriattività. Secondo criteri dettati da esigenze di "economia domestica di scala" e da rapporti al tempo stesso gerarchici e solidariastici, i redditi familiari derivavano dalla composizione di un variegato ventaglio di risorse (salari, pensioni, auto-consumo, impegno domestico, etc.). Queste risorse familiari venivano ridistribuite lungo le maglie di una fitta rete di solidarietà interna, pronta ad intensificarsi nei momenti di emergenza e a contenere il disagio derivante dal ciclo economico e dalle fluttuazioni del mercato del lavoro.

36 Lo sviluppo dell'associazionismo è un fatto recente per tutto il nostro Paese. Negli anni '50 il tessuto associativo era molto più povero di quello allora riscontrato in tanti altri Paesi occidentali. Questa scarsità era dovuta soprattutto al fascismo, che aveva ridotto al minimo l'autonomia della società civile nei confronti dello Stato. L'Italia ha iniziato a colmare il proprio ritardo solo negli anni '60 e '70, grazie soprattutto ai "nuovi movimenti sociali" e ai sindacati. Ma si è trattato pur sempre di un recupero parziale. Infatti ancora negli anni '80 e '90 il nostro Paese risultava agli ultimi posti fra 15 nazioni ad economia avanzata. La dotazione di capitale associativo ha continuato a crescere soprattutto negli ultimi due decenni

37 Alla "secolarizzazione politica" non è subentrata l'estraneità nei confronti della polis e delle istituzioni pubbliche. Anzi, di solito oggi si assiste ad una più stretta collaborazione reciproca fra associazioni ed enti locali in svariati terreni d'impegno e nel reperimento delle risorse necessarie (cfr. Diamanti e Neresini 1994, 8).

In tal modo, la famiglia ha messo a disposizione una forza lavoro abbondante, flessibile e a basso costo, che ha contribuito in maniera determinante allo sviluppo della nostra regione. Nella società rurale e mezzadrile, e poi durante lo sviluppo industriale della piccola impresa, la famiglia è stata determinante nel sostenere i propri membri più deboli, nel partecipare ai sistemi di protezione sociale, venendosi a configurare come uno dei maggiori "ammortizzatori sociali" (Paci 1982; Bagnasco 1988, 52-3).

I successi che essa ha ottenuto sul piano economico e sociale hanno rafforzato un'analoga riuscita sul piano dei valori. Infatti tuttora alla famiglia si riconosce la possibilità di orientare le strategie di vita, di radicare identità collettive e codici comportamentali comuni, mediante la socializzazione e la condivisione di legami affettivi.

L'importanza strategica della famiglia non si è però tradotta in una chiusura familistica. Ciò per almeno due importanti ragioni. Nel quadro della complemetarietà tra produzione, società e tradizione culturale, la famiglia ha collaborato attivamente alle funzioni di sviluppo[38] e d'integrazione sociale, sicché a lungo ha contribuito ad alimentare l'identificazione verso la collettività, la condivisione di valori comuni e la partecipazione civica[39]. In secondo luogo, nel Sud (Banfield 1976) e nel Nord-Ovest i rapporti familiari erano concentrati nel nucleo familiare in senso stretto[40]; invece in tutto il NEC è prevalsa la famiglia estesa "di tipo patriarcale", in cui avevano grande rilevanza anche i rapporti con gli altri parenti, con i quali si cooperava abitualmente, si lavorava e si agiva "in modo organizzato". Ciò ha consolidato un modello familiare che, oggi, non ritroviamo più nella famiglia patriarcale, pressoché scomparsa; ma che comunque si continua a riscontrare nella famiglia "allargata", ove cioè sono intensi i rapporti parentali fra nuclei diversi. Da queste origini scaturisce il "capitale sociale" (Coleman 1990), cioè la "cultura della cooperazione", la capacità di cooperare, la qualità fiduciaria delle relazioni, altrove meno diffuse.

Se, quindi, non si può parlare di familismo, è più corretto il concetto di "famiglia forte", perché in grado di condizionare profondamente la vita sia dei singoli, sia dell'intera organizzazione sociale. Questa sua forza si è protratta nel tempo, grazie ad una grande capacità di adattarsi e rinnovarsi (Barbagli – Castiglioni – Della Zuanna 2003).

Soprattutto nel campo della cura e assistenza, la famiglia riveste tuttora un ruolo di primaria importanza, ovunque ma soprattutto in Umbria (Barbieri 2007). Non a caso gli anziani che coabitano con un nucleo familiare (p. es. con figlia, genero e nipoti) in Umbria sono il doppio rispetto alla media nazionale. Osservazioni analoghe valgono per la presenza di famiglie composte da più nuclei.

Molte famiglie, anche recentemente costituite, hanno optato per un'organizzazione familiare "allargata", nella quale coabitano tre generazioni: nonni, genitori, figli. Di frequente i genitori adulti devono impegnarsi nel sostegno dei figli che – ovunque in Italia,

38 Il familismo, invece, costituisce una causa e – nel contempo – un effetto dell'arretratezza economica e della mancanza di reazione a quella arretratezza (Bagnasco 2006, 8).

39 L'attaccamento alla famiglia può andare di pari passo con una migliore cultura civica, come confermano da diversi anni i riscontri empirici (cfr. Sciolla e Negri 1996):

40 Marselli (1976) e Sennett (1970) osservano che anche nelle zone "familiste" e "arretrate" possono generarsi forme d'intensa solidarietà. Ma qui vogliamo sottolineare il nesso fra famiglia "non familista" e sviluppo socio-economico.

ma specialmente in Umbria (Montesperelli - Carlone 2003, 68-70) – restano in casa fino in età aduta (spesso perché in attesa di lavoro). In misura crescente gli anziani, e soprattutto le anziane, prestano sostegno gratuito ai nipoti, ai figli, ai generi e alle nuore, specialmente quando questi ultimi hanno figli piccoli. Ricevono, per converso, sostegno e cura quando raggiungono un'età avanzata e si trovano in cattiva salute (Sabbadini 2002).

Questo tipo di "famiglia allargata" rappresenta ancora la seconda forma di convivenza in Umbria, perché coinvolge un quarto di tutte le famiglie (Acciarri – Orlandi, 2005).

Quando i figli sposati non coabitano con i genitori, abitano comunque molto vicino a loro. Soprattutto nel NEC la prossimità abitativa è un fenomeno recentemente in crescita, che conferma quanto siano stabili e straordinariamente forti i legami di reciproco sostegno parentale (Barbagli – Castiglioni – Dalla Zuanna 2003, 174, 196 ss.; Sabbadini 2002).

Questa fitta rete di mutua solidarietà presenta però rilevanti mutamenti rispetto al passato pur recente. Innanzitutto le relazioni fra parenti diventano più numerose, variegate e complesse, per varie ragioni: le generazioni coesistenti più numerose, le separazioni e i divorzi, le coabitazioni, i secondi matrimoni, etc. Questa maggiore complessità da una parte moltiplica i rapporti e le occasioni d'incontro; ma dall'altra li rende tendenzialmente più saltuari e indiretti.

Inoltre, per effetto del calo di natalità, si restringono le generazioni giovani e adulte, le più attive nel "sistema di sostegno per la famiglia" e nelle cure di lungo periodo a favore dei soggetti più deboli[41]. Se – come è assai probabile – rimarranno stabili le tendenze demografiche già richiamate nelle pagine precedenti, allora continueranno ad aumentare gli anziani, ma diminuirà il numero di parenti in grado di aiutarli (Barbagli – Castiglioni – Dalla Zuanna 2003, 204).

Negli ultimi tempi proprio gli anziani ricevono minori aiuti. In parte ciò può essere dettato dal miglioramento del loro benessere. Come già richiamato, la "terza età" gode di condizioni di salute e di reddito nettamente migliori rispetto agli anziani di vent'anni fa; e quindi gli attuali anziani hanno minore bisogno di essere assistiti, o possono più facilmente ricorrere a personale retribuito (come mostra la forte espansione di "badanti" e domestici stranieri)[42]. Ma la riduzione degli aiuti parentali agli anziani non risale solo a queste cause, così positive. In realtà, secondo i dati nazionali, diminuisce sensibilmente il numero di anziani soli o di famiglie di anziani beneficiari di aiuto gratuito da parte di parenti. Ma la diminuzione di aiuti ha colpito anche le famiglie senza anziani e senza bambini (Barbagli – Castiglioni – Dalla Zuanna 2003, 198 ss.).

In parallelo, nell'ultimo ventennio le attività familiari di cura alla persona sono aumentate, gravando sugli adulti maturi e, specialmente, sulle donne occupate. Da qui la

41 Ad esempio, nel 1900 le nonne ottantenni potevano contare mediamente su 38 discendenti viventi; nel 2010 le nuove nonne ottantenni potranno appoggiarsi solo a 25 discendenti, sebbene esse siano state protagoniste del baby boom degli anni Sessanta; le loro figlie — partecipi della bassissima fecondità di fine Novecento — nel 2040 avranno solo 16 discendenti viventi, di cui 3,4 fra figli, generi o nuore (Barbagli et al. 2003, 200-1).

42 Una condizione di maggiore benessere degli anziani umbri rispetto ai coetanei di altre regioni può derivare anche dai processi di composizione dei redditi nelle famiglie multi-generazionali, come già accennato poco sopra. Inoltre in alcune aree della nostra regione (p. es. nel ternano) la presenza di aziende pubbliche ha consentito un'occupazione regolare fin dall'inizio della carriera lavorativa, con successivi effetti benefici sull'ammontare delle retribuzioni pensionistiche. Analoghi vantaggi sono derivati dal riscatto del lavoro mezzadrile (che poteva cominciare a 12 anni d'età) e dal ricongiungimento, a fini pensionistici, di quest'ultimo al lavoro nell'industria.

"fragilizzazione della famiglia", le difficoltà nel continuare a svolgere la sua funzione di "ammortizzatore sociale" (Ranci 2002, pp. 49 ss.; Barbagli-Castiglioni-Dalla Zanna 2003, pp. 202 ss.; Paci, 2005, pp. 72-73). Non a caso, attraverso un ricco paniere d'indicatori, di recente è emerso che l'Umbria è al 2° posto in un indice di stress familiare (Montesperelli - Carlone 2003, 67 ss.).

Accanto a questo "disagio dei normali", vanno annoverate le varie forme di disagio conclamato, a partire da quelle legate ai processi di mobilità sociale discendente, alla precarizzazione e alle povertà. Alcune debolezze strutturali dell'Umbria risalgono agli anni del suo avvicinamento al "modello NEC": quest'ultimo, oltre alle grandi potenzialità di sviluppo e d'integrazione già citate, racchiudeva in se stesso alcune possibilità di regressione[43]. Tuttora i concetti di "rischio", "flessibilità", "vulnerabilità" sembrano attagliarsi soprattutto, anche se non esclusivamente, all'area territoriale del NEC (Ricolfi 2007, 62)[44].

Inoltre l'Umbria presenta ulteriori punti di debolezza: la sua struttura economica si rivela per certi aspetti fragile (bassi investimenti, organizzazione del lavoro non aggiornata, diffusione in settori maturi, a basso contenuto di ricerca e d'innovazione, scarso terziario avanzato, micro-imprese che raramente collaborano fra di loro, etc.). Sicché, già dal suo ingresso nel modello-NEC, per l'Umbria tutto ciò ha comportato esiti più incerti, un difficile equilibrio fra crescita e debolezza, che per decenni ha attribuito alla nostra regione il profilo di una "medietà non mediocre", ma con alcuni rischi non trascurabili di fragilità sociale. Ciò si ripercuote sulla stratificazione sociale, riproducendo, in termini sia tradizionali sia nuovi, varie forme di esclusione sociale[45] e di povertà.

I mutamenti demografici, insieme ai fenomeni di disoccupazione e precarizzazione del lavoro[46], aiutano a spiegare l'incidenza delle famiglie a rischio di esclusione sociale[47]. Oltre il 7% delle famiglie residenti in Umbria è al di sotto della soglia di povertà (media Italia: 11,7%). Dentro questa percentuale, più di un terzo (2,8%) è costituito da famiglie molto povere (Calzola 2007).

Ai poveri (appena poveri + molto poveri) va aggiunto un altro 7% circa di quasi-poveri, ossia di famiglie che si collocano appena al di sopra di tale soglia e che hanno

43Già a partire dagli anni '70 alcuni studiosi cominciavano a chiedersi se l'espansione del NEC non ne avrebbe minacciato l'integrazione sociale: vedi Bagnasco, (1977 e 1985); Trigilia (1985); Paci (1992, 189).

44 L'altra area che presenta in maniera spiccata queste caratteristiche è costituita dal Lazio e dalle regioni meridionali a minore insediamento mafioso: la Sardegna, l'Abruzzo, il Molise, la Basilicata. Ricolfi include le regioni a forte insediamento mafioso in un'altra area socio-territoriale, in cui vige il «monopolio dell'uso illegittimo della forza» ed in cui «lo Stato esiste nei limiti in cui le organizzazioni "mafiose" gli consentono di operare» (ibidem).

45 Particolare rilievo, a questo proposito, va dato ai processi di de-industrializzazione nel ternano, soprattutto con riferimento al settore siderurgico (e al suo indotto), così rilevante nell'economia e nel tessuto sociale di quel territorio.

46 In riferimento alle varie regioni e sulla base di una "storia dei non garantiti" ricostruita in base a vari dati in sequenza cronologica, Ricolfi conclude amaramente: «A quanto pare i non garantiti sono condannati a oscillare tra Scilla e Cariddi. Quando prevalgono le spinte alla deregolamentazione aumentano le occasioni di lavoro, ma i posti creati sono più o meno precari. Quando prevalgono le spinte alla regolamentazione i posti diventano meno precari, ma le occasioni di lavoro crescono più lentamente». In periodi di stagnazione della crescita economica, come quello in cui probabilmente stiamo entrando, la tendenza torna a privilegiare la precarizzazione (2007, 67-8).

47 Il quarto Rapporto sulle povertà in Umbria registra il crescente ruolo della "emergenza lavoro" nel determinare l'ingresso in una condizione di povertà. La presenza di occupati al di sotto della soglia di povertà attesta come sia incisiva non solo la "quantità" ma anche la "qualità" del lavoro (Montesperelli e Tondini 2007).

caratteristiche molto simili a chi è già povero; sicché basta poco perché cadano in una condizione di indigenza.

Per ragioni campionarie, è difficile individuare con certezza se, nel corso degli ultimi anni, la povertà sia aumentata o diminuita in Umbria; ciò comunque significa che non si riscontrano mutamenti particolarmente marcati. Grazie alle rilevazioni ricorrenti dell'Osservatorio sulle povertà in Umbria, è possibile stimare alcune significative tendenze. Rispetto a 10 anni fa, affiora con più forza la "emergenza lavoro"; inoltre, fra le povertà estreme cresce sensibilmente la componente degli immigrati; infine, assistiamo alla "femminilizzazione" della povertà, ossia al fatto che la quantità di donne povere ha oltrepassato quella degli uomini (AA. VV. 2007).

Il rischio di varcare la soglia di povertà è più incombente sia sulle famiglie monogenitoriali (di solito il genitore è la madre, spesso separata o divorziata); sia sulle famiglie unipersonali, quasi sempre composte da donne anziane: ciò non solo perché di solito esse sono più longeve dei loro coniugi; ma anche perché nel passato poche di loro avevano un posto di lavoro, e oggi vivono più a lungo degli eventuali risparmi della coppia. La relazione fra povertà e famiglie anziane sembra destinata ad intensificarsi nel futuro: lo svantaggio delle donne anziane potrebbe estendersi quando, accanto alle vedove, entreranno nelle classi d'età avanzate anche le divorziate (anch'esse a più alto rischio di povertà: Golini 2003, 86-90)[48].

Come rileva lo stesso Osservatorio, la mobilità sociale in Umbria è alquanto ridotta. Il 53% degli Umbri non ha migliorato la propria condizione rispetto a quella dei propri genitori; il 10,4% l'ha perfino peggiorata (AA. VV. 2004). Oggi corriamo il rischio di vedere ampliarsi la quota di coloro che sono colpiti da mobilità discendente, non solo per la precarizzazione del lavoro, ma anche per un fenomeno ad essa connesso: in tutta Italia stiamo entrando in una fase di «rendimenti decrescenti del capitale umano» (Livi Bacci 2005), dovuta alla qualità decrescente della formazione scolastica e delle opportunità offerte dal mercato del lavoro. Quindi, per la prima volta dopo tanti decenni, i figli sembrano avere alte probabilità di collocarsi in una condizione sociale peggiore di quella dei padri[49].

La necessità di sostegno economico, insieme alla ricerca di rassicurazione, di riconoscimento e al desiderio di sentirsi accettati (con i rischi di "eterodirezione") aiutano a comprendere perché in Umbria ben il 62% dei giovani e dei giovani-adulti (da 18 a 34 anni d'età) non sposati continui a rimanere nella propria famiglia d'origine (questa percentuale

48 Anche altri indicatori costituiscono segnali di allarme: si pensi alle sofferenze bancarie, la cui proporzione oggi supera la media nazionale.

49 A fronte di questi maggiori rischi di regresso che gravano sulle nuove generazioni, gioca un ruolo di grande rilievo la nuova "ideologia dominante", che pervade gli adulti, la famiglia, la scuola e che impone l'imperativo della competizione a tutti i costi. Questo imperativo detta le condizioni per l'accettazione dei giovani da parte degli adulti e del loro "affetto condizionato". Ciò comporta molti costi per i giovani, in termini di disistima e di fragilità emotiva. Per giunta la competizione non è per tutti e soprattutto non seleziona i migliori: troppe volte premia solo i meno sensibili; gli altri rimangono in posizioni più marginali. Fra gli altri autori, lo denuncia con toni molto preoccupati Paolo Crepet (2006).

è superiore alla media nazionale[50]), spesso accentuando in tal modo l'affanno delle famiglie umbre.

La fatica di queste ultime brucia spazi e tempi per l'ascolto reciproco fra generazioni, riduce gli ambiti e i momenti di socializzazione[51]. Accanto alle risorse economiche e a quelle demografiche (generazioni più giovani) che si riducono, vi è un terzo tipo di risorse che diviene sempre più prezioso: il tempo, la possibilità di allineare i tempi di vita e di lavoro. Come in ogni passaggio cruciale da una fase all'altra del mutamento sociale, anche oggi permane un'organizzazione temporale che è il retaggio della fase precedente: a mutare la struttura sociale sono intervenute le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione; ma l'organizzazione dei tempi di lavoro è ancora "fordista" (rigidità; dominanza del tempo di lavoro sugli altri tempi sociali; sperequazioni di genere e d'età). Ciò crea molti attriti fra i numerosi impegni della vita quotidiana[52]. Affermare che il tempo diviene una risorsa scarsa non contraddice quanto scritto a proposito della dilatazione dei tempi dovuta ad una vita più lunga. Proprio questa disponibilità maggiore determina più frequenti richieste rivolte all'individuo, che così è costretto ad organizzare una propria "pluri-appartenenza"[53], un difficile, precario e stressante "pendolarismo" fra impegni diversi.

La rapidità del mutamento

I cambiamenti fin qui descritti per l'Umbria non sono molto diversi da quelli in tante altre regioni d'Italia. Peculiare dell'Umbria è la rapidità del mutamento: in pochissimi decenni siamo passati da una società rurale ad una post-industriale, come dimostrano molti indicatori che concernono la struttura economica e sociale (occupati per settore, terziarizzazione, composizione e tipologia familiare, invecchiamento, natalità, consumi, scolarizzazione, secolarizzazione, urbanizzazione, etc.: v. Montesperelli 1999, 10-21).

---

50 A sua volta l'Italia è il Paese con la percentuale più alta rispetto agli altri Paesi europei, secondo quanto rilevato da un'indagine dell'European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

51 In una ricerca su studenti delle Scuole Medie Superiori in Umbria, il tempo dedicato a parlare con i genitori durante la cena è stato considerato un indicatore di incidenza della socializzazione familiare e del dialogo fra generazioni. La media umbra è di 8 minuti al giorno (probabilmente alcuni anni fa sarebbe stata di 13 minuti). Invece per Internet la media sale a 60 minuti; per la Tv a 100 minuti (Addeo – Montesperelli 2006). Il rischio è che si stia smarrendo la capacità di ascoltare e di raccontare, cioè di dar senso al proprio vissuto.

52 Così «gli uomini adulti sono schiacciati dal lavoro (…). La vita dell'uomo adulto italiano è caratterizzato da una iperpartecipazione al lavoro e da una forte marginalità delle altre sfere di vita. Le donne, a loro volta, sono schiacciate dalle attività domestiche. E questo è vero, sia che esse siano pienamente casalinghe, sia che abbiano un lavoro esterno. Esse appaiono, ancora più degli uomini, vincolate nel loro tempo, ricorrendo spesso ad orari atipici nello svolgimento del lavoro esterno e di quello domestico (svolto sempre più di sera, il sabato e la domenica)» (Paci 2005, 152).

53 La moltiplicazione dei sotto-sistemi sociali impone ad ogni individuo un regime di "pluri-appartenenze" in ruoli, istituzioni, gruppi molteplici. Ne consegue che una quota crescente di risorse individuali, a partire dal tempo, sia investita dai singoli in una molteplicità via via più ampia di attori collettivi. In presenza di una domanda crescente di tempo e di un'offerta sostanzialmente rigida (il tempo quotidiano che il singolo può spendere non può variare molto), «il costo marginale del tempo – risorsa scarsa e inestensibile (…) – sale notevolmente», la risorsa-tempo diviene sempre più preziosa, e ciò impone al singolo che il suo tempo venga amministrato in maniera molto oculata (Gallino 1987, 60, 62)

Siccome i processi economici di solito sono molto più veloci di quelli culturali, la struttura socio-economica è mutata più velocemente delle "mappe cognitive"[54] di cui la collettività dispone per leggere quei mutamenti. Questo divario si è rafforzato in ragione di alcuni limiti derivanti dal modello-NEC: la valorizzazione di risorse endogene – che abbiamo richiamato all'inizio e che riguarda non solo l'economia, ma anche il sociale e l'identità culturale – è stata una formula vincente in una prima fase di grande impulso allo sviluppo; ma nel corso del tempo corre il rischio di indurre la società locale a ripiegarsi in se stessa, trasformando le risorse di sviluppo in modelli tendenzialmente localistici, irrigiditi[55] e cristallizzati (cfr. Bracalente 1986, 16-7; Trigilia 1996, 164).

Questo gap fra realtà nuova e mappe vecchie ha infuso la sensazione collettiva che molto sfugga, ha propagato un più o meno lieve senso di disorientamento, ha instillato un allarme sociale o un vago disagio collettivo "senza oggetto". L'integrazione sociale, fondata sulla identificazione e sulla condivisione di codici e identità[56], ha subìto alcune incrinature, riconducibili al concetto sociologico di "anomia" (da a-nòmos, mancanza di norme), termine usato per significare alcune forme di disorientamento collettivo che abbasserebbero il grado d'integrazione sociale. Tale concetto è tratto da una lunga tradizione teorica ed empirica che lo ricollega agli effetti patologici di un mutamento rapido e/o di un sistema differenziato[57]; l'anomia viene di solito rilevata mediante il tasso di suicidio[58] e/o attraverso alcuni indicatori relativi a comportamenti criminogeni[59].

---

54 Anche Carnieri (2008) adotta il concetto di "mappe cognitive" per analizzare alcuni importanti aspetti del mutamento in Umbria.

55 Sul concetto di 'rigidità' di un sistema socio-culturale: Crespi (1993, 108-11).

56 Già nella ricerca di Putnam (1993), l'Umbria si caratterizzava per un'apparente contraddizione: un alto rendimento istituzionale, ma una più bassa soddisfazione dell'opinione pubblica verso le istituzioni. Successivamente, in una rilevazione Istat del 2003, l'80% dei giovani e dei giovani-adulti umbri manifestava diffidenza verso gli altri, come se questi ultimi apparissero un'incognita, un moltiplicatore di complessità, una fonte di imprevedibilità. Ci paiono due corposi indizi sull'affievolirsi delle identificazioni.

57 Secondo Durkheim (1897) lo stato "anomico" si verifica quando valori e norme sociali – prima comunemente accettate – mutano in maniera repentina, così che singoli e gruppi si trovano senza alcun punto di riferimento significativo. Il venir meno di codici condivisi produce fenomeni di disagio, fra cui il suicidio. Ovviamente togliersi la vita è un gesto individuale estremo e molto minoritario, che però diventa significativo agli occhi del sociologo in quanto indicatore di fenomeni "macro". Anche per Riesman quando nel giro di due generazioni — o, a maggior ragione, nella biografia di una sola generazione — avviene il passaggio da una società all'altra, traumi e tensioni divengono inevitabili e ciò può generare una condizione di "anomia" (1967, 42-3). Merton (1949) ha rafforzato il concetto di anomia, introducendo un ulteriore riferimento: i processi anomici possono essere ricollegati anche alla "differenziazione" del sistema sociale. Proprio il mutamento si definisce come crescente moltiplicazione dei sotto-sistemi, come progressiva articolazione e segmentazione della società. L'abbassamento del grado d'integrazione, la perdita di uniformità e di coerenza interna, il disorientamento collettivo, creerebbero nel singolo una divaricazione fra finalità (valori, mete culturalmente indotte) e norme di comportamento, mezzi effettivamente disponibili al loro conseguimento. L'esito "anomico" di tale situazione, sempre secondo Merton, starebbe proprio nel conseguente venir meno dell'efficacia goduta dai riferimenti normativi del sistema culturale. Da qui l'uso (rischioso) di mezzi istituzionalmente proibiti ma potenzialmente utili al perseguimento degli scopi. Ancora più recentemente, vari autori (Giddens 1966: Cavalli 1969; Izzo 1996) sottolineano l'attualità del concetto di "anomia" e le definizioni operative suggerite da Durkheim e da Merton (v. note successive).

58 «Il suicidio varia in ragione inversa al grado di integrazione dei gruppi sociali di cui fa parte l'individuo» (Durkheim 1897/1969, 257). L'attualità del tasso di suicidio come indicatore di "anomia versus integrazione sociale" è ribadita molto recentemente da Ricolfi, secondo il quale dopo Durkheim, «nessun sociologo, da allora, è stato in grado di proporre una misura altrettanto sintetica, profonda e soprattutto altrettanto sensibile al cambiamento sociale» (2005, 71-2). Anche il precedente Piano Sanitario Regionale 2003/2005 riconosce che "secondo una consolidata letteratura sociologica, il tasso di suicidio costituisce un valido indicatore di questo stato di "anomia" (Piano Sanitario Regionale 2003/2005, p. 21).

Considerando il primo indicatore, si potrebbe affermare che l'anomia in Umbria si è manifestata con forza negli anni ottanta (che, infatti, sono stati anni di grandi mutamenti strutturali), quando il tasso di suicidio (9,9) ci collocava al 3° posto fra tutte le regioni, assai al di sopra della media nazionale (allora in Italia il tasso era di 6 suicidi ogni 100mila abitanti). Successivamente queste tendenze si sono fatte meno preoccupanti, anche se tuttora costituiscono un fenomeno per nulla trascurabile: secondo i dati più recenti (2004), l'Umbria è al 5° posto, con un tasso dell'8,4 per mille, mentre la media nazionale resta ferma a 6.

Quanto – in secondo luogo – all'indice di delittuosità e al tasso d'incarcerazione, essi non presentano situazioni allarmanti per l'Umbria. Anche questi dati sembrerebbero confermare che i fenomeni anomici non raggiungono livelli straordinariamente gravi, almeno in termini generali; ma in alcuni ambiti specifici la situazione si mostra diversa. Infatti un po' più preoccupanti sono le informazioni sui minori denunciati, per cui l'Umbria si trova in una posizione quasi mediana rispetto a tutte le altre regioni. Ancora più allarmante è l'ambito delle dipendenze. L'Umbria è la regione con un alto quoziente di criminalità legata alla produzione e allo spaccio di droga, e ad esserne coinvolta è una proporzione molto elevata di minorenni. Inoltre la nostra regione è al vertice nei decessi per overdose (al 2006: 7 decessi per 100mila residenti tra i 15 ed i 64 anni d'età) e fra i primi posti quanto a percentuale di poliassuntori[60] (Ministero della Solidarietà Sociale 2007)[61].

La differenziazione nel mutamento

Molti autori hanno sottolineato come un tratto fondamentale del mutamento sociale sia la crescente "differenziazione" della società, cioè la moltiplicazione dei suoi sotto-sistemi (v. p. es. Merton 1949; Parsons 1973; Berger – Berger – Kellner 1973; Sciolla 1983).

Sul solco di questi concetti sistemici generali, altri autori descrivono l'attuale società italiana come una realtà complessa, perché caratterizzata dalla coesistenza di formazioni sociali differenti, senza possibilità che questo scenario venga semplificato da una selezione "evoluzionistica". Infatti la complessità non sarebbe provvisoria, non deriverebbe

59 «La struttura sociale che abbiamo esaminato produce l'inclinazione all'anomia ed al comportamento deviante (…). Quando l'importanza culturale attribuita alle soddisfazioni che derivano di per sé dalla competizione si trasforma in una quasi esclusiva preoccupazione del risultato, la tensione che ne segue porta verso una rottura della struttura regolativa. Attenuandosi i controlli istituzionali ci si approssima (…) a una situazione in cui il calcolo degli interessi personali e il timore del castigo rappresentano i soli centri regolativi (…). Dovrebbe essere chiaro che [questa analisi] non si è posta su un piano moralistico (…). E' evidente che l'imperfetta coordinazione dei due elementi [cioè mete e mezzi] conduce all'anomia» (Merton 1949/1959, 340-4).

60 Nell'ambito della selezione degli indicatori di anomia, quelli attinenti alle tossicodipendenze potrebbero essere considerati in posizione intermedia fra gli indicatori di suicidio e gli indicatori concernenti la devianza.

61 A nostro avviso fanno parte dell'anomia anche alcuni fenomeni che si insinuano talvolta nelle nuove generazioni e che potremmo chiamare "destrutturazione temporale". Con tale espressione intendiamo la scissione, nel vissuto temporale dell'individuo, fra memoria del passato, vita quotidiana e progettualità per il futuro. La quotidianità viene concepita come il tempo dell'attesa passiva, della noia, della rabbia per trovarsi dentro un presente labirintico, dominato da altri o posseduto dal destino. L'unica scorciatoia sarebbe affidarsi alle sensazioni, alle emozioni forti, agli abusi, magari anche a qualche gesto deviante. Inoltre la vita quotidiana non viene concepita come un intreccio fra tempo individuale e tempo sociale; quest'ultimo viene invece scisso dal primo: è il tempo degli "altri", delle norme da evitare, dei ritmi collettivi da cui sottrarsi, anche a costo di emarginarsi (la "destrutturazione temporale" è ben descritta da Cavalli 1985).

dal momentaneo affastellarsi di formazioni residuali e arcaiche, in procinto di scomparire, accanto a formazioni "moderne", destinate a svilupparsi e a predominare. Le une e le altre, piuttosto, tenderebbero a stabilire reciproci rapporti di interpenetrazione, combinazione, cooperazione, conflitto e reciproca trasformazione[62]. Poiché ogni "formazione sociale" costituirebbe il portato di peculiari tratti della politica, della produzione economica, socioculturale e biopsichica, ne deriva che l'intrecciarsi di più formazioni sociali renderebbe la nostra società molto eterogenea e poco prevedibile sotto ogni suo rilevante aspetto (Gallino 1987).

Purtroppo ad oggi non esiste per l'Umbria un riscontro empirico sistematico dell'analisi proposta da quegli autori; esistono però alcuni corposi indizi. Ad esempio, considerando un ampio paniere di indicatori relativi ai rischi di esclusione sociale, il territorio umbro appare alquanto eterogeneo: i comuni umbri si distinguono in ben sei gruppi diversi, peraltro non ordinabili secondo qualche gerarchia (come invece potrebbe essere un continuum, dai comuni meno "a rischio" fino a quelli più vulnerabili); invece ogni gruppo ha un profilo peculiare, rischi specifici, un'identità difficilmente comparabile con quella degli altri gruppi (Calzola 1997; De Lauso 2007).

Un altro esempio di differenziazione riguarda la dimensione culturale. La nostra regione è stata investita da un grande impulso verso la scolarizzazione: un impegno di straordinario rilievo, ma profuso in tempi relativamente recenti: ciò ha determinato marcati dislivelli fra coorti. Così coloro che hanno conseguito il diploma di Media Superiore costituiscono ben il 76,4% degli umbri fra 20 e 24 anni d'età, ed appena il 7,7% dei 65-74enni. Sempre confrontando le stesse classi d'età, coloro che si sono fermati alla Licenza elementare sono l'1% dei giovani e il 54,8% degli anziani.

Questi scarti così elevati possono essere considerati non solo in termini di divario sociale, ma anche come differenze culturali: chi è andato poco a scuola ha una cultura assai differente da chi deriva da una lunga socializzazione scolastica.

La differenziazione della società riguarda culture, valori, stili di vita, identità, linguaggi compresenti e non storicamente o cronologicamente successivi (cfr. Sciolla 1983)[63]. Infatti la rapidità del mutamento fa sì che coesistano fianco a fianco generazioni culturalmente molto diverse e, per certi versi, incomunicabili, perché formatesi in base a vissuti, esperienze, riferimenti assai diversi. Questo gap di culture, di riferimenti si ripercuote anche nella sfera dei linguaggi, determinando un gap linguistico. Ciò spiega perché gli adulti decodifichino poco i linguaggi dei giovani (musica, abbigliamento, altri consumi culturali, corporeità, modi di relazionarsi, etc.); sovente gli adulti non sono in grado di tradurre neanche il linguaggio del disagio latente delle nuove generazioni, per prevenirlo in tempo, prima che diventi disagio conclamato.

In realtà, sembra differenziarsi l'intera organizzazione sociale. Bagnasco (2003) descrive il nostro Paese nei termini di una "società fuori squadra": lasciato spazio ai meccanismi automatici di regolazione sociale e agli aggiustamenti a posteriori, la componente intenzionale dell'organizzazione sociale sta regredendo; sicché diventa

62 Anche alla luce di queste considerazioni andrebbe riletta quella peculiare miscela di elementi tradizionali e moderni che caratterizza lo sviluppo del NEC.

63 Le differenze fra generazioni ne sono solo un aspetto: si pensi anche all'immigrazione, perciò all'introduzione nell'Umbria di molteplici culture assai differenti perché provenienti da società lontane.

complicato ordinare la società su un territorio, tenere le sue diverse componenti su uno stesso asse. Ciò nonostante – continua l'autore – affiorano alcuni esperimenti innovativi di riorganizzazione sociale e spaziale.

La complessità sociale si riflette sugli studiosi e sui decisori: infatti la società appare tendenzialmente molto ricca, variegata, imprevedibile, sfuggente e "complicata", senza più un punto di vista privilegiato da cui osservarla, né un perno da cui si diramano univocamente e ordinatamente tutte le prospettive, né una chiave di lettura per decifrarla in tutte le sue parti. Ciò rafforza quanto prima illustrato a proposito dell'attuale inadeguatezza delle mappe cognitive collettive. Ne deriva il profilo di una società che corre il rischio di essere "a bassa riflessività sistemica", ossia di riflettere scarsamente su se stessa[64] e quindi di metabolizzare poco il mutamento (Montesperelli 1995 e 1999).

Analizzare i bisogni legati alla salute entro lo scenario socio-economico e, anche su questa base, programmare la sanità in Umbria può quindi rispondere a queste esigenze, se riesce a costituirsi come esperienza di grande rilievo per alimentare la riflessività della società locale e per cercare di riorganizzarla. Sarebbe velleitario qualunque tentativo di giungere ad atti d'indirizzo dando per scontato un profilo della società che, intanto, è così profondamente mutata. Fa parte della complessità il fatto che non esiste alcuna sede depositaria del sapere sui cambiamenti in corso; la differenziazione moltiplica e decentra i saperi che così diventano particolari, disseminati, dislocati nei vari gangli della società; tutto ciò induce a concepire le decisioni d'indirizzo come il portato di un sapere plurale e partecipato, secondo le migliori esperienze della nostra cultura regionalista.

2.4 Il capitale sociale in Umbria

Capitale sociale è una nozione che negli anni recenti ha acquisito un'ampia popolarità e diffusione nelle politiche della salute. In generale, con "capitale sociale" si intendono le risorse derivanti dall'appartenenza alle reti sociali e dalle norme di reciprocità e dalla fiducia negli altri che vi sono implicate. Questa nozione ha fatto il suo ingresso nel campo della salute pubblica soprattutto nell'accezione proposta dal politologo statunitense Robert Putnam[65] che ne ha enfatizzato gli effetti positivi sia, in generale, sul rapporto fra cittadini e istituzioni sia, in particolare, sulle condizioni di salute della popolazione. Sulla proposta di Putnam, tuttavia, si è aperto un acceso dibattito internazionale che ha impegnato un gran numero di scienziati sociali e di epidemiologi. Due aspetti problematici appaiono particolarmente significativi: a) la rappresentazione di una comunità coesa e integrata, sottesa alla visione di Putnam, porta a trascurare una serie di fenomeni (mobilità sociale e territoriale, migrazioni, residenzialità temporanea) oggi particolarmente rilevanti nel

64 In termini generali la 'riflessività' non indica la capacità, che ha un soggetto, di pensare; ma quell'attitudine particolare volta a riflettere sul proprio pensiero. In termini sistemici, una società a bassa riflessività non è una società che "pensa poco" (che ha un basso livello d'istruzione, o che svolge scarsa attività di ricerca, oppure che promuove poche manifestazioni culturali, etc.); ma è una società con scarse occasioni per riflettere sulle rappresentazioni che ha di se stessa.

65 Putnam R.D., Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America, Il Mulino, Bologna, 2004 (ediz. orig. 2000)

determinare le possibilità di esercizio effettivo della cittadinanza e della partecipazione[66]; b) l'enfasi posta sugli effetti positivi del capitale sociale ha come conseguenza quella di distogliere l'attenzione dalle cause strutturali delle disuguaglianze e di ignorare i conflitti che vi sono legati (fra gruppi diversi della società in competizione per le risorse, fra la società civile e la società politica e anche, potenzialmente, fra diverse posizioni di potere all'interno delle stesse reti sociali).

A partire da queste critiche si è osservato che il capitale sociale non è da intendere come una proprietà uniforme delle comunità (che potrebbero averne molto, poco, in declino, in aumento), ma piuttosto come un prodotto delle relazioni fra attori sociali che occupano posizioni diverse nella struttura gerarchica della società. In questo senso la nozione di capitale sociale può in effetti arricchire la riflessione sui determinanti sociali della salute a condizione di essere intesa come indissociabile dal capitale economico e culturale di cui dispongono gli individui, le famiglie e i gruppi[67].

Si tratta in altri termini di riconoscere che se da una parte è vero che le reti "corte" e i legami forti (come quelli familiari) risultano decisivi nella gestione di molti problemi di salute dall'altra è altrettanto vero che il capitale di obbligazione morale, di solidarietà, di capacità di assistenza o di surroga dei vuoti dei servizi pubblici che i gruppi familiari possono mettere in campo dipende in larga misura dal capitale economico di cui dispongono. D'altra parte, proprio perché molecolare e diffuso nella ordinarietà e nella informalità della vita quotidiana, il lavoro di cura e l'impegno di solidarietà messo in atto all'interno delle reti "corte" tende a sfuggire all'osservazione e alla considerazione dei servizi e, in particolare, a ogni tentativo di rilevazione di tipo quantitativo.

Questa è una delle ragioni per cui i servizi, quando cercano di conoscere il capitale sociale del territorio in cui operano, tendono a concentrare l'attenzione sul livello formale e pubblico delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni di cittadini. Tuttavia, i dati prodotti in questo modo se da un lato possono essere utili per disegnare un'immagine di insieme delle potenziali risorse di capitale sociale presenti in un determinato territorio, dall'altro non sono in grado di descrivere il carattere dinamico dei processi di aggregazione e di mobilitazione dei cittadini. Visto che le relazioni capaci di costituire capitale sociale non costituiscono un patrimonio dato una volta per tutte che si tratta semplicemente di mantenere, ciò che i dati quantitativi non sono in grado di cogliere sono proprio gli aspetti più dinamici e produttivi delle reti sociali, vale a dire i processi e le modalità di costruzione delle relazioni e la specificità delle situazioni in cui soggetti volta a volta diversi fanno rete. Per fare solo un esempio, il panorama d'insieme che risulterebbe da un eventuale "censimento" delle associazioni di volontariato non riuscirebbe a cogliere la diversa rilevanza di quelle che contano pochi membri molto attivi e partecipi rispetto a quelle che hanno molti membri ma sono meno attive e lavorano in modo più discontinuo.

66 Navarro V. A critic of social capital, "International Journal of Health Services", vol. 32, n. 3, 2002, pp. 423-432; Muntaner C. – Linch J.W., Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling alone's implications for social epidemiology", "International Journal of Epidemiology", vol. 31, n. 1, 2002, pp. 261-267

67 Bourdieu P., The forms of capital, pp. 241-258 in Richardson J.G. (curatore). Handbook of theory and research for the sociology of education, Greenwood Press, New York, 1986; Bibeau G., Le «capital social»: vicissitudes d'un concept, "Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé", vol. 10, n. 2, 2005, pp. 134-168

Alle difficoltà appena richiamate va aggiunta quella riguardante la grande eterogeneità di indicatori empirici via via proposti per misurare la "quantità" di capitale sociale di un determinato territorio. Esiste in proposito una vastissima letteratura che nel suo complesso disegna una situazione di notevole problematicità riguardo alla possibilità di intraprendere misurazioni del capitale sociale affidabili e realmente utilizzabili. I problemi che si presentano sono riferibili a due ordini principali di scelte che si tratta di operare rispetto a ciascun progetto di ricerca; bisogna, infatti, decidere preliminarmente: a) se misurare il capitale sociale a livello degli individui o di piccoli gruppi di individui oppure a livello della comunità, o della regione, o dell'intera nazione (vedi per es. Amaturo 2003, 18); b) se ricorrere a metodologie quantitative oppure qualitative oppure ad ambedue (vedi per es. Baron, Field e Schuller 2000, 27). Un' analisi anche rapida della letteratura internazionale mostra una netta prevalenza degli studi quantitativi rispetto agli studi qualitativi, anche se, bisogna sottolineare, molti autori sostengono che questi ultimi sono i più appropriati per cogliere una realtà dinamica, multidimensionale, contestuale quale quella che la nozione di capitale sociale cerca di cogliere (Baum e Ziersch 2003). Gli studi quantitativi (in particolare quelli condotti a livello regionale o nazionale) si basano generalmente su database molto ampi che sono il risultato di interviste condotte su grandi campioni di popolazione (per esempio la World Values Survey di Ronald Inglehart, la General Social Survey) e si fondano su elaborazioni di secondo grado di dati prodotti da ricerche a vasto raggio non specificamente finalizzate allo studio del capitale sociale. L'esempio che meglio illustra questa tendenza e che domina il dibattito internazionale relativo alle possibilità di operazionalizzare il concetto di capitale sociale è il lavoro di Putnam sul declino del capitale sociale negli Stati Uniti. Putnam ritiene di poter calcolare un "Indice di capitale sociale" dei diversi Stati del suo Paese sulla base di "14 indicatori di reti formali o informali di comunità e di fiducia sociale a loro volta sufficientemente correlati fra loro da suggerire l'esistenza di un'unica dimensione sottostante", la dimensione, appunto, del capitale sociale (Putnam 2004, 350-351). Gli indicatori sono raggruppati nelle seguenti cinque categorie: la vita organizzativa della comunità (come il numero di organizzazioni civiche e sociali e il numero di persone appartenenti a qualche gruppo), l'impegno nella vita pubblica (come la partecipazione alle elezioni presidenziali), il volontariato nella comunità (come il numero di organizzazioni no-profit ogni 1000 abitanti), la socialità informale (come il tempo trascorso a casa di amici), la fiducia sociale (come il grado di accordo con l'affermazione "ci si può fidare della maggior parte delle persone").

La prospettiva di Putnam, che molti autori apprezzano e molti altri criticano, porrebbe una serie di problemi una volta che dovesse essere utilizzata per una ricerca sul capitale sociale in Umbria. Al di là del fatto che riproporre le sue procedure di ricerca in ambito regionale comporterebbe un notevole dispendio di risorse umane ed economiche, sembra verosimile che i risultati così conseguiti soffrirebbero di una serie di limiti che possono essere così schematizzati: le surveys possono descrivere più o meno adeguatamente assetti organizzativi o strutturali del capitale sociale (per esempio: il numero di associazioni o il numero di iscritti a gruppi di volontariato), atteggiamenti (per esempio: la fiducia), possono anche quantificare certi tipi di comportamenti (per esempio: numero della attività di volontariato oppure delle visite a casa di amici) ma in nessun modo sono in grado di dare conto delle pratiche reali degli attori, e tanto meno della qualità, dei

significati, dei contenuti delle pratiche e delle reti che le persone contribuiscono a costruire (Baron - Field - Schuller 2000, 27); la rilevazione del capitale sociale sulla base di indicatori standardizzati appare inadeguata a coglierne aspetti pur fondamentali, quali il legame con il contesto, la pluralità dei meccanismi di formazione, e in definitiva il suo carattere intrinsecamente processuale (Piselli 2001) rimane in ogni caso aperto il problema del rapporto di causalità fra le variabili messe in gioco nella ricerca; per esempio, la significativa correlazione tra reddito procapite e atteggiamento fiducioso messo in luce dai dati del World Values Study può essere interpretato sia come una verifica dell'ipotesi secondo cui la fiducia genera benessere, sia, come forse è più probabile, che è la condizione di benessere a generare fiducia.

Se si tengono ben presenti i limiti appena segnalati, può comunque essere utile, in fase di programmazione sanitaria regionale, delineare un quadro generale della situazione in Umbria ricorrendo a una serie di ricerche che hanno tentato di misurare, sulla base di indicatori diversi, la dotazione di capitale sociale delle singole regioni italiane. In tale quadro, e nonostante i limiti detti sopra, si può assumere che una serie di caratteristiche socioculturali dei territori, in vario modo riferiti dagli autori al capitale sociale (fiducia, reciprocità, partecipazione politica, senso civico), possano essere positivamente correlate con le condizioni e le possibilità di salute della popolazione.

La ricerca forse più completa è quella intitolata "Un atlante del capitale sociale italiano", pubblicata in rete nel dicembre 2005 da Fabio Sabatini del Dipartimento di Economia Pubblica della Università di Roma "La Sapienza"[68]. L'analisi si è basata su un dataset formato da circa duecento indicatori di cinque dimensioni fondamentali del capitale sociale: i legami familiari, i rapporti informali con amici e conoscenti, le organizzazioni volontarie, la partecipazione politica attiva e la coscienza civica. I dati sono tratti dalle indagini multiscopo condotte dall'Istat tra il 1998 e il 2002 su un campione di circa ventimila famiglie italiane.

Per quanto riguarda la posizione dell'Umbria nella classifica delle regioni italiane, in sintesi la situazione è la seguente: occupa il 13° posto per "coscienza civica", il 14° per "partecipazione politica", l'11° per "partecipazione associativa", il 9° per "capitale sociale amicale", e infine il 7° per "capitale sociale familiare"; si colloca, infine, all'11° posto per "dotazione complessiva di capitale sociale". L'autore della ricerca sottolinea la netta distinzione tra due tipi di rete, rispettivamente formate dai legami "forti" tra familiari e parenti e dai legami "deboli" che mettono in relazione amici, conoscenti e membri delle organizzazioni volontarie: queste due forme di capitale sociale risultano diversamente – anzi, inversamente- distribuite sul territorio italiano nel senso che le regioni più ricche di legami forti sono più povere di legami deboli e viceversa. In effetti una delle conclusioni che Sabatini trae dai dati della sua ricerca è che l'interesse per la politica e per gli affari della comunità in cui si vive risultano significativamente e negativamente correlati con l'intensità dei legami familiari mentre, al contrario, una maggiore intensità dei legami deboli tende ad accompagnarsi a più elevati livelli di coscienza civica e di partecipazione associativa. Per quanto riguarda l'Umbria e la tenuta dell'istituzione familiare come risorsa di cura e di solidarietà, i risultati di Sabatini sembrano confermare le valutazioni di Paolo

68 http://w3.uniroma1.it

Montesperelli: “Nell’ambito delle risorse interne, spicca la famiglia che anche in Umbria svolge funzioni indispensabili. Esse riguardano: la raccolta di risorse diverse e la loro ridistribuzione interna (salari, pensioni, auto-consumo, impegno domestico, etc.); la grande flessibilità nelle strategie di vita; le molteplici capacità di fronteggiare le situazioni critiche del ciclo economico; la possibilità di radicare identità collettive e codici valoriali comuni, mediante la condivisione di legami affettivi e la socializzazione; la partecipazione ai sistemi di protezione sociale; la possibilità di sostenere i membri più deboli nelle situazioni di bisogno, etc.” [69].

Che la famiglia “tradizionale” continui a giocare in Umbria un ruolo fondamentale nelle attività di solidarietà e di assistenza è testimoniato anche da una ricerca condotta alla fine degli anni ’90[70] che ha prodotto, tra l’altro, i seguenti dati, particolarmente interessanti per ragionare sul capitale sociale: a) per quanto riguarda le azioni di aiuto da parte della famiglia di origine nei confronti delle giovani coppie con figli piccoli, a fronte di una media nazionale del 20,8%, in Umbria sono il 35,8% i genitori che hanno potuto contare sull’aiuto gratuito di qualche familiare; b) per quanto riguarda la cura e l’assistenza ai familiari ammalati risulta che oltre un quarto degli intervistati (per l’esattezza il 28,5%) ha prestato assistenza almeno una volta per un periodo superiore al mese, di contro a una media nazionale del 18,6% e del 21,1% dell’Italia Centrale. Sono dati, questi, che se da una parte parlano di una forte tenuta del tessuto familiare umbro nelle prestazioni solidaristiche, dall’altra rilevano anche una serie di elementi problematici riconducibili, secondo gli autori della ricerca, a due questioni fondamentali: a) la carente e diseguale distribuzione e il costo dei servizi pubblici di assistenza penalizzano le famiglie che dispongono di minori risorse economiche e che si trovano dunque costrette a sopperire ai vuoti dell’assistenza con il proprio “capitale umano”; b) è proprio all’interno di queste famiglie che si genera una più forte diseguaglianza di genere visto che il lavoro di cura (dei figli, del coniuge anziano, dei propri genitori, dei propri suoceri, ecc.) ricade quasi esclusivamente sulla donna.

E’ da osservare, tuttavia, che anche in Umbria, come nel resto del Paese, la famiglia è sempre più intensamente investita da processi di cambiamento (riduzione del numero dei coabitanti, espulsione degli anziani, mobilità territoriale e dispersione dei nuclei parentali, ecc.) che tendono a ridurne le capacità di aiuto e di assistenza. In questo quadro va assumendo una rilevanza sempre maggiore, in particolare per quanto riguarda gli anziani soli, il fenomeno dei “badanti” stranieri. Si tratta di una presenza che si incrocia per più di un aspetto con la questione del capitale sociale, della salute e della diseguaglianza. Da una parte, infatti, i “badanti” garantiscono assistenza e compagnia a persone particolarmente vulnerabili e a forte rischio di isolamento: non si limitano infatti a fornire cura e aiuto alla persona ma funzionano anche come “facilitatori” delle relazioni sociali degli anziani che sono loro affidati. E tuttavia, visto che si tratta di servizi privati e a pagamento, anche su questo terreno si manifestano gli effetti della disuguaglianza sociale.

69 Montesperelli P., La struttura sociale in Umbria: spunti di riflessione per una lettura “trasversale”, pp. 135-161, in Rapporto economico e sociale dell’Umbria 2004, AUR, Perugia, 2005 (AUR Rapporti), p. 140

70 Cobalti A. – Bison I. /AUR Agenzia Umbra Ricerche. Osservatorio sulle povertà in Umbria, La società umbra agli inizi del 2000. Indagine retrospettiva sulle famigli umbre, Agenzia Umbra Ricerche, 2004 (Quaderni AUR. Welfare e Società, 1)

Dall'altra parte, se ci si colloca nel punto di vista dei badanti, risulta evidente che uno dei nodi particolarmente problematici di questa professione è proprio la modalità domiciliare del suo svolgimento. La coresidenza con le famiglie e con le persone da assistere implica intensità relazionali e ambiguità che possono causare isolamento, mancanza di privacy e addirittura sfociare in situazioni di soprusi e violenza; il lavoro tende a riempire ogni momento della vita dei lavoratori rendendo molto difficile una netta scansione tra tempo del lavoro e tempo libero. In questo modo spesso accade che a una ritrovata socialità dell'anziano italiano – resa possibile dalla attività di cura del badante - corrisponda un impoverimento delle reti di relazioni del lavoratore.

Risultati più positivi per l'Umbria emergono dal recentissimo lavoro di Roberto Cartocci[71], pubblicato nel 2007 ma basato su dati rilevati negli anni 1999-2002. La quantità di capitale sociale nelle diverse aree del Paese, individuate a livello delle Provincie, è stata misurata per mezzo dei seguenti quattro indicatori: 1) diffusione della stampa quotidiana; 2) livello di partecipazione elettorale; 3) diffusione delle associazioni sportive; 4) diffusione delle donazioni di sangue. Per quanto riguarda quello che Cartocci definisce "indice finale di capitale sociale" l'Umbria si colloca all'8° posto, preceduta da tutte le regioni del Nord e dalla Toscana, e seguita dalle Marche, dal Lazio e da tutte le regioni del Sud e insulari. L'indice della provincia di Perugia è quasi il doppio di quello della provincia di Terni. Per quanto riguarda i quattro indicatori presi in considerazione dalla ricerca la posizione dell'Umbria nella graduatoria delle regioni italiane è la seguente: 13° posto nella lettura dei quotidiani (leggero vantaggio di Terni su Perugia); 3° posto nella partecipazione al voto (pressoché identica a Perugia e a Terni); 7° posto nella donazione di sangue (significativo vantaggio di Perugia su Terni); 8° posto per numero di iscritti a società sportive (leggero vantaggio di Terni su Perugia).

A differenza di Sabatini, Cartocci non si preoccupa di misurare anche il "capitale sociale familiare", espressione, secondo lui, priva di senso e intrinsecamente contraddittoria. Questo autore, infatti, ritiene cruciale, nell'analisi del capitale sociale, distinguere i legami ascrittivi da quelli elettivi: i legami familiari sono evidentemente di tipo ascrittivo e in quanto tali non manifestano la libera scelta dell'individuo di associarsi in vista di un vantaggio o un bene più ampio dell'ambito familiare (e dunque, a rigor di termini, non costituiscono capitale sociale); capitale sociale è, invece, quello creato dai legami elettivi, e cioè da quelle relazioni, formali o informali, cui le persone accedono volontariamente, quando, per fare gli esempi di Cartocci, si associano a un club di scacchi, si iscrivono a un sindacato o partecipano a una protesta contro la costruzione di un inceneritore[72.]

2.5 Il contesto epidemiologico

I fattori di rischio

In Umbria si è evidenziato negli ultimi anni un quadro epidemiologico decisamente grave rispetto all'abuso di sostanze stupefacenti e ad alcune dipendenze (alcool, fumo).

71 Cartocci R,. Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia, Il Mulino, Bologna, 2007
72 ibidem, pp. 28-29 e 54-55

I dati relativi alla mortalità per overdose indicano come, a fronte di una costante diminuzione del tasso di mortalità in Italia dal 1996 fino al 2002 (anno in cui si è rilevato un tasso di 1,3 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni), con lievi oscillazioni negli anni successivi, in Umbria il tasso è rimasto costantemente elevato, con una particolare accentuazione negli ultimi anni, mantenendo una forbice molto ampia rispetto al dato nazionale. Si è avuto un picco di 5,0 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni nel 2000, leggere variazioni fino al 2005, un tasso di 5,3 nel 2006 (con un numero assoluto di 30 decessi) e 6,2 nel 2007 (n. 35 decessi; il tasso di mortalità in Italia è 1,5).

Esaminando le caratteristiche dei deceduti, si evidenzia come il fenomeno interessi diverse fasce di età, diverse provenienze, e veda una molteplicità di sostanze assunte; l'eroina è la principale causa di morte, ma nella maggior parte dei casi associata ad altre sostanze: cocaina, alcol, benzodiazepine, barbiturici; nel 2006 sono documentati 3 decessi nei quali la sostanza primaria è la cocaina[73].

I dati relativi alla diffusione dei fenomeni di consumo confermano l'ipotesi in Umbria di un quadro multiproblematico, a rapida evoluzione, che coinvolge ampi e variegati gruppi di popolazione, sia riguardo l'uso di sostanze legali che illegali, all'interno di stili di consumo variegati e spesso caratterizzati dal poliabuso.

Nel 2005 il 22,1% della popolazione umbra di età maggiore di 15 anni, cioè una percentuale leggermente inferiore alla media nazionale, dichiara di fumare; le donne tuttavia presentano una prevalenza di consumo maggiore rispetto alla media nazionale [74]. Osservando i dati del 2006 relativi ai giovani di 15-19 anni, la quota dei fumatori sale al 27,1% ed anche in questo caso sono le donne a presentare una prevalenza maggiore (30%), di 3 punti superiore alla media nazionale[75].

Il consumo di tabacco è la principale causa di morte prematura, in particolare tra gli uomini; tuttavia nella nostra regione negli ultimi 10 anni si è evidenziata tra gli uomini una diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità, passati da 90,6 per 100.000 abitanti nel 1994 a 80,2 nel 2004, mentre tra le femmine, pur rimanendo su livelli molto più bassi, si è avuto un aumento da 13 decessi per 100.000 abitanti nel 1994 a 15,7 nel 2004[76].

Per quanto riguarda il consumo di alcolici, nel 2006 il 33,5% degli umbri di più di 11 anni dichiara un consumo giornaliero di alcol, dato superiore alla media nazionale. Il consumo di oltre ½ litro di vino al giorno in Umbria interessa il 4,5% dei bevitori, il consumo di birra tutti i giorni interessa il 4,3% dei bevitori ed il consumo di alcolici fuori pasto il 25,9%[77].

Il consumo di alcol tra i giovani risulta preoccupante, più che per l'uso di lungo periodo, in relazione al quantitativo assunto per singolo episodio, ai comportamenti correlati, come la guida in stato di ebbrezza, al consumo contemporaneo di altre sostanze stupefacenti. In Umbria nel 2006 il 45% dei ragazzi e il 39% delle ragazze di 15-19 anni dichiara più di un episodio di ubriacatura negli ultimi 12 mesi[78].

---

73 Decessi per overdose in Umbria. - Elaborazione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale su dati degli Istituti di Medicina Legale di Perugia e di Terni per gli anni 2006 e 2007.

74 Indagine multiscopo ISTAT "Le condizioni di salute della popolazione". 2005.

75 Dati ESPAD Italia 2006.

76 Elaborazione dati ReNCaM.

77 Indagine multiscopo ISTAT "Le condizioni di salute della popolazione". 2006.

78 Dati ESPAD Italia 2006.

Nella Relazione al Parlamento relativa al 2006, l'Umbria è citata tra le regioni che presentano stime maggiormente elevate per le seguenti tipologie di consumo:

nella popolazione generale di 15-54 anni, per l'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, allucinogeni, e per il policonsumo[79];

nella popolazione scolarizzata di 15-19 anni, per l'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, cocaina, cannabis, anabolizzanti, stimolanti di sintesi, policonsumo[80].

L'Umbria è tra le regioni che presentano contemporaneamente prevalenze maggiori di utilizzatori di eroina, di soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina, e più alti tassi di mortalità per overdose, prevalentemente da eroina[81]; dal 2001 si evidenzia un costante aumento dei sequestri di tale sostanza, anche se nel 2006 l'eroina sequestrata in Umbria rappresentava solo lo 0,4% di quella sequestrata a livello nazionale[82].

E' segnalata, inoltre, un'alta prevalenza di persone eleggibili al trattamento per cocaina[83].

Si rivolgono ai servizi, infine, numeri crescenti di persone che chiedono un aiuto per problemi connessi al gioco d'azzardo problematico e altre dipendenze non da sostanze, come pure preoccupa la diffusione del doping tra gli sportivi di livello amatoriale.

Si configura, quindi, un complesso insieme di fenomeni e di problematiche correlate, non riconducibile ad una lettura univoca né ad ipotesi interpretative semplificative. I fenomeni di uso/abuso/dipendenze oggi sono frequentemente inseriti nel contesto di modelli di vita di apparente benessere e di buona integrazione sociale; interessano, oltre alle fasce giovanili, quote consistenti del mondo adulto; in molti casi l'uso della sostanza è solo uno tra i diversi elementi problematici compresenti.

Per una lettura il più possibile esaustiva del quadro regionale, occorre richiamare infine alcuni elementi di contesto.

Il territorio regionale, ed in particolare la città di Perugia, è oggetto di un narcotraffico marcatamente aggressivo, connesso ad infiltrazioni della criminalità organizzata afferenti a cosche di provenienza extra regionale.

Alcuni fenomeni in sé positivi, poi, possono comportare in alcuni casi una condizione di accentuata vulnerabilità; in primo luogo la numerosa popolazione studentesca che afferisce alle sedi universitarie presenti a Perugia, come tutte le popolazioni giovanili non esente da forme di disagio; inoltre, il rilevante fenomeno immigratorio, laddove accanto ad esperienze di positiva integrazione nel tessuto cittadino, sono identificabili aree di marginalità sociale, anche grave, connesse in genere ad esperienze di fallimento del progetto migratorio personale.

---

79 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati IPSAD Italia 2005.

80 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2005.

81 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

82 Rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero degli Interni - 2006.

83 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Infine, occorre dare attenzione agli elementi che caratterizzano l'evoluzione della società umbra degli ultimi decenni, esposti diffusamente in precedenti capitoli, che si riflettono anche su questa tematica specifica.

Al quadro descritto, complesso e multidimensionale, è necessario rispondere con una strategia, specularmente, "di sistema". Sul piano dei contenuti, occorre abbandonare ogni visione di tipo ideologico, mantenendo un solido riferimento nelle acquisizioni della comunità scientifica internazionale; sul piano organizzativo, occorre superare quelle dicotomie che tendono oggi ad immobilizzare il sistema di intervento, come ad esempio tra sociale e sanitario, tra settore pubblico e privato sociale, tra Distretto e Dipartimento, tra operatori ed utenti, tra professionisti e volontari.

Occorre sottolineare, infine, come la Giunta regionale, attraverso la Deliberazione n.1613 del 2007 di acquisizione del documento "I diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze" elaborato dal Laboratorio permanente pubblico - privato sociale, ha posto in evidenza la tutela dei diritti della persona quale valore fondamentale, anche in questo campo, nell'orientare le scelte di politica sanitaria e sociale.

La morbilità

Solo per pochi settori esistono validi flussi informativi relativi alla incidenza e prevalenza delle patologie e dei traumatismi:

per i tumori, grazie alla presenza di un registro regionale;

per gli infortuni sul lavoro, grazie alla banca dati flussi informativi INAIL – ISPESL – Regioni elaborata dall'Osservatorio integrato sugli infortuni sul lavoro;

per le malattie infettive soggette a notifica;

per alcune patologie animali di interesse per la salute umana e soggette a programmi di sorveglianza e profilassi.

Incidenza dei tumori in Umbria

Per descrivere la frequenza dei tumori maligni in Umbria sono stati utilizzati i dati di incidenza e di mortalità del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) e del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) relativi al periodo 2003-2005.

Nel triennio 2003 -2005, il numero medio annuo di casi, esclusi i carcinomi della pelle, in Umbria è stato di 2986 nei maschi e di 2302 nelle femmine.

Nei maschi il tumore più frequente è quello della prostata, seguito da quello del colon retto e del polmone; tali sedi rappresentano la metà di tutti i tumori negli uomini. L'incidenza, infatti del tumore della prostata e del colon retto è andata aumentando mentre quella del tumore al polmone ha subito un notevole decremento.

Nel sesso femminile la graduatoria della frequenza delle diverse sedi di neoplasia è rimasta pressoché invariata: rimane al primo posto la mammella, che rappresenta un terzo di tutti i tumori, seguita dal colon retto e dallo stomaco. Nelle femmine è aumentata l'incidenza di tumore della mammella e di tumori alla tiroide mentre è diminuita notevolmente l'incidenza del tumore allo stomaco.

Fig. 1 – Tassi standardizzati di incidenza nel 2003-2005 (Fonte RTUP)

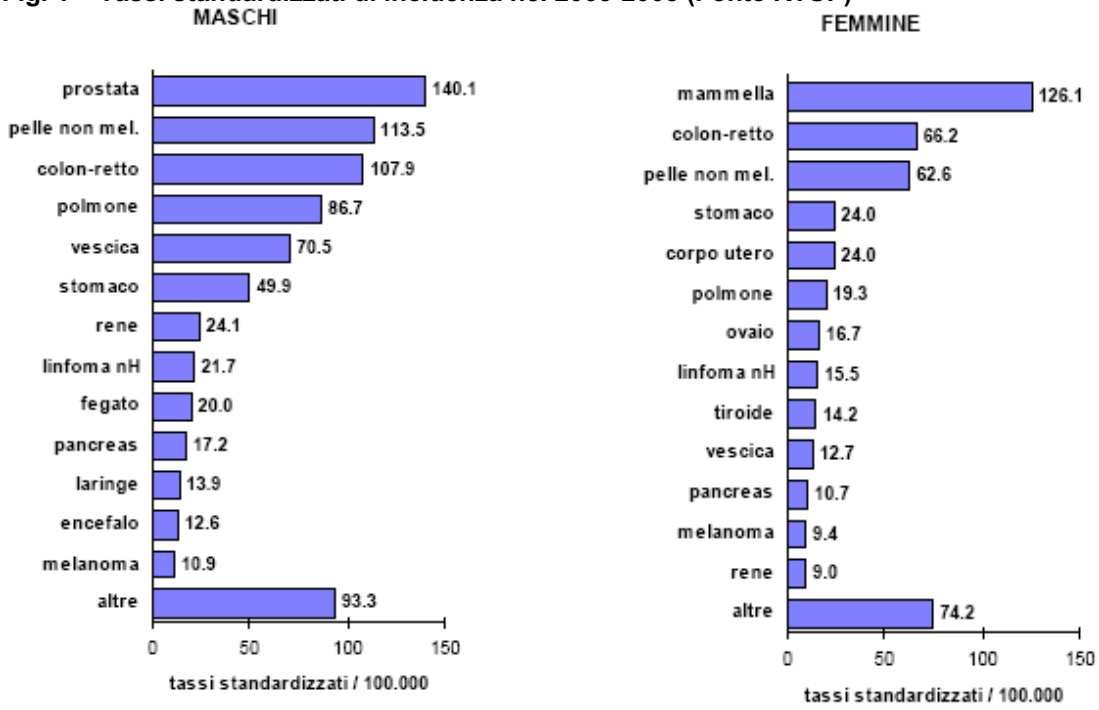
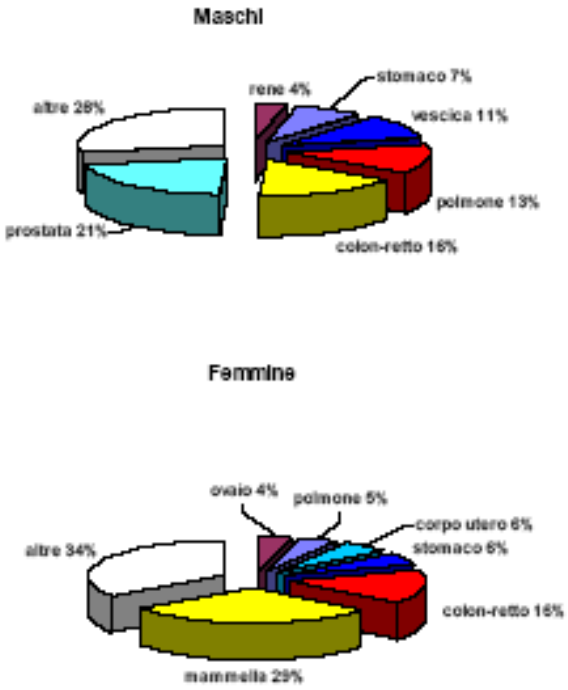


Fig. 2 - Distribuzione percentuale dei tassi standardizzati di incidenza nel 2003-2005 (escluso i carcinomi della pelle, C44, ICD-10) (Fonte RTUP)

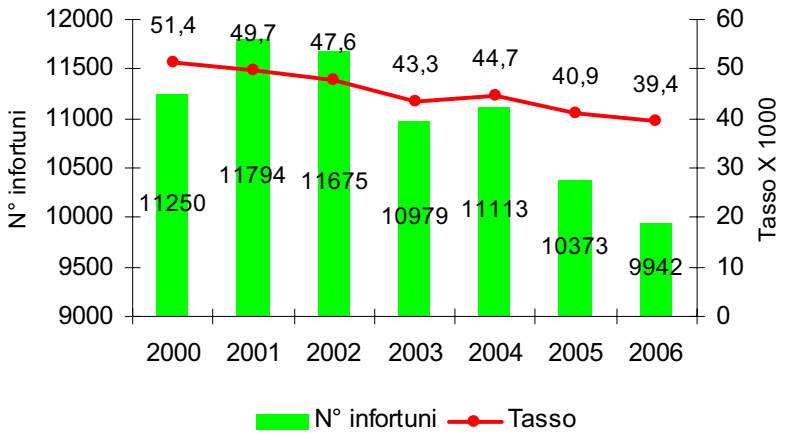


Gli infortuni sul lavoro in Umbria - anni 2000/2006

In Umbria nel 2006, ultimo anno nel quale si può ammettere che tutti gli infortuni abbiano completato l'iter amministrativo-sanitario dell'INAIL sono stati denunciati circa 20.500 infortuni, di cui circa 16.100 nel settore industria e servizi, 2.000 in agricoltura e 2.400 nella gestione INAIL per conto stato; di questi ne sono stati definiti positivamente, ovvero si è dimostrato un nesso di causa con l'attività lavorativa, circa 15.000, di cui circa 1.300 sono stati infortuni in itinere (accaduti nel percorso casa-lavoro, lavoro- casa e quindi non direttamente correlati all'attività lavorativa), mentre fra gli infortuni in occasione di lavoro 10.700 si sono verificati nel macrosettore industria e servizi, 1.650 in agricoltura e circa 350 fra i dipendenti dello stato.

L'andamento del fenomeno infortunistico degli ultimi anni, misurato attraverso il tasso di infortunio (rapporto fra il numero di infortuni e la popolazione lavorativa) dimostra un trend in riduzione: nella gestione industria e servizi la frequenza di infortuni ogni 1000 addetti INAIL è passata da 51,4 nel 2000 a 39,4 nel 2006, mentre in agricoltura da 36,8 a 30 infortuni ogni 1000 addetti ISTAT; pur considerando una certa sottostima dei dati del 2006 non ancora "stabilizzati", esso si caratterizza per la più bassa frequenza infortunistica del periodo in esame (figura 1).

Fig. 1 Tasso standardizzato e numero di infortuni definiti positivamente*, industria e servizi, 2000-2006



** Esclusi infortuni in itinere, ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori appartenenti a polizza speciali*

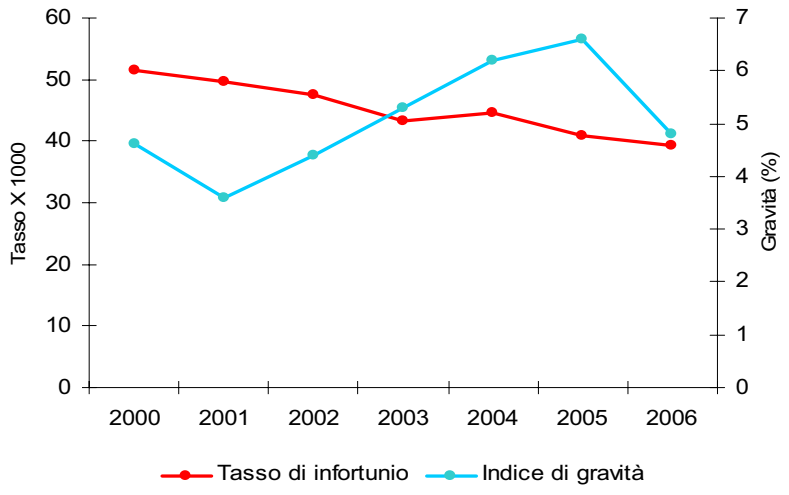
Il decremento del fenomeno infortunistico nel 2006 è evidente anche dal confronto con le altre regioni: infatti il calo degli infortuni denunciati nella gestione industria e servizi (-3,2%, pari a 528 infortuni in meno) è di gran lunga superiore a quello registrato a livello nazionale, dove si ha un decremento pari solo all'1,0% (tabella 1). In agricoltura il decremento è ancora più marcato, -8,5% rispetto al 2005 contro una media nazionale di -5,2%, pari a 183 infortuni denunciati in meno.

Tab. 1 Infortuni denunciati per regione, industria e servizi, 2005-2006

	Anno 2005	Anno 2006	Differenza 2006-2005	Variazione% 2006-2005
Piemonte	67.870	66.464	-1.406	-2,1
Valle d'Aosta	2.437	2.388	-49	-2,0
Lombardia	149.722	149.065	-657	-0,4
Liguria	28.303	28.049	-254	-0,9
Trentino Alto Adige	26.302	26.237	-65	-0,2
Veneto	105.737	105.446	-291	-0,3
Friuli V. G.	26.254	26.414	160	0,6
Emilia Romagna	123.774	121.759	-2.015	-1,6
Toscana	65.762	65.395	-367	-0,6
Umbria	**16.761**	**16.233**	**-528**	**-3,2**
Marche	29.989	29.422	-567	-1,9
Lazio	52.323	52.338	15	0,0
Abruzzo	20.690	20.481	-209	-1,0
Molise	3.217	3.064	-153	-4,8
Campania	27.991	27.090	-901	-3,2
Puglia	36.937	35.617	-1.320	-3,6
Basilicata	5.315	5.350	35	0,7
Calabria	12.021	11.938	-83	-0,7
Sicilia	28.212	28.755	543	1,9
Sardegna	15.334	14.861	-473	-3,1
Italia	**844.951**	**836.366**	**-8.585**	**-1,0**

Merita attenzione il fatto che la diminuzione del fenomeno infortunistico nel complesso non si accompagna ad una corrispondente riduzione degli infortuni di elevata gravità con una evidente discordanza fra frequenza degli infortuni (in diminuzione) e la gravità (in aumento); il dato del 2006 relativo alla gravità non può considerarsi ancora affidabile, essendo più lungo l'iter sanitario-assicurativo per la definizione degli infortuni gravi (figura 2).

Fig. 2 Tasso di infortunio e indice di gravità (% infortuni con esiti permanenti e mortali sul totale degli infortuni), industria e servizi, 2000-2006



I settori produttivi dove si concentra maggiormente il rischio infortunistico, ovvero quelli nei quali si ha la più elevata frequenza, gravità e numero di infortuni, sono il settore metalmeccanico, delle costruzioni, del legno e dei trasporti (tabella 2).

Tab. 2 Frequenza (F) e gravità (G) degli infortuni per attività economica, anni 2000-2003 (tra parentesi la % di infortuni del settore sul totale)

F / G	< 20	20-39	40-59	60-79	80-99	>100
0-1,9	M Istruzione (0,3)	B Pesca (0,0)	DF Fabbr. coke,petrolio (0,0)			
2-3,9	DC Ind. Conciarie (0,1)	O Altri servizi pubblici (3,8) DE Fabbr. carta(1,8) DL Elettromeccanica (1,3) K Immobili.Informatica.Ricerca	DA Ind. alimentari (4,0) H Alberghi e ristoranti (3,5)	**DJ+DK+DM Metalmeccanica (17,3)** **DI Ind. della trasformazione (4,2)** **DN Altre industrie manifatturiere (3,0)** DH Fabbr. gomma(1,0) E Elettrica,gas,acque (0,7)		
4-5,9	DB Ind. tessili (1,8)	G Commercio.Riparazioni (10,8) L Pubbl.amministrazione (5,6) DG Ind. chimica (0,6)	N Sanità (2,2) CB Estraz. minerali non energetici (0,4)	**I Trasporti (7,6)**		
6-7,9			A Agrindustria (1,1)	**F Costruzioni (20,2)** **DD Legno (2,2)**		
8-9,9	J Intermediazione finanziaria (0,4)					
>9,9						

Rispetto alle differenze territoriali, il confronto fra le quattro USL dimostra un tasso standardizzato più elevato nella ASL 1, seguita dalla ASL 3; la ASL 2 e la ASL 4 hanno dei tassi di infortunio complessivamente più bassi (tabella 3); in ciascuna ASL è evidente la riduzione della frequenza di infortunio dal 2000 al 2005.

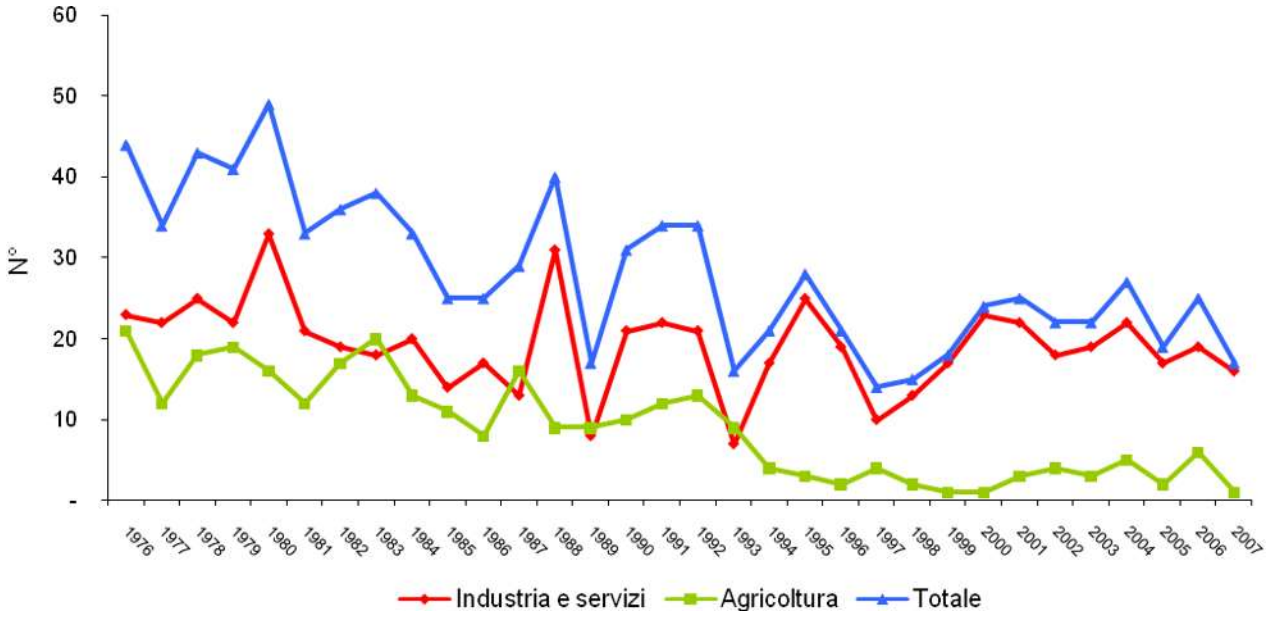
Tab. 3 Tasso standardizzato di infortunio definito positivamente per 1000 addetti per ASL, industria e servizi, 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ASL 1	67,4	64,4	67,0	58,7	60,2	55,9
ASL 2	49,9	49,3	46,8	41,7	42,6	38,0
ASL 3	71,3	63,3	61,0	53,8	56,9	52,4
ASL 4	35,1	36,5	35,3	32,9	34,2	31,6
Umbria	51,4	49,7	47,6	43,5	44,5	40,9
Italia	*33,0*	*31,2*	*30,7*	*29,0*	28,0	26,8

Una attenzione particolare meritano gli infortuni mortali sul lavoro: negli ultimi 30 anni dal 1976 al 2007, nelle due gestioni, industria e servizi e agricoltura, pur evidenziando ampie oscillazioni da un anno all'altro attribuibili ai piccoli numeri, si osserva, a fronte di un

ampliamento della popolazione lavorativa assicurata, un generale trend in diminuzione del numero di eventi mortali (figura 3).

Figura 3 Infortuni mortali (esclusi in itinere) indennizzati, industria-servizi -agricoltura, 1976-2007



Prendendo in esame il periodo più recente, dal 2004 al 2007 si è passati da 25 a 18 infortuni mortali, il più basso numero degli ultimi 10 anni, con una riduzione rispetto al 2006 di oltre il 30 %; inoltre 6 di questi decessi sono causati da incidenti stradali accaduti nello svolgimento dell'attività lavorativa (in occasione di lavoro) o in itinere, (tabella 4).

Tab. 4 UMBRIA: infortuni mortali, tutte le gestioni, 2004-2007

	2004	2005	2006	2007*
Infortuni non stradali	**25**	**14**	**16**	**12**
Infortuni **stradali** in occasione di lavoro	3	5	9	4
Infortuni stradali **"in itinere"**	10	7	1	2
Infortuni totali	**38**	**26**	**26**	**18**

**Dati non consolidati*

Dei 12 infortuni in luogo di lavoro 6 sono accaduti nei territori di competenza della ASL 4, 3 della ASL 3 e 3 della ASL 2 (tabella 5)

Tab. 5 UMBRIA: infortuni mortali per ASL, anno 2007*

	Infortuni non stradali	Infortuni **stradali** in occasione di lavoro	Infortuni stradali **"in itinere"**	**Infortuni totali**
ASL 1	**0**	1	0	1
ASL 2	**3**	3	2	8
ASL 3	**3**	0	0	3
ASL 4	**6**	0	0	6
UMBRIA	**12**	**4**	**2**	**18**

**Dati non consolidati*

Rispetto ai settori produttivi nei quali più si è concentrato il fenomeno degli infortuni mortali, 7 casi ovvero oltre la metà, sono accaduti nel settore dell'edilizia e in 4 di questi la modalità di accadimento è risultata la caduta dall'alto, da tetto o ponteggio (tabella 6), confermando così la criticità delle problematiche di sicurezza in questo comparto.

Tab. 6 UMBRIA: infortuni mortali per settore produttivo e modalità di accadimento, anno 2007*

Settore produttivo	**N° infortuni**
Edilizia	**7**
Caduto dall'alto (da tetto o ponteggio)	*4*
Travolto da autopompa	*1*
Travolto da frana	*1*
Investito da camion	*1*
Metalmeccanica	**2**
Schiacciato da lastra di acciaio	*1*
Schiacciato da lamiera	*1*
Agricoltura	**1**
Travolto da trattore	*1*
Dipendenti stato	**2**
Caduto da scala	*1*
Investito da treno	*1*
TOTALE	**12**

Nonostante quindi le statistiche dimostrino un decremento del fenomeno infortunistico nella Regione Umbria, a testimonianza di un miglioramento dei livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro, la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali rappresenta un'area di intervento estremamente rilevante in questa regione: infatti le statistiche INAIL collocano ancora l'Umbria ai vertici del fenomeno infortunistico, con una frequenza media di infortunio che è di 15 punti superiore rispetto a quella nazionale; la differenza con la media nazionale e con le altre regioni è meno importante se si considera l'indice di gravità. Le distorsioni originate dalle modalità di attribuzione territoriale degli infortuni da parte dell'INAIL, che penalizzano nei confronti geografici le regioni piccole e a

prevalente importazione di manodopera e la diversa distribuzione del fenomeno del lavoro "in nero" che fa apparire meno "virtuose" proprio le regioni a minor tasso di irregolarità nelle quali è meno rilevante la sottodenuncia degli infortuni, spiegano solo in parte questo primato negativo.

Vanno infatti segnalate alcune caratteristiche del sistema produttivo umbro, che possono amplificare il rischio di infortunio sul lavoro. In primo luogo la parcellizzazione delle imprese, fenomeno molto spiccato in Umbria dove oltre il 95 % delle oltre 70.000 imprese del territorio ha meno di 10 dipendenti: questa tipologia di impresa tende ad avere un rischio per la salute e la sicurezza più elevato rispetto alle grandi aziende sia per la difficoltà nell' applicare le norme antinfortunistiche e nel programmare investimenti per la sicurezza, che per la scarsa rappresentatività degli RLS e RSPP.

Inoltre le aziende umbre assumono sempre più frequentemente manodopera straniera (che costituisce circa il 23 % di tutte le nuove assunzioni), occupandola prevalentemente in professioni a bassa qualifica professionale, nei settori lavorativi più rischiosi (come le costruzioni e l'agricoltura), con frequenti cambiamenti di lavoro e con contratti temporanei, spesso in assenza di un addestramento e di una formazione adeguata.

Le malattie infettive in Umbria

La sorveglianza delle malattie infettive in Umbria è affidata sostanzialmente al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), istituito sulla base del DM del Ministero della Sanità del 15/12/1990, che prevede "l'obbligo per il medico di notificare all'autorità sanitaria competente qualunque malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione".

Anche se il sistema - peraltro in corso di revisione a livello nazionale - soffre di alcune carenze "storiche", quali la sottostima dei casi per mancata notifica da parte dei medici, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, è stato comunque utilizzato per valutare l'andamento delle malattie nel tempo e il risultato di tale valutazione è contenuto nello specifico Atlante della Prevenzione dedicato alle Malattie infettive in Umbria e pubblicato nel 2007, cui si rimanda per una analisi più approfondita.

L'Atlante contiene anche i dati derivanti da altri sistemi di sorveglianza, definiti come Sistemi di Sorveglianza Speciale, che però non prevedono l'adesione obbligatoria da parte delle Regioni, quali per esempio quello per le meningiti, quello per la legionellosi, alcune sorveglianze attivate dall'Istituto Superiore di Sanità che riguardano le epatiti virali acute (SEIEVA) e il Registro regionale dei casi di AIDS. Di seguito si riporta un aggiornamento delle notifiche pervenute negli ultimi due anni relative a: morbillo, parotite, rosolia, TBC, meningiti meningococciche.

<u>Morbillo</u>

Si riportano pertanto, di seguito, le notifiche dei casi di morbillo, parotite e rosolia registrati in Umbria dal 1996 al 2007 (i dati 2007 sono divenuti definitivi al 30.06.08).

Distribuzione dei casi di morbillo, parotite e rosolia per fasce di età. Anni 1999/2007. Umbria

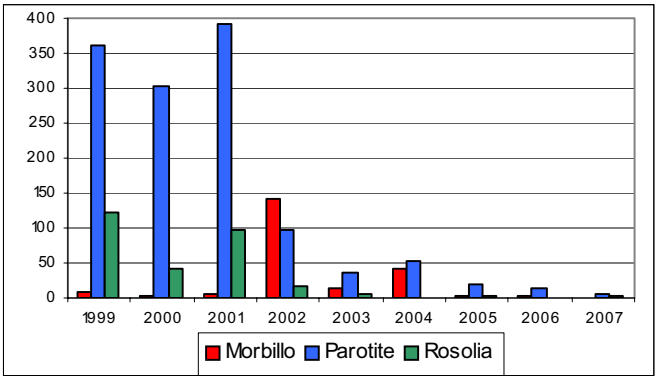
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Morbillo	0-14	4	3	2	120	5	25	0	1	0
	15-24	2	0	2	13	6	11	1	3	1
	25-64	1	0	1	6	4	3	0	0	0
	> 65	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ns	0	0	0	3	0	3	1	0	0
	Totale	7	3	5	142	15	42	2	4	1
Parotite	0-14	235	268	354	84	24	48	13	10	6
	15-24	5	10	10	3	7	0	1	1	0
	25-64	17	19	24	10	4	2	4	1	0
	> 65	0	0	1	1	0	1	1	1	0
	ns	5	6	2	0	0	1	1	0	0
	Totale	362	303	391	98	35	52	20	13	6
Rosolia	0-14	103	28	64	8	2	1	0	1	1
	15-24	15	11	29	5	1	0	3	0	1
	25-64	3	2	4	3	1	0	0	0	0
	> 65	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ns	0	0	1	1	1	0	0	0	0
	Totale	121	41	98	17	5	1	3	1	2

Le notifiche relative agli ultimi 3 anni, dopo i due episodi epidemici verificatisi nel 2002 e nel 2004 che avevano coinvolto molti bambini, riguardano, con esclusione di un caso nel 2006, giovani dai 15 ai 24 anni.

Dal 2007 è in corso un'altra epidemia a livello europeo, si potrebbero registrare dei casi anche nel nostro territorio, soprattutto in alcune zone dove i livelli di copertura non ottimali hanno permesso l'accumularsi di un certo numero di suscettibili.

Di seguito il grafico descrive l'andamento dei casi di morbillo, parotite e rosolia aggiornati al 2007

Notifiche casi morbillo, parotite, rosolia. Anni 1999/2007 - Umbria



L'analisi dei casi di morbillo, parallelamente a quella dei livelli di copertura vaccinale raggiunti per le coorti oggetto della campagna, contribuisce alla valutazione dei risultati raggiunti con il Piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

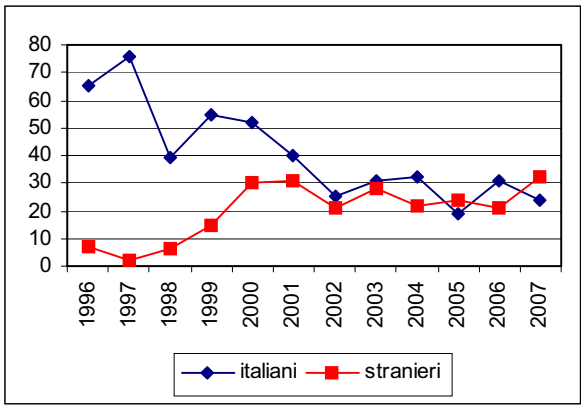
Tubercolosi

In Umbria, negli anni che vanno dal 1996 al 2007 sono stati notificati con il SIMI un totale di 713 casi.

L'andamento del numero di notifiche, anche se quasi sicuramente i dati sono sottostimati, mantiene comunque un trend pressoché costante.

A partire dal 1999 fino al 31.12.2007 (dati provvisori fino a giugno 2008) sono anche state registrate 77 recidive, che, per quanto riguarda i cittadini italiani, sono riferite a soggetti di età quasi sempre maggiore di 65 anni, mentre quelle osservate negli stranieri riguardano, nella maggior parte dei casi, soggetti più giovani e l'intervallo fra la prima e la seconda infezione è più basso.

Casi di TBC notificati dal 1996 al 2007 in cittadini italiani e stranieri - Umbria

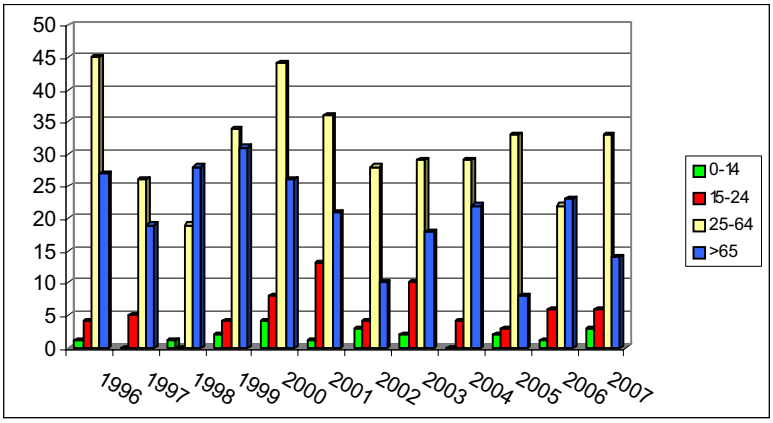


Analizzando i casi rispetto alla diversa nazionalità si nota un netto decremento del numero di infezioni nei cittadini italiani a partire dall'anno 1999, mentre, già dal 1998, si è registrato un progressivo aumento delle notifiche di malattia in cittadini stranieri.

Negli ultimi quattro anni studiati i casi di infezione in cittadini stranieri hanno equiparato quelli in cittadini italiani e, nel 2005 e nel 2007, hanno rappresentato la maggioranza dei casi.

L'incidenza per età negli anni 1995-2007 mostra una discreta tendenza al decremento nella classe di età >65, mentre si mantiene stabile ed elevata nella classe immediatamente precedente e ciò sembra derivare soprattutto dal numero dei casi di infezione in cittadini stranieri.

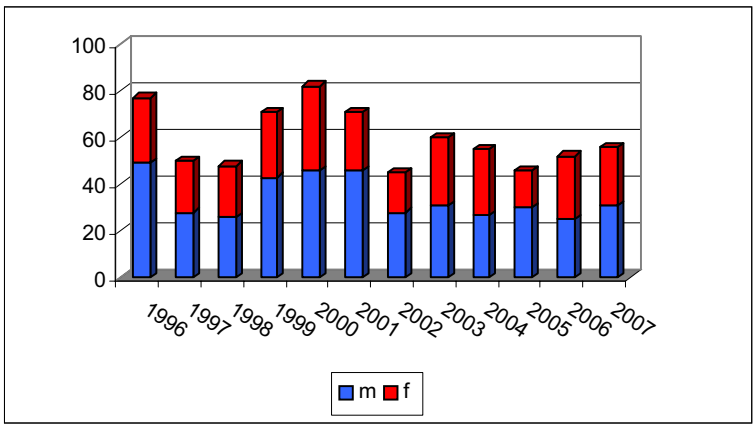
Casi TBC notificati per classi di età dal 1996 al 2007- Umbria



L'incidenza complessiva per sesso, per tutte le forme di TBC, sembra rispecchiare la tendenza, rilevata nel resto del Paese, alla prevalenza dei casi in soggetti di sesso

maschile (del totale), anche se negli ultimi anni il numero delle donne è decisamente aumentato.

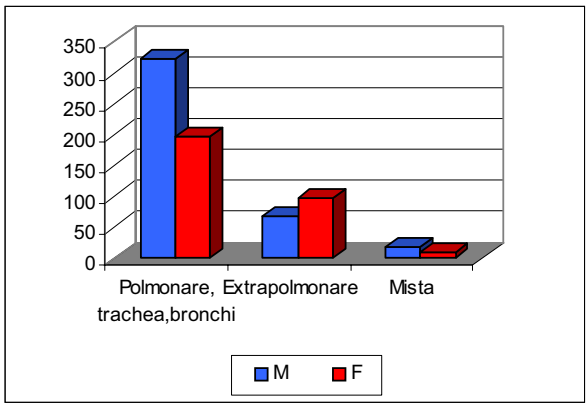
Casi TBC notificati per sesso dal 1996 al 2007- Umbria



Per quanto concerne la localizzazione anatomica si evidenzia che in Umbria, nel periodo considerato, le forme di TBC polmonare rappresentano il 73% del totale e sono riferite soprattutto a soggetti di sesso maschile.

L'incidenza per sesso nelle forme extra - polmonari mostra una leggera prevalenza nel sesso femminile e l'andamento degli ultimi due anni è in linea con quello degli anni precedenti.

Casi notificati dal 1996 al 2007 per localizzazione anatomica e sesso



Meningiti

Per quanto concerne i casi di meningite meningococcica si è creato, in passato, un notevole allarme per i 22 casi del 2004 e per gli 11 casi del I semestre 2005. Sono quindi state elaborate e approvate le linee guida vincolanti per la sorveglianza e prevenzione delle meningiti meningococciche nella Regione Umbria (DGR 27/07/2005 n.1264), con le

quali, tra l'altro veniva data indicazione per procedere sempre, laddove possibile, alla tipizzazione.

Di seguito si riportano due tabelle riguardanti la distribuzione dei casi per fasce di età e le tipizzazioni eseguite.

Distribuzione dei casi di meningite meningococcica per fasce di età . Anni 1999 – 2007. Umbria.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-14	1	2	0	1	2	12	4	2	4
15-24	0	1	0	2	1	6	6	1	1
25-64	0	6	0	1	1	2	1	3	2
> 65	2	1	1	0	1	2	0	0	0
Totale	3	10	1	4	5	22	11	6	7

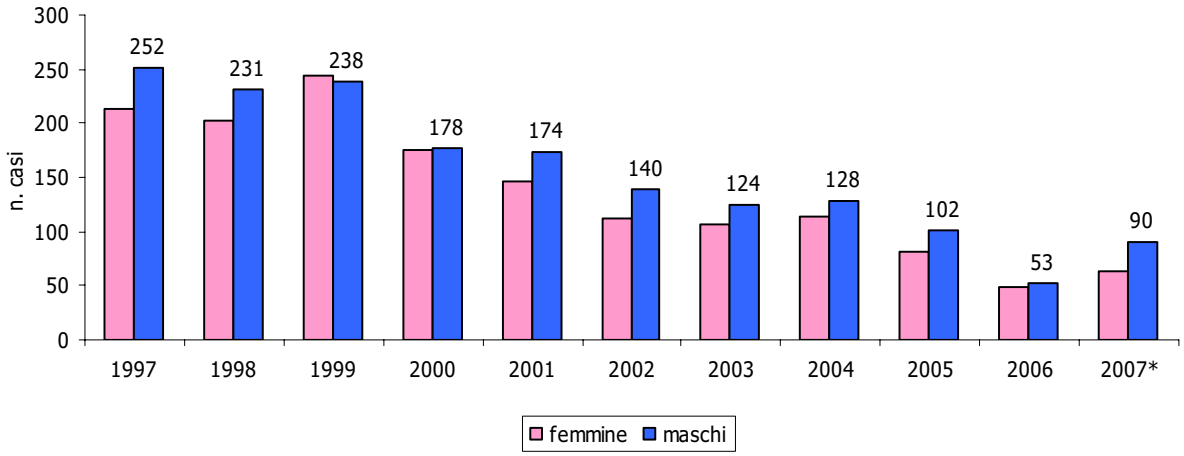
Tipizzazione dei casi di meningite meningococcica. Anni 2004 – 2007. Umbria.

	2004	2005	2006	2007
B	4	6	3	2
C	2	2	0	1
Y	1	0	0	0
W	0	1	1	0

Salmonella non tifoidea

In Umbria rappresentano il germe più isolato dagli ospedali, dalle matrici alimentari e dai mangimi per animali. Tuttavia come si può facilmente evincere dalla figura seguente, il trend della malattia è in forte diminuzione, considerando come periodo di riferimento di partenza l'anno 1997 dove è iniziata l'applicazione sistematica del Piano di Autocontrollo basato sul sistema HACCP.

Figura : Trend salmonellosi umana 1997-2007



** L'anno 2007 è definitivo a giugno*

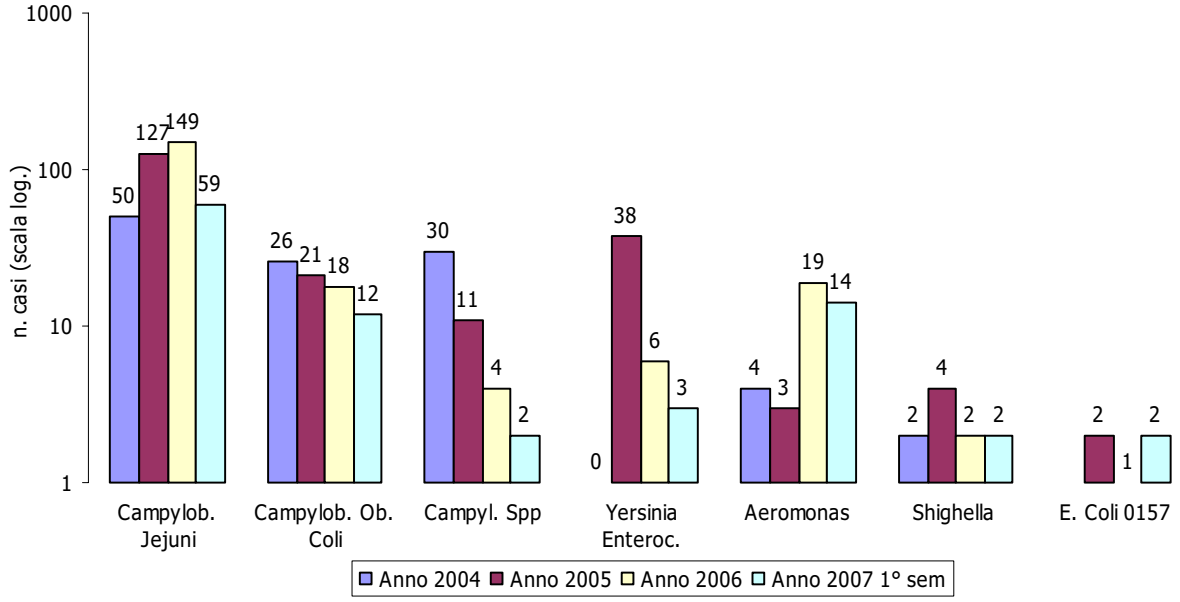
Un fenomeno importante che è stato monitorato continuamente è l'antibioticoresistenza, i principi attivi verso cui le Salmonelle mostrano maggiore sensibilità risultano essere: cefalosporine, ciprofloxacina, gentamicina, in misura lievemente minore cefalotina e, in ambito veterinario, enrofloxacina, ceftazidime e colistina.

I ceppi con 4 o più resistenze sono rappresentati per la maggior parte da S. Typhimurium e dal nuovo sierotipo [O:4; H1:i; H2: -], in molti dei quali si osservano fino a 6 resistenze; si trovano ceppi multiresistenti anche in S. Bredeney, S. Derby, S. Bovismorbificans e S. Hadar.

Altri germi enteropatogeni

Alcuni patogeni cosiddetti "emergenti", quali Campylobacter e Yersinia siano isolati molto frequentemente (figura), tanto è vero che la Campilobacteriosi, nel rapporto dell'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) sulle zoonosi, anno 2006, la rileva come prima zoonosi in Europa subito davanti alle salmonellosi. E' evidente quindi che l'attenzione non può essere ridotta. Anche se in Umbria e in Italia i casi di patologie umane sono rari, questo potrebbe essere dovuto ad una modalità diversa di consumo di carni avicole (sempre ben cotte) e alla sottonotifica degli episodi.

Figura : Isolamento di germi enteropatogeni in Umbria2006 - primo semestre 2007



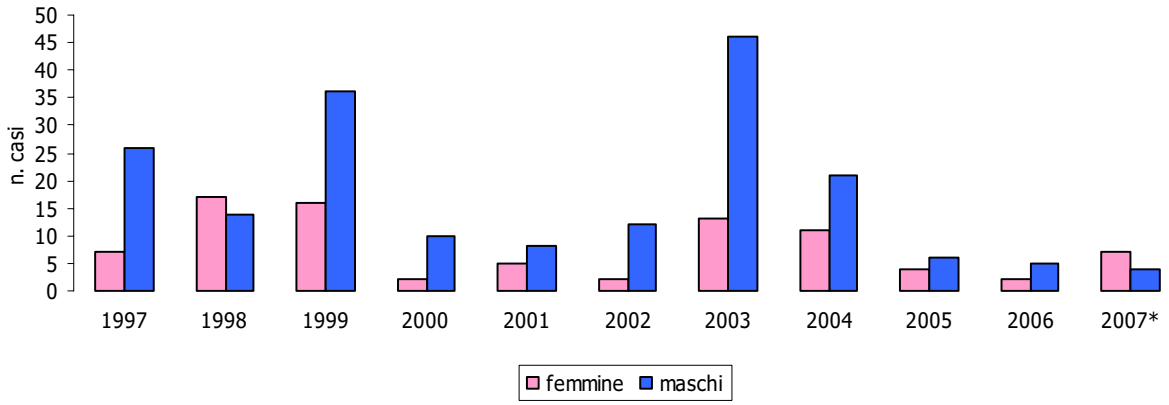
Le malattie virali trasmesse con gli alimenti

Sono diverse le patologie virali trasmissibili con gli alimenti e che non hanno dei sistemi attivi di sorveglianza per cui sono effettivamente poco conosciute da un punto di vista epidemiologico. Ricordiamo comunque i Rotavirus e i Coronavirus ed in particolare i Norovirus che sono in grado di provocare infezioni diffuse ed eclatanti con diffusione

anche inter-umana; il virus dell'epatite A umana; il virus dell'epatite E del suino che sembra sia trasmissibile all'uomo e da molti altri.

I casi umani riscontrati sono soprattutto legati all'epatite A molto spesso correlata all'ingestione di molluschi crudi. Nella figura seguente è evidenziato il trend dei casi di epatite A in Umbria (dati SIMI).

Figura : Trend dei casi di epatite A in Umbria (dati SIMI)



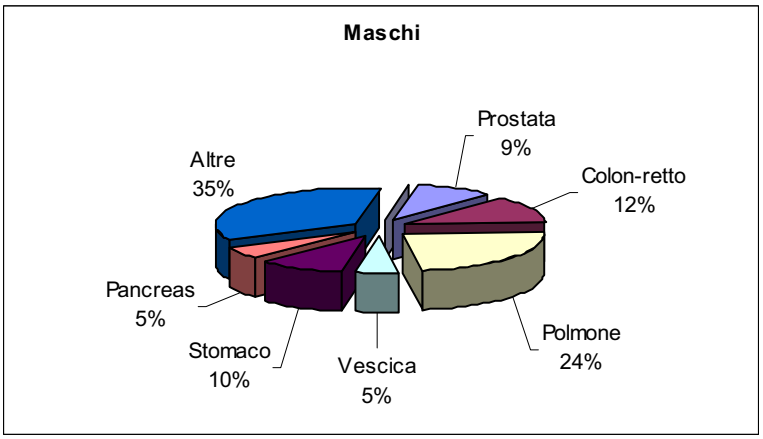
La mortalità

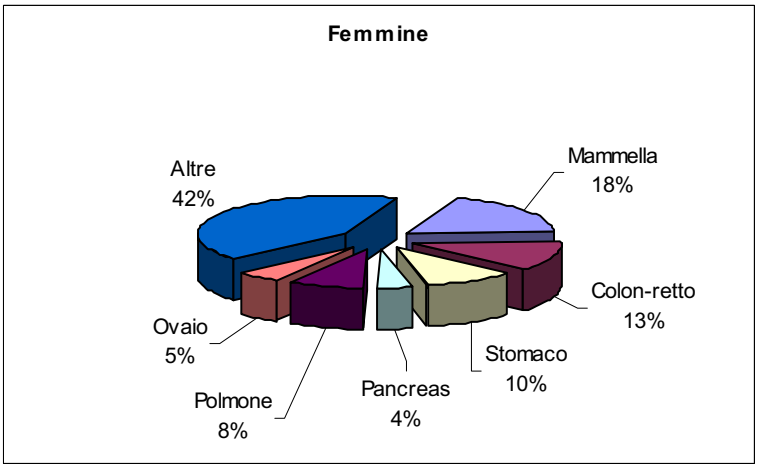
In Umbria l'attesa di vita è leggermente più elevata della media nazionale.

Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità precoce sono i tumori, le malattie cardiovascolari e gli incidenti. A tumori ed incidenti sembra che si possano attribuire gli eccessi (relativi) di mortalità nelle ASL 1 e 4 rispetto alla media regionale.

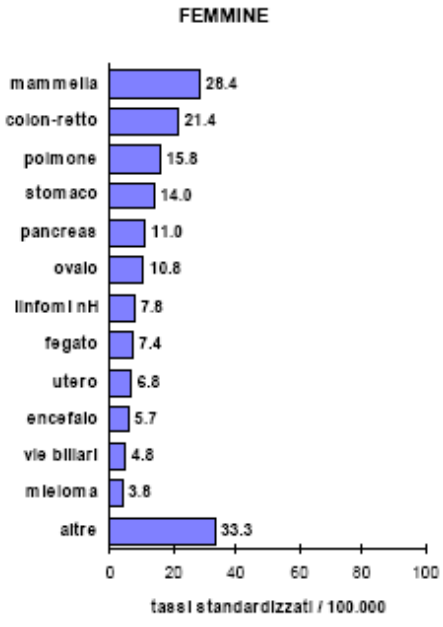
Inoltre, le malattie cardiovascolari, per le quali in passato l'Umbria presentava una situazione di vantaggio rispetto al quadro nazionale, mostrano un allineamento con la media italiana. In tutti i casi però si parla di dati in diminuzione.

I dati di mortalità per tumori, resi disponibili dal RTUP, evidenziano che il cancro del polmone nei maschi e quello della mammella nelle femmine sono ancora le prime cause di morte per tumore in Umbria, seguite dal cancro del colon retto per entrambe i sessi.


Maschi
Prostata 9%
Altre 35%
Colon-retto 12%
Pancreas 5%
Stomaco 10%
Vescica 5%
Polmone 24%


Femmine
Altre 42%
Mammella 18%
Colon-retto 13%
Ovaio 5%
Polmone 8%
Pancreas 4%
Stomaco 10%

MASCHI
polmone 81.1
colon-retto 41.9
stomaco 34.0
prostata 29.0
fegato 18.8
vescica 17.4
pancreas 15.8
encefalo 10.1
rene 9.0
linfomi nH 7.8
leu. miel. 6.1
laringe 5.4
altre 60.4
0 20 40 60 80 100
tassi standardizzati / 100.000


FEMMINE
mammella 28.4
colon-retto 21.4
polmone 15.8
stomaco 14.0
pancreas 11.0
ovaio 10.8
linfomi nH 7.8
fegato 7.4
utero 6.8
encefalo 5.7
vie biliari 4.8
mieloma 3.8
altre 33.3
0 20 40 60 80 100
tassi standardizzati / 100.000

Tuttavia, i trend temporali descrivono una diminuzione consistente della mortalità nei maschi per il cancro al polmone, in aumento invece nelle femmine , per cancro alla prostata e allo stomaco e nelle femmine per il cancro della mammella

La disabilità

Il nuovo concetto di disabilità

La salute, definita dall'OMS, come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia», viene considerata un diritto e, come tale, si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che devono essere riconosciuti alle persone.

La salute riguarda anche il funzionamento, la capacità di ognuno di vivere la propria vita pienamente e come membro della società.

L'OMS ha proposto la classificazione dello stato di salute frutto dell'interazione tra le funzioni e strutture del corpo, delle attività e della partecipazione. Tale classificazione configura un superamento della "vecchia" classificazione della disabilità (ICDH, 1980).

Secondo questo nuovo concetto la disabilità non è più relativa alla capacità della persona ma il frutto dell'interazione tra persona e ambiente. La persona può essere disabile sia per problemi del suo funzionamento condizionato dalla malattia ma anche dalle "barriere" ambientali.

Lo stato di salute è conseguenza, quindi, di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive.

La "disabilità", può essere una condizione ordinaria dell'essere umano, ed è caratterizzata dalla perdita o la limitazione delle opportunità di prender parte alla vita della comunità ad un livello paritario rispetto alle altre persone, causata dalle barriere fisiche, sociali, attitudinali e culturali che incontrano le persone aventi menomazioni fisiche, sensoriali, psicologiche, neurologiche, di sviluppo, di apprendimento, o di qualsiasi altro genere (compresa la presenza nel corpo di un organismo o di un agente causa di malfunzioni o malattia), che possono essere di natura permanente, temporanea, episodica o transitoria.

In particolare, i fattori personali sono il background della vita e dell'esistenza di un individuo. I fattori ambientali sono tutti gli aspetti del mondo esterno ed estrinseco che formano il contesto della vita di un individuo (ambiente fisico e sue caratteristiche, atteggiamenti, valori, politiche, sistemi sociali e servizi, ecc.); come tali, hanno un impatto sulle sue possibilità di raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione, poiché incidono sulla capacità dell'individuo di eseguire azioni o compiti.

Ne consegue che ogni individuo, data la propria condizione di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.

Quando ad una persona viene negato il diritto alla piena partecipazione ai contesti di vita, per il solo motivo di un'alterazione delle funzioni e delle strutture corporee, in questo caso si ha una condizione di disabilità.

La disabilità, quindi, può essere la conseguenza di una inadeguatezza di fattori contestuali rispetto a specifiche esigenze imputabile a modalità di programmazione delle politiche, costruzione degli ambienti fisici, progettazione di beni e servizi, trattamento che si traducono in una negazione di diritti.

Il modello culturale che consente una lettura olistica della condizione di disabilità è frutto dell'integrazione del modello bio-medico (che analizza solo le componenti biologiche) e del modello sociale (che focalizza solo gli aspetti legati all'ambiente). L'OMS propone, quindi, il modello «bio-psico-sociale» per la definizione stessa della condizione di disabilità, considerando il livello di attività e partecipazione della persona (qualificati in termini di capacità e performance) in relazione all'effetto facilitatore o di barriera che l'ambiente esercita nei suoi confronti.

La Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità (ONU), entrata in vigore lo scorso 3 maggio, adotta questo modello, raccomandando agli Stati di attuare tutte le politiche e gli interventi necessari per contrastare i fattori che determinano una riduzione di livelli di attività e partecipazione, e quindi di disabilità.

La disabilità, qualità della vita e presa in carico globale

Il concetto di qualità della vita non può essere assoluto, ma deve essere rapportato allo specifico ambiente di appartenenza di una persona. In questo senso, per ambiente si intendono: gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, individuale e sociale, in cui le persone vivono e conducono la propria esistenza. Inoltre, i fattori che vengono inclusi e valutati a questo livello sono: strutture e funzioni corporee, supporto sociale e situazione socio-economica. A livello di comunità, invece, la qualità della vita è dipendente da fattori socio culturali (risorse, politiche, ecc.).

La qualità della vita, pertanto, è condizionata dai livelli di partecipazione ai contesti di vita.

La Convenzione ONU, all'articolo 25, afferma che «le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità». È essenziale, quindi, predisporre, a livello territoriale, delle politiche capaci di realizzare un sistema di servizi inclusivo, che riconosca l'importanza dell'auto-valutazione della qualità della vita da parte delle persone con disabilità, in modo da riconoscere loro una partecipazione attiva a tutti i livelli, dalla programmazione alla valutazione del sistema dei servizi.

Per far ciò, è necessario superare la criticità legata ad un inadeguato governo della complessità delle competenze istituzionali che si riflette in debolezza della rete e che si traduce in conseguente frammentazione e standardizzazione dell'offerta dei servizi.

Garantire centralità alla persona, ai suoi diritti e alla sua vita richiede il pieno superamento di un modello in cui la persona può trovare risposte solo all'interno di un sistema di offerta precostituito, e il passaggio ad un modello che si fonda sulla capacità di leggere le esigenze delle persone. Tale capacità permette di costruire e valutare il sistema dei servizi.

Tale sistema, che si fonda sulla centralità della persona nella presa in carico, deve saper leggere i bisogni espressi dalle persone attraverso lo strumento della

Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF), che si ispira al modello «bio-psico-sociale».

La complessità dei fattori, che incidono sulla qualità della vita e che caratterizzano i bisogni espressi dalle persone, deve trovare la propria risposta in una presa in carico in grado di guardare alla globalità della persona e della sua vita e soprattutto capace di adottare un approccio multidimensionale ed una metodologia multidisciplinare per riuscire ad affrontare complessivamente, anche in termini di prospettiva temporale, i diversi aspetti che determinano la qualità della vita di ogni persona.

Per tale ragione il Progetto Individuale rappresenta uno strumento irrinunciabile a garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza ad un sistema di servizi ed interventi oggi compresso tra le sollecitazioni della domanda e la contrazione delle risorse a disposizione.

La disabilità in Umbria

In merito alla disabilità, i dati più recenti e affidabili in nostro possesso, concernenti l'Italia e l'Umbria, provengono dall' "Indagine Multiscopo sulle famiglie: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Anni 2004-2005" realizzata dall'ISTAT. Per rilevare il fenomeno della disabilità l'ISTAT fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'inabilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. Tale valutazione può variare non solo in funzione delle diverse condizioni di salute e di livello di autonomia, ma anche per differenze culturali e cognitive o per disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni.

Nell'ambito dell'indagine viene assunta questa definizione:

è definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.

Per confinamento si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; coloro che risultano confinati rispondono solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

Nelle difficoltà della comunicazione sono infine comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

È infine importante precisare che, poiché nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala ADL (Activities of Daily Living – Attività della Vita Quotidiana) costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età inferiore ai 6 anni. Pertanto la consistenza numerica dei disabili non include questo segmento di popolazione. La scala inoltre consente solo in modo parziale di cogliere le disabilità connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. A ciò occorre aggiungere che la stima derivante dall'indagine si riferisce alle persone che vivono in famiglia - le unità finali di campionamento sono infatti le famiglie - e non tiene conto quindi degli individui residenti permanentemente in istituzioni. Tra questi ultimi sono senz'altro presenti quote non trascurabili di disabili presumibilmente con elevati livelli di gravità (basti pensare alle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti). Tuttavia, poiché in Italia i disabili vivono molto frequentemente in famiglia, l'effetto in termini di sottostima della consistenza del fenomeno risulta abbastanza contenuto.

L'indagine comunque, pur tenendo conto dei limiti degli strumenti utilizzati e della complessità ed eterogeneità del fenomeno, rappresenta la principale fonte statistica a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche socio-demografiche, degli stili di vita e dello stato di salute delle persone disabili.

Accanto al fenomeno della disabilità, l'indagine rileva anche alcuni specifici tipi di invalidità: invalidità di tipo motorio, insufficienza mentale, cecità, sordomutismo e sordità. Si tratta di dimensioni non perfettamente sovrapponibili alle corrispondenti tipologie di disabilità, e ciò sia per il differente approccio concettuale sottostante i due fenomeni, sia per le differenze negli strumenti adottati. Rilevare la disabilità significa valutare il livello di riduzione dell'autonomia nello svolgere le principali funzioni, conseguente al deficit o menomazione dovuta alla malattia, tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi. L'invalidità, invece, è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza. Il fenomeno quindi è rilevato, a differenza di quanto avviene per la disabilità, anche per i bambini fino a 6 anni. Inoltre gli strumenti adottati per la rilevazione non sono confrontabili: la disabilità deriva infatti da una sintesi di quesiti, l'invalidità è rilevata invece in termini di presenza e assenza della specifica menomazione dichiarata dagli intervistati. In altri termini può accadere che una persona presenti un'invalidità motoria per mancanza o anchilosi di un arto, ma

ricorrendo al supporto di una protesi o di altro apparecchio, risulti non dipendente al punto da presentare una disabilità motoria. Al contrario, una persona che non presenta menomazioni negli arti ma, ad esempio, a causa dell'avanzata età, non riesce a muovere qualche passo senza ricorrere all'aiuto di altre persone, presenta una disabilità motoria pur non dichiarandosi invalido motorio.

Per un dimensionamento del fenomeno è stato rilevato il numero di disabili per tipologia e incidenza sulla popolazione (Tabella 1) e di disabili per numero di tipologie presenti e incidenza sulla popolazione (Tabella 2) per l'Umbria e per l'Italia.

TABELLA 1 – Disabili per tipologia e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

	Frequenza		% Popolazione	
Compresenza di disabilità	Umbria	Italia	Umbria	Italia
Confinamento	23.854	1.141.538	2,8	2,0
Difficoltà nel movimento	18.465	1.240.460	2,2	2,1
Difficoltà nelle funzioni	35.114	1.669.523	4,1	2,9
Difficoltà della comunicazione	13.163	576.796	1,5	1,0
Disabili	48.207	2.609.372	5,7	4,5

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

TABELLA 2 – Disabili per numero di tipologie presenti e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

	Frequenza		% Popolazione	
Compresenza di disabilità	Umbria	Italia	Umbria	Italia
Una sola disabilità	20.279	1.235.247	2,4	2,1
Due disabilità	14.433	819.307	1,7	1,4
Tre disabilità	11.179	464.817	1,3	0,8
Quattro disabilità	1.866	90.001	0,2	0,2
Disabili	48.207	2.609.372	5,7	4,5

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

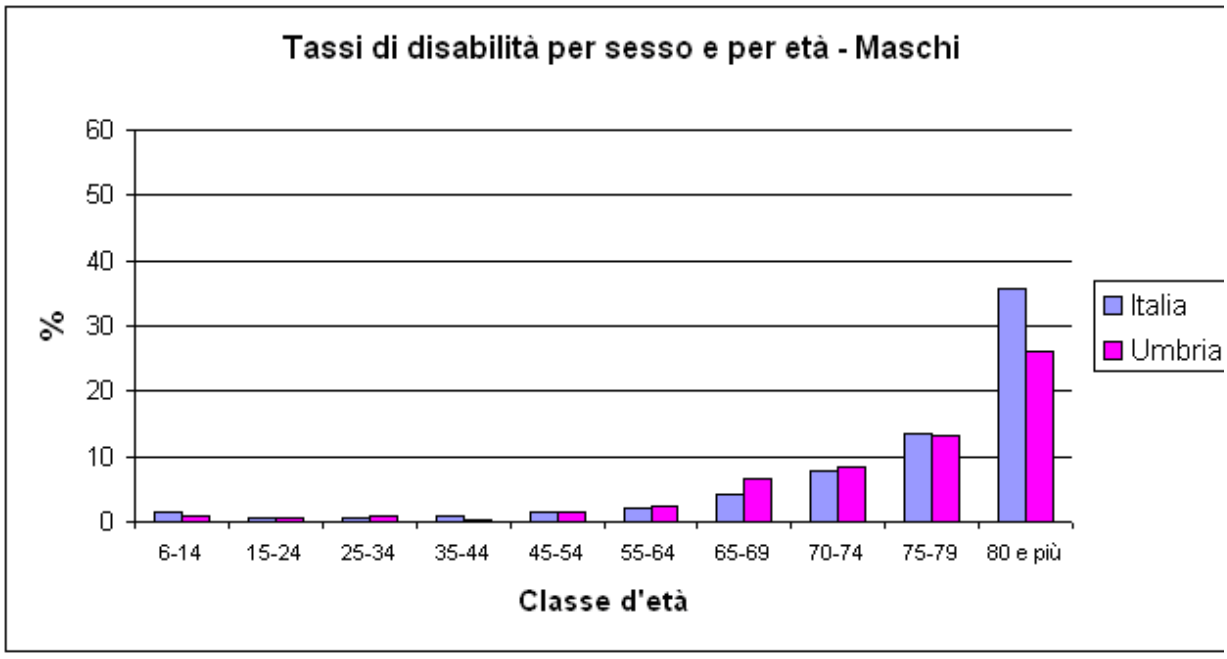
Sono stati stimati inoltre i tassi di disabilità per sesso e classe d'età per cento persone (Tabella 3 - Figura 1). L'incidenza della disabilità in Umbria sembra in larga parte ascrivibile alle donne anziane.

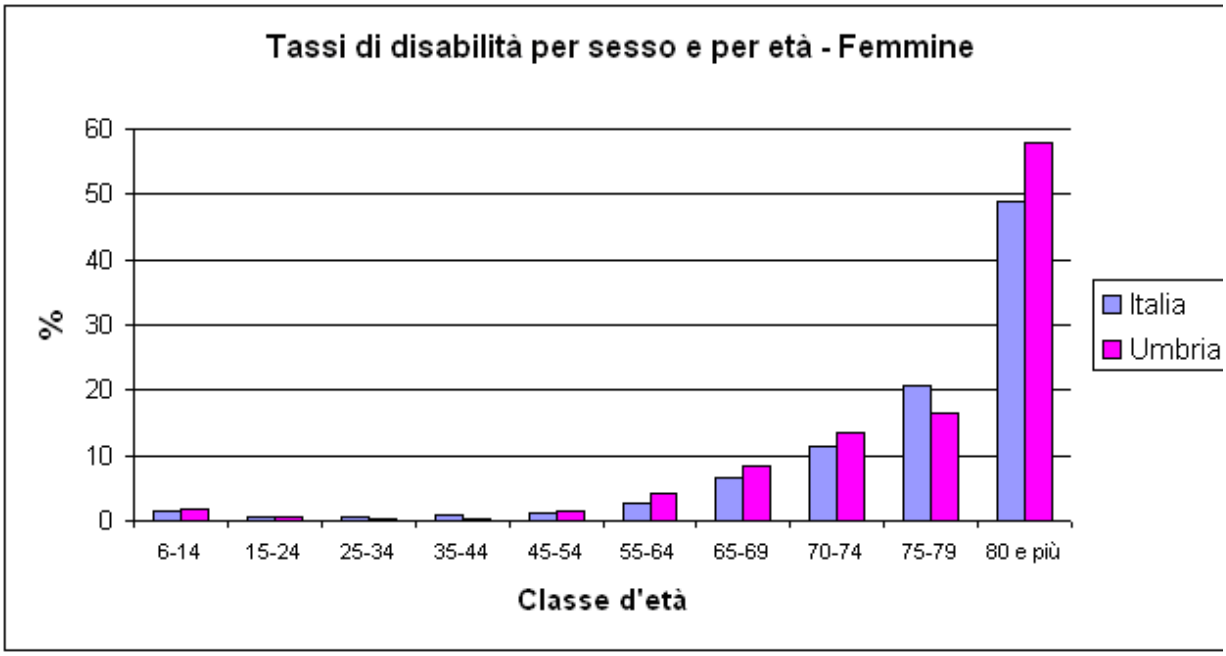
TABELLA 3 – Tassi di disabilità per sesso e classe d'età per cento persone, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.

	Maschi		Femmine	
Classi d'età	Umbria	Italia	Umbria	Italia
6-14	0,8	1,6	1,7	1,6
15-24	0,5	0,6	0,7	0,6
25-34	0,9	0,7	0,4	0,6
35-44	0,4	1	0,3	0,9
45-54	1,4	1,4	1,4	1,3
55-64	2,4	2,2	4,2	2,7
65-69	6,5	4,3	8,4	6,5
70-74	8,5	7,7	13,4	11,4
75-79	13,2	13,4	16,6	20,8
80 e più	26,0	35,8	57,8	48,9

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

FIGURA 1 - Tassi di disabilità per sesso e classe d'età, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.





Sono stati stimati inoltre i tassi di invalidità per cento persone (Tabella 4 - Figura 2). Se confrontiamo l'Umbria con l'Italia notiamo una presenza di invalidità sempre superiore alla media nazionale indipendentemente dalla tipologia di invalidità considerata. Se facciamo il confronto con altre regioni per tipo di invalidità emergono i seguenti risultati:

- per invalidità motoria risultano colpiti il 3,51 per cento degli umbri e siamo secondi solo al Veneto;
- per insufficienza mentale siamo al 1,29 per cento superati solo da Calabria, Basilicata e Provincia di Bolzano;
- per malattia mentale siamo terzi con 1,3 per cento;
- per sordità siamo primi con il 3,25 per cento.

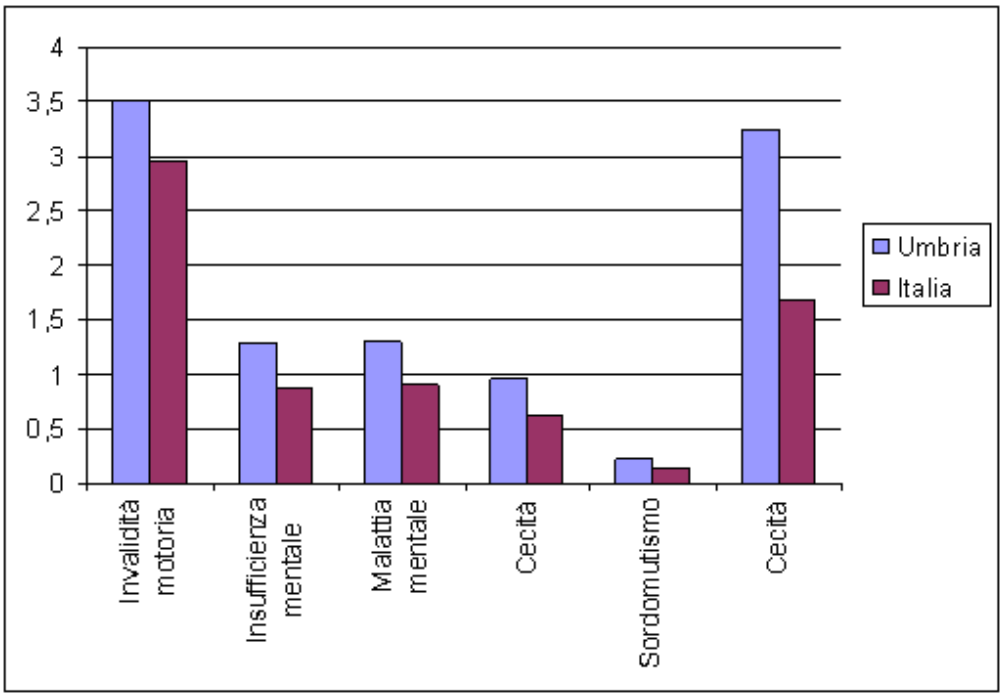
Va detto che le osservazioni derivano da un contesto epidemiologico in cui la variabilità territoriale è ampia e difficilmente interpretabile.

TABELLA 4 – Invalidi per tipologia e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

	% Popolazione	
Invalidità	Umbria	Italia
Invalidità motoria	3,51	2,96
Insufficienza mentale	1,29	0,87
Malattia mentale	1,3	0,9
Cecità	0,95	0,62
Sordomutismo	0,23	0,14
Cecità	3,25	1,67

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

FIGURA 2 - Invalidi per tipologia e incidenza sulla popolazione, confronto Italia e Umbria.Anni 2004-2005.



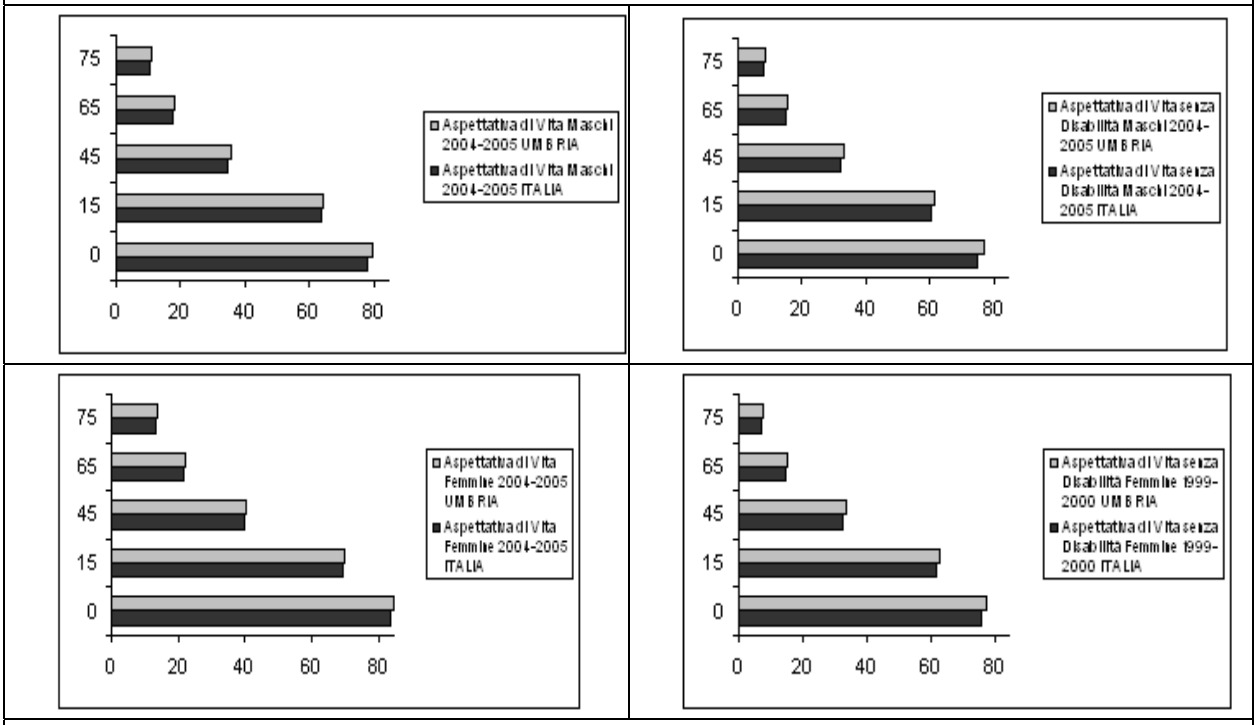
Inoltre è stata stimata la speranza di vita totale e senza disabilità in anni (Tabella 5 – Figura 3). In termini assoluti l'Umbria presenta, in confronto con l'Italia una aspettativa di vita totale e libera da disabilità più elevate sia per i maschi che per le femmine, tuttavia la percentuale di vita attesa senza disabilità sul totale presenta in Umbria percentuali inferiori per la popolazione femminile (conseguenza della maggiore disabilità stimata per le femmine nelle varie classi di età). Il PSR 2003-2006 si prefiggeva un' incremento per i maschi e per le femmine della speranza di vita libera da disabilità. La speranza di vita libera da disabilità viene stimata usando due informazioni: la frazione di popolazione sopravvivente a ciascuna età, calcolata con i tassi di nascita e di morte e la prevalenza di disabilità a ciascuna età.

TABELLA 5 - Speranza di vita totale e senza disabilità (in anni), confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.

Età	Classe di età	Aspettativa di Vita Totale		Aspettativa di Vita senza Disabilità		% Aspettativa di Vita senza Disabilità / Aspettativa di Vita Totale	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
		Italia					
0	0-14	77,9	83,7	74,8	77,9	96,0%	93,1%
15	15-24	63,4	69,1	60,5	63,5	95,4%	91,9%
45	45-64	34,7	39,7	32,2	34,3	92,8%	86,4%
65	65-74	17,4	21,4	14,9	16,1	85,6%	75,2%
75	75	10,6	13,3	8,1	8,3	76,4%	62,4%
		Umbria					
0	0-14	79,7	84,3	77,0	77,8	96,6%	92,3%
15	15-24	64,2	69,7	61,6	63,4	96,0%	91,0%
45	45-64	35,4	40,4	32,9	34,1	92,9%	84,4%
65	65-74	18,1	22,1	15,7	16,0	86,7%	72,4%

75	75	10,9	13,8	8,8	8,3	80,7%	60,1%
Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005							

FIGURA 3 - Speranza di vita totale e senza disabilità (in anni) , confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.



Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari ", anni 2004 – 2005

Il PSR 2003-2006 si prefiggeva un incremento significativo dell'aspettativa di vita senza disabilità, obiettivo lontano stando alle stime 2004 ed inferiore al dato nazionale (Tabella 6).

TABELLA 6 – Incrementi speranza di vita senza disabilità (in anni), confronto Italia e Umbria. Anni 1999-2000 vs. 2004-2005.

Età	Classe di Età	Incrementi Speranza di Vita senza Disabilità Umbria		Incrementi Speranza di Vita senza Disabilità Italia	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	0-14	2,3	0,5	2,0	1,9
15	15-24	1,3	0,4	1,8	1,7
45	45-64	1,2	0,3	1,8	1,6
65	65-74	1,1	0,6	1,4	1,4
75	75	0,9	0,8	1,1	1,2
Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari ", anni 2004 – 2005					

Nella tabella 7 si riportano infine i rapporti percentuali tra anni vissuti in disabiltà e anni totali, sia per la popolazione italiana che per quella umbra, confrontati per gli anni 1999-2000 e 2004-2005, che rappresentano un indicatore molto importante ai fini della valutazione dell'incidenza sulla programmazione sanitaria. Ovviamente la percentuale di anni attesi vissuti in disabilità cresce con l'età raggiungendo valori più elevati nel casi delle

donne anziane a causa della loro maggiore longevità. In pratica la proporzione tra anni vissuti in disabilità e anni in totale è rimasta invariata mentre sarebbe stato preferibile che gli anni vissuti in disabilità non fossero aumentati in valore assoluto.

TABELLA 7 – Rapporto speranza di vita con disabilità/speranza di vita totale (percentuale), confronto Italia e Umbria. Anni 1999-2000 vs. 2004-2005

Età	Classe di Età	Umbria				Italia			
		1999-2000		2004-2005		1999-2000		2004-2005	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	0-14	3,0	6,7	3,4	7,6	4,2	7,4	4,0	6,9
15	15-24	3,7	8,0	4,1	9,1	4,7	8,7	4,6	8,1
45	45-64	6,8	14,0	7,2	15,5	8,2	14,8	7,2	13,6
65	65-74	13,3	25,7	13,4	27,5	16,7	27,2	14,4	24,8
75	75	21,7	40,3	19,5	40,3	27,8	42,3	23,6	37,6

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

In Umbria la disabilità è una priorità più che altrove:

- in termini assoluti il numero di disabili da assistere rispetto alla popolazione è il più alto del paese;
- in termini di tassi per età si verifica comunque un eccesso rispetto ad altre regioni centrosettentrionali;
- la disabilità appare essere in parte una causa ed in parte una conseguenza della disuguaglianza delle opportunità.

2.6 I risultati

Le coperture vaccinali

Livelli di copertura vaccinale nelle coorti dei nati dal 1995 al 2005*
***dati morbillo fino al 2003 da cartaceo**

NATI	POLIO	DT	PERTOSSE	EPATITE B	MORBILLO	HIB
1995	98,3	NR	81,6	97,9	81,2	NR
1996	98,6	98,6	96,2	98,5	81,6	14,3
1997	98,7	98,7	97,6	98,2	82,5	23,7
1998	97,7	98,5	97,8	98,0	84,4	41,3
1999	97,4	97,4	97,0	97,0	84,5	73,9
2000	97,7	98,2	97,4	97,9	88,1	73,3
2001	97,2	97,0	96,3	97,0	88,1	87,9
2002	97,9	97,9	97,6	97,8	92,2	96,7
2003	97,9	97,8	97,6	97,8	93,2	97,1
2004	97,5	97,3	97,1	97,3	93,0	97,1
2005	97,8	97,7	97,6	97,5	94,4	97,4

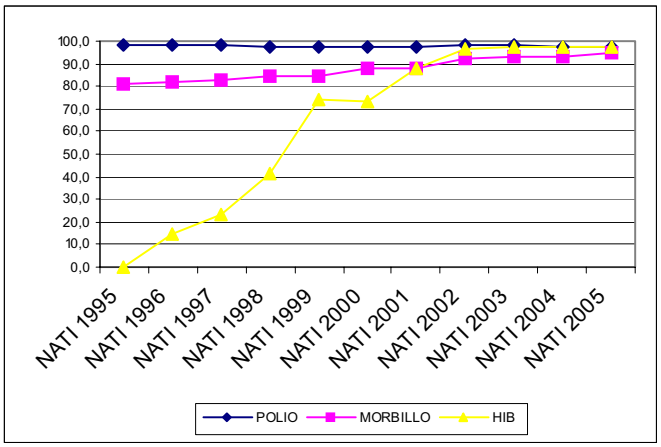
Come si evince dalla serie storica le coperture vaccinali, sia per le vaccinazioni obbligatorie per legge che per le altre, comunque fortemente raccomandate in Umbria, si mantengono sempre al di sopra del 95% e a livello nazionale, collocano la nostra Regione

fra quelle che hanno raggiunto gli obiettivi di copertura previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005/2007.

Per quanto concerne il morbillo si è già detto, nel paragrafo precedente, come si sia stato dato l'input alle Az. USL che ancora non sono allineate di migliorare le coperture così come previsto dal Piano regionale di eliminazione.

A titolo esemplificativo del trend di copertura degli ultimi anni si riportano nel grafico che segue i livelli di copertura vaccinale per polio, morbillo ed emofilo nelle coorti dei nati dal 1995 al 2005. Umbria

Coperture vaccinali nati 1995- 2005. Umbria

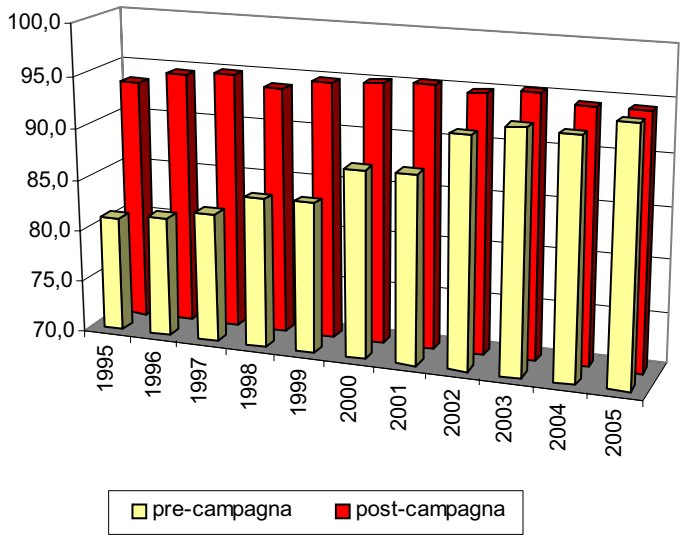


Si riportano pertanto, di seguito, i livelli di copertura vaccinale rilevati prima e dopo l'attuazione del Piano regionale di eliminazione del morbillo.

Incremento Coperture per I dose dopo la campagna di eliminazione- coorti 1995-2005.

Coorti dei nati	Rendiconti annuali	Situazione al 31.12.2007**
1995	81,2*	93,4
1996	81,6*	94,5
1997	82,5*	94,9
1998	84,4*	93,8
1999	84,5*	94,8
2000	88,1*	95,1
2001	88,1*	95,3
2002	92,2*	94,9
2003	93,2*	95,3
2004	93,0**	94,4
2005		94,4

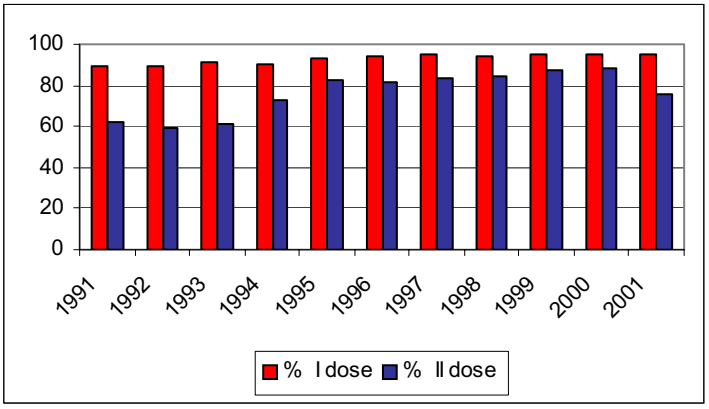
** periodici cartacei dalle Az. USL fino alla coorte 2003- ** da S.I. Vaccinazioni :residenti al 31.12.2007*



Per quanto concerne la I dose di vaccino è evidente che, pur non essendo molto basse le coperture raggiunte in Umbria nelle coorti dei nati dal 1995 in poi (derivanti, fino alla coorte 2003, dai rendiconti annuali delle Az. USL), il recupero dei non vaccinati prima ha permesso di incrementare notevolmente, nel complesso, i livelli di copertura.

In particolare l'analisi delle percentuali dei vaccinati, ci pone, soprattutto per quanto riguarda la II dose, nettamente al di sopra del livello medio nazionale di copertura raggiunto.

Coorti oggetto della campagna: % vaccinati con I e II dosi al 31.12.2007



Tuttavia l'analisi dettagliata delle coperture raggiunte nelle quattro Az. USL non è uniforme e, soprattutto in alcune zone delle Az. USL 1 e 4, rimane un discreto numero di suscettibili: pertanto, in occasione di una ricognizione regionale sui Servizi Vaccinali, è stato suggerito ai Direttori Generali di procedere rapidamente al recupero dei non vaccinati.

Vaccinazione antinfluenzale

Si riportano di seguito alcuni dati relativi all'andamento della campagna antinfluenzale 2007/2008.

Vaccinati < 65 anni per classi di età 2007/2008 per Az. USL e Regione

	0-4a	5-14a	15-24a	25-64a
Az. USL 1	19	98	121	4935
Az. USL 2	94	262	271	9969
Az. USL 3	29	113	150	4961
Az. USL 4	180	430	416	12757
REGIONE	322	903	958	32622

Vaccinati <65 anni campagna 2006-2007 – per Az. USL e Regione.

	0-4	5-14	15-24	25-64
Az. USL 1	39	120	235	5260
Az. USL 2	110	311	315	11603
Az. USL 3	56	149	149	5340
Az. USL 4	299	483	381	11949
REGIONE	504	1063	1084	34152

Vaccinati per categorie di rischio e classi di età – Campagna 2007/2008 . Umbria

Categorie	0-4a	5-14a	15-24a	25-64a	TOTALE
Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti di età inferiore ai 65 anni affetti da condizioni morbose predisponenti alle complicanze (come indicato in Circolare)	283	776	686	24242	25987
Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale	6	28	7	1	42
Donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica	0	0	0	18	18
Medici e personale sanitario di assistenza	0	0	18	1287	1305
Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti	0	12	40	360	412
Contatti familiari di soggetti ad alto rischio	7	30	66	1056	1159
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo	0	0	38	2703	2741
Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	0	0	7	262	269
Altro	26	56	97	2693	2872
TOTALE	322	902	959	32622	34805

Vaccinati ultrasessantacinquenni nella campagna 2007/2008

	Vaccinati	Residenti	%	Vaccinati da MMG	%	Vaccinati da CdS	%
Az. USL 1	20446	30279	67,53	18900	62,42	1546	5,11
Az. USL 2	55420	80226	69,08	55306	68,94	114	0,14
Az. USL 3	26975	38469	70,12	25623	66,61	1349	3,51
Az. USL 4	40891	57363	71,28	37615	65,57	3289	5,73
REGIONE	143732	206337	69,66	137444	66,61	6298	3,05

Dal confronto dei dati relativi alla campagna vaccinale 2007/2008 con quella degli anni precedenti si evidenzia un incremento di copertura pari a 5 punti % nella popolazione anziana , diversamente distribuito nelle 4 Az. USL.

Confronto coperture ultra sessantacinquenni per popolazione residente

	Vaccinati 2004/2005	%	Vaccinati 2005/2006	%	Vaccinati 2006/2007	%	Vaccinati 2007/2008	%
Az. USL 1	19530	62,14	20360	64,78	20112	63,77	20446	67,53
Az. USL 2	47291	58,12	50139	61,62	52468	63,66	55420	69,08
Az. USL 3	23041	57,69	24119	60,39	25654	64,25	26975	70,12
Az. USL 4	32708	55,65	37084	63,10	39566	66,24	40891	71,28
REGIONE	122570	57,95	131702	62,27	137800	64,51	143732	69,66

L'attività dei Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro della regione ormai da molti anni forniscono dati analitici relativi alle attività di prevenzione e vigilanza sul territorio, che hanno consentito oltre che il monitoraggio delle azioni intraprese, anche la pianificazione e programmazione a livello locale delle stesse.

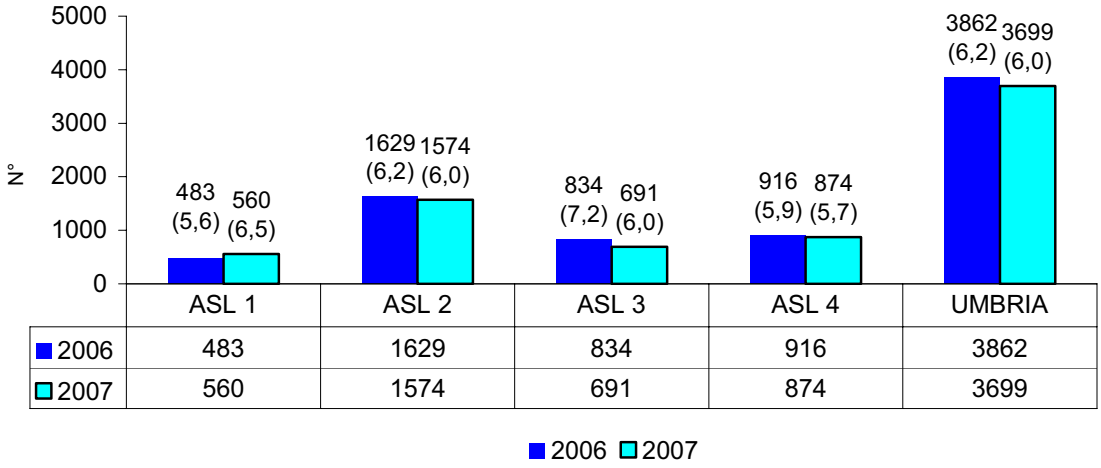
La necessità di poter pianificare e programmare le iniziative di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti su tutto il territorio nazionale, come quelli indicati dal Patto per la salute nei Luoghi di lavoro (DPCM 17 dicembre 2007) o dal Piano Nazionale Triennale Edilizia, ha costituito la spinta per la realizzazione di un Sistema Informativo Integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Con l'approvazione all'inizio di dicembre 2007 delle Regioni, ISPESL e INAIL del Protocollo d'Intesa sul Sistema Informativo Nazionale di Prevenzione (Sinp), è stata avviata in tutte le regioni con modalità definite, condivise ed omogenee su tutto il territorio nazionale una raccolta dettagliata e retrospettiva di dati relativi alla organizzazione e all'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro nel biennio 2006-2007, sulla base di una scheda condivisa a livello nazionale tra le regioni. Tale flusso diverrà sistematico a partire dal 2008.

I dati di attività raccolti per l'Umbria, dimostrano che vengono ispezionate ogni anno dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro circa 3.700 aziende con una percentuale di "copertura" del territorio, ovvero di aziende ispezionate rispetto a quelle complessive del territorio, pari a circa il 6%, che arriva al 9% se si considerano solo le aziende con dipendenti che in effetti erano nel biennio preso in considerazione le destinatarie delle azioni di vigilanza dei Servizi PSAL (figura 1).

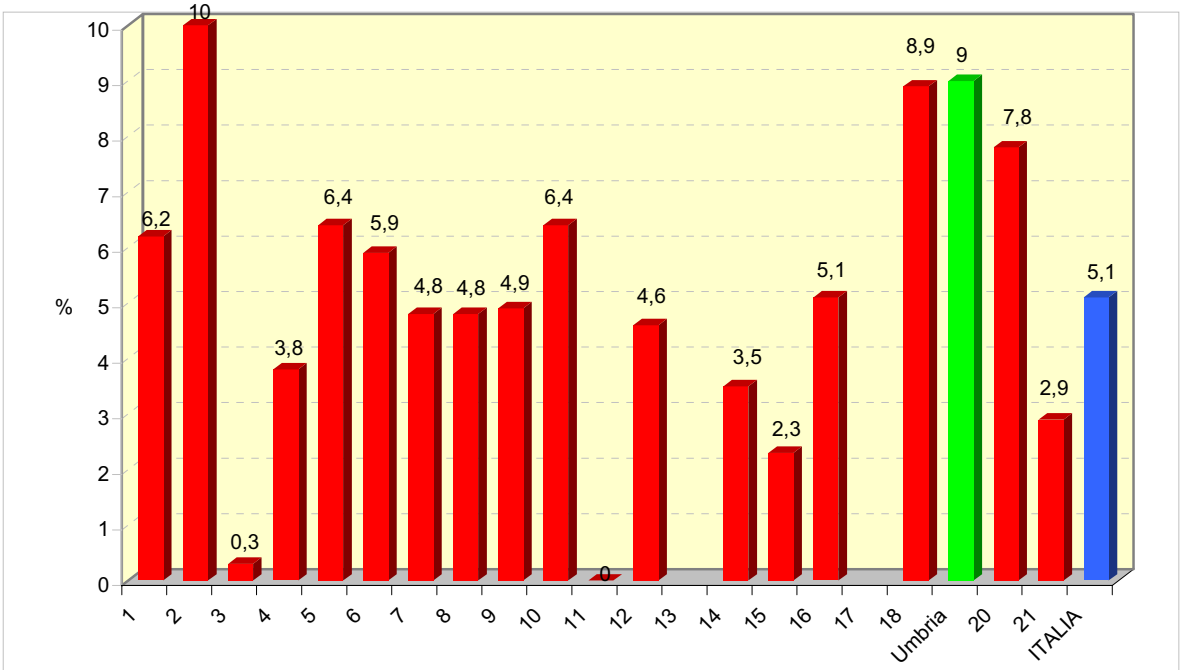
Il confronto con il dato nazionale, che evidenzia una copertura del 3% e di circa il 5% per le aziende con dipendenti, pone l'Umbria ad un livello molto elevato rispetto alla intensità dell'attività di vigilanza svolta dai Servizi, in particolare se si considera che è già stato ampiamente raggiunto l'obiettivo nazionale previsto dal Patto succitato, ovvero quello di ispezionare ogni anno almeno il 5 % delle aziende (figura 2).

Figura 1 Numero totale di aziende ispezionate, 2006-2007
(tra parentesi la percentuale di aziende del territorio ispezionate)



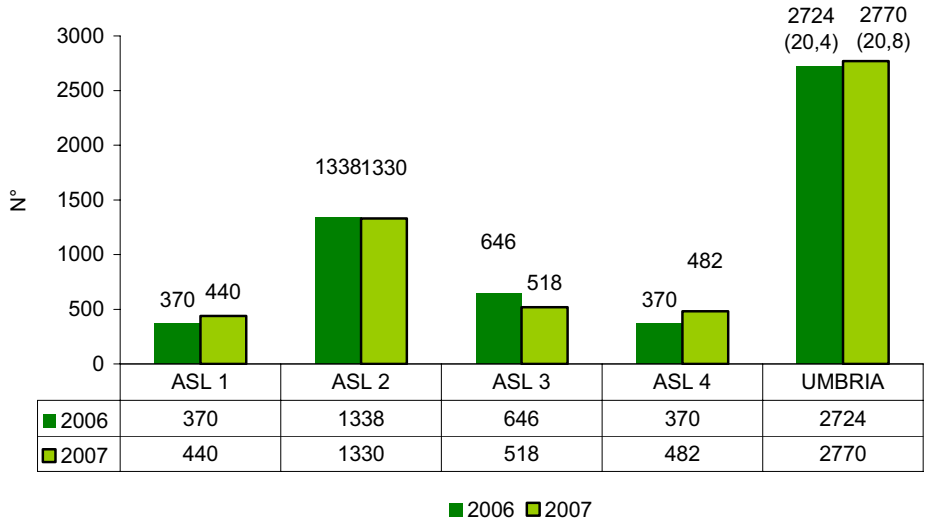
	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	UMBRIA
2006	483	1629	834	916	3862
2007	560	1574	691	874	3699

Figura 2 Percentuale di aziende del territorio sottoposte ad ispezione, anno 2007



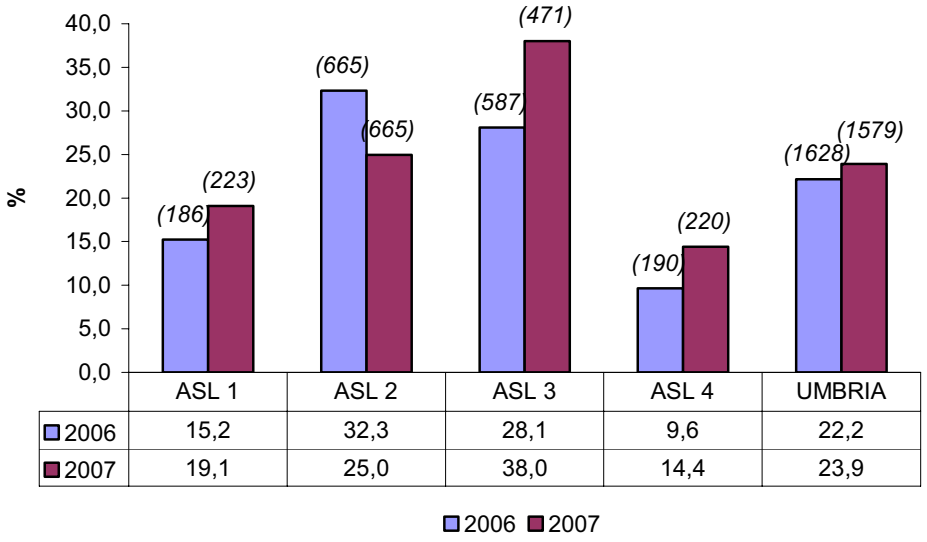
Rispetto all'attività in edilizia, settore particolarmente rischioso sia per la concentrazione degli infortuni che delle malattie professionali, al quale i Servizi PSAL dedicano da sempre una particolare attenzione, la percentuale di "copertura" delle aziende edili è pari al 20% (i dati nazionali dimostrano una copertura pari all'8%) con un oltre 2700 aziende edili ispezionate ogni anno (figura 3); rapportando invece il numero di cantieri notificati, quindi i più "significativi" rispetto alla sicurezza, si hanno percentuali che nel 2007 hanno raggiunto il 24 % (figura 4).

Figura 3 N° di aziende ispezionate, 2006-2007
(tra parentesi % di aziende edili del territorio ispezionate)



	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	UMBRIA
2006	370	1338	646	370	2724
2007	440	1330	518	482	2770

Figura 4 Percentuale di cantieri ispezionati rispetto ai notificati, 2006-2007
(tra parentesi N° cantieri ispezionati)



	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	UMBRIA
2006	15,2	32,3	28,1	9,6	22,2
2007	19,1	25,0	38,0	14,4	23,9

I programmi di screening in Umbria: risultati e criticità

In Umbria sono stati attivati tutti i programmi di screening indicati come efficaci nel panorama scientifico nazionale ed europeo: lo screening del carcinoma della mammella, lo screening del carcinoma della cervice uterina e lo screening del carcinoma del colon retto; i primi due sono stati avviati nel periodo 1997-2000, mentre il terzo è partito nel secondo semestre del 2006.

Gli obiettivi di salute dei due programmi di screening del cancro della cervice uterina e del colon retto sono l'individuazione ed il trattamento delle lesioni precancerose, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza dei tumori invasivi, mentre nel caso dello screening del cancro della mammella l'obiettivo è l'identificazione precoce dei tumori maligni e l'eventuale intervento con terapie chirurgiche e mediche, il più possibile conservative ed accettabili.

Il monitoraggio costante di una serie di indicatori, che possono valutare precocemente e periodicamente la qualità del programma, ed il loro confronto con i dati nazionali dell'Osservatorio Nazionale Screening svolge una funzione essenziale per la corretta conduzione dei programmi di screening e delle relative politiche; tali indicatori forniscono infatti la base di conoscenza per fare scelte volte a migliorare ed eventualmente correggere gli aspetti problematici del funzionamento dei programmi e contribuiscono quindi a promuoverne la qualità.

Per descrivere complessivamente i tre programmi di screening sono stati utilizzati alcuni indicatori, quali l'estensione, l'adesione, la percentuale di invio al II livello e l'adesione al II livello, che forniscono un quadro allo stesso tempo sintetico e esauriente dell'attuale stato dei programmi, anche perché i dati con i quali sono costruiti sono qualitativamente affidabili.

Lo screening del carcinoma della mammella

Il programma di screening biennale del carcinoma della mammella, detto di seguito "mammografico" per brevità, alla fine del 2007 ha completato il 4° round nella ASL 1, nella ASL 3 e nella ASL 4 e il 5° nella ASL 2; i dati riportati nel presente paragrafo sono relativi all'ultimo round completato nelle singole ASL ed in particolare al biennio 2006-2007 per la ASL 1, la ASL 2 e la ASL 3 e al 2005-2006 per la ASL 4.

I tumori maligni individuati nel corso di questo ultimo round sono stati complessivamente 172, più della metà di quelli attesi nella quota di popolazione esaminata; occorre tuttavia considerare che le singole ASL non hanno ancora recuperato tutte le informazioni riguardanti i casi identificati dallo screening di popolazione.

Le donne nella fascia di età 50 – 69 anni invitate a sottoporsi alla mammografia di screening sono state circa 97.500, pari al 93% circa della popolazione eligibile[84] (figura 1), con un tasso di partecipazione del 65,4% (figura 2) nettamente superiore al dato medio nazionale del 59,6%, registrato nel 2006.

84 La popolazione bersaglio del programma di screening meno la popolazione esclusa prima dell'invito secondo i criteri di esclusione del programma

Fig. 1 – Estensione dello screening mammografico85

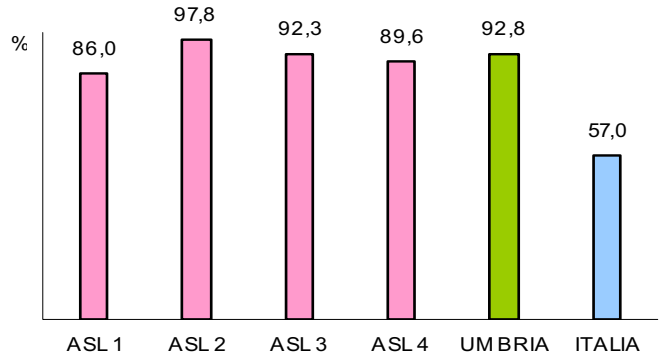
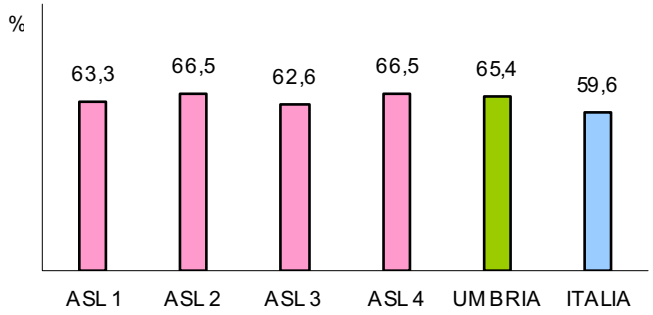


Fig. 2 – Adesione corretta per lo screening mammografico86



Una stima della copertura di popolazione della mammografia si può avere considerando i dati del PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) del 2006, uno studio trasversale su un campione della popolazione umbra al quale è stato sottoposto telefonicamente un questionario per conoscere la distribuzione nella collettività esaminata dei principali fattori di rischio comportamentali. Secondo questo studio in Umbria l'85% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 69% l'ha eseguita negli ultimi due anni; il 74% di questa popolazione ha fatto una mammografia su invito, il 14% per iniziativa personale e l'11% per consiglio del medico.

Le donne che hanno effettuato il test di screening richiamate per sottoporsi ad ulteriori approfondimenti diagnostici sono state circa 3.000 con un tasso medio di richiami del 4,8%, caratterizzato tuttavia da una variabilità interaziendale; è importante sottolineare però che una discreta variabilità tra programmi a livello di singole Aziende USL è presente anche a livello nazionale.

Per quanto riguarda i tempi di attesa, che valutano l'efficienza del programma e rappresentano uno degli aspetti fondamentali con cui viene percepita la qualità del servizio da parte delle utenti, la percentuale di referti negativi inviati entro 21 giorni dall'effettuazione della mammografia è stata del 95% circa, notevolmente migliore del valore consigliato dal GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico).

Lo screening del carcinoma della cervice uterina

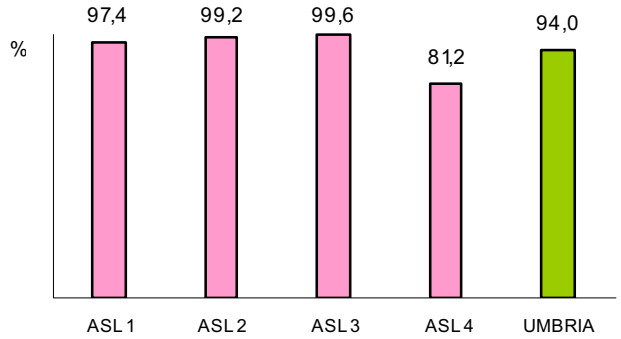
Il programma dello screening triennale del carcinoma della cervice uterina, detto anche "citologico" alla fine del 2007 ha completato il 3° round in tutte le quattro ASL della regione; i dati riportati sono relativi all'ultimo round completato ed in particolare al triennio 2005-2007 per tutte le ASL.

Nel corso del 3° round nelle donne che hanno effettuato un test di screening sono state identificate complessivamente 433 lesioni precancerose con alto rischio di evoluzione maligna (CIN 2 e CIN 3) e 30 carcinomi, circa il 75% di quelli attesi nella quota di popolazione esaminata; la percentuale di diagnosi positive al test di screening citologico poi confermate all'istologia è pari al 23,2%, quindi superiore al valore medio italiano per il 2005 (16,7%) anche se permane una discreta variabilità interaziendale.

Nel corso del 3° round sono state invitate ad effettuare il Pap-test di screening circa 192.000 donne di età compresa fra 25 e 64 anni, pari al 94% della popolazione eligibile (figura 3); nonostante le differenze tra ASL è rilevante lo sforzo compiuto dalla maggioranza dei programmi di screening per mantenere un'adeguata estensione del programma, che può essere garantita soltanto da una regolare spedizione degli inviti.

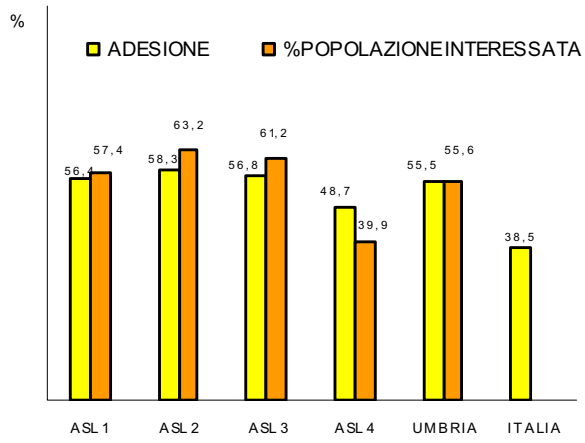
Le donne che hanno aderito allo screening su invito sono state circa 106.000, con un'adesione media regionale pari al 55,5% nettamente superiore al dato medio italiano del 2006, pari al 38,5%, e tra i valori più alti a livello nazionale; se si sommano alle donne che hanno aderito su invito le 21.000 donne che hanno effettuato spontaneamente il Pap-test nel 3° round, la percentuale di popolazione esaminata presenta valori intorno al 60% della popolazione eligibile in quasi tutte le ASL (figura 4).

Fig. 3 – Estensione dello screening citologico *[85]



85 La percentuale di popolazione eligibile che ha effettivamente ricevuto un invito ad effettuare un Pap-test

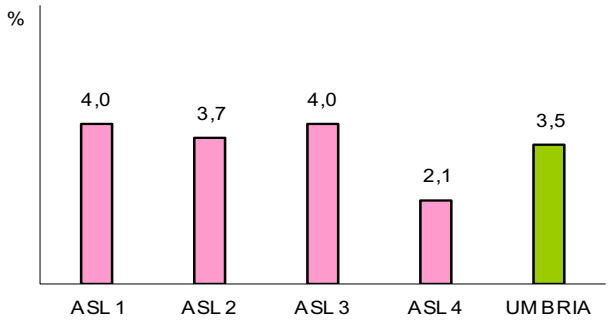
Fig. 4 – Adesione corretta all'invito[86] e popolazione esaminata[87] per lo screening citologico



Secondo il rapporto PASSI del 2006, in Umbria l'89% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap-test e l'81% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato; il motivo principale dell'esecuzione del Pap-test è stato l'invito della ASL nel 57% dei casi, l'iniziativa personale nel 29% e il consiglio del medico nel 14%.

La qualità del prelievo citologico rappresenta un importante indicatore del programma (figura 5): la proporzione di Pap-test inadeguati nelle quattro ASL dell'Umbria è ampiamente entro lo standard desiderabile del 5%, definito dal GISCi (Gruppo Italiano Screening Citologico).

Fig. 5 – Proporzione di Pap-test inadeguati per ASL



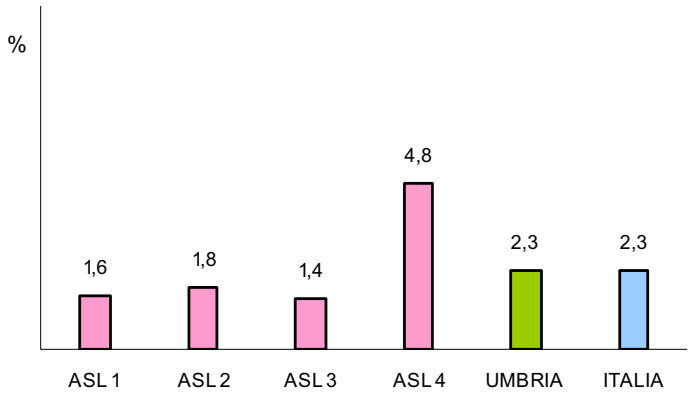
La percentuale di donne inviate in colposcopia complessivamente per la regione Umbria è pari al 2,3% (figura 6), in linea con il valore medio nazionale; il dato medio regionale è tuttavia caratterizzato, come peraltro a livello nazionale, da una modesta variabilità interaziendale.

86 La percentuale di donne che ha effettuato un Pap-test di screening sul totale delle donne invitate

87 La percentuale di popolazione eligibile che ha effettuato un Pap-test sia su invito sia spontaneamente

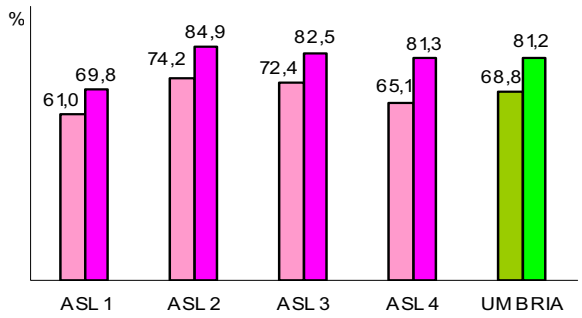
* non sono disponibili dati per il confronto su scala nazionale

Fig. 6 – Percentuale di invio in colposcopia



Le donne con un Pap-test positivo per lesioni di alto grado (HSIL+) hanno un rischio molto elevato di sviluppare un tumore invasivo in assenza di trattamento, quindi una compliance alla colposcopia molto elevata è un requisito indispensabile perché un programma di screening sia in grado di ridurre l'incidenza di tumori invasivi nella popolazione; il valore medio regionale di adesione alla colposcopia per tutte le lesioni è pari al 69%, mentre la compliance tra le donne inviate in colposcopia per citologia di alto grado (HSIL+) è stata dell'81% (figura 7). Entrambe i valori sono inferiori a quelli medi nazionali (rispettivamente 84,7% e 90,0%), probabilmente anche per un recupero incompleto delle informazioni sulle donne che effettuano una colposcopia dovuto ad un difficoltoso ritorno dei dati dal II livello.

Fig. 7 – Compliance alla colposcopia per tutte le lesioni e per HSIL+[88]



Per tutti i programmi di screening citologico della regione Umbria è stato calcolato l'intervallo tra l'effettuazione del Pap-test e l'invio alla donna del referto negativo; i programmi della ASL 1, della ASL 2 e della ASL 3, che condividono il centro di lettura di Perugia, mediamente hanno un intervallo test-referto inferiore o uguale a 4 settimane per oltre l'80% degli esami, mentre lo standard si abbassa per il programma della ASL 4 rivelando in tal senso una criticità da risolvere.

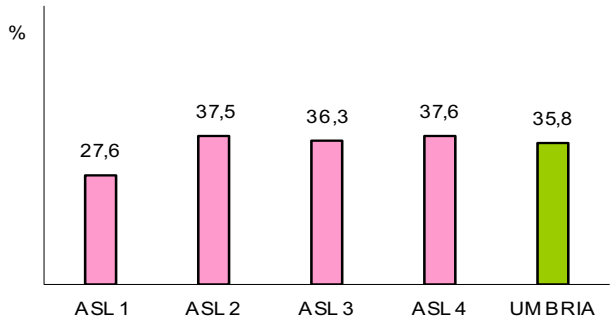
88 La percentuale di donne inviate a colposcopia per tutte le lesioni e per HSIL+ che ha effettuato una colposcopia

Lo screening del carcinoma del colon retto

Il programma di screening del carcinoma del colon retto, detto anche colorettale biennale è stato avviato dalle ASL nel secondo semestre del 2006; la ASL 2 e la ASL 4 hanno avviato le procedure di invito il 1° giugno 2006, la ASL 1 il 1° settembre 2006 e la ASL 3 il 1° novembre 2006. I dati riportati descrivono l'attività relativa al primo anno del round in modo ancora parziale, anche per il recupero incompleto delle informazioni riguardanti i soggetti inviati ad approfondimento.

Le persone nella fascia di età 50 – 74 anni invitate a sottoporsi al test di screening nel primo anno di attività sono state circa 117.500, pari al 91 % circa della popolazione eligibile (figura 8), con un'adesione all'invito del 36% circa (figura 8). Il valore dell'adesione è tuttavia parziale anche perché dipende dalle classi di età della popolazione che sono invitate per prime: va ricordato infatti che nella Azienda USL 1 all'avvio della campagna è stata fatta la scelta di invitare per prime le persone appartenenti alle classi di età più alte, che però hanno avuto una adesione inferiore. Per calcolare tale indicatore è quindi più utile attendere la fine del round. Peraltro lo studio PASSI per il 2006 ha fornito alcuni dati pre-screening che possono contribuire a stimare la copertura della popolazione; in Umbria il 27 % delle persone di 50-69 anni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto (FOBT) o una colonscopia a scopo preventivo, il 17% ha effettuato uno di questi accertamenti negli ultimi due anni.

Fig. 8 – Adesione corretta per lo screening colorettale [89]

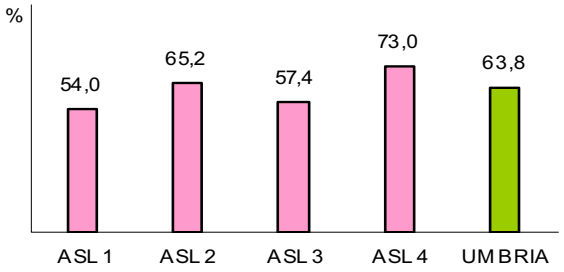


Delle circa 40.000 persone che hanno eseguito correttamente il test di screening, sono risultate positive, e pertanto inviate ad approfondimento, circa 2.200 persone (5,4%) (figura 9) e di queste circa 1.400 (64%) hanno effettuato una colonscopia di approfondimento (figura 10); nel 43% circa di coloro che hanno effettuato la colonscopia sono stati individuati tumori maligni o lesioni precancerose ad alto rischio, ovvero sono stati identificati complessivamente 147 adenocarcinomi e 463 adenomi avanzati.

89 La percentuale di popolazione effettivamente invitata che ha effettuato un test di screening (FOBT)

Fig. 9 – Percentuale di positivi al FOBT [90]

Fig. 10 – Adesione alla colonscopia [91]



La nascita

L'attuale rilevazione dati del certificato di assistenza al Parto (CEDAP) ha avuto inizio dal 1992. Tale strumento, aggiornato nei contenuti e nelle modalità di trasmissione, fornisce informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria e necessarie per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Si riportano alcuni sintetici dati relativi al 2006, anno in cui in Umbria sono stati effettuati nelle strutture umbre 8091 parti.

Dall'analisi complessiva dei dati raccolti si evince che, in analogia a quanto accade nelle regioni limitrofe, il 20 % dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana, provenienti per la maggior parte dall'Europa dell'Est. Per quanto riguarda l'età i dati confermano che la fascia di età maggiormente rappresentata è quella dei 30 – 39 anni, e risulta essere più elevata per le donne italiane.

Più dell'80% delle madri non aveva precedenti aborti spontanei.

Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, in circa il 90% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite e nel 50% delle gravidanze sono state effettuate 4-6 ecografie. In Umbria per il 23% delle gravidanze è stata effettuata amniocentesi prevalentemente in classi di età avanzate, mentre esami più specifici (Villi corali, fetoscopia, funicolocentesi) sono stati effettuati molto raramente.

90 La percentuale di soggetti con FOBT positivo tra coloro che hanno effettuato correttamente il test

91 La percentuale della popolazione positiva al FOBT che esegue una colonscopia di approfondimento

I dati permettono anche di rilevare indicatori più strettamente legati ai servizi, quali la presenza di varie figure professionali (quasi sempre ginecologo e neonatologo), la presenza di familiari (partner 90%), o il ricorso all'espletamento del parto per via chirurgica (intorno al 30%).

Dati più completi sono indicati nei rapporti predisposti dalla Direzione regionale Sanità e Servizi sociali.

Tabella: Distribuzione dei parti per Punto Nascita di evento

		2004		2006	
Azienda di evento		Numero Parti	%	Numero Parti	%
ASL 1	Città Di Castello	641	8,4	805	9,.9
	Gubbio	357	4,7	352	4,4
ASL 2	Cartiglion del Lago	453	5,9	513	6,4
	Assisi	746	9,8	644	8,0
	Marsciano	389	5,1	502	6,2
ASL 3	Foligno	777	10,2	899	11,1
	Spoleto	462	6,1	476	5,9
ASL 4	Orvieto	375	4,9	319	3,9
	Narni	576	7,6	656	8,1
AOSP Perugia	Az. Ospedaliera Di Perugia	1.812	23,8	1926	23,8
AOSP Terni	Az. Ospedaliera Di Terni	1.032	13,5	999	12,3
Totale		7.620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione dei parti per età materna

Età	2004		2006	
	N°	%	N°	%
<20 anni	105	1,4	136	1,7
20-29 anni	2539	33,3	2830	35,0
30-39 anni	4559	59,8	4732	58,5
≥ 40 anni	383	5,0	359	4,4
Non rilevato	34	0,5	34	0,4
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione dei parti per cittadinanza materna

Cittadinanza	2004		2006	
	N°	%	N°	%
Italiana	6197	81,3	5925	73,2
Straniera	1413	18,6	1650	20,4
Non rilevata	10	0,1	516	6,4
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Durata della gravidanza per cittadinanza della madre

Cittadinanza	2004				2006			
	EG< 37 settimane		EG≥ 37 settimane		EG< 37 settimane		EG≥ 37 settimane	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Italiana	302	4,9	5.875	95,1	331	5,6	5570	94,4
Straniera	115	8,2	1.293	91,8	112	6,8	1529	93,2
Totale	417	5,5	7.168	94,5	443	5,9	7099	94,1

Tabella: Numero di visite di controllo effettuate in gravidanza

N° visite	2004		2006	
	N°	%	N°	%
Nessuna	61	0,8	59	0,7
≤4	574	7,5	593	7,3
>4	6965	91,4	7417	91,7
Non rilevato	20	0,3	22	0,3
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione delle partorienti secondo l'epoca gestazionale di esecuzione della prima visita di controllo

Prima visita in gravidanza	2004		2006	
	N°	%	N°	%
EG<12 settimane	6711	88,1	7437	91,9
EG ≥ 12 settimane	687	9,0	641	7,9
Non rilevato	222	2,9	13	0,2
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Età gestazionale di esecuzione della prima visita di controllo per cittadinanza della madre								
Cittadinanza della madre	**2004**				**2006**			
	Prima visita in gravidanza (sett.)				Prima visita in gravidanza (sett.)			
	<12 Settimane		≥ 12 Settimane		< 12 Settimane		≥ 12 Settimane	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Italiana	5651	93,6	388	6,4	5602	94,7	315	5,3
Straniera	1055	68,0	297	22,0	1331	80,9	314	19,1
Totale	6706	90,7	685	9,3	6933	91,7	629	8,3

Tabella: Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto				
Modalità parto	**2004**		**2006**	
	N°	%	N°	%
Spontaneo	5004	65,8	5402	66,8
Taglio Cesareo d'elezione	1384	18,2	1504	18,6
Taglio Cesareo in travaglio	976	12,8	999	12,4
Parto operativo	110	1,5	146	1,8
Altro modo	6	0,1	11	0,1
Non rilevata	140	1,8	29	0,3
Totale	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto								
Modalità parto	**2004**				**2006**			
	Cittadinanza della madre				Cittadinanza della madre			
	Italiana		Straniera		Italiana		Straniera	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Spontaneo	4044	65,3	960	68,0	3900	65,8	1139	69,0
Taglio Cesareo d'elezione	1172	18,9	212	15,0	1167	19,7	247	15,0
Taglio Cesareo in travaglio	782	12,6	194	13,7	724	12,0	219	13,3
Parto operativo	89	1,4	21	1,5	105	1,8	34	2,1
Altro modo	4	0,1	2	0,1	6	0,1	5	0,3
Non rilevata	106	1,7	24	1,7	23	0,4	6	0,3
Totale	6197	100,0	1413	100,0	5925	100,0	1650	100,0

Le interrruzioni volontarie di gravidanza

Nel 2007 sono state notificate in Umbria 2119 IVG, con un leggero decremento rispetto agli anni precedenti.

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1˙000 donne in età feconda tra 15-49 anni), indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2007 è risultato pari a 9.2 per 1˙000, con un decremento dello 0.5% rispetto al 2006.

I tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Sono state 49, confermando un comportamento degli anni precedenti, le IVG effettuate da minorenni.

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2007 il 40% del totale delle IVG. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando una stabilità nel numero totale degli interventi e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane.

Nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

La sempre maggiore incidenza tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, hanno una diversa composizione socio-demografica, che

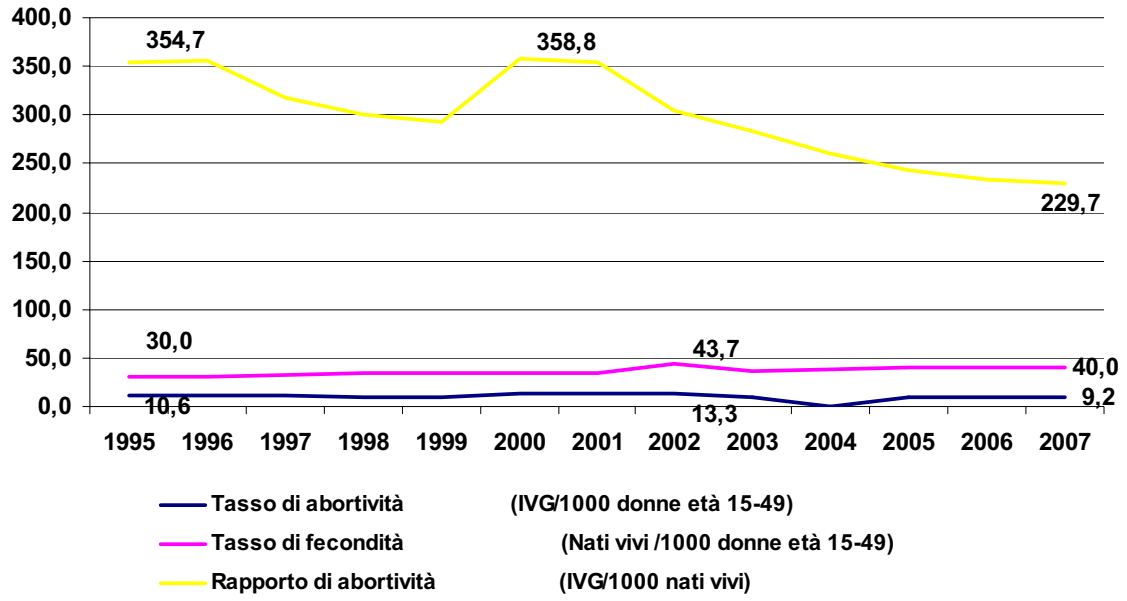
muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo modeste variazioni.

Nella maggior parte dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata, comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento.

Abortività e fecondità in Umbria. Anni 1992 - 2007



I.V.G. effettuate in Umbria, per luogo dell'intervento - Anni 1992-2007

Aziende Sanitarie	1992	1995	1998	2001	2004	2005	2006	2007	Variaz. 92-2007	
									N.	%
Città di Castello	146	76	98	97	5	16	11	14	-132	-90,41
Umbertide	70	109	94	116	179	141	128	176	106	151,43
Gubbio	80	78	58	79	109	135	105	104	24	30,00
Azienda USL 1	**296**	**263**	**250**	**292**	**293**	**292**	**244**	**294**	**-2**	**-0,68**
Castiglione del Lago	156	112	130	145	161	174	189	145	-11	-7,05
Città della Pieve	42	54	43	43	26	8	6	-		
Assisi	138	182	175	213	176	154	98	134	-4	-2,90
Marsciano	91	1	73	76	91	56	3	7	-84	-92,31
Todi	64	109	107	135	132	146	212	190	126	196,88
Azienda USL 2	**491**	**458**	**528**	**612**	**586**	**538**	**508**	**476**	**-15**	**-3,05**
Foligno	387	291	270	272	326	258	236	202	-185	-47,80
Spoleto	67	86	80	101	94	83	103	129	62	92,54
Cascia e Norcia	-	15	20	14	12	9	-	-		
Azienda USL 3	**454**	**392**	**370**	**387**	**432**	**350**	**339**	**331**	**-123**	**-27,09**
Orvieto	87	91	93	78	74	66	70	67	-20	-22,99
Amelia*	16	-	-	-	-	-	-	-		
Narni	201	213	214	210	207	206	189	177	-24	-11,94
Azienda USL 4	**304**	**-132**	**307**	**288**	**281**	**272**	**259**	**244**	**-60**	**-19,74**
Azienda Osp. Perugia	**895**	**719**	**625**	**553**	**606**	**551**	**547**	**521**	**-374**	**-41,79**
Azienda Osp. Terni	**499**	**436**	**333**	**275**	**296**	**276**	**281**	**253**	**-246**	**-49,30**
Umbria	**2.939**	**2.136**	**2.413**	**2.407**	**2.494**	**2.279**	**2.178**	**2.119**	**-820**	**-27,90**

** nell'ospedale di Amelia dal 1993 è stata interrotta l'attività dell'U.O. di ostetricia e ginecologia*

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT
Elaborazione:Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG di donne residenti e non residenti. Umbria, 1992 - 2007

	Residenti		Non residenti		Non indicato		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	
1992	2.470	84,0	469	16,0	-	-	2.939
1993	2.219	81,4	508	18,6	-	-	2.727
1994	2.117	80,3	514	19,5	5	0,2	2.636
1995	2.051	79,7	512	19,9	9	0,3	2.572
1996	2.084	78,9	555	21,0	2	0,1	2.641
1997	2.041	79,7	510	19,9	10	0,4	2.561
1998	1.938	80,3	472	19,6	3	0,1	2.413
1999	1.938	82,4	401	17,0	14	0,6	2.353
2000	2.046	84,5	366	15,1	10	0,4	2.422
2001	2.055	85,4	350	14,5	2	0,1	2.407
2002	2.067	84,1	375	15,3	16	0,7	2.458
2003	1.935	84,4	341	14,9	17	0,7	2.293
2004	2.126	85,2	350	14,0	18	0,7	2.494
2005	1.883	82,6	362	15,9	34	1,5	2.279
2006	1.824	83,7	329	15,1	25	1,1	2.178
2007	1.797	84,8	308	14,5	14	0,7	2.119

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT

Elaborazione:Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG di donne minorenni residenti. Umbria, 1992 - 2007

	Totale IVG	IVG effettuate da donne minorenni	
		N.	%
1992	2.470	58	2,3
1993	2.219	46	2,1
1994	2.117	34	1,6
1995	2.051	52	2,5
1996	2.084	42	2,0
1997	2.041	40	2,0
1998	1.938	40	2,1
1999	1.938	47	2,4
2000	2.046	47	2,3
2001	2.055	45	2,2
2002	2.067	44	2,1
2003	1.935	40	2,1
2004	2.494	42	1,7
2005	2.279	57	2,5
2006	2.178	50	2,3
2007	2.119	49	2,3

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT
Elaborazione:Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG per IVG precedenti e cittadinanza della donna. Umbria, 1992 - 2007

IVG precedenti	Cittadinanza																	
	1992				2004				2005				2006				2007			
	Italiane		Straniere		Italiane		Straniere		Italiane		Straniere		Italiane		Straniere		Italiane		Straniere	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0	2.120	78,2	161	70,3	1.184	75,6	544	59,8	1.113	79,0	533	63,3	1.043	79,7	498	58,3	995	78,8	503	59,7
1	464	17,1	46	20,1	237	15,1	214	23,5	180	12,8	172	20,4	163	12,5	211	24,7	148	11,7	206	24,4
2	99	3,7	18	7,9	49	3,1	74	8,1	29	2,1	79	9,4	33	2,5	81	9,5	39	3,1	71	8,4
3	19	0,7	2	0,9	11	0,7	24	2,6	4	0,3	21	2,5	11	0,8	18	2,1	3	0,2	35	4,2
>=4	8	0,3	2	0,9	4	0,3	26	2,9	3	0,2	17	2,0	3	0,2	24	2,8	4	0,3	11	1,3
Non indicato	-	-	-	-	82	5,2	27	3,0	79	5,6	20	2,4	56	4,3	22	2,6	74	5,9	17	2,0
Totale	**2.710**	**100,0**	**229**	**100,0**	**1.567**	**100,0**	**909**	**100,0**	**1.408**	**100,0**	**842**	**100,0**	**1.309**	**100,0**	**854**	**100,0**	**1.263**	**100,0**	**843**	**100,0**

Mancano i casi in cui non è stata indicata la cittadinanza

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT
Elaborazione:Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG per cittadinanza della donna. Umbria, 1992 - 2007

Cittadinanza	1992		2003		2004		2005		2006		2007	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Italiana	2.710	92,2	1.471	65,1	1.567	63,3	1.408	62,6	1.309	60,5	1.263	60,0
Straniera	229	7,8	788	34,9	909	36,7	842	37,4	854	39,5	843	40,0
Totale (*)	**2.939**	**100,0**	**2.259**	**100,0**	**2.476**	**100,0**	**2.250**	**100,0**	**2.163**	**100,0**	**2.106**	**100,0**

* Mancano i casi in cui la cittadinanza non è stata specificata

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT
Elaborazione:Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

La prescrizione farmaceutica

Nel 2006 la spesa farmaceutica a carico dell'SSN è stata in Italia di 12,3 miliardi di euro, con un incremento del 3,5% rispetto all'anno precedente; in Umbria l'aumento è stato del 3,1% (Tabella 2).

Tabella 2. Consumi farmaceutici SSN in Italia e in Umbria* nel 2006

	Italia	Umbria
Spesa a carico SSN (milioni)	12.327	172
Spesa pro capite pesata (grezza)	209,81	184,51 (197,94)
Scostamento % 2006-2005	3,5	3,1
Ticket (milioni)	414	1,6 **
Ticket su spesa lorda	3,1	0,9
Sconto farmacie (milioni)	699,2	7,7
Sconto su spesa lorda	5,2	4,3
Spesa lorda (milioni)	13.440	181
Spesa pro capite pesata (grezza)	228,76	194,62 (208,75)
Scostamento % 2006-2005	-0,2	0,5
Ricette (migliaia)	503.307	8.764
Scostamento % 2006-2005	5,3	4,2
Ricette pro capite	8,6	9,4^
Confezioni (milioni)	953	15
Scostamento % 2006-2005	6,1	5,8
Confezioni pro capite	16	16
DDD/1000 abitanti die	857,4	864,1
Scostamento % 2006-2005	7,3	8,2
Farmaci equivalenti		
Spesa pro capite	40,58	38,98
DDD/1000 abitanti die	235,8	248,5
Distribuzione diretta		
Spesa pro capite	21,81	6,04
DDD/1000 abitanti die	11,1	5,4
Farmaci con Nota		
Spesa pro capite	70,57	49,34
DDD/1000 abitanti die	165,2	134,0
Popolazione ISTAT 1/1/2006 pesata (grezza)	58.751.711	930.901 (867.878)

* *al fine di rendere confrontabili i valori pro capite dell'Umbria e dell'Italia, è stata utilizzata la popolazione pesata. Per la spesa netta e lorda è stata calcolata anche la spesa pro capite grezza*

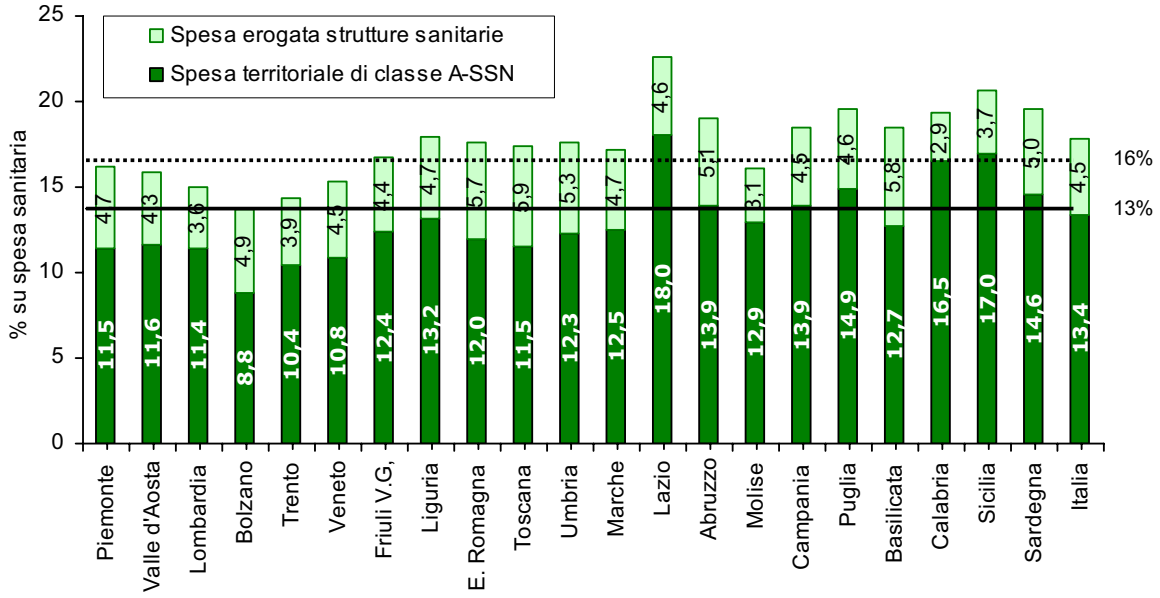
** *differenza rispetto al prezzo di riferimento per i farmaci equivalenti*

^ *la prescrizione è limitata a 2 pezzi per ricetta o 2 mesi di terapia*

Per quanto riguarda la quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa programmata dell'SSN, nel 2006 l'Umbria si pone al di sotto del tetto del 13% per la spesa territoriale,

mentre raggiunge il 17,6% quando si considera anche la spesa erogata attraverso le strutture sanitarie. L'obiettivo del rispetto del tetto di spesa del 16% stabilito dalla Legge 405/2001 è stato raggiunto solo da una parte delle Regioni del Nord e dal Molise. A livello nazionale il maggiore "sfondamento" è stato osservato nel Lazio (22,6%) e in Sicilia (20,7%) (Figura 1).

Figura 1. Stima della quota di spesa farmaceutica a carico dell'SSN sulla spesa complessiva programmata dell'SSN (2006)



Se si estende il confronto fra l'Umbria e l'Italia al periodo 1990-2006 si rileva che le differenze riguardano solo gli ultimi sei anni, mentre nel corso degli anni '90 la spesa pro capite dell'Umbria era sostanzialmente sovrapponibile con quella italiana (Figura 3 e Tabella 3).

Figura 2. Scostamento della spesa lorda pro capite pesata dal valore medio nazionale: confronto 2000-2006

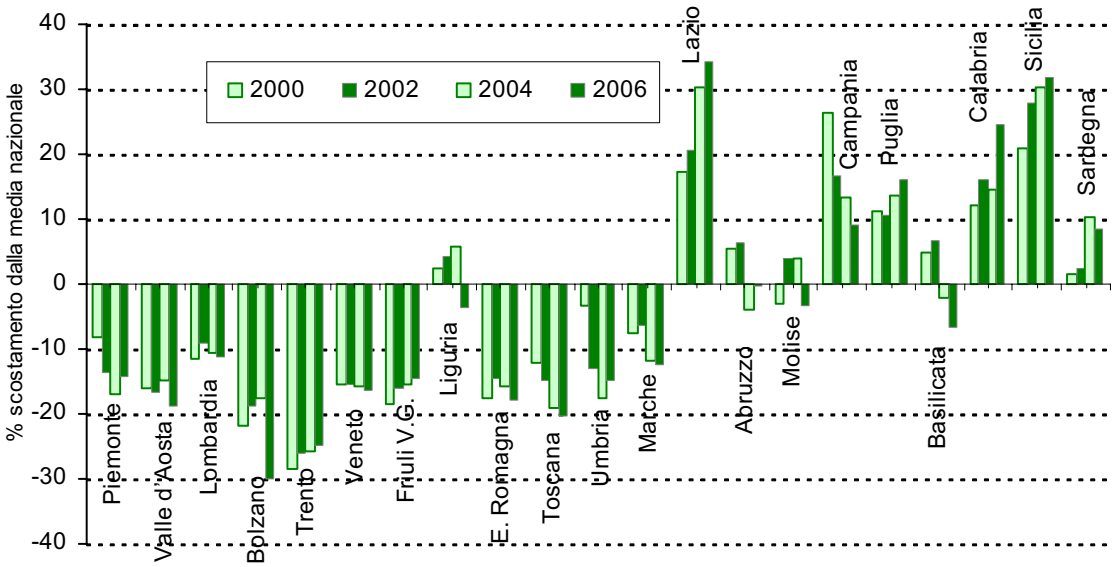


Figura 3. Andamento della spesa farmaceutica lorda SSN in Italia e in Umbria nel periodo 1990-2006

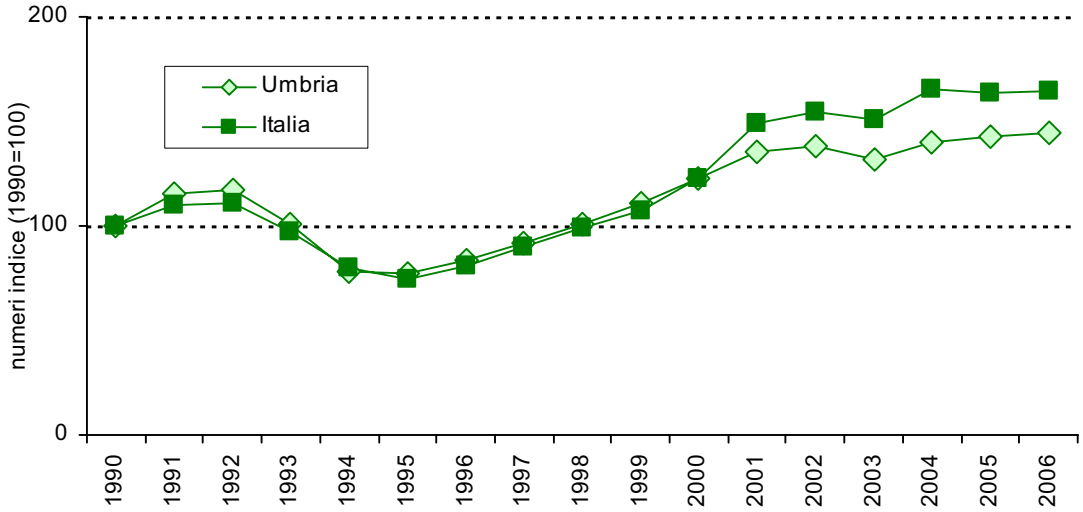


Tabella 3. Spesa farmaceutica SSN in Umbria nel periodo 1990-2006

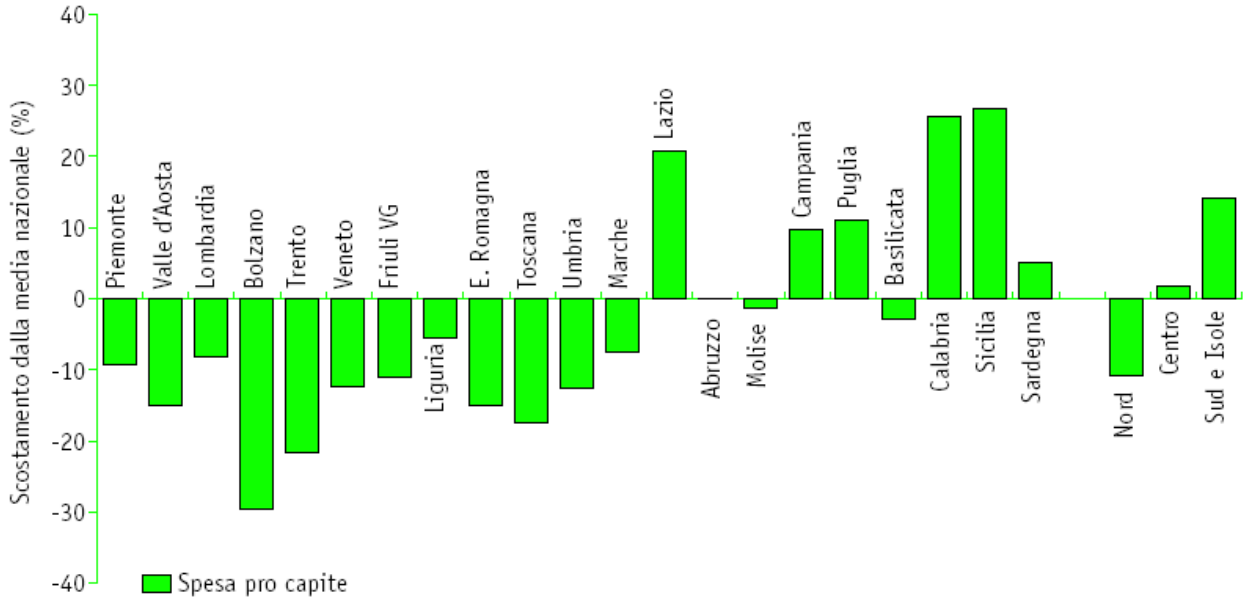
Anno	Spesa lorda SSN €*	Ticket		Sconto^	
		€*	% su spesa lorda	€*	% su spesa lorda
1990	126	12,8	10,2	-	-
1991	145	17,3	11,9	-	-
1992	147	24,8	16,9	-	-
1993	127	21,5	17,0	-	-
1994	99	12,8	12,9	-	-
1995	97	14,0	14,5	-	-
1996	105	14,3	13,6	-	-
1997	116	11,2	9,7	3,9	3,4
1998	127	12,2	9,6	4,2	3,3
1999	140	12,6	9,0	4,7	3,4
2000	154	13,1	8,5	5,1	3,3
2001	170	0,2	0,1	5,9	3,4
2002	174	0,9	0,5	6,8	3,9
2003	165	1,4	0,9	6,3	3,8
2004	176	1,5	0,8	10,0	5,7
2005	179	1,6	0,9	12,0	6,7
2006	181	1,6	0,9	7,7	4,3

** in milioni di euro*

^ per gli anni 2005 e 2006 comprende oltre le trattenute alle farmacie anche lo sconto a carico dei produttori

Spesa e consumi (Tavola) territoriali^ di classe A-SSN 2007 (popolazione pesata) e variabilità regionale della spesa pro capite (Figura)

	Spesa lorda pro capite	Scostamento % dalla media nazionale	Confezioni pro capite	DDD/1000 ab die
Piemonte	195,0	-9,3	14,2	785,8
Val d'Aosta	182,5	-15,1	14,6	815,8
Lombardia	197,5	-8,1	13,9	776,8
Bolzano	151,6	-29,5	11,6	669,5
Trento	168,3	-21,7	13,5	747,8
Veneto	188,4	-12,4	14,7	823,5
Friuli VG	191,4	-11,0	14,9	837,7
Liguria	203,0	-5,6	15,8	855,8
E. Romagna	182,8	-15,0	15,5	866,2
Toscana	177,5	-17,4	15,8	852,3
Umbria	187,8	-12,6	16,5	902,4
Marche	198,9	-7,5	16,1	855,9
Lazio	259,4	20,7	19,3	1019,3
Abruzzo	215,3	0,1	16,9	878,8
Molise	212,1	-1,3	16,2	838,5
Campania	235,7	9,7	19,1	944,6
Puglia	238,6	11,0	18,8	949,2
Basilicata	208,7	-2,9	17,1	887,0
Calabria	270,3	25,7	19,5	976,7
Sicilia	272,3	26,7	19,8	999,4
Sardegna	225,9	5,1	17,2	920,5
Italia	**215,0**		**16,5**	**880,5**
Nord	191,9	-10,8	14,5	806,8
Centro	218,8	1,8	17,5	933,2
Sud e Isole	245,2	14,1	18,8	952,0



Fonte: Rapporto Osmed 2007

Dati di attività dei servizi

Gli Ospedali

Le informazioni rilevate dal flusso della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ci permettono di analizzare l'attività svolta dalle nostre strutture di ricovero sia in termini di numerici sia in termini di tipologia di casi trattati.

Si riportano qui di seguito i dati di struttura e di attività degli ospedali Umbri relativi al triennio 2005-2007.

Nell'ottica della deospedalizzazione il numero dei posti letto è andato progressivamente riducendosi. Nel periodo 2003-2007 si è avuta una riduzione di circa 200 letti pari al 6% della dotazione iniziale. Nella tabella 1 sono riportati i posti letto delle aziende suddivisi tra quelli per acuti e quelli di riabilitazione e lungodegenza.

L'incremento che si è avuto nell'ultimo anno è dovuto quasi esclusivamente all'aumento dei posti letto di riabilitazione di cui la nostra regione è carente e comunque la dotazione di posti letto per mille abitanti è al di sotto del limite del 4,5 x mille stabilito dal Ministero tabella 2.

La figura 1 mostra il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per la Regione Umbria dal 2005 al 2007, con il confronto con l'ultimo dato disponibile per l'Italia. Il dato umbro, già nel 2004 al di sotto della media nazionale, si attesta al di sotto dei 180 ricoveri per mille stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 23-3-2005 .

Le tabelle 3 - 8 mostrano i dati di attività suddivisi per presidi ospedalieri. Sono stati riportati per gli anni 2005 – 2007 il numero di ricoveri, la degenza media, il tasso di utilizzo. I dati risultano relativamente stabili nel tempo. Anche la composizione della casistica dei primi 20 DRG non mostra sostanziali variazioni nel corso degli ultimi anni, sia nella degenza ordinaria che nel Day Hospital.

Per quanto riguarda l'attività di day hospital la tabella 6 mostra come la percentuale di DRG chirurgici sia aumentata nei tre anni riducendo la quota dei casi medici nei quali si possono annidare fenomeni di inappropriatezza. La figura 2 evidenzia però comportamenti diversi tra gli ospedali con valori che vanno da un minimo del 42,6 % all'82,1% di casi chirurgici. Diversità si evidenziano anche dalla tabella 7 che mette a confronto il numero di accessi medi tra pazienti con DRG chirurgico e non. Le differenze maggiori, come era prevedibile, si evidenziano nella casistica medica con valori che vanno da 6 accessi a 2 con una media regionale per il pubblico nel 2007 di 3,9 .

A parte (tabella 9) sono riportati, con la stessa modalità di rappresentazione, i dati di attività relativi alla Riabilitazione, Lungodegenza e Servizi Psichiatrici.

Per la Riabilitazione si evince che la casistica in termini numerici è aumentata negli ultimi anni, sottolineando la forte richiesta di assistenza in tale ambito, richiesta che porta anche ad un elevato numero di residenti che si ricovera fuori regione, determinando un aumento della mobilità passiva.

TAB. 1 POSTI LETTO UMBRIA

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2005						
	acuti			riabilitazione/lungodegenza			
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	totale
Azienda USL 101	372	77	449	56	5	61	510
Azienda USL 102	241	65	306	31		31	337
Azienda USL 103	390	94	484	32	7	39	523
Azienda USL 204	271	45	316	20		20	336
Azienda Ospedaliera di Perugia	761	89	850	6	2	8	858
Azienda Ospedaliera di Terni	511	90	601		4	4	605
Case di cura private	199	33	232	12		12	244
Totale	**2.745**	**493**	**3.238**	**157**	**18**	**175**	**3.413**

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2006						
	acuti			riabilitazione/lungodegenza			
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	totale
Azienda USL 101	359	63	422	56	5	61	483
Azienda USL 102	227	63	290	33	2	35	325
Azienda USL 103	338	94	432	32	7	39	471
Azienda USL 204	252	57	309	20		20	329
Azienda Ospedaliera di Perugia	710	92	802	10	2	12	814
Azienda Ospedaliera di Terni	483	90	573		4	4	577
Case di cura private	196	33	229	32	-	32	261
Totale	**2.565**	**492**	**3.057**	**183**	**20**	**203**	**3.260**

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2007						
	acuti			riabilitazione/lungodegenza			
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	totale
Azienda USL 101	341	50	391	72	6	78	469
Azienda USL 102	220	63	283	33	2	35	318
Azienda USL 103	382	94	476	32	7	39	515
Azienda USL 204	248	63	311	20		20	331
Azienda Ospedaliera di Perugia	706	92	798	10	2	12	810
Azienda Ospedaliera di Terni	478	89	567		4	4	571
Case di cura private	199	33	232	32		32	264
Totale	**2.574**	**484**	**3.058**	**199**	**21**	**220**	**3.278**

Fonte: modelli HSP 12 inviati dalle aziende al NSIS

TAB. 2 DOTAZIONE POSTI LETTO x mille abitanti

2005

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2005	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	130.682	3,4	0,5	3,9
Azienda USL 102	347.870	3,9	0,1	4,1
Azienda USL 103	156.192	3,3	0,2	3,5
Azienda USL 204	224.194	4,1	0,1	4,2
Totale Umbria	**858.938**	**3,8**	**0,2**	**4,0**

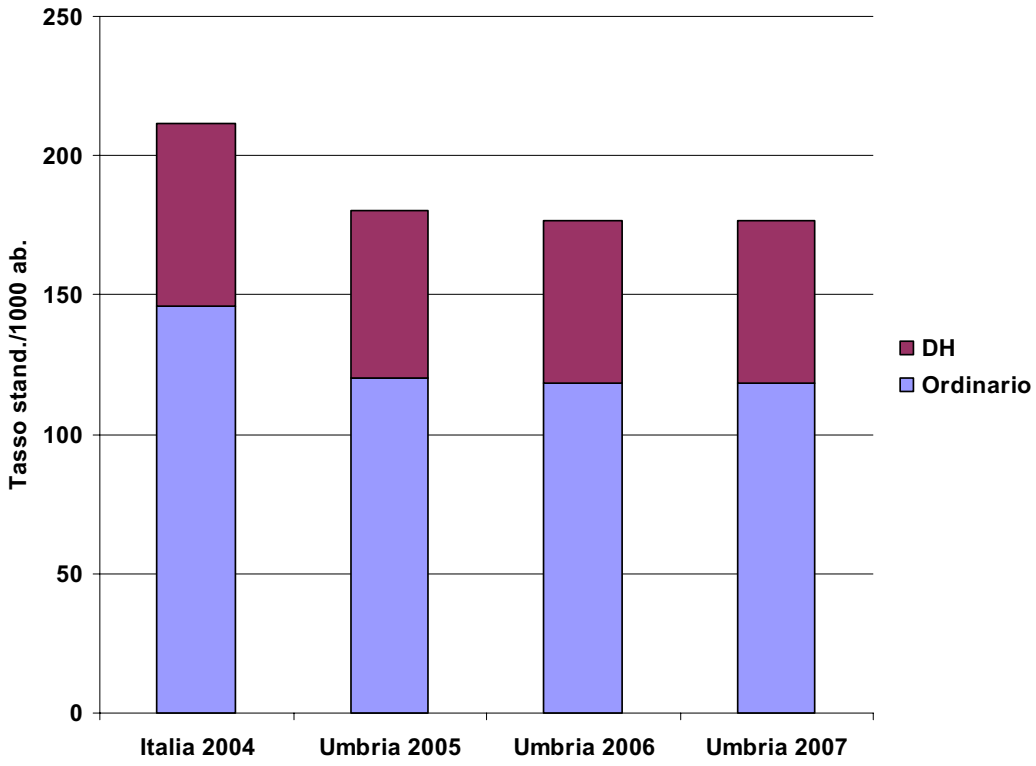
2006

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2006	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	131.460	3,2	0,5	3,7
Azienda USL 102	354.015	3,6	0,2	3,9
Azienda USL 103	157.169	2,9	0,2	3,2
Azienda USL 204	225.234	3,9	0,1	4,0
Totale Umbria	**867.878**	**3,6**	**0,2**	**3,8**

2007

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2007	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	131.890	3,0	0,6	3,6
Azienda USL 102	357.008	3,6	0,2	3,8
Azienda USL 103	158.435	3,2	0,2	3,4
Azienda USL 204	225.634	3,9	0,1	4,0
Totale Umbria	**872.967**	**3,5**	**0,3**	**3,8**

FIG 1. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO



TAB. 3 CASI TRATTATI IN REPARTI PER ACUTI

	2005			2006			2007		
Presidio Ospedaliero	**ordinari**	**dh**	**totale**	**ordinari**	**dh**	**totale**	**ordinari**	**dh**	**totale**
Città di Castello	9.737	3.703	13.440	10.158	3743	13.901	9746	3713	13.459
Gubbio	7.056	2.550	9.606	6.760	1862	8.622	6170	1705	7.875
ASL 2 di Perugia	10.202	7.333	17.535	9.615	7113	16.728	9455	7138	16.593
Foligno	10.410	6.027	16.437	9.680	5407	15.087	10251	5856	16.107
Spoleto	6.022	3.300	9.322	5.899	2997	8.896	5993	2844	8.837
Orvieto	5.051	2.860	7.911	5.039	2526	7.565	5312	2413	7.725
Narni-Amelia	4.942	2.598	7.540	5.157	2386	7.543	4945	2432	7.377
AZ. OSP. di Perugia	32.751	12.862	45.613	32.903	12528	45.431	32476	10945	43.421
AZ. OSP. di Terni	19.964	10.635	30.599	19.914	11535	31.449	21360	12350	33.710
Totale	**106.135**	**51.868**	**158.003**	**105.125**	**50.097**	**155.222**	**105.708**	**49.396**	**155.104**
Case di cura private	**5.320**	**4.835**	**10.155**	**5.067**	**5.040**	**10.107**	**5.231**	**5.040**	**10.271**
UMBRIA	**111.455**	**56.703**	**168.158**	**110.192**	**55.137**	**165.329**	**110.939**	**54.436**	**165.375**

TAB. 4 INDICATORI DI ATTIVITA'

Degenza ordinaria	2005		2006		2007	
Presidio Ospedaliero	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Città di Castello	5,9	79,9	5,7	88,7	5,7	81,4
Gubbio	5,6	67,1	5,6	72,4	5,4	69,2
ASL 2 di Perugia	5,2	73,5	5,2	73,0	5,0	73,1
Foligno	6,0	83,2	6,2	79,5	6,4	85,0
Spoleto	5,2	73,8	5,1	86,0	5,0	81,1
Orvieto	8,5	80,0	8,4	87,2	7,7	84,8
Narni-Amelia	6,9	79,3	6,6	84,5	6,8	84,2
AZ. OSP. di Perugia	6,5	85,1	6,8	88,2	7,1	88,7
AZ. OSP. di Terni	7,3	85,0	7,1	83,3	7,2	89,1
Totale	**6,4**	**81,0**	**6,4**	**83,5**	**6,5**	**84,6**
Case di cura private	**4,3**	**31,8**	**3,9**	**28,7**	**3,9**	**28,2**

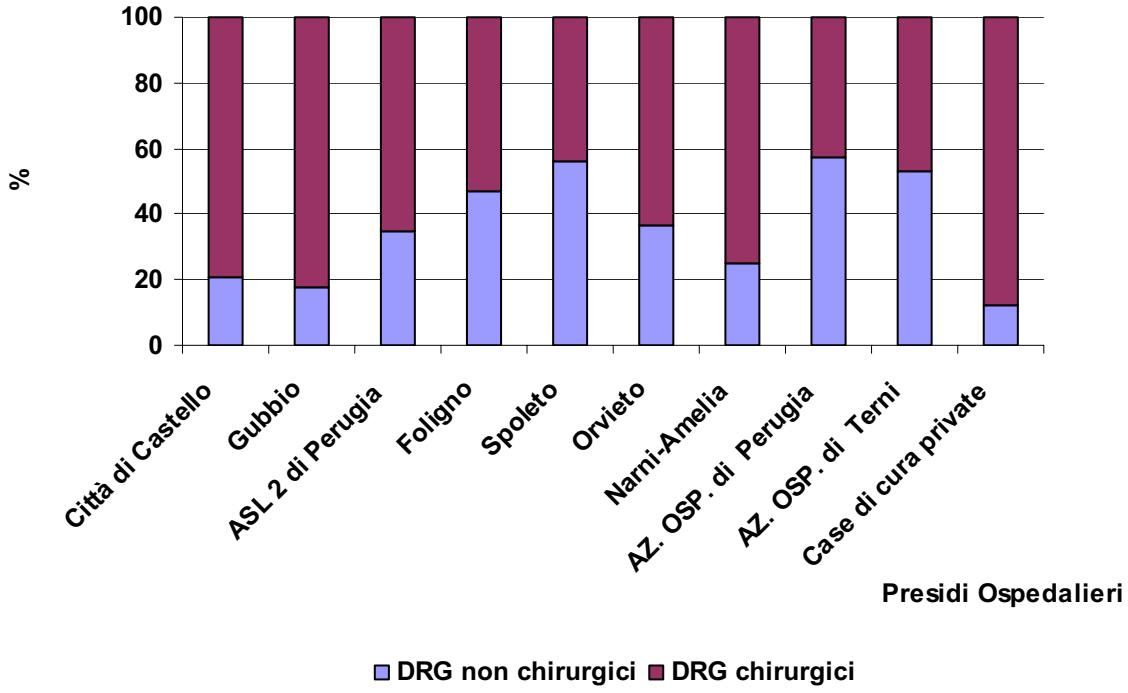
TAB. 5. PRIMI 20 DRG IN DEGENZA ORDINARIA

tipo	DRG	Descrizione	casi 2005	rango 2005	casi 2006	rango 2006	casi 2007	rango 2007
	391	Neonato normale	5.550	1	5.906	1	6.048	1
M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5.371	2	5.411	2	5.581	2
C	209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	2.687	4	2.749	4	3.009	3
M	127	Insufficienza cardiaca e shock	2.944	3	3.202	3	2.883	4
C	371	Parto cesareo senza CC	2.196	6	2.387	5	2.346	5
M	14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	2.415	5	2.383	6	2.333	6
M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.135	7	2.133	7	1.980	7
C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	1.471	11	1.562	8	1.563	8
	390	Neonati con altre affezioni significative	1.613	10	1.471	10	1.541	9
M	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.744	8	1.418	11	1.486	10
M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	1.317	13	1.352	12	1.483	11
C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1.313	14	1.313	14	1.482	12
C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1.226	15	1.296	15	1.281	13
M	89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	1.105	17	989	19	1.198	14
M	15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	1.369	12	1.350	13	1.177	15
M	243	Affezioni mediche del dorso	1.167	16	1.040	17	1.044	16
M	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	985	19	1.004	18	1.036	17
C	225	Interventi sul piede	896	21	837	24	1.021	18
M	143	Dolore toracico	891	22	981	21	1.019	19
C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.706	9	1.500	9	984	20

TAB. 6. PERCENTUALE DRG CHIRURGICI IN DAY HOSPITAL

Presidio Ospedaliero	Percentuale DRG chirurgici 2005	2006	2007
Città di Castello	77,9	75,8	79,0
Gubbio	70,0	70,2	82,1
ASL 2 di Perugia	62,4	64,0	65,0
Foligno	56,0	53,1	53,3
Spoleto	55,8	43,2	44,2
Orvieto	63,0	65,4	63,6
Narni-Amelia	74,5	75,7	74,7
AZ. OSP. di Perugia	37,5	40,6	42,6
AZ. OSP. di Terni	45,0	47,5	47,2
Totale	**53,6**	**53,7**	**55,0**
Case di cura private	**89,3**	**89,5**	**87,8**

FIG. 2. PERCENTUALE DI RICOVERI CHIRURGICI E NON IN DAY HOSPITAL. UMBRIA, ANNO 2007



TAB. 7. DAY HOSPITAL - ACCESSI MEDI

Presidi ospedalieri	2005		2006		2007	
	DRG chirurgici	DRG non chirurgici	DRG chirurgici	DRG non chirurgici	DRG chirurgici	DRG non chirurgici
Città di Castello	1,4	5,8	1,4	4,7	1,4	4,5
Gubbio	1,4	2,0	1,4	1,7	1,4	2,0
ASL 2 di Perugia	2,1	3,0	2,1	2,9	2,2	3,0
Foligno	1,1	3,6	1,1	3,2	1,1	3,8
Spoleto	1,1	3,5	1,1	3,5	1,0	3,7
Orvieto	1,1	3,2	1,1	4,5	1,1	4,7
Narni-Amelia	1,3	5,5	1,3	6,1	1,3	6,0
AZ. OSP. di Perugia	1,6	6,1	1,6	4,4	1,6	4,1
AZ. OSP. di Terni	1,1	4,2	1,0	4,0	1,1	4,0
Totale	**1,4**	**4,5**	**1,4**	**3,9**	**1,4**	**3,9**
Case di cura private	**1,2**	**1,0**	**1,2**	**1,0**	**1,0**	**1,0**

TAB. 8. PRIMI 20 DRG IN DAY HOSPITAL

tipo	DRG	Descrizione	casi 2005	rango 2005	casi 2006	rango 2006	casi 2007	rango 2007
C	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	6494	1	4971	1	4708	1
C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	2726	2	2638	2	2559	2
M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2412	3	2426	3	2437	3
C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2194	4	1941	4	2049	4
C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	919	14	1295	9	1635	5
M	323	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1397	8	1482	6	1477	6
C	225	Interventi sul piede	1558	5	1723	5	1473	7
C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1379	9	1366	8	1464	8
C	119	Legatura e stripping di vene	1374	10	1443	7	1250	9
C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1413	7	1261	10	1113	10
C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	974	13	1098	12	1069	11
M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	1038	11	1007	13	1069	12
C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	813	16	939	14	1065	13
M	301	Malattie endocrine, senza CC	814	15	856	15	973	14
C	6	Decompressione del tunnel carpale	1473	6	1108	11	875	15
C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	577	24	770	16	817	16
C	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e Cristallino	398	35	570	24	786	17
M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1004	12	744	17	743	18
C	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	602	21	708	19	723	19
C	158	Interventi su ano e stoma, senza CC	659	20	656	21	662	20

TAB.9. RICOVERI RIABILITAZIONE, LUNGODEGENZA E SERVIZI PSICHIATRICI.

RIABILITAZIONE

Degenza ordinaria	2005			2006			2007		
Strutture di riabilitazione	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**
Riabilitazione Motoria - Umbertide	827	30,9	125,1	903	29,4	129,7	925	28,1	98,1
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	303	21,1	91,2	316	18,7	92,5	356	17,5	86,4
Neuroriabilitazione - Trevi	232	24,9	83,4	321	17,7	81,9	328	15,4	72,7
Riabilitazione Neuromotoria - Cascia	241	10,0	65,8	267	8,9	64,9	239	11,0	72,1
Riabilitazione - Domus Gratiae	173	36,9	87,5	162	39,5	87,6	175	36,0	86,4
Unità Spinale - Perugia	46	65,1	91,1	41	87,3	98,1	32	101,0	88,6
Totale	**1.822**	**27,2**	**101,9**	**2.010**	**25,1**	**104,3**	**2.055**	**24,0**	**89,5**
Case di cura private	**503**	**11,7**	**50,6**	**573**	**12,5**	**61,4**	**696**	**12,7**	**75,4**

Day hospital	2005			2006			2007		
Strutture di riabilitazione	**D.H. totali**	**Accessi totali**	**Numero medio accessi**	**D.H. totali**	**Accessi totali**	**Numero medio accessi**	**D.H. totali**	**Accessi totali**	**Numero medio accessi**
Riabilitazione Motoria - Umbertide	46	1.105	24,0	81	2.309	28,5	75	1.632	21,8
Riabilitazione Cardiologica - Gualdo	592	6.216	10,5				178	1.746	9,8
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	12	108	9,0	161	2.332	14,5	155	2.408	15,5
Neuroriabilitazione - Trevi	313	3.674	11,7	344	3.340	9,7	403	3.822	9,5
Unità Spinale	19	29	1,5	30	38	1,3	37	61	1,6
Riabilitazione - AO Terni	112	3.153	28,2	112	3.180	28,4	125	3.123	25,0
Totale	**1.094**	**14.285**	**13,1**	**728**	**11.199**	**15,4**	**973**	**12.792**	**13,1**

LUNGODEGENZA

	2005			2006			2007		
Strutture di lungodenza	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**
Castiglione del Lago	63	19,5	112,2	45	15,8	64,9	16	15,4	33,8
Città della Pieve	27	35,5	87,5	66	24,1	87,1	96	21,3	112,2
Assisi	31	20,4	86,7	94	17,1	196,3	75	17,4	119,5
Todi	42	20,2	77,6	46	20,9	87,9	48	20,5	89,8
Totale	**163**	**22,5**	**91,4**	**251**	**19,4**	**100,8**	**235**	**19,5**	**96,6**

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Degenza ordinaria	2005			2006			2007		
Strutture di riabilitazione	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**	**Dimessi**	**Degenza Media**	**Tasso di utilizzo %**
Perugia	502	13,6	77,9	461	14,2	74,8	471	15,1	81,1
Foligno	71	14,4	35,0	151	16,0	82,6	173	16,5	97,9
Terni	264	6,7	80,6	257	7,0	81,8	261	6,6	79,2
Totale	**837**	**11**	**69,3**	**869**	**12**	**77,6**	**905**	**12,9**	**84,3**

Day hospital	2005		2006		2007	
Strutture di riabilitazione	**D.H. totali**	**Accessi medi**	**D.H. totali**	**Accessi medi**	**D.H. totali**	**Accessi medi**
Perugia	31	5,0	70	3,4	100	3,9
Terni	52	1,6	45	1,5	44	1,4
Totale	**83**	**2,9**	**115**	**2,7**	**144**	**3,1**

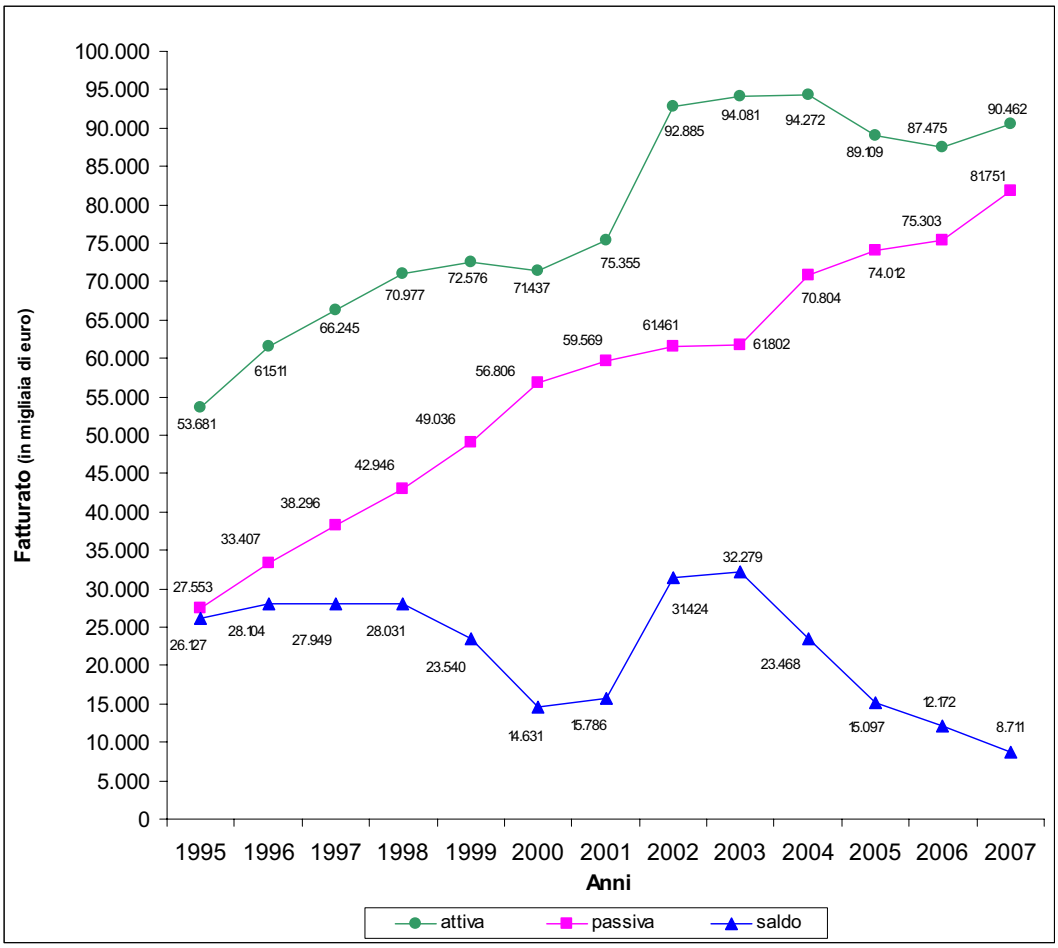
Mobilità Sanitaria Extraregionale

Per una corretta interpretazione dell'analisi della mobilità relativa alla Regione Umbria, occorre tenere presente che, con un numero di abitanti inferiore al milione, è una Regione con una ridotta dimensione demografica. Questa particolare condizione potrebbe avere riflessi sulla mobilità, determinando una limitata capacità di ricezione da parte della rete di strutture di ricovero (influenza verso il contenimento della mobilità attiva) e l'impossibilità di disporre dei servizi di ricovero altamente specialistici con bacini di utenza ampi (sollecitazione delle tendenze verso la mobilità passiva).

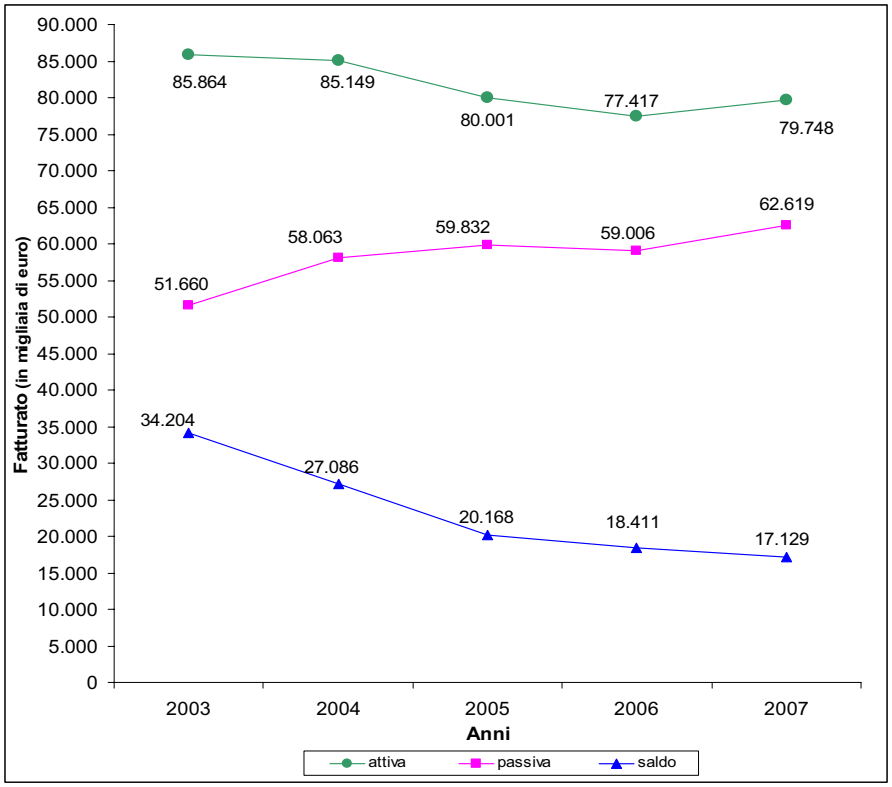
La stessa dislocazione territoriale dell'Umbria, contigua a due Regioni con organizzazione sanitaria altamente sviluppata come il Lazio e la Toscana, è tale da condizionare la mobilità in uscita dei ricoveri in ragione del potere di attrazione che inevitabilmente esercitano alcune strutture di ricovero vicine di grande rinomanza e con amplissimo bacino di utenza.

Ciononostante, una prima analisi dell'andamento della mobilità extraregionale della Regione, effettuata considerando il complesso delle prestazioni (Ricoveri, Medicina di base, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica, Cure Termali, Somministrazione diretta di farmaci, Trasporti con ambulanza ed elisoccorso), mostra un trend con saldo positivo, anche se in diminuzione (Tavola 1). Una analisi più dettagliata mette in evidenza che tale positività è determinata principalmente dai ricoveri (Tavola 2), che mantengono nel tempo un saldo positivo, mentre il saldo della specialistica ambulatoriale (Tavola 3) e della somministrazione diretta di farmaci (Tavola 4), a partire dall'anno 2004, è negativo e in continua crescita.

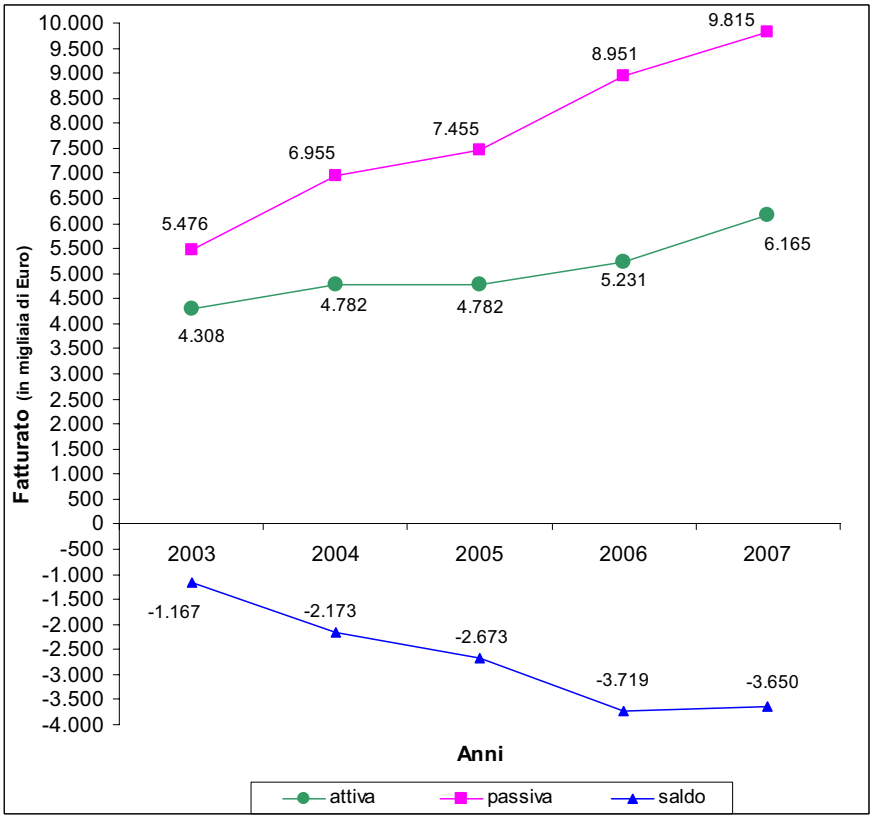
Tav. 1 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Complesso delle prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 1995 - 2007



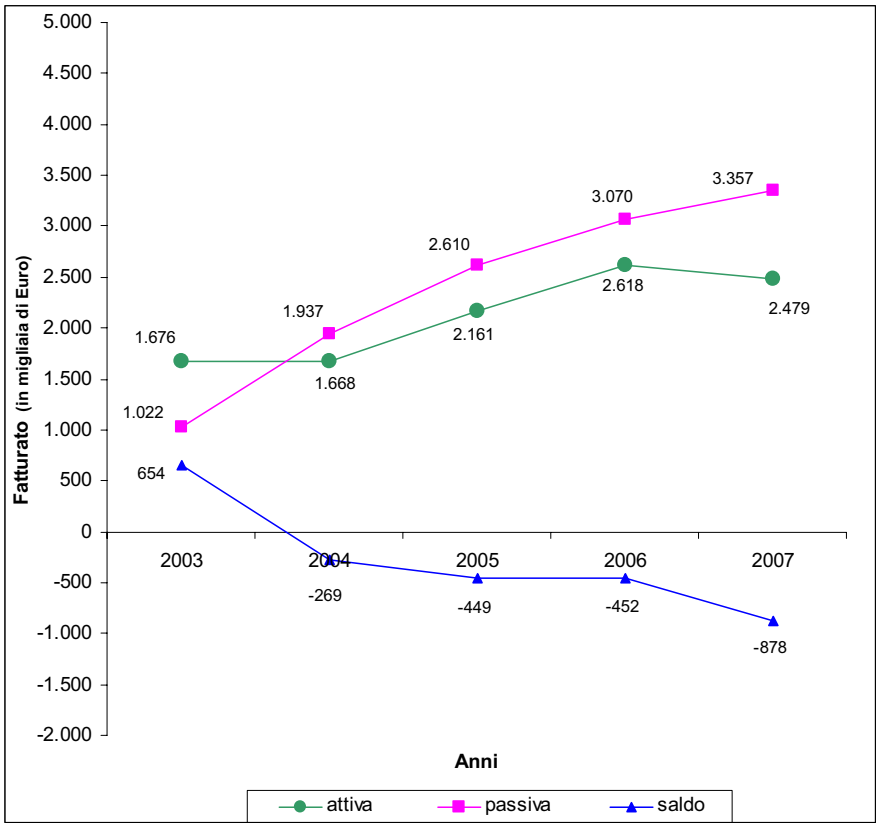
Tav. 2 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni in regime di ricovero - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 - 2007



Tav. 3 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 – 2007



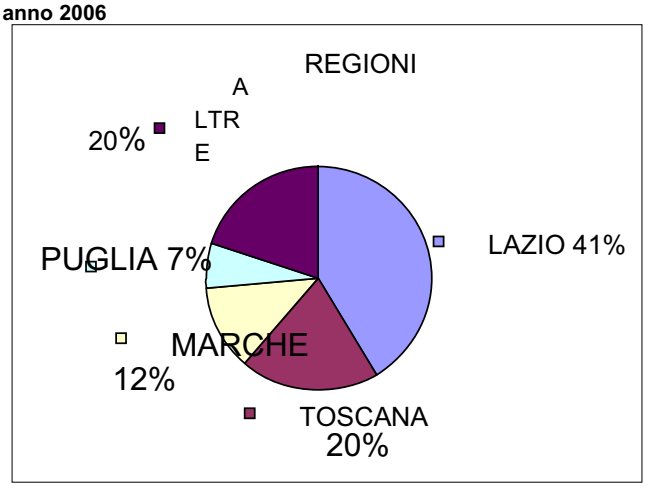
Tav. 4 - Trend della mobilità sanitaria extragionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni di Somministrazione diretta di farmaci - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 - 2007



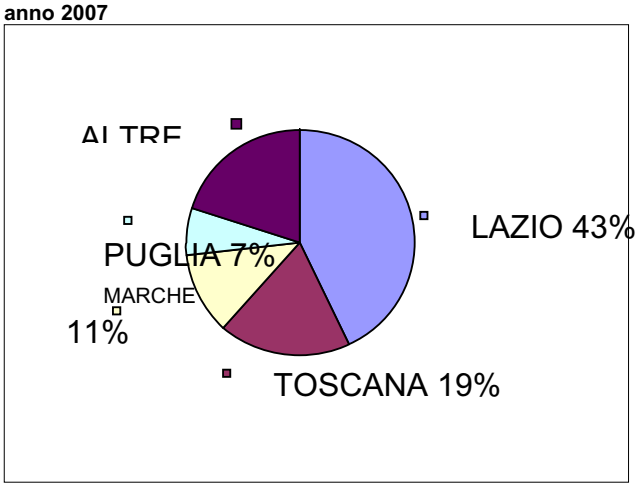
Il potere di attrazione della rete ospedaliera si esercita prevalentemente nei confronti delle Regioni confinanti, in particolare del Lazio, 43% della mobilità attiva complessiva, e la Toscana, con il 20% della mobilità attiva complessiva (Tavola 5). Ciò è evidente anche dalla Tavola 6 la quale mostra che dopo le due Aziende Ospedaliere, le Aziende Sanitarie con maggiore mobilità attiva sono la ASL 1 e la ASL 4, confinanti, rispettivamente, con Toscana e Lazio.

Tav. 5 - Mobilità sanitaria extraregionale attiva

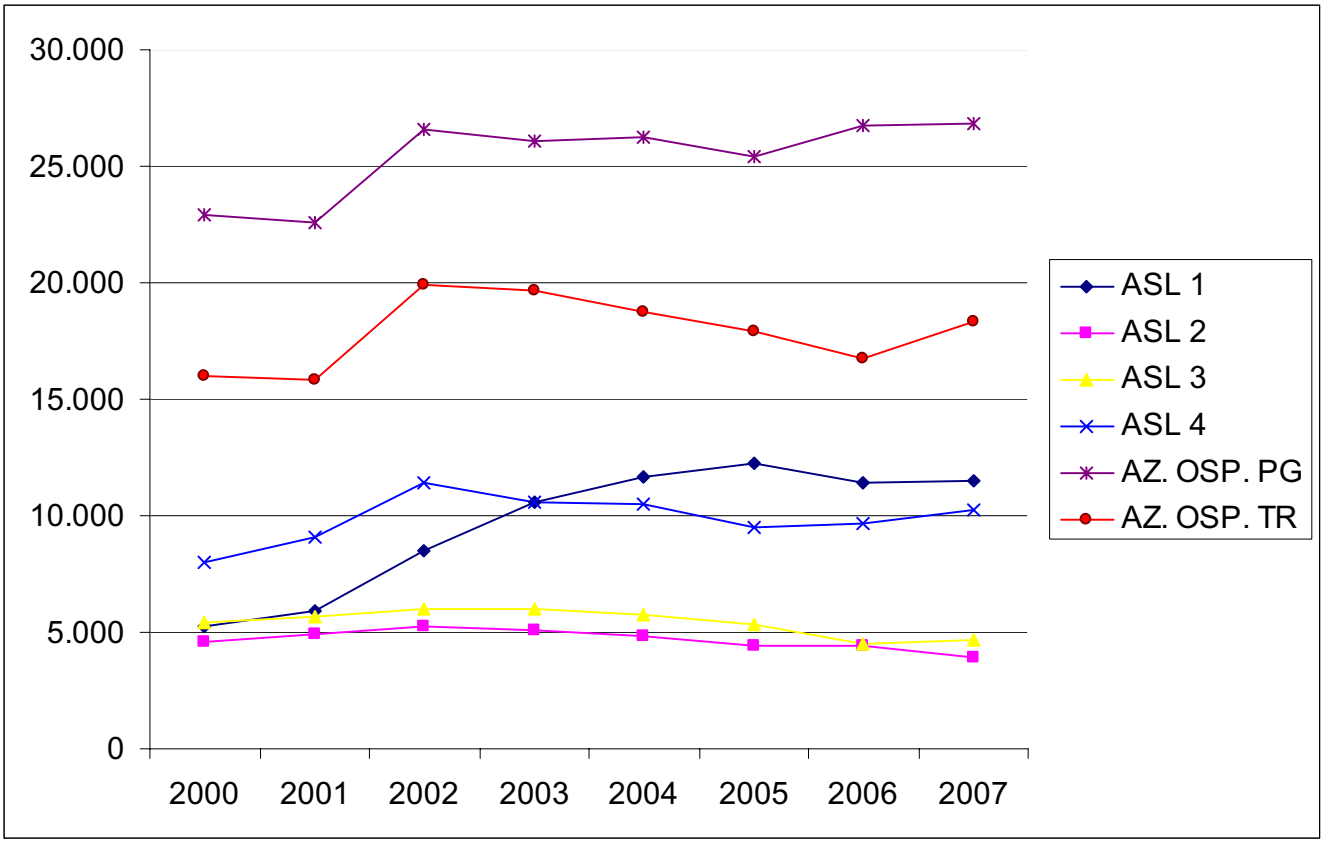
anno 2006



anno 2007



Tav. 6 - Trend della mobilità sanitaria extragionale attiva per Azienda erogatrice. Tutte le tipologie di prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 2000 – 2007 escluse le Case di Cura Private



Tav. 7 - Mobilità sanitaria ospedaliera extraregionale attiva delle Case di Cura private. Trend 2005 - 2007 – Fatturato (in migliaia di euro)

	Case di Cura	2005	2006	2007
ASL 2	Villa Fiorita	2.245,97	1.986,81	2.022,00
	Porta Sole	3.831,12	3.514,89	3.865,63
	Madonna degli Angeli	3.132,78	3.111,89	3.266,38
	Liotti	4.016,51	4.096,49	4.116,38
ASL 3	Villa Aurora	1.016,17	1.069,72	1.087,77

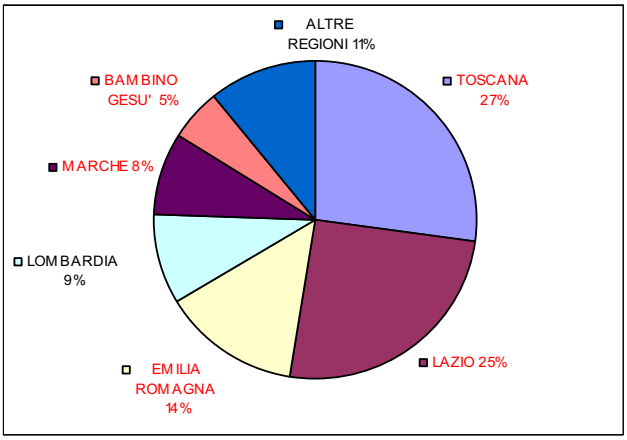
La mobilità ospedaliera passiva (Tavola 8) si manifesta con dimensioni che possono essere considerate contenute. Un'alta percentuale di tale mobilità, inoltre, è fisiologica, in quanto si rivolge con assoluta prevalenza verso le Regioni contigue: decisive al riguardo, anche in questo caso, risultano le relazioni con le Regioni Lazio (27%) e Toscana (23%).

Un potere attrattivo molto importante nei confronti dei ricoveri in esodo è esercitato in maniera particolare dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (6%), motivato anche dall'accordo stipulato tra la regione e l'Ospedale suddetto, con lo scopo di rispondere ad una domanda a carattere pediatrico di alta specializzazione. Le prestazioni di alta specializzazione sono il motivo anche della mobilità passiva verso Lombardia ed Emilia Romagna.

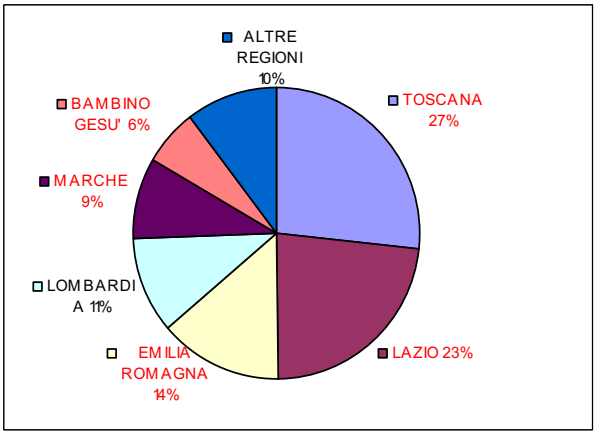
Le Tavole 9 e 10 mettono in evidenza che la ASL con maggiore mobilità passiva, in particolar modo ospedaliera, è quella di Terni.

Tav. 8 - Mobilità sanitaria extraregionale passiva

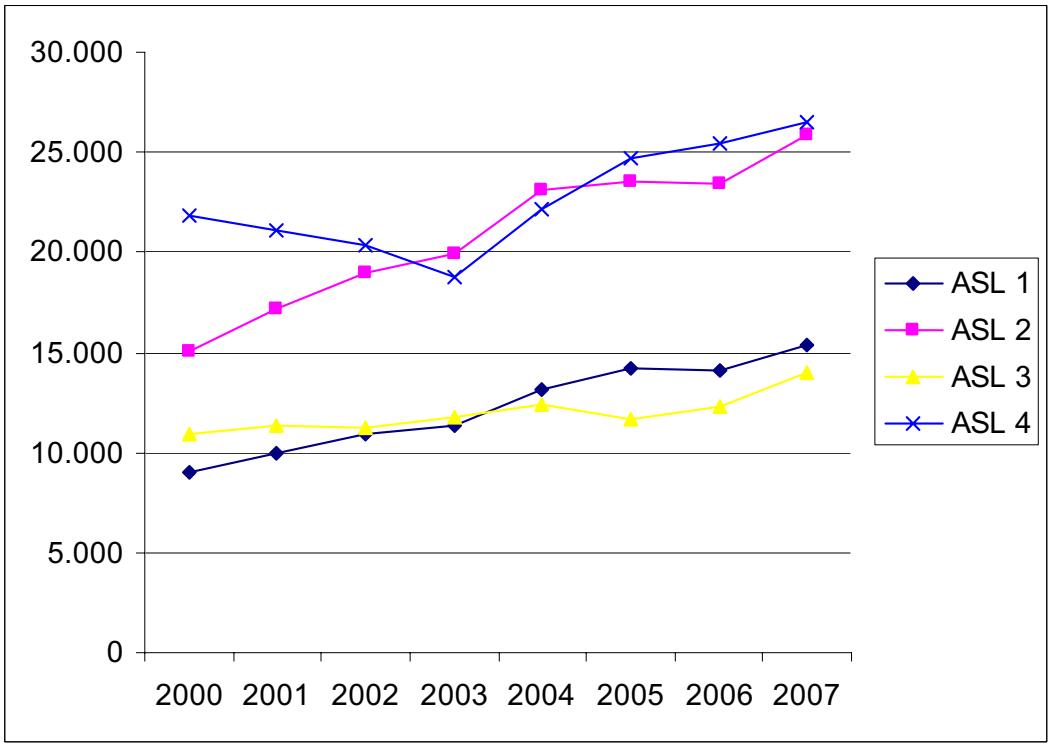
anno 2006



anno 2007

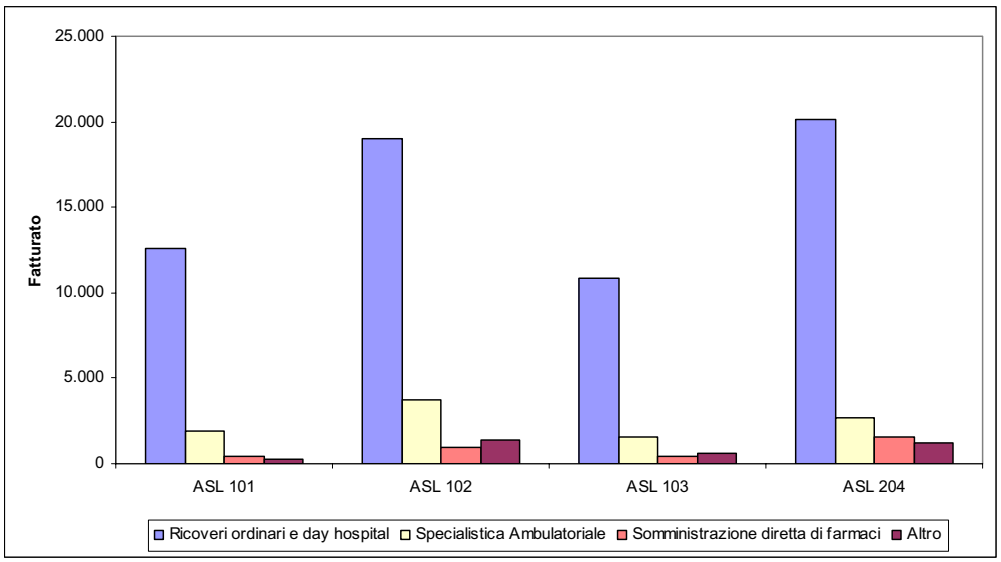


Tav. 9 - Trend della mobilità sanitaria extragionale passiva per Azienda di residenza. Tutte le tipologie di prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 2000 - 2007



Azienda	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ASL 1	8.961,31	9.935,05	10.868,65	11.352,98	13.144,95	14.182,21	14.119,99	15.332,27
ASL 2	15.099,39	17.187,72	19.025,22	19.916,96	23.131,28	23.489,47	23.437,54	25.837,89
ASL 3	10.887,76	11.387,84	11.196,35	11.725,91	12.370,06	11.686,14	12.333,73	14.038,16
ASL 4	21.857,70	21.058,81	20.370,17	18.805,89	22.157,44	24.653,82	25.411,71	26.542,86
TOTALE	56.806,15	59.569,42	61.460,39	61.801,74	70.803,73	74.011,65	75.302,98	81.751,18

Tav. 10 - Mobilità sanitaria extragionale passiva per Azienda di residenza e tipo di prestazione. Fatturato (in migliaia di euro) - anno 2007



Mobilità Sanitaria Intraregionale

Per ciò che riguarda la mobilità ospedaliera intraregionale, la Tavola 11 mostra un trend 2005-2007 sostanzialmente costante per tutte le Aziende erogatrici della Regione sia relativamente al totale dell'attività erogata che alla distribuzione per residenza dei pazienti.

Lo stesso andamento si può osservare anche per l'attività erogata in Regione dalle strutture private (Tavola 12).

Tav. 11 - Mobilità sanitaria ospedaliera intraregionale di ciascuna Azienda erogatrice. Trend 2005 - 2007 - Fatturato (in migliaia di euro)

ASL 1

	Fatturato			%		
Azienda di residenza	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	56.743	56.811	56.384	88	89	88
ASL 2	5.233	5.690	6.030	8	9	9
ASL 3	1.764	1.293	1.314	3	2	2
ASL 4	508	386	363	1	1	1
Totale	64.249	64.181	64.091	100	100	100

ASL 2

Azienda di residenza	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	927	935	858	2	2	2
ASL 2	35.262	36.187	36.608	88	88	90
ASL 3	1.678	1.722	1.390	4	4	3
ASL 4	2.367	2.046	2.019	6	5	5
Totale	40.235	40.895	40.875	100	100	100

ASL 3

Azienda di residenza	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	1.723	2.010	1.908	2	3	2
ASL 2	7.746	8.093	10.358	10	11	13
ASL 3	64.541	61.213	63.472	85	84	82
ASL 4	1.926	1.835	2.077	3	3	3
Totale	75.936	73.150	77.815	100	100	100

ASL 4

Azienda di residenza	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	40	35	8	0	0	0
ASL 2	423	423	375	1	1	1
ASL 3	218	221	163	1	1	0
ASL 4	34.691	35.153	35.014	98	98	98
Totale	35.372	35.831	35.560	100	100	100

Azienda Ospedaliera di Perugia

Azienda di residenza	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	14.301	14.466	13.571	8	8	8
ASL 2	133.68	134.17	135.11	79	78	79
ASL 3	13.175	13.717	14.092	8	8	8
ASL 4	7.749	8.699	9.066	5	5	5
Totale	168.91	171.052	171.843	100	100	100

Azienda Ospedaliera di Terni

Azienda di residenza	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	649	884	932	1	1	1
ASL 2	3.173	3.652	3.699	3	4	4
ASL 3	3.072	4.455	4.059	3	5	4
ASL 4	90.337	89.685	95.202	93	91	92
Totale	97.231	98.677	103.892	100	100	100

Tav. 12 - Mobilità sanitaria ospedaliera intraregionale delle Case di Cura private. Trend 2005 - 2007 – Fatturato (in migliaia di euro)

Villa Fiorita			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	148	136	168
ASL 2	980	971	1.020
ASL 3	85	103	108
ASL 4	29	28	44

Porta Sole			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	274	247	255
ASL 2	3.960	3.731	3.834
ASL 3	306	301	377
ASL 4	408	417	425

Madonna degli Angeli			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	112	124	146
ASL 2	3.784	3.661	3.582
ASL 3	316	346	398
ASL 4	222	206	183

Liotti			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	358	329	350
ASL 2	3.394	3.386	3.620
ASL 3	396	410	424
ASL 4	260	260	301

Villa Aurora			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	87	63	78
ASL 2	259	235	266
ASL 3	768	804	961
ASL 4	177	193	177

Regione Umbria

PARTE SECONDA

La programmazione

Indice

Parte seconda: La programmazione

3. Il modello di programmazione 1

3.1 Il modello di programmazione regionale 1
3.2 Il modello attuale di programmazione sanitaria 2
3.3 Il nuovo modello 11

4. Il metodo e gli altri strumenti al servizio del Piano sanitario Regionale 20

4.1 Il Governo clinico 20
4.2 L'appropriatezza 28
4.3 La sicurezza delle cure 39
4.4 L'epidemiologia 45
4.5 Il sistema di finanziamento. 47
4.6 I sistemi amministrativo contabili 51
4.7 La rendicontazione sociale 54
4.8 Il sistema informativo 57
4.9 Il capitale umano e gli standard formativi 63
4.10 L' accreditamento istituzionale 67
4.11 La comunicazione e l'informazione in sanità. 78
4.12 Rendere effettiva la partecipazione 85
4.13 Gli strumenti per il controllo strategico e la valutazione dei risultati 88

3. Il modello di programmazione

3.1 Il modello di programmazione regionale

La Regione Umbria assume la programmazione e la valutazione degli obiettivi conseguiti come metodo della propria azione di governo e come processo democratico, per assicurare il concorso dei soggetti sociali ed istituzionali all'equilibrato sviluppo ed alla coesione della società regionale.

La legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13 "*Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria*", definisce i compiti della Regione in materia di Programmazione e bilancio e ne individua gli strumenti.

Sono strumenti della programmazione regionale:

a) il piano regionale di sviluppo; d'ora in poi, PRS;

b) il piano urbanistico territoriale; d'ora in poi, PUT;

c) i piani di settore ed intersettoriali (di particolare rilevanza il Piano sanitario, il Piano sociale, il Piano dei trasporti, il Piano di smaltimento dei rifiuti, il Piano energetico ecc.);

d) i programmi strutturali regionali dell'Unione Europea;

e) i programmi integrati di area;

f) gli strumenti di programmazione negoziata;

g) il documento regionale annuale di programmazione; d'ora in poi DAP;

h) la legge finanziaria, il bilancio pluriennale, il bilancio annuale.

Piano Regionale di Sviluppo (PRS) (art. 8 della l.r.13/2000): il Piano regionale di sviluppo (PRS) definisce, per un periodo non inferiore a tre anni, le linee strategiche e gli obiettivi di programma della Regione e costituisce, congiuntamente al Documento annuale di programmazione e al piano urbanistico territoriale, lo strumento che informa l'attività di governo della Regione.

Documento annuale di programmazione (DAP) (art. 14 della l.r.13/2000): costituisce lo strumento fondamentale di raccordo fra la programmazione generale e la programmazione finanziaria e di bilancio della Regione. Contiene una sintetica descrizione della situazione economica e sociale della Regione e una valutazione degli andamenti dell'economia. Indica gli aggiornamenti annuali del PRS e degli altri documenti di programmazione nonché le conseguenti variazioni da apportare alla legislazione attuativa e alla strumentazione operativa. Contiene le verifiche annuali di attuazione del Piano di Sviluppo e degli altri strumenti della programmazione regionale settoriale e intersettoriale, imposta la manovra finanziaria regionale. Il Documento effettua il monitoraggio dei risultati, anche finanziari, raggiunti con il bilancio dell'anno precedente, l'aggiornamento delle politiche e delle azioni da attuare, le previsioni delle entrate e dell'eventuale ricorso all'indebitamento, i criteri e i parametri per la formazione del bilancio annuale e pluriennale.

La Legge finanziaria, il Bilancio pluriennale e il Bilancio annuale hanno lo scopo di collegare le scelte programmatiche della Regione con le decisioni di entrata e di spesa in

modo da assicurare nell'orizzonte pluriennale e annuale, i mezzi necessari all'attuazione delle azioni previsti negli atti di programmazione regionale.

Piani di settore ed intersettoriali (di particolare rilevanza il Piano sanitario, il Piano sociale, il Piano dei trasporti, il Piano di smaltimento dei rifiuti, il Piano energetico ecc.) (art. 10 della l.r.13/2000): definiscono obiettivi, strategie, tempi e modalità di realizzazione, nonché strumenti e procedure di controllo dell'attuazione, con riferimento a particolari comparti d'interesse sociale, economico o territoriale in attuazione del PRS o di leggi nazionali e regionali.

3.2 Il modello attuale di programmazione sanitaria

Per la programmazione del Servizio sanitario regionale la disciplina di riferimento è quella contenuta nella legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 concernente "Ordinamento del sistema sanitario regionale", coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alla legge regionale 27 marzo 2000, n. 29 recante "Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 concernente "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

La programmazione sanitaria è articolata su due livelli: regionale e locale.

Programmazione sanitaria regionale

La Regione (Consiglio regionale e Giunta regionale) con compiti di programmazione, di ripartizione delle risorse, di indirizzo, di coordinamento, di controllo, di monitoraggio e di valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché le altre funzioni ad essa demandate dalla legge dello Stato.

La Regione definisce modalità e criteri atti a regolare la produzione e la erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.

Il Consiglio regionale approva con atto amministrativo il piano sanitario regionale quale strumento principale della programmazione e gli altri atti di indirizzo programmatico generale.

La Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza della gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e di prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, assume direttive vincolanti per le Aziende sanitarie regionali informandone contestualmente il Consiglio regionale.

La Giunta regionale altresì, dirama alle Aziende sanitarie regionali i supporti tecnico-scientifici che constano di linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale.

La Giunta regionale svolge attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie regionali, anche in relazione al controllo di gestione ed alla valutazione di qualità, quantità e costi delle prestazioni sanitarie.

La Giunta regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante una propria struttura organizzata in osservatorio epidemiologico.

Concorrono alla formazione degli strumenti di programmazione, mediante l'istituto della concertazione sociale ed istituzionale, nelle forme e nei modi stabiliti dalle disposizioni regionali, gli Enti locali, le associazioni rappresentative delle varie forme e settori di impresa, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti e autonomi, gli organismi rappresentativi degli interessi sociali, professionali, ambientali, culturali, del terzo settore e delle pari opportunità.

Concertazione sociale ed istituzionale

La programmazione regionale scaturisce da un processo di concertazione continua che si attua attraverso il partenariato istituzionale e sociale.

L'art. 5 della legge regionale 13/2000 stabilisce che il partenariato sociale si attua attraverso l'istituzione di un Tavolo di concertazione a cui partecipano gli Enti locali, le associazioni rappresentative delle varie forme e settori di impresa, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti e autonomi, gli organismi rappresentativi degli interessi sociali, professionali, ambientali, culturali, del terzo settore e delle pari opportunità.

Il partenariato istituzionale si esplica per quanto concerne gli enti locali, attraverso la concertazione con il Consiglio delle Autonomie Locali previsto dall'art.15 della legge regionale 34/98.

Concertazione partenariato sociale

A seguito della sottoscrizione del "Patto per lo sviluppo dell'Umbria e Protocollo sulla concertazione" sottoscritto in data 27 giugno 2002 e successive disposizioni, è stato istituito il *Tavolo generale del patto per lo sviluppo, l'innovazione e la coesione sociale*: (art. 5 comma 2 l.r. 13/2000), che si avvale ognuno per le sue specifiche competenze dell'istruttoria dei Tavoli Tematici e dei Tavoli Territoriali.

Il *Tavolo generale del patto per lo sviluppo, l'innovazione e la coesione sociale*: è composto dai rappresentanti delle istituzioni locali, delle Autonomie funzionali, del Terzo settore, dai rappresentati del settore economico, produttivo, agricolo, imprenditoriale, cooperativo, commerciale, creditizio, e dai rappresentanti dei servizi, delle organizzazioni sindacali, delle Università.

Il Tavolo generale è l'organo di espressione del livello di rappresentanza delle Parti sociali e sede del confronto politico istituzionale.

Esso è presieduto dalla Presidente della Giunta regionale e fornisce indicazioni sulle scelte relative alle priorità di intervento e sulla coerenza con le linee di programmazione regionale. Gli Assessori regionali partecipano ai lavori dei tavoli a seconda delle questioni affrontate ed in riferimento alle materie oggetto di discussione.

Il Tavolo generale si avvale per gli approfondimenti dei *Tavoli Tematici.*

La DGR n. 1587 del 20 novembre 2002 ha individuato, in corrispondenza delle Azioni strategiche, i seguenti Tavoli tematici:

IL TAVOLO TEMATICO: Potenziamento dei fattori di competitività

Referenti tecnici: Direttore attività produttive - Direttore ambiente e infrastrutture

IL TAVOLO TEMATICO: Tutela e valorizzazione risorsa Umbria

Referenti tecnici: Direttore attività produttive - Direttore cultura, istruzione, turismo - Direttore ambiente e infrastrutture
IL TAVOLO TEMATICO: Riqualificazione e sostenibilità del sistema di welfare, tutela del diritto alla salute e promozione dei diritti di cittadinanza
Referenti tecnici: Direttore sanità e servizi sociali - Direttore ambiente e infrastrutture
IL TAVOLO TEMATICO: Politiche attive del lavoro
Referenti tecnici: Direttore cultura, istruzione, turismo
IL TAVOLO TEMATICO: Sviluppo del sistema integrato di istruzione, formazione e ricerca
Referenti tecnici: Direttore cultura, istruzione, turismo
IL TAVOLO TEMATICO: Riforma della pubblica amministrazione
Referenti tecnici: Direttore risorse - Segretario generale presidenza
TAVOLI TERRITORIALI finalizzati al confronto e all'approfondimento dei contenuti con riferimento a specifici progetti di sviluppo locale.
I Tavoli territoriali, convocati e presieduti dal Presidente della Provincia di riferimento o suo delegato, nella prima fase, hanno operato quali strumenti del Tavolo generale del Patto finalizzati al confronto e all'approfondimento dei contenuti con riferimento a specifici progetti di sviluppo locale. Con DGR n. 585 del 7 maggio 2003 erano state individuate le cinque aree di programmazione: 1) Area Nord-Est, 2) Area territoriale Trasimeno-Orvietano, 3) Area colpita dal terremoto, 4) Area centrale della Regione, 5) Area del contratto d'area comprendente Terni, area del Narnese e territorio dell'Amerino.
La Regione all'interno delle forme ivi previste per la concertazione del partenariato sociale prevede **la partecipazione** ai processi di formazione degli atti di programmazione in materia di assistenza sanitaria con particolare riguardo al Piano sanitario regionale, delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private che intrattengono rapporti con il servizio sanitario regionale (art.*1, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* e s.m.i.), nonché in attuazione dell'art. *14* del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, *e art.28 della l.r. 3/98,* **la partecipazione** dei cittadini e delle loro organizzazioni sociali anche sindacali, mediante anche il coinvolgimento **dei comitati consultivi di utenti,** istituiti presso le Aziende sanitarie regionali, di cui fanno parte in prevalenza le organizzazioni di volontariato e associazioni per la tutela degli utenti del servizio sanitario regionale iscritti al registro regionale di cui alla *legge regionale 25 maggio 1994, n. 15*, e cittadini singoli od associati.

Concertazione partenariato istituzionale
La partecipazione degli enti locali sugli atti della programmazione regionale è assicurata, in generale, ***dal Consiglio delle autonomie locali (art. 15 l.r. n. 34/1998; art. 5 comma 3 l.r. n.13/2000; art. 28 e art. 29 l.r. n.21/2005, art.14 l.r. n. 23/2007).***
Il Consiglio delle autonomie è composto da:
a) i presidenti delle province, nonché tre consiglieri della provincia di Perugia e due consiglieri della provincia di Terni, eletti dai rispettivi consigli con voto limitato;

b) i sindaci dei comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti. Per il numero degli abitanti si fa riferimento alla popolazione residente nei comuni, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, risultante dalle pubblicazioni annuali ISTAT;

c) un pari numero dei sindaci di cui alla lettera b), dei restanti comuni designati dall'ANCI regionale;

d) due presidenti delle comunità montane, designati dall'UNCEM regionale.

Le funzioni di componente del Consiglio delle autonomie locali non sono delegabili.

I componenti del Consiglio delle autonomie locali decadono nell'ipotesi di cessazione, per qualsiasi causa, dalla carica di sindaco, di presidente di provincia, di presidente di comunità montana, di componente del consiglio provinciale.

Il Presidente del Consiglio è eletto nel proprio seno, secondo le modalità definite dal regolamento.

Il Consiglio disciplina il proprio funzionamento con regolamento approvato a maggioranza dei componenti.

Il Consiglio svolge compiti di informazione, studio, consultazione e raccordo sui problemi di interesse comune e sulle relazioni tra enti locali e Regione, predisponendo un rapporto che trasmette annualmente alla giunta regionale.

Il Consiglio formula pareri e proposte alla giunta regionale:

a) sugli schemi dei disegni di legge concernenti il conferimento di funzioni e compiti alle province, ai comuni, alle comunità montane ed agli altri enti locali e sugli schemi di atti volti a favorire le forme associative e di cooperazione tra gli enti locali, nonché sulla definizione dei criteri per l'adozione degli atti di trasferimento dei beni del personale e delle risorse finanziarie necessarie allo svolgimento delle funzioni conferite;

b) sulle forme e modi della partecipazione delle province, dei comuni e delle comunità montane alla programmazione regionale;

c) sugli schemi dei bilanci annuale e pluriennale della Regione, limitatamente alla verifica dell'adeguatezza dei trasferimenti agli enti locali per l'esercizio delle funzioni conferite;

d) sui criteri generali relativi all'esercizio delle funzioni regionali di indirizzo e coordinamento, per l'esercizio da parte degli enti locali delle funzioni conferite.

Il Consiglio esprime i pareri e formula le proposte entro venti giorni dall'invio degli atti da parte del presidente della giunta regionale o dell'assessore delegato. Nello stesso termine sono definite le intese previste dalla presente legge. In mancanza dell'intesa la giunta regionale delibera in via definitiva.

Il Consiglio ha sede presso la giunta regionale, ed è nominato con decreto del presidente della giunta regionale.

Il Consiglio è assistito da una segreteria tecnica. La segreteria opera alle strette dipendenze e secondo gli indirizzi del presidente del Consiglio delle autonomie. Il personale necessario per il funzionamento della segreteria è individuato nell'organico regionale ed è assegnato con decreto del presidente della giunta regionale, sentito il presidente del Consiglio delle autonomie locali. Le spese per il funzionamento della segreteria sono a carico del bilancio regionale.

La partecipazione della giunta regionale è assicurata dal presidente della giunta o dall'assessore delegato agli enti locali.

Le riunioni del Consiglio sono equiparate, ai fini di cui all'articolo 4 della legge 27 dicembre 1985, n. 816 e successive modificazioni ed integrazioni, alle riunioni degli organi degli enti di appartenenza. Per tali riunioni è fissato un gettone di presenza per un valore di lire 100.000, salvo adeguamento I.S.T.A.T. da determinare con atto della Giunta regionale.

In particolare per il Piano Sanitario Regionale la normativa di settore prevede il concorso alla formazione degli atti con le modalità in essa prevista dei seguenti soggetti :

La Provincia **(art. 6 della legge regionale n. 3/98 e s.m.i.)** concorre a realizzare gli obiettivi del Servizio sanitario regionale partecipando alla definizione del piano sanitario regionale e coordinando le proprie funzioni in materia di prevenzione ambientale con quelle delle Unità sanitarie locali e dei Comuni.

La Provincia ai sensi dell'art. 22 comma 5 della l.r. 3/98 esprime il proprio parere sulla proposta del Piano sanitario regionale.

L'Università **(art. 7 della legge regionale n.3/98 e s.m.i.)** concorre, per quanto di competenza all'elaborazione degli atti della programmazione regionale, collabora all'elaborazione del piano sanitario regionale, indica ogni elemento utile a determinare la presenza programmata delle proprie strutture all'interno del Servizio sanitario regionale, partecipa previa stipula di protocolli di intesa e sulla base delle specifiche indicazioni del piano sanitario regionale, con la Regione per la progettazione e la realizzazione delle iniziative rivolte alla formazione ed alla specializzazione degli operatori del Servizio sanitario regionale e per il perseguimento degli obiettivi di ricerca finalizzati alla qualificazione delle attività svolte dai servizi di sanità pubblica dell'Umbria.

L'Università ai sensi dell'art. 22 comma 5 della l.r. 3/98 esprime il proprio parere sulla proposta del Piano sanitario regionale.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale (art. 1, art. 2, art. 3 della legge regionale 27 marzo 2000, n. 29).

La Conferenza permanente è costituita come sezione del Consiglio delle Autonomie locali, sono membri di diritto i Presidenti delle Province, i Sindaci delle città sede delle Aziende ospedaliere ed i Presidenti delle Conferenze dei sindaci delle Aziende USL. La Conferenza elegge nel proprio seno il suo Presidente.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria esprime pareri nei confronti della Giunta regionale:

a) sul progetto di piano sanitario, sui disegni di legge e sugli schemi di regolamento in materia sanitaria;

b) sugli schemi di atti relativi all'integrazione socio - sanitaria;

c) sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi delle Aziende ospedaliere e dei piani attuativi locali delle Aziende sanitarie locali;

d) limitatamente alle Aziende ospedaliere, formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica delle Aziende sanitarie regionali, esprime il parere di competenza sui progetti relativi al documento di programmazione, al

bilancio pluriennale e i relativi aggiornamenti e al bilancio preventivo economico, esprime alla Giunta regionale pareri in merito all'efficacia ed efficienza dei servizi ai fini della valutazione dell'operato del direttore generale, approva i piani attuativi delle Aziende stesse, che acquistano efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta regionale rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

La Conferenza dei Sindaci (art. 5 l.r.3/98) costituita in ciascuna Unità sanitaria locale quale organo di rappresentanza dei Comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza.

La Conferenza approva, entro sessanta giorni dall'insediamento, il regolamento per il proprio funzionamento recante anche la disciplina per la nomina del presidente e del consiglio di rappresentanza, composto da quattro membri e dal presidente medesimo. Nel consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due Comuni con maggior numero di abitanti. Il regolamento stabilisce i criteri di rappresentanza in relazione alla rispettiva consistenza demografica, purché nessun Comune ecceda il 45 per cento del totale della rappresentanza.

La Conferenza esercita le attribuzioni previste al comma 14 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ed in particolare:

a) formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica delle Aziende sanitarie regionali;

b) esprime i pareri previsti al *comma 2 dell'art. 6, della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51*;

c) esercita l'intesa con il direttore generale per la nomina del coordinatore sociale;

d) esprime parere sulle direttive della Giunta regionale per la suddivisione tra componente sanitaria e sociale all'interno delle attività sanitarie a rilievo sociale.

La Conferenza, inoltre:

a) approva i piani attuativi delle Unità sanitarie locali che acquistano efficacia dopo la valutazione di congruità della Giunta regionale;

b) esercita l'intesa prevista al comma 2 dell'art. 18 della l.r. 3/98, sulla definizione dell'articolazione territoriale dei distretti sanitari;

c) esprime alla Giunta regionale pareri in merito all'efficacia ed efficienza dei servizi ai fini della valutazione dell'operato del direttore generale.

La Conferenza dei Sindaci ai sensi dell’art. 22 comma 5 della l.r. 3/98 esprime il proprio parere sulla proposta del Piano sanitario regionale.

Strumenti della programmazione sanitaria regionale

- Piano Sanitario Regionale (PSR) (art. 3 e art. 22 della l.r. n.3/1998 e smi) e relativi strumenti di attuazione, direttive vincolanti, circolari attuative, linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale.

Il PSR determina i principi, gli obiettivi della programmazione sanitaria nella regione e gli indirizzi per l’organizzazione dei servizi, garantendo la coerenza con i principi fissati dal Piano Sanitario Nazionale (PSN).

Il piano definisce i livelli essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio; contiene le disposizioni generali per la formazione dei piani attuativi locali, nonché il

raccordo con il piano sociale regionale. Il piano prevede metodologie e strumentazioni atte a consentire il monitoraggio e la verifica d'attuazione dei programmi e dei progetti ivi contenuti.

Il Progetto di Piano sanitario regionale viene trasmesso al Ministero della Salute ai sensi dell'art. 1 comma 14 del Decreto legislativo 229/99, al fine di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza del medesimo con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.

Il Ministro della Salute esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Il Piano sanitario regionale, ha valenza triennale ed è approvato con Deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, formulata previo parere del Consiglio delle Autonomie locali (art. 5 comma 3 l.r. 13/2000), delle Province (art. 6, della l.r. 3/98), della Conferenza dei sindaci (art. 5 della l.r. 3/98), della Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale (art.1-2-3 della l.r. 29/2000), e dell'Università degli studi di Perugia (art. 7, della l.r. 3/98), i quali trasmettono il loro parere entro venti giorni, trascorsi inutilmente i quali, la Giunta regionale può procedere, indipendentemente dall'acquisizione del parere mancante. Entro quindici giorni dalla trasmissione dell'ultimo dei pareri, la Giunta regionale adotta la proposta di Piano sanitario regionale, da trasmettere al Consiglio regionale corredato dei pareri espressi dal Consiglio delle Autonomie locali, dalle Province, dalla Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale, dalle Conferenze dei sindaci e dalla Università.

Fino all'approvazione del nuovo piano sanitario regionale vigono le disposizioni del Piano sanitario precedente.

Il monitoraggio dell'attuazione della programmazione sanitaria regionale viene effettuato mediante la:

- *Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale*, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo, tale relazione va trasmessa entro il 31 marzo di ogni anno al Ministro della Salute (art. 1 comma 4 decreto legislativo 502/92 e s.m.i).

Programmazione sanitaria locale

Costituiscono strumenti della programmazione sanitaria locale:

- *Piano attuativo locale* delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (art. 23 della l.r. 3/98 e s.m.i.), quale strumento di pianificazione mediante il quale le Aziende sanitarie regolano le proprie attività, in attuazione delle linee di programmazione regionale e nazionale. Il piano, in particolare, definisce in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli di assistenza da raggiungere, le attività da svolgere attribuendole alle proprie strutture. Individua inoltre le modalità operative ed organizzative per il perseguimento degli obiettivi stessi.

La *Delibera di Giunta regionale n. 1373 del 24/09/2003* avente ad oggetto "Riferimenti metodologici per la redazione dei Piani attuativi" fornisce indicazioni circa gli obbiettivi, le aree di programmazione, l'arco temporale di riferimento, l'articolazione dei programmi.

Il Piano attuativo una volta approvato dalla Conferenza dei sindaci per le Aziende Unità sanitarie locali o dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale per le Aziende ospedaliere, viene sottoposto, entro 30 giorni dalla ricezione, a valutazione di congruità da parte della Giunta regionale (art. 5, comma 4 lett.a della l.r. 3/98 e art. 2 comma 2 della l.r.29/2000), al fine di verificare l'effettiva rispondenza dell'intera proposta e dei singoli capitoli alle indicazioni politico-programmatiche e metodologiche.
La Giunta regionale verifica lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle Aziende sanitarie, sulla base della relazione annuale trasmessa dai direttori generali entro il mese di gennaio; a tal fine acquisisce il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale (art. 3, comma 8 della l.r. 3/98).

***- Programma delle Attività Territoriali (PAT) di distretto*, (art. 3 quater, comma 3 del D.Lgs.229/99, e art. 4 comma 2 del D.P.C.M. 14/02/2001)** è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere dell'Assemblea dei sindaci di distretto (prevista dall'art.18 comma 3 della l.r.3/98), dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con l'Assemblea medesima e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
Il Programma delle Attività Territoriali per la parte relativa all'integrazione socio sanitaria è assunto come parte integrante del Piano di Zona.
L'Assemblea dei sindaci di distretto (art. 18 comma 3 della l.r. 3/98), è composta da tutti i sindaci o dai presidenti delle circoscrizioni dei Comuni facenti parte del distretto. Nel caso in cui il distretto coincida con il singolo Comune, le funzioni sono esercitate dal sindaco.

- Documento di programmazione (art. 3 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51) definisce le finalità, gli indirizzi e gli obiettivi dell'attività delle Aziende sanitarie regionali nel rispetto delle indicazioni previste nel piano sanitario nazionale, nel piano sanitario regionale e negli altri atti di programmazione e di indirizzo della Regione.
Il documento di programmazione ha la stessa valenza temporale del Piano sanitario regionale e del Piano attuativo Locale ed è soggetto ad aggiornamento annuale. I Comuni competenti per territorio delle Unità Sanitarie Locali, i Comuni in cui sono ubicate le Aziende Ospedaliere, le Province nonché l'Università degli Studi di Perugia possono presentare, entro il 15 settembre di ogni anno, indicazioni e proposte. Dell'eventuale mancato accoglimento è fornita adeguata motivazione.

- Bilancio pluriennale di previsione **(art. 4 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51)** traduce in termini economici le scelte operate con il Piano attuativo Locale ed il Documento di programmazione ed evidenzia, in particolare, gli investimenti, le modalità di finanziamento ed i relativi riflessi sia sui costi che sui ricavi.

- Bilancio preventivo economico annuale **(art.5 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51)** indica per l'anno di riferimento l'ammontare dei costi che le Aziende Sanitarie

Regionali prevedono di sostenere per i conseguenti fini istituzionali nonché i ricavi, i proventi a qualsiasi titolo conseguibili e la quota del fondo sanitario spettante.
E' redatto sulla base dello schema del bilancio approvato dalla Giunta Regionale. Nel bilancio preventivo vengono indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio ed i relativi mezzi di finanziamento. Il bilancio economico preventivo deve essere corredato dai budget settoriali delle strutture aziendali così come definito dal livello regionale.

- Piano triennale del patrimonio (art. 18 della legge regionale 18 aprile 1997, n.14) nel quale le aziende sanitarie individuano:

a) i beni destinati o da destinare all'erogazione di servizi e a sede degli uffici;

b) i beni utilizzati per finalità di pubblico interesse da enti pubblici o privati senza scopo di lucro, in virtù di accordi di programma o convenzioni;

c) i beni destinati o da destinare alla produzione di reddito con l'indicazione dei proventi conseguiti o conseguibili nonché delle azioni che si intendono intraprendere per ottimizzare la redditività degli stessi;

d) i beni di cui alla lettera *a)*, destinati a sede di uffici o servizi, dei quali si prevede la dismissione dall'uso, nel triennio, con la indicazione delle ipotesi di riutilizzo;

e) i beni che si intendono alienare nel triennio, ivi compresi quelli destinati a sede di uffici o servizi, di cui si prevede la dismissione dall'uso, indicando i tempi di alienazione e la destinazione dei proventi.

Il Piano, adottato dall'organo aziendale competente, è trasmesso entro trenta giorni alla Giunta regionale, che può formulare osservazioni. Il Piano è definitivamente approvato dall'organo aziendale competente adeguandosi alle eventuali osservazioni e rilievi formulati dalla Giunta regionale entro sessanta giorni dal ricevimento degli stessi.

Il Piano, definitivamente approvato, viene trasmesso alla Giunta regionale e diventa efficace con la comunicazione da parte della stessa, della avvenuta presa d'atto.

La Giunta regionale comunica tempestivamente al Consiglio regionale il piano corredato della relativa presa d'atto. Il Piano viene aggiornato con cadenza almeno triennale ed in ogni caso entro sei mesi dalla nomina del Direttore generale.

Concertazione locale

A livello locale l'attività di programmazione si costruisce attraverso il confronto con le principali componenti della società civile. Il metodo della concertazione consente di raccogliere sui temi della salute le istanze che provengono dai cittadini e di realizzare la più ampia collaborazione possibile tra i gruppi coinvolti nelle dinamiche sanitarie.
La Regione, al fine di fornire e raccogliere informazioni atte a migliorare la qualità dei servizi, nel rispetto dell'art. 28 della l.r. 3/98, ha promosso con specifiche linee guida e direttive (D.G.R. n. 452 del 09.05.2001), l'attuazione di interventi in materia di informazione, tutela e partecipazione nelle aziende sanitarie regionali dei cittadini singoli o associati delle loro organizzazioni di volontariato o di associazioni per la tutela dell'utente mediante la formazione **di comitati consultivi di utenti**.
La Conferenza dei Sindaci*,* la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e i comitati consultivi concorrono alla formazione degli atti di programmazione attuativa locale.

La programmazione sanitaria locale si avvale di strumenti di valutazione e monitoraggio quali:

- la Relazione annuale (art. 3 comma 8 l.r. 3/98), trasmessa dai direttori generali entro il mese di gennaio, e attraverso la quale la Giunta regionale verifica lo stato di realizzazione dei piani attuativi locali delle Aziende sanitarie regionali; a tal fine acquisisce il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale;
- Conferenze di servizi (art. 14 comma 4 del D.Lgs.502/92 e s.m.i.).

3.3 Il nuovo modello

La governance

La Giunta Regionale con atto di indirizzo 17.03.2008, n. 282, ha inteso confermare l'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale anche se le modifiche normative intervenute successivamente all'approvazione del PSR 2003-2005, modificano le competenze dei livelli Istituzionali coinvolti nella governance della sanità.

In primo luogo la legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 ha riformato la parte della Costituzione riguardante il sistema delle Autonomie Locali e dei rapporti con lo Stato. La riforma stabilisce che la Repubblica è costituita da strutture paritetiche, senza distinzione tra livelli gerarchici: Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato.

La tutela della salute viene inserita fra le materie "concorrenti", la cui competenza legislativa spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla normativa dello Stato. Il concetto di equiparazione tra i livelli, statale e regionale, di potestà legislativa viene ribadito anche dalla norma che dispone che sia il Governo sia la Regione possono promuovere la questione di legittimità (rispetto alle competenze costituzionalmente loro assegnate) dinanzi alla Corte Costituzionale. Viene inoltre riconosciuta alla Regione la facoltà di stabilire e applicare tributi ed entrate proprie, anche se tali poteri vanno esercitati secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, che costituiscono principi fondamentali di indirizzo, emanati dallo Stato attraverso leggi "quadro".

Con la riforma del titolo V in definitiva la Regione, attraverso il rafforzamento della potestà legislativa, può svolgere in maniera più penetrante che in passato, le funzioni di programmazione, finanziamento, regolazione del Servizio Sanitario Regionale. In tale quadro gli strumenti della programmazione, a partire dal PSR, possono essere totalmente affrancati dai vincoli a cui li sottoponeva il D.Lgs. 502/92 e più in generale la normativa statale e possono essere ridefinite le competenze affidate ai diversi livelli istituzionali, operando una forte semplificazione delle procedure decisionali e garantendo al contempo una maggiore integrazione con il più complessivo sistema di programmazione regionale.

La Regione ha introdotto un nuovo modello di governance con la Riforma del sistema amministrativo regionale approvato con la legge regionale 9 luglio 2007, n. 23.

La legge in primo luogo ridefinisce compiti e ruolo del livello Regionale stabilendo che:

- la Regione esercita le funzioni di programmazione generale e settoriale a scala regionale, promuove e coordina progetti di programmazione integrata e negoziata in ambiti territoriali di rilevante interesse regionale;

- la Regione pone a fondamento dell'intervento legislativo e della disciplina sul conferimento delle funzioni amministrative a livello locale, il principio di integrazione, con particolare riferimento alla integrazione tra le politiche ambientali, economiche e sociali;

- la Regione e gli enti locali adottano strumenti di programmazione e progettazione ad approccio integrato, valorizzando i collegamenti tra politiche settoriali nei medesimi contesti territoriali e tenendo conto degli effetti reciproci di tali politiche;

- la Regione esercita poteri di indirizzo e coordinamento al fine di assicurare livelli minimi ed uniformi nell'esercizio delle funzioni da essa conferite agli enti locali.

La legge inoltre introduce una decisa semplificazione istituzionale attraverso l'istituzione degli Ambiti territoriali ottimali (ATI) per la programmazione e gestione integrata di funzioni e servizi di livello sovracomunale stabilendo che:

le funzioni di più enti, consorzi, associazioni, conferenze e/o organismi comunque denominati composti dai Comuni e/o partecipati dagli enti locali, ovvero ai quali partecipano di diritto i Sindaci, istituiti in ambito provinciale o sub-provinciale sulla base di leggi regionali in particolare in materia di sanità, politiche sociali, gestione dei rifiuti, ciclo idrico integrato, turismo, sono unificate in capo ad un unico organismo denominato Ambito Territoriale Integrato (ATI);

l'ATI è forma speciale di cooperazione tra gli enti locali, con personalità giuridica, autonomia regolamentare, organizzativa e di bilancio nell'ambito delle risorse ad esso attribuite dai Comuni, dalla Provincia e dalla Regione in ragione delle funzioni ad esso trasferite o delegate. Agli A.T.I. si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di enti locali ed in particolare di quelle ordinamentali, ivi comprese quelle di cui al titolo V della parte I del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e successive modificazioni e integrazioni.

In particolare all'ATI vengono affidate le seguenti funzioni:

- l'ATI costituisce lo strumento istituzionale con il quale i Comuni promuovono in modo coordinato lo sviluppo economico e sociale del territorio di livello sovracomunale mediante la definizione di progetti e programmi di comune interesse, la partecipazione unitaria ai processi di programmazione, pianificazione generale e settoriale di competenza della Regione o della Provincia, il coordinamento nelle attività di programmazione territoriale e socio economica di loro competenza;

- l'ATI rappresenta, altresì, lo strumento per la promozione e per la partecipazione coordinata dei Comuni ai processi di concertazione con le forze economiche e sociali e alle attività di programmazione negoziata, relative al territorio di livello sovracomunale, definiti dalle leggi o dagli atti di programmazione regionale.

La legge prevede che, propedeuticamente all'implementazioni dei nuovi soggetti istituzionali, la Regione proceda ad una revisione della zonizzazione adottata dai diversi organismi esistenti, assumendo come riferimento gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali di cui alla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3, così come modificata dalla legge regionale 28 dicembre 2004, n. 35.

Con l'istituzione dell'ATI debitamente dotato di supporto tecnico adeguato e di elementi conoscitivi gestionali si dispone di uno strumento decisamente più efficace di coinvolgimento dei Comuni nel processo di definizione delle politiche di tutela e

promozione della salute e di organizzazione dei servizi sanitari; il valore aggiunto è dato in particolare dalla possibilità di armonizzare le politiche settoriali a cominciare dall'integrazione fra il settore sanitario e il settore sociale, per il quale peraltro è necessario dettare indirizzi e regole per la gestione associata dei servizi.

La revisione degli strumenti e dei livelli di programmazione

Di norma uno strumento di pianificazione non è deputato a introdurre o modificare principi e regole fondamentali, ma piuttosto a fissarne modalità e tempi di applicazione. La situazione contingente di cambiamento appena richiamata induce ad adottare una parziale deroga affidando al Piano stesso la funzione di identificare le esigenze di innovazione della legislazione regionale fungendo da strumento di raccordo di un sistema di provvedimenti che possono richiedere percorsi e tempi di attuazione diversificati.

A tal fine, il PSR 2009-2011 fissa l'obiettivo di completare il nuovo disegno istituzionale con la regolamentazione della governance delle articolazioni territoriali sub ATI. A tal fine l'assemblea dei sindaci degli ATI è articolata in sezioni corrispondenti ai distretti/ambiti territoriali sociali, che unificano in un unico organismo di governo gli attuali comitati dei sindaci di distretto e tavoli degli Assessori ai servizi sociali.

Tale soluzione garantisce uno stretto raccordo fra i diversi livelli istituzionali e contestualmente una forte integrazione delle politiche settoriali.

Nel frattempo, con l'entrata a regime della *Seconda fase del Patto per lo sviluppo*, la concertazione, coerentemente con la riforma endoregionale, si avvarrà dei Tavoli territoriali, infatti, con DGR n. 997 del 18 giugno 2007 è stata prevista l'istituzione di 4 Tavoli territoriali, coincidenti con gli *ATI*, così denominati:

- Tavolo territoriale Area nord-orientale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 1;
- Tavolo territoriale Area centrale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2;
- Tavolo territoriale Area centro-orientale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 3;
- Tavolo territoriale Area sud occidentale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 4.

II Piano Sanitario Regionale (PSR)

La scelta fondamentale assunta dal presente Piano in tema di programmazione è il rifiuto dell'adozione di un modello prescrittivo, basato sull'adozione di standard rigidi e di schemi operativi strutturati, a favore di un processo interattivo che ricerca il consenso tra i livelli istituzionali sugli obiettivi, si basa su logiche di concertazione e riconosce autonomia attuativa ai responsabili della gestione.

Il Piano Sanitario Regionale viene quindi concepito come un documento a cui è affidata fondamentalmente l'individuazione degli obiettivi e delle azioni funzionali al raggiungimento e l'entità delle risorse che prevedibilmente saranno disponibili.

Il PSR ha cadenza triennale, ma deve essere agganciato agli aggiornamenti previsti dagli strumenti di programmazione regionale come precisato nel prossimo paragrafo.

La sua attuazione è affidata a strumenti operativi di livello regionale, aziendale e distrettuale, che vengono adottati nel corso di vigenza del Piano e sottoposti a revisione periodica, al fine di garantire un adeguamento continuo delle azioni necessarie al conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione strategica. In questo modo si può tenere conto dei mutamenti di contesto nel quale si trova ad operare il SSR, nel rispetto del mandato ricevuto dall'Istituzione regionale, che resta la sola abilitata a rivederlo secondo le procedure fissate dallo statuto e dalla normativa.

In tale quadro il PSR è un documento che esplicita i valori di carattere generale e fissa gli obiettivi strategici su cui deve basarsi lo sviluppo del SSR. Individua le strategie da adottare per realizzare le politiche di promozione della salute e si concentra sulle garanzie che devono essere date ai cittadini e in particolare alle categorie più deboli, per realizzare l'equità di trattamento e di accesso ai servizi e assicurare la partecipazione ai processi di valutazione e di definizione dell'assetto dei servizi. Il PSR garantisce il raccordo con le politiche definite a livello nazionale, nell'Unione Europea (U.E.) e nelle altre Organizzazioni intergovernative quali l'OCSE, oppure internazionali quali l'OMS, essendo le sedi nelle quali si definiscono e si aggiornano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le strategie più efficaci per il loro perseguimento. Il PSR, inoltre, analizza gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica nazionale e regionale, al fini di individuare le azioni correlate alle specifiche situazioni territoriali.

Il PSR, infine, fornisce indirizzi generali a cui deve ispirarsi l'organizzazione dei servizi, individuando modelli di riferimento e fissando l'allocazione ottimale delle risorse fra i diversi livelli di assistenza.

A fronte di una impostazione meno prescrittiva che caratterizza il PSR, il livello regionale della programmazione deve affidare al DAP il compito dell'aggiornamento e della definizione di dettaglio annuale degli obiettivi della programmazione sanitaria, sulla base della verifica dei livelli di raggiungimento degli obiettivi fissati.

La revisione annuale della programmazione sanitaria può avvenire tramite il collegato alla legge finanziaria regionale che può:

- definire nuovi livelli di assistenza;
- fissare criteri di accesso alle prestazioni;
- modificare i criteri di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- aggiornare il quadro delle risorse disponibili;
- modificare il sistema di regole che sovrintende la gestione del SSR.

Le procedure di definizione del DAP e di approvazione del collegato alla legge finanziaria regionale devono prevedere una specifica sessione di confronto e concertazione dedicata esclusivamente alla problematica sanitaria, senza però che questo non appesantisca il sistema decisionale.

La programmazione attuativa

La maggiore criticità che si è registrata nei cicli precedenti della programmazione attuativa, è rappresentata dalla difficoltà di mantenerla allineata alle indicazioni che il PSR introduce fissando cadenze temporali e dotazioni strutturali per ogni Azienda. Se il sistema DAP/ collegato alla finanziaria regionale garantisce l'adeguamento annuale ai risultati

effettivamente raggiunti e alle eventuali variazioni di contesto, la coerenza della programmazione attuativa delle singole aziende sanitarie deve essere garantita dall'Agenzia Umbria Sanità (AUS), che deve svolgere un ruolo di coordinamento nella definizione dei piani e nel monitoraggio dell'effettiva attuazione.

Tale soluzione permette di dare al modello organizzativo un impianto a rete fin dalla fase della progettazione, garantendo, per il complesso regionale delle strutture, il raggiungimento dello standard di servizio prefissato e ottimizzando al tempo stesso l'organizzazione a livello aziendale. In pratica le dotazioni strutturali non vengono definite in astratto a priori, parcellizzate per singoli territori, ma dimensionate in sede di progettazione esecutiva.

L'articolazione di compiti fra Direzione Regionale e Agenzia garantisce peraltro una maggiore chiarezza dei ruoli, la Regione potrà, infatti, dare risalto al ruolo di ente programmatore, finanziatore, regolatore e garante della corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'Agenzia risponderà alla Regione della efficienza ed economicità del Servizio Sanitario Regionale, obiettivi che perseguirà attraverso l'indirizzo ed il coordinamento operativo delle Aziende sanitarie.

Premesso che tutti gli atti di programmazione attuativa regionale sono di competenza della Giunta regionale, la loro elaborazione, coerentemente con i ruoli sopra evidenziati, è suddivisa tra la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e l'Agenzia Umbria Sanità - ferma restando la massima integrazione che devono assicurare le relative strutture.

Di seguito è riportato l'elenco dei principali atti di programmazione attuativa di competenza delle citate strutture:

a) strumenti di programmazione attuativa di competenza della Direzione regionale

- atti di indirizzo programmatico;
- atti di indirizzo di programmazione economica e delle politiche di investimento;
- ripartizione delle risorse di parte corrente;
- ripartizione fondi finalizzati;
- ripartizione fondo investimenti;
- definizione di criteri per l'accesso alle prestazioni ricomprese nei LEA;
- definizione di criteri di compartecipazione alla spesa;
- emanazione di nomenclatori e sistemi tariffari;
- accordi di programma;
- accordi decentrati per il personale dipendente e con i MMG e i PLS;
- accordi con i titolari di farmacia;

b) strumenti di programmazione attuativa di competenza dell'Agenzia Umbria Sanità:

- linee guida di organizzazione;
- linee guida per la realizzazione di progetti attuativi;
- progettazione attuativa del piano degli investimenti di edilizia sanitaria;
- progettazione attuativa del piano degli investimenti per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie;
- linee guida per gli accordi contrattuali per le strutture a gestione diretta pubbliche e accreditate;
- linee guida in materia clinico-assistenziale;
- indirizzi operativi per la gestione in rete dei servizi;

- determinazione standard informativi.

L'Università degli Studi di Perugia

I compiti Istituzionali dell'Università ed in particolare della Facoltà di Medicina e Chirurgia riguardano la didattica, la ricerca e l'assistenza.

Tradizionalmente la Facoltà di Medicina e Chirurgia provvede in misura pressoché esclusiva alla formazione del personale medico e delle professioni sanitarie della Regione Umbria. Provvede di fatto alla formazione ed all'aggiornamento non solo dei medici ma di tutte le figure sanitarie: dal personale infermieristico a tutte quelle professioni per le quali sono state attivate nella Regione Umbria corsi di laurea triennali e specialistici. Questa Facoltà ha inoltre un ruolo consolidato nell'aggiornamento, nell'innovazione scientifica e metodologica, nella ricerca clinica e nell'assistenza sanitaria di questa Regione.

Perché l'Università possa svolgere in maniera ottimale ed efficace questi compiti è necessaria la piena integrazione della stessa nel Sistema Sanitario Regionale.

In questi ultimi anni infatti le trasformazioni della società e del mondo della sanità hanno modificato in maniera sostanziale la funzione che deve essere riservata alla Facoltà di Medicina e Chirurgia nelle comunità regionali. In particolare si avverte sempre più la necessità che la presenza e le attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia non si esauriscano e non siano relegate esclusivamente al ruolo svolto nell'ambito delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

Per poter provvedere alla formazione ed all'aggiornamento delle figure sanitarie professionali è necessario che l'Università sia presente in tutte le strutture che operano nei settori coinvolti e possa utilizzare a questo scopo i servizi sanitari di tutte le Aziende Sanitarie e Territoriali.

I rapporti tra Facoltà di Medicina e Chirurgia e Sistema Sanitario Regionale sono essenzialmente regolati dall'atto convenzionale stipulato tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia. Da qui deriva la necessità di valutare la effettiva attuazione di quanto convenuto e di valutare altresì le possibili sinergie operative e le reciprocità collaborative in tutte le articolazioni del SSR, nel pieno rispetto del ruolo formativo e didattico del personale e delle strutture del Servizio Sanitario Regionale ed in piena coerenza con gli obiettivi di salute e con i modelli organizzativi che la Regione individua con i propri atti programmatori.

Nel rispetto dei ruoli e compiti della Università degli Studi di Perugia si prevede nel triennio l'attivazione di una piena collaborazione nelle seguenti aree strategiche:

- 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;
- partecipazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia nel coordinamento e nella realizzazione di tutte le attività rivolte all'aggiornamento continuo del medico e di tutte le altre professioni sanitarie;

- piena integrazione dell'Università degli Studi di Perugia nella Scuola di Sanità Regionale, al fine di poter mettere a disposizione della stessa con reciproco vantaggio, tutte le competenze scientifiche, organizzative e didattiche di cui l'Università dispone;
- definizione dei p*iani di sviluppo delle facoltà* funzionalmente integrati con i bisogni assistenziali, di innovazione e di ricerca del SSR;
- definizione del piano di sviluppo integrato tra SSR ed Università in relazione ad attività innovative (biotecnologie, etc) anche tramite finanziamenti della Comunità europea.

Accordi e interazioni con altri SSR

In linea di continuità con il piano decorso permane la necessità di pianificare e regolare le relazioni con la programmazione sanitaria delle regioni confinanti con le quali sono necessarie avanzate integrazioni funzionali al fine di:

- concordare lo sviluppo delle alte specialità ricercando soluzioni che individuino in primo luogo i bacini di utenza ottimali a livello interregionale, per consentire sia un'adeguata utilizzazione delle dotazioni;
- stipulare accordi per la gestione di servizi integrati di livello sovraregionale a partire dall'elisoccorso;
- stipulare accordi, in particolare con le regioni di confine per regolare il flusso dei pazienti in mobilità sanitaria, al fine di garantire l'appropriatezza dei trattamenti ed assicurare la continuità del percorso assistenziale tra le strutture delle diverse regioni.

La promozione dell'innovazione e della ricerca

Il rilancio della ricerca sanitaria viene individuato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 come uno degli obbiettivi primari del paese, che "deve essere conseguito con una stretta integrazione tra diverse tipologie di ricerca, ed in particolare tra ricerca biomedica e ricerca sui servizi sanitari".

Anche in Umbria va pertanto sviluppata la capacità, all'interno delle Aziende sanitarie, di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del Servizio Sanitario Regionale, inseparabile dai compiti di cure e di assistenza, valorizzando le risorse tecnico-operative, organizzative, finanziarie nonchè le capacità professionali, al fine di adottare tempestivamente le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimando l'impatto economico e le ricadute sull'organizzazione e sulla programmazione locale.

Per questo va favorito lo sviluppo di sinergie e integrazioni tra gli attori del Servizio Sanitario Regionale, i Centri di ricerca, le Imprese, le Associazioni scientifiche, le Associazioni di malati e la rete del Terzo Settore, con il coordinamento della Regione Umbria, affidato in prima istanza all'Agenzia Umbria Sanità.

Questo processo va raccordato con le linee strategiche nazionali ed europee, in piena coerenza con il Programma Nazionale per la Ricerca e con il VII° Programma Quadro dell'Unione Europea.

Numerosi sono i settori nei quali forme di collaborazione tra diverse Istituzioni, in particolare tra Regione, Aziende Sanitarie e Università degli Studi di Perugia, hanno dato vita ad interessanti filoni di ricerca.

Tra questi particolare rilievo hanno acquisito negli ultimi anni, nell'ambito della ricerca biomedica di base e clinica, quanto è stato fatto nel settore dell'ematologia e dell'oncologia, con particolare riferimento alle attività del Centro regionale di Ricerca Ematoncologica (CREO). Ulteriore sviluppo di tale direzione di ricerca sarà possibile con la piena attivazione dell'IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) sulle "biotecnologie trapiantologiche".

Analogo sviluppo si potrà avere nel settore della raccolta, conservazione e applicazione clinica delle cellule staminali.

Il modello organizzativo

Già il PSR 2003-2005 aveva confermato il modello organizzativo basato su quattro Aziende USL e due Aziende Ospedaliere fissato dalla legge regionale 3/98, lanciando contestualmente il progetto della creazione di una struttura sovraziendale unificata per migliorare l'integrazione in rete dell'organizzazione delle sei aziende sanitarie.

Le indicazioni della programmazione sanitaria sono state dapprima realizzate attraverso la costituzione della Società consortile AUS fra le Aziende sanitarie, come stabilito dalla legge regionale 23 febbraio 2005 n. 17. Fin dall'avvio dell'esperienza è apparsa evidente la difficoltà di utilizzare gli istituti di mobilità del personale fra le aziende sanitarie, enti di diritto pubblico e la società per azioni, forma gestionale assunta dalla struttura sovraregionale.

La legge regionale 16 maggio 2007 n. 16 ha provveduto a trasformare la società consortile Aziende Umbre per la Salute nell'Agenzia Umbria Sanità. In realtà l'operazione non si è limitata ad effettuare una semplice modifica della forma gestionale, ma si è voluto contestualmente alzare l'obiettivo trasferendo al nuovo soggetto anche funzioni proprie della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali. Questa soluzione permette di tradurre la funzione di indirizzo strategico proprio della Regione, in una attività di coordinamento operativo che garantisce che le aziende sanitarie assumano un assetto di gruppo, unificando gli acquisti, i sistemi tecnico-amministrati, promuovendo scelte coerenti per quanto riguarda la logistica, i sistemi informativi e i sistemi contabili. Con la legge regionale 16 maggio 2007 n. 16 oltretutto si è operata una razionalizzazione contestuale con l'assorbimento dell'Agenzia SEDES, a garanzia dell'adozione di una soluzione che non vuole tradursi in un appesantimento dell'intero sistema. L'Agenzia non sarà una struttura amministrativa aggiuntiva, perché l'attivazione di funzioni a livello sovraziendale avverrà mediante il contestuale trasferimento di risorse dal livello Aziendale e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, che procederanno a una riorganizzazione delle proprie strutture coerente con la ridefinizione dei compiti assegnati.

Gli strumenti di programmazione e controllo delle aziende

Nel contesto della riforma della governance regionale descritta e nel quadro organizzativo definito con la conferma dell'assetto articolato su quattro aziende USL e due aziende ospedaliere, integrato dall'Agenzia Umbria Sanità, si pone il problema di adeguare il modello di programmazione e di controllo, in una logica di semplificazione degli strumenti al fine di rendere chiare le relazioni scelte/effetti e di supportare una modello di gestione sempre più di "Gruppo" di aziende.

Confermando quanto già espresso in ordine alla programmazione strategica e sottolineando la necessità di rafforzare gli aspetti di adeguamento/scorrimento di tutti gli strumenti individuati, si richiamano le seguenti esigenze prioritarie:

- Introdurre il Programma pluriennale delle attività e degli investimenti: il programma, livello di programmazione operativa del PAL, è articolato per presidi ospedalieri e per distretti. Per questi ultimi coincide con il programma delle attività territoriali. Il Programma è triennale, con aggiornamenti annuali ed è comprensivo della valutazione dell'impatto economico (bilancio pluriennale);
- Introdurre 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, di cui rappresenta la base elaborativa;
- Strutturare i sistemi di contabilità analitica in modo da supportare la gestione budgetaria di particolari politiche di settore, quali l'integrazione socio-sanitaria e l'intervento per la non autosufficienza;
- Adottare il Bilancio sociale, privilegiandone la valenza di strumento di relazione interistituzionale, come definito nelle "Linee guida" recentemente elaborate e rubricarlo tra gli strumenti della programmazione/rendicontazione, con una logica di sostituzione piuttosto che di aggiunta, al livello della Relazione annuale sull'attuazione del PAL prevista dall'art.3, comma 8 della L.R.3/98 e s.i.m con la relazione sociale annuale e con il Bilancio sociale di mandato con periodicità triennale; in questo senso andranno allineate le modalità di redazione dei PAL stessi.

Il modello di programmazione descritto ha come presupposto la dotazione di un sistema amministrativo-contabile che è la naturale evoluzione del progetto di "Potenziamento e sviluppo dei sistemi amministrativo-contabili e di controllo delle aziende umbre", avviato dal 2005 e finalizzato, tra l'altro, alla certificazione/revisione dei bilanci delle aziende sanitarie regionali.

4. Il metodo e gli altri strumenti al servizio del Piano sanitario Regionale

4.1 Il Governo clinico

GOVERNO CLINICO (GC) significa essenzialmente accettare la sfida che deriva dalla consapevolezza della limitatezza delle risorse disponibili per finanziare i sistemi sanitari. Per gli operatori sanitari, accettare questa sfida significa ispirare le proprie scelte cliniche, assistenziali e organizzative a criteri che privilegiano, nella scala delle priorità, il perseguimento del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Può apparire un paradosso rispondere alla limitatezza delle risorse disponibili con l'esigenza di migliorare le qualità della assistenza ed invece è l'unica modalità corretta per affrontare il problema prioritario delle organizzazioni sanitarie, in quanto identifica la priorità da salvaguardare nel processo di allocazione ed utilizzo delle risorse.

D'altro canto, i potenziali impatti negativi sulla qualità dell'assistenza che derivano dall'attuazione delle misure di razionalizzazione dell'impiego delle risorse esigono che sia individuato ed adottato un insieme organico di strumenti che salvaguardino i livelli di qualità dell'assistenza erogata.

La dicotomia qualità-costi che domina l'individuazione delle priorità nelle aziende sanitarie deve essere risolta traducendo in comportamenti operativi due principi guida:

- l'economicità delle organizzazioni sanitarie deve trovare un limite non valicabile nella salvaguardia dei livelli di qualità dell'assistenza erogata;
- la compatibilità fra le risorse disponibili e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza deve essere perseguito attraverso la continua revisione dei processi organizzativi e dei percorsi clinici, al fine di eliminare ciò che non è funzionale a garantire la qualità dell'assistenza erogata.

L'assunzione di questi principi nei processi gestionali aziendali significa anche orientare i processi di negoziazione intra-aziendale, dall'esclusiva attenzione al rapporto ricavi-costi, verso l'esplicitazione dei livelli di qualità da perseguire.

Una efficace definizione dei contenuti del GC è stata esplicitata dal NHS Clinical Governance Support team[1], per il quale il governo clinico è:

- ✓ sicurezza per i pazienti;
- ✓ coinvolgimento di chi assiste il paziente;
- ✓ erogazione della assistenza di più elevata qualità in ogni momento;
- ✓ apprendimento continuo;
- ✓ responsabilità collettiva;
- ✓ coinvolgimento di tutto il personale;
- ✓ riconoscimento dei risultati raggiunti dal personale;
- ✓ senso comune;

[1] NHS Clinical Governance Support Team (CGST), www.cgsupport.nhs.uk, *About CG. What is clinical governance?*

- ✓ possibilità di accesso all'assistenza di qualità dovunque e in qualsiasi momento.

Il governo clinico invece:

- non è solo per i clinici;
- non è responsabilità di una sola persona;
- non è una funzione indipendente;
- non è un esercizio fine a sé stesso;
- non è una perdita di tempo;
- non è rappresentato dal solo miglioramento dell'efficienza da un punto di vista dei costi.

Halligan e Donaldson[2] individuano i seguenti presupposti del GC:

Leadership efficace

Una organizzazione con una efficace leadership saprà come comunicare in maniera efficace a tutto il personale la *vision*, i valori e i metodi del governo clinico. Tale comunicazione fornisce al personale un obiettivo comune e coerente ed aspettative chiare. Una buona leadership conferisce potere al lavoro di squadra, crea una cultura aperta ed assicura che sia l'etica che il riferimento costante al governo clinico rimangano parte integrante di ogni prestazione clinica.

Pianificare per la qualità

Il governo clinico non può essere sviluppato facendo quello che "sembra giusto". Le organizzazioni sanitarie devono prevedere un piano di sviluppo della qualità delle loro prestazioni cliniche. Il piano dovrebbe basarsi su: una obiettiva valutazione delle necessità e dei punti di vista dei pazienti, una valutazione dell'esposizione al rischio clinico, dei requisiti regolamentari, della capacità del personale, dei bisogni di formazione non soddisfatti e la capacità di confrontare la performance attuale con gli standard di riferimento. È anche importante assicurare che le strategie fondamentali di base (come l'IT, la formazione e la ricerca) siano indirizzate a supportare gli obiettivi di miglioramento della qualità. La pianificazione deve avvenire non solo a livello dirigenziale ma anche a livello di singoli team.

Essere davvero centrati sul paziente

Le organizzazioni sanitarie devono essere trasparenti sulle modalità attraverso le quali i ritorni informativi e le informazioni sui pazienti vengono utilizzate per valutare e migliorare la qualità delle prestazioni. La responsabilizzazione dei pazienti attraverso la condivisione delle informazioni, la richiesta del loro contributo alla pianificazione delle prestazioni, può influenzare in modo significativo lo sviluppo del governo clinico. I contributi dei pazienti influenzeranno non solo la rispondenza e la performance delle prestazioni, ma anche il

[2] Aidan Halligan, Liam Donaldson, *Implementing clinical governance: turning vision into reality,* BMJ 2001;322:1413-1417 (9 June)

processo attraverso il quale vengono identificate e viene data priorità alle iniziative per il miglioramento della qualità.

Informazioni, analisi, opinioni

Un'organizzazione sanitaria aperta alla cultura del governo clinico deve sviluppare l'eccellenza nella selezione, gestione ed utilizzo efficace delle informazioni e dei dati a supporto delle decisioni e dei processi politici. Affinché i dati e le informazioni siano utili devono essere validi, aggiornati, e presentati in maniera tale da stimolare opinioni. Sono essenziali, ad esempio, dati ed informazioni utili per evidenziare le differenze negli esiti, le insufficienze negli standard, i confronti con altri servizi, i trend temporali. Queste informazioni sono vitali per indicare al personale quale sia la sua performance e per evidenziare eventuali aree di miglioramento.

La valorizzazione del personale

Le persone che lavorano in sanità devono essere in grado di fornire il migliore contributo possibile, sia a livello individuale che collettivo, al miglioramento della qualità dell'assistenza. L'ideale di un servizio che consenta a tutto il personale di sviluppare ed utilizzare appieno il proprio potenziale e che sia allineato con gli obiettivi dell'organizzazione, raramente viene soddisfatto.

Un progresso verso questo obiettivo è rappresentato da un programma di formazione finalizzato a supportare l'implementazione del governo clinico, in modo tale che vengano rinforzate negli operatori le conoscenze e le competenze. Tuttavia, per sviluppare una forza lavoro "adeguata" non basta solo la formazione: bisogna assicurarsi che il personale si senta valorizzato, che partecipi alle discussioni politiche sullo sviluppo del governo clinico, e che veda il management come un soggetto che prova ad affrontare i problemi e che desidera conoscere le idee del personale circa il miglioramento e l'innovazione.

Una forza lavoro efficace necessita anche di supporto tecnico appropriato, rappresentato, ad esempio, dall'accesso ad evidenza clinica valida a supporto delle decisioni. Infine, la creazione di una cultura che non sia di colpevolizzazione ed incoraggi un esame aperto dell'errore e dei fallimenti è una caratteristica fondamentale dei servizi dedicati al miglioramento della qualità ed all'apprendimento.

Dimostrare il successo

La capacità di misurare la qualità delle prestazioni è essenziale per il successo delle strategie di adozione del governo clinico. Adottare e diffondere sistematicamente misure di esito, di appropriatezza e di efficienza consente di verificare gli effettivi progressi compiuti e di rafforzare il coinvolgimento di tutti.

Ai principi e alle finalità del GC devono ispirarsi sia il management aziendale, al fine di individuare nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza la linea prioritaria di governo dell'azienda, sia i professionisti sanitari, al fine di assicurare l'adozione sistematica degli strumenti operativi che garantiscano la sicurezza, l'efficacia e la appropriatezza dei percorsi assistenziali.

Per questo, ciascuna Azienda sanitaria o ospedaliera deve adottare un Programma aziendale pluriennale per il miglioramento della qualità dell'assistenza: il programma deve essere definito con il contributo dei responsabili dei dipartimenti e/o delle unità operative, deve essere approvato dal direttore generale e deve essere attuato sotto il coordinamento della direzione sanitaria aziendale, la quale curerà l'identificazione di un insieme integrato di misure per il monitoraggio dell'attuazione del programma.

Con idonea periodicità, la direzione sanitaria deve predisporre e diffondere un rapporto sul grado di attuazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza: questa azione di monitoraggio periodico costituirà la base per le successive revisioni dello stesso programma. A tal fine può essere utile individuare un set definito di indicatori, che possano fornire una misura dei progressi fatti nelle diverse aree e valutarne il risultato nel tempo.

Al fine di identificare le azioni da prevedere nel programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza si raccomanda il riferimento alle dimensioni della qualità identificate dall'Institute of Medicine: Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st Century.

National Academy Press, 2001

- Sicurezza: evitare i rischi e i danni che possano derivare ai pazienti dall'assistenza ad essi erogata;
- Efficacia: erogare prestazioni basate sulla conoscenza scientifica a coloro i quali ne possano beneficiare ed evitare l'erogazione di prestazioni a coloro i quali non ne possano trarre benefici, in modo da evitare sia il sovra-utilizzo, sia il sotto-utilizzo;
- Centralità del paziente: erogare assistenza nel rispetto delle preferenze, dei bisogni e dei valori dei singoli pazienti ed assicurare che i valori del paziente siano di guida per tutte le decisioni cliniche;
- Tempestività: minimizzare le attese e prevenire i ritardi nell'erogazione delle cure;
- Efficienza: evitare gli sprechi di risorse umane, tecnologie, idee ed energie;
- Equità: erogare un'assistenza i cui livelli di qualità non siano influenzati dalle caratteristiche individuali, quali genere, razza, zone di residenza e stato socio-economico.

Il programma aziendale per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza al fine di assicurare sistematicità ed equilibrio dovrebbe individuare le azioni finalizzate a migliorare ciascuno dei determinanti della qualità sopra descritti.

Questa consapevolezza era già presente nel Piano Sanitario Regionale 2003-2005 che aveva posto al centro dei suoi obiettivi di "qualità e innovazione nella gestione della sanità", la "promozione del governo clinico", per la costruzione di nuove relazioni funzionali tra potere professionale e amministrativo, al fine di migliorare la qualità del Servizio Sanitario Regionale, ed è inteso come la costruzione di un percorso integrato tra professionisti e Direzioni Aziendali. Le scelte di governo regionale si sono spinte così verso criteri di accreditamento dei servizi e dei professionisti fortemente caratterizzati sul piano della capacità di rendere trasparente e valutabile la qualità delle proprie prestazioni.

Anche il Piano 2009-2011, promuove il «governo clinico» per la costruzione di appropriate relazioni caratterizzate fortemente da un senso di impegno multidisciplinare, condiviso tra componente clinica e amministrativa.

Gli strumenti del Governo Clinico

Il governo clinico, come già detto, rappresenta il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. Si tratta di costruire le condizioni che rendano possibile la sua attuazione: attraverso la formazione dei professionisti, il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati, la gestione dei rischi clinici implicati dall'assistenza sanitaria.

La prima implicazione è che solo attraverso scelte coerenti di politica sanitaria è possibile intervenire complessivamente sui diversi determinanti delle pratiche assistenziali, utilizzando gli strumenti amministrativi disponibili per indirizzare i comportamenti professionali verso l'appropriatezza clinico-organizzativa, operando sugli assetti organizzativi per promuovere la necessaria integrazione ed il coordinamento tra unità assistenziali, definendo criteri che indirizzino la formazione professionale in modo che sia funzionale ad una attenzione continuativa alla qualità dell'assistenza, quest'ultima riconosciuta come parte integrante dei percorsi educativi dei professionisti.

E' necessario prevedere l'utilizzo di specifici strumenti che permettano di implementare a livello aziendale e regionale processi di cambiamento prima culturale e poi operativo in senso stretto, con il consenso ed il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari.

- *Rete regionale per l'accesso alle evidenze scientifiche in ambito biomedico (UmbriaEvidence).*

Il valore dell'informazione oltre al suo contenuto intrinseco dipende dall'accessibilità in tempo reale da parte di ricercatori e clinici; si devono creare le condizioni ottimali anche logistiche per facilitare la realizzazione di tale processo strategico all'interno dei servizi sanitari e su tutto il territorio regionale, con una collaborazione stretta e costruttiva tra la Regione, Aziende Sanitarie e Professionisti.

È utile e indispensabile dare la possibilità agli operatori sanitari di conoscere e utilizzare tutte le fonti informative a disposizione, partendo da quelle maggiormente utilizzabili a livello pratico. Il Cinical Evidence, che raccoglie con un continuo aggiornamento per ciascun argomento clinico tutte le evidenze disponibili in ambito di prevenzione, terapia, diagnosi, la Cochrane Library, in cui sono raccolte sia revisioni sistematiche che trial randomizzati, sono strumenti che permettono di avere un vasto panorama sulle recenti scoperte scientifiche e consentono di partecipare a forum di discussione sulla loro validità e applicabilità.

Parimenti dovranno rendersi accessibili anche riviste biomediche di ambito generalista e specialistico (BMJ, JAMA…) fondamentali per creare una piattaforma di conoscenze comuni a tutti gli operatori del SSR, offrendo spunti di discussione sui temi più rilevanti e in continua evoluzione.

- *Cochrane Neurological Network*

Tale Network coinvolge ricercatori, in ambito mondiale, che si aggiornano e scambiano informazioni e conoscenze sulle tematiche soprattutto della neurologia; risulta essere un potente volano per molte attività nel campo della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), dalla ricerca all'applicazione clinica, alla didattica.

L'importanza di tale Network è riconosciuta anche dagli operatori dei servizi della nostra regione. Dal 1 gennaio 2007 presso la Regione Umbria - Direzione Sanità è stato istituito il Cochrane Neurological Network, come riconoscimento tangibile a livello internazionale dell'impegno dell'amministrazione regionale e soprattutto di clinici e professionisti locali che da sempre hanno creduto e investito nella ricerca e si sono fatti garanti della divulgazione del metodo formativo, della diffusione delle revisioni sistematiche, considerate il gold standard delle evidenze scientifiche in ambito biomedico.

Il Network va potenziato e va favorito il coinvolgimento di professionisti su scala regionale, estendendo anche ad altre branche la possibilità di recepire e utilizzare la metodologia dell'EBM e la sua diffusione, quale strumento per il governo clinico.

- *Unità Operative e Equipes Territoriali*

Operatori sanitari impegnati a diverso livello nella promozione del governo clinico possono trovare in forma singola o associata la possibilità di formulare e promuovere progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza basati sull'Evidence Based Medicine. Nelle Unità operative nelle equipe territoriali si può identificare il luogo più idoneo per sviluppare al meglio tali modalità di lavoro.

- *Cittadini e associazioni di volontariato*

La partecipazione dei cittadini e delle Associazioni di volontariato ha rappresentato, nella nostra Regione, un profondo impulso alla creazione di servizi e nuovi approcci assistenziali. È ora giunto il momento, come già succede in molte realtà europee, che anche tali soggetti siano coinvolti a pieno titolo nella progettazione sia di nuovi percorsi diagnostico terapeutici che a livello di progetti di ricerca clinica a vari livelli.

A tal fine, è necessario, che intraprendano percorsi formativi, in particolare, in ambito EBM.

- Centri interaziendali a supporto della Clinical Governance

I centri interaziendali fino ad oggi attivati hanno permesso di costruire una rete di supporti alle competenze professionali e gestionali delle nostre aziende.

La rete di competenze attivate per la Clinical Governance risulta, nel complesso, sufficientemente estesa. Ottimizzazioni potrebbero essere raggiunte tramite ulteriori interventi nel settore dei sistemi operativi relazionali e nel coinvolgimento dei cittadini.

Le tematiche degne di essere proseguite e altre ritenute prioritarie per la durata di vigenza del presente piano, dovranno essere affrontare utilizzando la metodologia sperimentata, garantendo una uniformità nell'utilizzo di metodologie e gli strumenti validati anche in ambito di Evidence Based Medicine, e il coordinamento potrebbe essere affidato all'Agenzia Umbria Salute.

- Linee guida

Le linee guida (LG), «raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere operatori sanitari e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche», rappresentano la sintesi delle conoscenze scientifiche su specifici argomenti, opportunamente strutturate e sistematizzate attraverso regole esplicite e condivise, utilizzabili a livello locale.

Il contesto nazionale sul tema delle linee guida è stato caratterizzato dalla proliferazione di iniziative di elaborazione di LG a vari livelli: nazionali, regionali, aziendali e società scientifiche. Tuttavia si può ritenere che complessivamente sono state di scarso impatto, dato che minimo è stato lo sforzo sul versante dell'implementazione e del coinvolgimento di tutti gli stakeholders.

Anche la Regione Umbria ha prodotto linee guida in vari campi e con il coinvolgimento di molti professionisti dei servizi, ribadendo che:

- le LG non sono da intendersi come indicazioni vincolanti per gli operatori sanitari, ma come strumento di informazione e di supporto alle decisioni dei professionisti, e come strumento di valutazione della qualità dell'assistenza erogata, nella logica del governo clinico;
- le LG sono intese come una tecnologia dinamica, che finisce per acquisire rilevanza e caratteristiche a seconda dei contesti culturali, ambientali e amministrativi entro i quali viene adattata.

Il Piano intende sottolineare il ruolo delle LG come strumento indispensabile del governo clinico e intende:

- superare le attuali linee guida qualora queste risultino non più adeguate o di non buona qualità;
- spingere all'utilizzo di LG già prodotte e validate sia in ambito nazionale che internazionale, adattandole al contesto organizzativo locale/regionale, ottimizzando tempo e risorse;
- tenere in considerazione le novità metodologiche per la produzione di LG (es. GRADE, che costituisce uno strumento elastico che prevede un percorso strutturato per l'analisi della qualità delle prove di efficacia e che si caratterizza

per il fatto di rendere espliciti tutti i passaggi dal processo di produzione a quello di valutazione);

- considerare la stretta sinergia tra attività di Audit e applicazione di LG;
- individuare i fattori di ostacolo alla adozione o implementazione delle LG;
- individuare indicatori che permettano di valutare la qualità delle linee guida, la loro applicazione e i risultati del loro utilizzo;
- attivare una commissione regionale di monitoraggio della qualità delle linee guida utilizzate nelle aziende.

- Audit clinico

L'audit clinico costituisce uno degli strumenti principali nella strategia del Governo Clinico ed è rappresentato da un processo finalizzato a promuovere la qualità, monitorare i processi ed a migliorare gli esiti dell'assistenza.

Se le linee guida costituiscono la raccolta e la sintesi delle informazioni di efficacia ed appropriatezza che derivano dal versante della letteratura scientifica, l'audit consiste in un processo speculare che tende a raccogliere informazioni derivanti dalla pratica clinica.

Il processo di audit si basa sulla revisione della documentazione clinica su cui gruppi disciplinari si confrontano su aspetti relativi alle prestazioni che essi erogano. Tale esame deve avere un approccio metodico e si deve concludere con un rapporto di risultati.

L'audit non deve essere inteso come una attività di controllo con valenza ispettiva, ma deve essere rivolto alla consapevolezza dei limiti e prerogative delle proprie attività professionali.

È interesse delle Aziende introdurre la pratica dell'Audit Clinico in maniera sistematica nei loro vari contesti operativi, nell'intento di fornire uno strumento operativo ai professionisti ed agli organi aziendali. Per poter effettuare in modo preciso e puntuale un coretto audit clinico sono indispensabili informazioni esaustive su procedure eseguite e su quanto è collegato ad un determinato risultato professionale: registri, cartelle cliniche, archivi relativi a ricoveri, prestazioni specialistiche, prescrizioni farmaceutiche, in sintesi i data base clinici dedicati e quelli amministrativi.

- Il Documento di Valutazione del Servizio Sanitario

Il Documento di Valutazione del Servizio Sanitario (DVSS) è di fatto un ottimo esempio di utilizzo integrato delle fonti informative a disposizione del servizio sanitario Regionale. Grazie alle informazioni ottenute dall'incrocio dei vari archivi il DVSS ha individuato una serie di indicatori in grado di valutare puntualmente e correttamente le attività assistenziali garantite, sia in termini di processo che di esito: il monitoraggio diventa stimolo al miglioramento.

Il miglioramento o il mantenimento dei livelli qualitativi del servizio sanitario dipendono dalla capacità di utilizzare razionalmente le risorse disponibili ed effettuare una seria valutazione del ciclo programmatorio, diventa lo strumento per garantire che le attività e le prestazioni fornite dal servizio sanitario siano realmente efficaci ed efficienti.

La fase di programmazione trova la sua massima espressione nella formulazione del Piano Sanitario regionale (PSR) che individua e propone gli obiettivi da raggiungere per il

servizio sanitario regionale, le strategie per il conseguimento degli obiettivi, le indicazioni su come si prevede di valutare le strategie pianificate e il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Alla fase programmatica dovrebbe fare seguito la redazione di un documento contenente i risultati della fase di valutazione, relativa ai seguenti ordini di problemi:

- lo stato di salute della popolazione;
- gli effetti delle scelte operate su alcuni gruppi di variabili;
- l'assetto dei servizi in relazione al grado di applicazione delle indicazioni programmatiche;
- l'apporto del SSR alla salute della popolazione;
- il raggiungimento degli obiettivi di salute indicati dalla programmazione sanitaria;
- l'efficienza (intesa come rapporto costi/efficacia e costi/benefici) dei servizi anche in relazione ad un uso potenzialmente non appropriato delle risorse;
- gli effetti della disponibilità di nuove evidenze scientifiche sui principali assetti organizzativi e operativi del servizio sanitario che potrebbero, su tali basi, essere modificati o confermati.

Negli anni scorsi la nostra Regione, tramite un ampio coinvolgimento di operatori sanitari, ha elaborato il Progetto DVSS e il Sistema di Valutazione degli Esiti-SVE, un'intera collana scientifica dedicata alla valutazione dello stato di salute e dei servizi sanitari regionali.

Il DVSS ha individuato indicatori di processo e di esito clinico (indicatori di performance), suddivisi per livelli di assistenza, condivisi e approvati dai professionisti, che sono risultati in grado di orientare scelte/decisioni a sostegno del miglioramento continuo del sistema sanitario regionale.

Il SVE ha rappresentato una solida infrastruttura statistico-epidemiologica al progetto DVSS, sviluppando linguaggi e software specifici necessari per il calcolo corretto degli indicatori identificati dai gruppi di lavoro sulla base dei criteri di rilevanza, scientificità e fattibilità.

Il progetto ha portato alla validazione dei database regionali e li ha utilizzati per la costruzione di un sistema di valutazione che può considerarsi permanente, riproducibile e sostenibile.

È prioritario non disperdere il patrimonio scientifico creato da questo progetto sia per i dati prodotti (outcome o esiti clinici) che soprattutto come modello di lavoro, che andrà sicuramente affinato.

4.2 L'appropriatezza

Approcci alla misurazione e alla incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera

Le caratteristiche principali rispetto alle quali si differenziano gli approcci metodologici alla valutazione e alla misurazione dell'appropriatezza sviluppati negli ultimi vent'anni riguardano sostanzialmente l'ambito assistenziale e le dimensioni campionarie, gli standard e le fonti informative utilizzate. Se l'ambito assistenziale maggiormente esplorato

è quello ospedaliero, rispetto alle dimensioni campionarie si distinguono le metodologie orientate alla valutazione dei singoli interventi (ricoveri), evidentemente campionati, e quelle che considerano viceversa l'intera attività erogata. Le fonti informative utilizzate possono essere costituite dalle cartelle cliniche dei singoli ricoveri inclusi nel campione, ovvero dai "dati amministrativi disponibili", relativi al complesso dei ricoveri effettuati in un determinato periodo. Gli standard, infine, possono riferirsi a criteri prestabiliti esogenamente e/o emergere dall'esame della realtà di riferimento ovvero dal confronto tra realtà omogenee, secondo un approccio di tipo benchmarking.

Con riferimento specifico all'assistenza ospedaliera e alla appropriatezza organizzativa, si distingue essenzialmente tra:

- l'approccio che valuta un campione di ricoveri e le relative giornate di degenza, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche, con riferimento ad un set di variabili prestabilite, individuate quali criteri normativi di giudizio di appropriatezza di ricovero in ospedale per acuti: questa modalità di approccio è tipicamente rappresentata dall'Appropriateness Evaluation Protocol (in Italia introdotto come PRUO);
- l'approccio che valuta invece l'insieme dei ricoveri erogati in un dato ambito, analizzando l'archivio delle Schede di dimissione ospedaliera, attraverso il calcolo di indicatori, individuati quali criteri di criticità da sottoporre ad eventuali approfondimenti successivi. Nella realtà italiana questo approccio può essere rappresentato dal "metodo APPRO" o dal "metodo Disease Staging".

Tra i vantaggi riconosciuti al primo tipo di approccio va ricordato in particolare la possibilità di applicarlo a qualsiasi ricovero, indipendentemente dalle specifiche condizioni del singolo paziente, e di utilizzare un numero relativamente contenuto di criteri omogenei, idonei a valutare tutti i singoli casi, indipendentemente dalle specifiche condizioni cliniche dei casi inclusi. Tuttavia, ha il limite di una copertura parziale e di una relativa onerosità, laddove utilizzato a fini di controllo esterno, per la necessità di analizzare le singole cartelle cliniche, dalla cui qualità di compilazione è peraltro condizionato. Può però essere adottato quale strumento di controllo interno sistematico da parte dei singoli istituti, contribuendo al potenziamento della capacità di auto-analisi della performance.

Tra i vantaggi riconosciuti al secondo genere di approccio va ricordata, invece, la possibilità che offre di verificare l'intero universo dei ricoveri effettuati, operandone un primo screening e evidenziando le aree critiche presenti a livello di singolo erogatore o di loro raggruppamenti (per tipologia, localizzazione, etc.), ovvero di tipologie di ricovero (ordinario, diurno, medico, chirurgico). Tuttavia, basandosi sui dati amministrativi, questo approccio risente sia della qualità del dato, sia della mancata considerazione dello specifico contesto di riferimento. Mentre rispetto alla qualità del dato, accanto al rischio di ottenere dei risultati inficiati si può però considerare il potenziale beneficio in termini di incentivo per gli erogatori al miglioramento della qualità stessa, rispetto al rischio "decontestualizzazione" della valutazione si può parzialmente ovviare adottando un approccio comparativo tipo benchmarking, piuttosto che il ricorso a standard esogeni, stratificando le analisi, in modo da considerare la presenza di eventuali fattori di condizionamento, specifici del contesto (ad es., livelli di offerta di risposte assistenziali alternative al ricovero; caratteristiche della casistica trattata; etc.).

In termini operativi, negli approcci per l'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera allo stato attuale più diffusamente adottati dalle Regioni, si riconoscono essenzialmente tre componenti, sinteticamente illustrate di seguito.

L'applicazione di soglie regionali per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, se effettuate in regime di ricovero ordinario, allo scopo di incoraggiarne lo spostamento verso modalità di erogazione meno complesse e onerose. Tra i vantaggi di questo tipo di intervento vi sono: la semplicità di esecuzione, in quanto utilizzano esclusivamente le informazioni contenute nelle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo); la "trasparenza e oggettività", poiché poggia su criteri statistici e consente l'analisi di un insieme di ricoveri, piuttosto che di singoli episodi di cura; la possibilità di essere utilizzato anche da parte degli stessi ospedali, quale agevole sistema di monitoraggio periodico delle proprie attività, funzionale al mantenimento entro il valore consentito; lo stimolo, per i soggetti erogatori, all'individuazione di forme alternative alla degenza ordinaria per la gestione di casi a bassa complessità; l'incentivo a promuovere tra gli operatori sanitari la qualità nella gestione complessiva delle informazioni sanitarie. La qualità delle informazioni e la disponibilità di sistemi informativi affidabili e robusti, da parte sia della Regione sia dei singoli ospedali, rappresentano infatti una criticità di questo tipo di intervento, che deve opportunamente prevedere anche meccanismi di controllo sugli eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, volti ad aggirare gli effetti prodotti dall'introduzione delle soglie di ammissibilità.

L'introduzione di misure volte a regolamentare l'attività di ricovero diurno, sia medico, sia chirurgico, al fine di promuovere lo spostamento delle prestazioni meno complesse verso modalità di assistenza ambulatoriale, riqualificandone i contenuti. L'adozione di questo genere di intervento è solitamente accompagnata dall'introduzione di norme volte a riqualificare l'attività ambulatoriale attraverso l'istituzione del Day Service, nell'ambito del quale poter erogare prestazioni, multidisciplinari ed integrate, a pazienti che, pur presentando problemi relativamente complessi, non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata. I criteri di appropriatezza dei ricoveri diurni possono essere preventivamente definiti in termini di liste positive di procedure diagnostico-terapeutiche e/o di condizioni cliniche del paziente che, laddove documentate nella Sdo, connotano come appropriato il ricovero diurno, medico o chirurgico. E' fondamentale, pertanto, garantire il sistematico aggiornamento delle liste, considerato l'impatto dell'evoluzione tecnico-scientifica sulla definizione dei criteri. Rispetto al precedente approccio delle "soglie di ammissibilità" dei ricoveri ordinari, questo tipo di intervento ha in comune, sia alcuni dei vantaggi (utilizzo delle informazioni contenute nella Sdo; possibilità di monitoraggio dell'attività da parte degli stessi erogatori; incentivo per gli erogatori ad individuare modalità organizzative di erogazione delle prestazioni più efficienti, nonché a migliorare la qualità delle informazioni sanitarie), sia alcuni dei limiti (livello di affidabilità dei sistemi informativi; equità dei sistemi di controllo ex post).

L'attuazione di sistemi di controllo analitici effettuati "ex post" sull'attività già erogata, al fine di garantire il rispetto delle regole, di prevenire e di sanzionare eventuali comportamenti opportunistici. Tali sistemi di controllo vengono effettuati retrospettivamente su un campione dell'attività già erogata dai singoli ospedali e

riguardano, in particolare, sia l'appropriatezza organizzativa (utilizzando il PRUO quale strumento di rilevazione e valutazione), sia la congruità della compilazione delle Sdo; l'esito dei controlli conduce al riconoscimento, da parte della Regione, di incentivi positivi o negativi ai singoli ospedali. Sebbene onerosa, tale attività di controllo analitico rappresenta pertanto un importante corollario delle precedenti tipologie di intervento per il perseguimento dell'appropriatezza organizzativa, laddove mirata ad identificare eventuali comportamenti opportunistici volti ad aggirarne/ridurne gli effetti, nonché ad individuare eventuali ulteriori luoghi di inappropriatezza, relativamente a specifici eventi emersi dal controllo degli archivi regionali delle Sdo.

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva a livello regionale

L'intervento programmatico ed organizzativo in tema di assistenza farmaceutica è stato più volte affrontato dalla Regione nel corso degli ultimi anni, sia per il continuo evolversi della normativa nazionale di riferimento, spesso dovuto ad esigenze di contenimento della spesa, sia con l'obiettivo di garantire al cittadino prestazioni efficaci ed appropriate orientate da evidenze cliniche documentate.

I risultati sin qui ottenuti sono stati raggiunti attraverso un'azione molto ampia con una valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale, degli operatori dei centri di salute, dei distretti, delle farmacie pubbliche e private, e un grande impegno dei servizi farmaceutici aziendali.

A garanzia che l'appropriatezza sia strumento guida su tutto il territorio regionale è necessario proseguire nella definizione di un modello di analisi delle prescrizioni farmaceutiche che possa essere utilizzato sempre più all'interno delle attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva condotte a livello regionale, di ASL e di distretto. Tale modello consiste, innanzitutto, in un'analisi della prescrizione, con approfondimenti sul tema della variabilità. L'intento è quello di fornire uno strumento di lettura dei dati di prescrizione che sia utile ai medici di medicina generale e che favorisca una più complessiva comprensione dell'appropriatezza d'uso e, inoltre, di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l'attenzione e che richiedono approfondimenti successivi.

Il modello offre un contributo alla lettura dei dati di prescrizione che può servire a tutti coloro - dai singoli medici di medicina generale, ai responsabili delle equipe, ai referenti dei servizi farmaceutici delle ASL e ai referenti regionali - che hanno un interesse e un ruolo nella promozione dell'uso appropriato dei farmaci nella popolazione. I principali vantaggi consistono: nell'utilizzo di dati raccolti routinariamente nei database di monitoraggio delle prescrizioni, ormai ampiamente diffusi in molte realtà in Italia e nella possibilità di effettuare approfondimenti a livello di popolazione e analisi di tipo storico. Fra i limiti del sistema, vi è quello che l'analisi si focalizza sui farmaci e utilizza misure di processo. Sono, così, assenti sia approfondimenti sui trattamenti non farmacologici sia misure degli esiti.

In particolare le attività di monitoraggio devono essere approfondite sulle caratteristiche della prescrizione di farmaci ad alto costo distribuiti direttamente dalle ASL ai cittadini (distribuzione diretta). In assenza di queste informazioni, le analisi condotte

sulla variabilità regionale potrebbero risultare distorte. Una parte delle differenze osservate potrebbe infatti non dipendere da vere differenze nei livelli di consumo e di spesa, ma dalle diverse modalità organizzative adottate nelle regioni.

E' quindi necessario tenere conto dell'insieme dei farmaci erogati: in medicina generale, in distribuzione diretta e in ospedale.

Nel contesto dell'assistenza sanitaria extraospedaliera l'obiettivo perseguito è quello di fornire uno strumento di lettura dei dati di prescrizione farmaceutica e specialistica che sia utile agli amministratori locali, ai responsabili dei servizi aziendali e ai medici di medicina generale e che consenta una più complessiva comprensione dell'appropriatezza d'uso. Il principale utilizzo del modello proposto è indubbiamente all'interno delle attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva condotte a livello regionale, di ASL e di distretto. In particolare, per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica sono utili gli approfondimenti condotti per gruppi di medici che consentono di estendere l'analisi della variabilità fino al livello dei prescrittori.

Un contributo ulteriore è quello di presentare approfondimenti che possono essere di grande utilità anche a livello nazionale: si pensi, ad esempio, alle analisi relative alla distribuzione diretta o alle caratteristiche della prescrizione per categoria terapeutica.

In assenza di una rilevazione nazionale di questi dati si perde il quadro d'insieme e viene a mancare l'informazione su una parte dei farmaci prescritti e sulle caratteristiche dei cittadini che li ricevono. Il modello proposto dalla Regione Umbria utilizza i dati raccolti tramite uno specifico sistema di monitoraggio, anche se in molte regioni non è ancora attivo un flusso informativo relativamente ai farmaci distribuiti direttamente dalle strutture pubbliche.

La regione è chiamata a intervenire non solo con controlli di tipo amministrativo, ma anche, e soprattutto, con attività di formazione, informazione e promozione tese ad un uso più appropriato del farmaco.

Peraltro, le innovazioni organizzative poste in essere con l'istituzione della l'Agenzia per l'integrazione della gestione delle aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità (AUS), introducono nuovi scenari che favoriscono il miglioramento della qualità e dell'economicità dell'assistenza farmaceutica.

In quest'ottica è determinante realizzare la completa integrazione fra i Servizi Farmaceutici ospedalieri e quelli territoriali sia in ambito aziendale che interaziendale.

Ciò premesso, in continuità con il Piano Sanitario Regionale 2003/2005 e in conformità ai Livelli Essenziali di Assistenza, gli obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica e integrativa sono i seguenti:

1) garantire un' assistenza farmaceutica e integrativa 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 sia in ambito ospedaliero che territoriale anche tramite accordi con i diversi attori;
4) contenere la spesa farmaceutica all'interno dei tetti programmati;

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).

Le azioni da sviluppare nel triennio, rispetto agli obiettivi specifici individuati, sono le seguenti:

A. Gestione del rischio e sicurezza del paziente

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 i danni, sia causati dal professionista sia determinati dal setting in cui è erogato il processo assistenziale.

Tutto ciò configura la necessità di sviluppare programmi aziendali per la gestione del rischio e sicurezza del paziente, in particolare per quanto riguarda la prevenzione degli errori di prescrizione e somministrazione dei farmaci, attraverso l'adozione negli ospedali di sistemi di identificazione del paziente come il braccialetto elettronico con codice a barre, della prescrizione informatizzata, di sistemi di preparazione centralizzata e di distribuzione personalizzata.

In questo contesto è strategico il supporto del Centro Interaziendale per Gestione del Rischio Clinico.

B. Sperimentazione clinica e Farmacovigilanza

1. Sperimentazione clinica

La sperimentazione clinica controllata dei farmaci trova riferimento nella Dichiarazione di Helsinki del 1964 e viene definita nel 1992 dalle Norme di Buona Pratica Clinica (GCP).

La sperimentazione sull'uomo deve garantire il rispetto della persona, non pregiudicare il diritto alla salute di ogni cittadino, né differenziare i cittadini di fronte a tale diritto. Deve inoltre essere acquisito il consenso del paziente dopo essere stato liberamente informato. La sperimentazione clinica si attua prevalentemente per i farmaci per i quali non è ammessa la vendita al pubblico o per quelli di cui è ammessa la vendita ma che vengono impiegati in difformità alle indicazioni d'uso abituali. I protocolli sperimentali degli sperimentatori devono essere preventivamente valutati da un Comitato Etico che in Umbria è stato costituito con il nome di Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria (CEAS Umbria).

In Umbria la ricerca clinica è molto sviluppata, anche per la presenza dell'Università, soprattutto nel campo oncologico, cardiologico, diabetologico, neurologico, ematologico, ecc.

Complessivamente vengono esaminate dal Comitato Etico oltre 150 sperimentazioni all'anno con il coinvolgimento di migliaia di pazienti che ricevono trattamenti innovativi sotto il controllo del S.S.R.

Al fine di meglio garantire la governance del sistema in materia di ricerca clinica e di qualificare ulteriormente tale servizio, anche alla luce delle nuove norme nazionali, si rende necessario che le strutture sanitarie pubbliche umbre sviluppino una rete per la sperimentazione clinica, di concerto con l'Università ed il Ce.R.P.E.A, che si avvalga dell'attività della segreteria tecnico-scientifica qualificata del CEAS Umbria in seno all'Agenzia Umbria Sanità, mediante l'utilizzo di operatori specializzati nell'istruttoria dei protocolli clinici.

2. Farmacovigilanza

Tra le azioni per la minimizzazione dei rischi e danni alla salute derivanti dall'uso dei farmaci è fondamentale il potenziamento delle attività di farmacovigilanza e di vigilanza sui dispositivi medici, in cui è centrale il ruolo dei servizi farmaceutici quali centri di riferimento aziendali.

Va inoltre potenziata, con il supporto del Centro Regionale per la Promozione dell'Efficacia ed appropriatezza in ambito sanitario (Ce.R.P.E.A.), l'attività di formazione ai sanitari sulla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci e sulla farmacovigilanza attiva correlata alla valutazione ed al monitoraggio della qualità della terapia prescritta.

Particolare importanza assume anche il ruolo del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria (CEAS Umbria), per quanto riguarda le attività di farmacovigilanza nell'ambito delle sperimentazioni cliniche.

C. Formazione permanente

Lo sviluppo di una assistenza farmaceutica orientata alla appropriatezza prescrittiva e alle evidenze cliniche documentate, alla loro trasferibilità alla pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità fra efficacia e costi sostenuti, presuppone un processo di condivisione e informazione su tali evidenze in cui siano coinvolti tutti gli attori del sistema, nell'ambito di programmi aziendali di formazione permanente.

In quest'ottica assume particolare importanza creare a livello aziendale un gruppo permanente di persone che costituiscano un'interfaccia adeguata sia per i clinici che per i "decisori" (intendendo con tale termine tutti coloro che nell'ambito della organizzazione sanitaria prendono decisioni per gruppi di pazienti o popolazioni) in quanto in grado di:

- analizzare con metodo oggettivo i problemi di tipo sanitario;
- identificare le possibili opzioni per il miglioramento e la loro valutazione secondo criteri misurabili ed espliciti;
- scegliere, mettere in atto e monitorare azioni basate sulle evidenze scientifiche.

In questo contesto è strategico il supporto del Ce.R.P.E.A. e dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del più che decennale rapporto di collaborazione con la Regione Umbria.

D. Gestione centralizzata degli acquisti

Tra le principali attività affidate all'AUS rientra l'approvvigionamento di beni e servizi e, al tempo stesso, l'individuazione di nuove forme di razionalizzazione e gestione degli appalti.

Questa funzione strategica permetterà di consolidare la pratica degli acquisti centralizzati e raggiungere un livello ottimale di efficienza nell'espletamento e nella gestione delle gare per l'acquisto di farmaci, vaccini e dispositivi medici.

E. Implementazione dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni

La Regione ha compiuto negli anni considerevoli investimenti mirati a potenziare i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni, sebbene sotto tale definizione vengano ricomprese molteplici attività spesso non completamente coordinate e integrate tra loro.

E' necessario pertanto implementare e gestire i sistemi di monitoraggio e le tecnologie informatiche nell'ottica di un sistema unitario e integrato, mediante l'allineamento dei flussi delle attività territoriali e ospedaliere, sia per quanto riguarda i farmaci che i dispositivi medici. (N.B. Cfr. capitolo sistema informativo)

F. Integrazione ospedale-territorio

Tra le aree di criticità emerse nel precedente ciclo della programmazione, permane l'integrazione ospedale-territorio.

E' necessario pertanto, al fine di migliorare i percorsi assistenziali e quindi anche l'appropriatezza nella prescrizione di farmaci e dispositivi medici, che negli accordi interaziendali vengano previste:

- la condivisione di protocolli per la prescrizione e distribuzione di farmaci in dimissione dal ricovero o ad esito di una visita specialistica, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
- l'applicazione di criteri condivisi per le prescrizioni di forniture protesiche e di assistenza integrativa;
- la condivisione di strumenti e di azioni che disincentivino l'inappropriatezza prescrittiva.

G. La rete delle farmacie pubbliche e private

L'integrazione tra i diversi attori del SSR si ottiene anche attraverso la piena valorizzazione della rete delle farmacie pubbliche e private, in relazione alla loro capillare diffusione sul territorio, alla continuità del servizio attraverso i turni, alla qualifica professionale degli operatori addetti, che le connotano come presìdi sanitari territoriali funzionalmente ed organizzativamente integrati nel SSR in posizione di centralità nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e integrativa.

Particolare rilevanza assume la funzione sociale di presìdio sanitario che le farmacie rurali, in particolare, svolgono nelle aree disagiate, a tutela della popolazione ed in particolare degli anziani.

A questo si aggiunge la qualità dei servizi resi al cittadino, come già positivamente riscontrato con il servizio Farmacup e con l'accordo per la cosiddetta "distribuzione per

conto" ai sensi della legge 405/01, e la partecipazione attiva alle campagne di informazione e ai programmi di screening promossi dalla SSR.

La prescrizione specialistica

L'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità

Per garantire la prestazione giusta al momento giusto è stata in Umbria avviata una nuova modalità di prenotazione per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, utilizzando il metodo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO). Il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei che utilizza criteri clinici espliciti e limiti di attesa concordati a priori tra prescrittori ed erogatori per facilitare l'accesso ai servizi specialistici, rappresenta un approccio strategico al problema dei tempi di attesa ed al loro contenimento. Lo scopo di questo approccio è quello di garantire ai pazienti con maggiore necessità prestazioni in tempi più brevi.

La stratificazione della domanda in classi con priorità d'accesso formalmente differenziate rappresenta una metodologia da tempo applicata soprattutto nell'ambito delle attività di emergenza, dove il metodo del triage è utilizzato per prendere una decisione di priorità di cura, specie nei momenti di punte massime di domanda di intervento. In tali sistemi, la velocità e l'appropriatezza della decisione di intervenire subito o di ritardare di un po' l'intervento è spesso determinante per l'efficienza del sistema.

Vi sono condizioni patologiche nelle quali è possibile rinviare l'intervento diagnostico e/o terapeutico richiesto come urgente, senza per questo modificare la prognosi dell'utente. Tale presupposto è fondamentale per poter garantire a tutti una risposta disponendo, sia sul territorio sia presso i servizi di pronto soccorso, di una quantità di risorse che, nelle punte massime di domanda di intervento, può essere insufficiente per rispondere a tutti subito. In questi sistemi, nei quali l'afflusso degli utenti è spesso imprevedibile e oscillante nel tempo, la possibilità di attribuire, ai singoli utenti, tempi di attesa diversi è determinante per garantire l'efficacia del servizio, come esplicitamente previsto anche dal punto 2.1 del D.M. 15 maggio 1992 (Gazz. Uff. 25 maggio 1992, n. 121) con il quale sono stati fissati i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza.

Alla luce delle considerazioni sul "fattore tempo", nella prassi clinica quotidiana, non solo nell'emergenza ma anche negli interventi programmabili, ove ugualmente le risorse non sono infinite, il medico gestisce frequentemente tale fattore per poter garantire l'erogazione di prestazioni a suo parere differibili, comunicando in modo comprensibile, all'utente e all'organizzazione di cui fa parte, la propria decisione. Alla base della prassi di riferimento sta quindi il tempo, gestito con modalità che si presuppone non compromettano la prognosi del cliente-utente, né influenzino in modo significativo l'eventuale stato di sofferenza attuale.

E’ necessario utilizzare classi di priorità con contenuto clinico esplicito, che abbiano contenuti di misurabilità, che prevedano il monitoraggio continuo ed il feedback fra prescrittori ed erogatori di prestazioni specialistiche.

Oltre a quanto detto, si dovrebbero considerare alcuni principi, ovvero l’adeguatezza, l’accessibilità, la tempestività.

L’adeguatezza. Il parametro è volto ad esprimere la capacità del servizio sanitario di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno, in modo che l’assistenza sanitaria risulti equamente distribuita tra tutta la popolazione servita. L’adeguatezza è condizionata, oltre che dall’effettiva disponibilità di servizi, anche dalle procedure di accesso e dalle caratteristiche socio-culturali della popolazione considerata.

L’accessibilità. Impegna fortemente le strutture sanitarie, e implica non solo centri di prenotazione funzionanti, ma anche modalità organizzative che facilitino la gestione dei tempi di attesa.

La tempestività. Il fattore tempo deve essere esplicitato correttamente all’utente. Il paziente ha diritto a ricevere i trattamenti necessari in un periodo di tempo congruente con il bisogno e predeterminato, ad essere adeguatamente informato sulle modalità di accesso alla prestazione. I servizi sanitari devono poter garantire a ogni persona non soltanto l’accesso ai servizi, ma anche l’immediata iscrizione, se del caso, nelle liste di attesa.

Sul piano etico, due sono i concetti fondamentali da considerare:

- l’equità rispetto all’accesso ai servizi deve essere intesa in senso sostanziale, ossia parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute; differenza nell’accesso per bisogni diversi;
- i principi di priorità devono ispirare non solo l’erogatore ma anche il prescrittore.

Il medico che prescrive, infatti, è un professionista con una sua deontologia, e deve essere consapevole dei limiti della capacità di offerta delle prestazioni e agire di conseguenza, selezionando per criteri di priorità già all’atto della richiesta delle prestazioni. La scelta deontologica del medico deve, poi, tradursi in un rapporto positivo e concordato con il sistema erogante sui criteri di prioritarizzazione. Il medico, infatti, va valorizzato sia nella definizione dei concreti obiettivi di salute dell’azienda sanitaria e dei corretti percorsi di cura, sia nel rispetto degli stessi.

Va sottolineata la necessità, quale elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità, di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato. Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione dell'erogazione delle prestazioni il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

Gli operatori sanitari, nel vagliare la priorità di intervento sanitario, potranno avvalersi non soltanto dell'opinione di esperti, ma anche del supporto della E.B.M. (Evidence Based Medicine): quest'ultima aiuterà come ulteriore metodologia di giudizio nel procedimento diagnostico, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei medici le informazioni più aggiornate, controllate nella loro validità e immediatamente utilizzabili ai fini di un corretto comportamento clinico.

Si propongono tre classi di priorità per le attività ambulatoriali (considerando i primi accessi).

Per quanto attiene le prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'Accordo dell'11 luglio 2002 individua 3 categorie di attesa: classe A entro 10 giorni, classe B entro 30 e 60 giorni rispettivamente per visite e prestazioni strumentali, classe C entro 180 giorni.

L'applicazione di priorità di accesso alle prestazioni sanitarie non urgenti, porta ad affrontare in maniera globale il problema dell'accessibilità ai servizi, alla luce della crescente evoluzione della tecnologia e dei relativi costi, considerando anche la questione della accettabilità da parte sia dei fruitori delle prestazioni sia dei fornitori (professionisti). In tal senso, applicare priorità di accesso deve garantire da un lato la tempestività e quindi una adeguata efficacia degli interventi sanitari (utenti che hanno bisogno di prestazioni in tempi rapidi), dall'altro la riduzione dell'incremento incontrollato della spesa sanitaria pubblica (garantire tutto a tutti e subito). La definizione di criteri espliciti consente, inoltre, di rendere il più possibile trasparenti i motivi che assegnano tempi di attesa più brevi a utenti con maggior bisogno di cura.

Si tratta quindi di riconsiderare (come strategia di sistema) la logica generale di organizzazione delle agende di prenotazione, prevedendo sistematicamente l'utilizzo di classi di priorità, alle quali riportare tutte le richieste di prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Queste classi dovranno avere delle caratteristiche generali omogenee a livello nazionale, pur potendo prevedere delle articolazioni interne differenziate localmente o per settore.

Del resto, le valutazioni e gli indirizzi, ai diversi livelli, già si stanno muovendo in tal senso, al punto che il nuovo ricettario predisposto per il SSN prevede la presenza di quattro caselle ove il prescrittore, semplicemente marcando la prescelta, può indicare all'erogatore il livello di priorità che la richiesta implica: la prima casella (codificata come "U") si riferisce alle prestazioni urgenti, che devono trovare risposta immediatamente o nell'arco di alcune ore, mentre le altre tre caselle (nella nuova ricetta codificate, rispettivamente B, D e P) stanno ad indicare, in modalità decrescente, la classe di priorità richiesta, concettualmente corrispondenti alle classi A, B e C dell'Accordo dell'11 luglio 2002.

Le classi di priorità devono essere considerate come criteri di riferimento, da utilizzare in modo flessibile in funzione sia di esigenze locali sia di specificità settoriali. Con ciò si intende dire che le classi devono avere una omogeneità a livello nazionale (come già definito nell'Accordo del 11 luglio 2002 e ribadito nella legge 266/2005 e nel successivo

Piano Nazionale, che attribuisce alla Commissione Nazionale sull'Appropriatezza la predisposizione di linee guida per la fissazione di criteri di priorità), ma che a livello locale (regionale o aziendale) potrebbero esservi delle sottoclassi per specifiche esigenze o valutazioni (ad esempio, una classe A1 entro 3 giorni ed una A2 tra 4 e 10 giorni per la cardiologia o la diagnostica per immagini), mantenendo comunque l'impostazione generale soprattutto ai fini della confrontabilità dei dati.

4.3 La sicurezza delle cure

Il sistema dell'assistenza sanitaria è un sistema ad alta complessità e come tale gravato da rischi per i pazienti. Nonostante i notevoli progressi ottenuti nella prevenzione, diagnosi e cura di molte malattie, gli eventi avversi nell'assistenza sanitaria sono ormai riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica.

Nell'affrontare il tema della gestione del rischio clinico, il Piano Sanitario Regionale si prefigge di individuare e standardizzare, in maniera condivisa con le Aziende Sanitarie, una serie di strumenti adeguati ad individuare, prevenire e monitorare le condizioni favorenti o determinanti rischi e danni durante i processi sanitari.

Partendo da queste considerazioni si ritiene di prioritaria importanza, elaborare, individuare e definire modelli organizzativi e funzioni volti a verificare la qualità dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie.

Gestione del rischio clinico nelle Aziende

Le Aziende del SSR dell'Umbria dovranno sviluppare una specifica funzione aziendale dedicata alla gestione degli errori e degli eventi avversi in ambito clinico e sanitario, affinché sia possibile identificare gli elementi dell'assetto organizzativo, le regole e le procedure, confrontabili a livello regionale, in riferimento a questa area di responsabilità.

Le attività relative alla prevenzione e alla sicurezza in azienda sono molteplici e ciascuna con ambiti specifici di grado complesso. E' importante che tali attività facciano parte di una rete, di un'area all'interno della quale si realizzino forme di integrazione, collaborazione e ottimizzazione, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.

All'interno di ogni servizio specifico si realizza la massima integrazione, comunicazione al fine del raggiungimento di risultati.

Oltre ai servizi specifici a finalità preventiva (Servizio Prevenzione e protezione, Sorveglianza sanitaria, Fisica sanitaria, Gestione del Rischio Clinico, Accreditamento-Qualità) ci sono altri servizi e attività che sono intrinsecamente e organicamente collegate al Sistema sicurezza.

Il collegamento è indispensabile per le funzioni che svolgono e perchè concretizzano con atti specifici le indicazioni preventive fornite dai servizi di prevenzione (Ufficio tecnico - Ingegneria clinica - Provveditorato Economato - Servizio Farmaceutico Aziendale),

nonché per le funzioni preventive mirate cui sono preposti, ma che devono possedere una visione d'insieme e coordinata (Comitato Infezioni Ospedaliere - Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere - Comitato Buon Uso del Sangue - Commissione Rischio Radiologico)

Le linee per lo sviluppo della funzione

A. Livello strategico

L'obiettivo prioritario della fase di start-up della funzione di gestione del rischio clinico è quello di costruire sensibilità e attenzione strategica da parte dei massimi organi di governo aziendali sul tema generale della sicurezza dei pazienti e, più in particolare su quello del rischio di errori ed eventi avversi che si possono verificare nella pratica clinica e sanitaria.

Ne consegue che l'organo preposto al livello strategico per il governo della funzione, è il Collegio di Direzione, che – per tale aspetto - agisce sotto l'impulso ed il coordinamento del Direttore Sanitario.

Tale organo, nell'ambito delle funzioni consultive e di proposta complessive, analizza ed è informato sullo stato dell'arte e sulle problematiche che attengono al profilo di rischio aziendale, che si palesano dall'analisi di tutti i sistemi informativi aziendali, in particolare, con quanto concerne l'analisi dei reclami e del contenzioso sui sinistri occorsi nell'ambito della pratica clinica.

Il Collegio di Direzione indice almeno una riunione all'anno dedicata alla valutazione delle informazioni esistenti sul profilo di rischio clinico aziendale, dell'adeguatezza dei sistemi di gestione del rischio clinico e dei risultati dell'azione sul rischio clinico e fornisce indirizzi affinchè gli obiettivi annuali dei dipartimenti e delle unità operative contengano specifici riferimenti alle attività di gestione del rischio, di prevenzione dell'errore medico, di diffusione delle buone pratiche e di formazione specifica degli operatori.

Il Collegio di Direzione, inoltre, approva il " Rapporto annuale sul profilo di rischio" e il "Piano annuale di attività per la gestione del rischio clinico" ad esso sottoposto dal Responsabile Aziendale per la gestione del rischio clinico.

Il Rapporto annuale sul profilo di rischio è la sintesi delle informazioni relative al profilo di rischio derivante dal monitoraggio dell'insieme delle fonti informative aziendali. Esso identifica le aree di rischio e la valutazione della priorità di intervento su cui il Piano di attività annuale per la gestione del rischio determina la strategia di intervento.

Il Piano di attività annuale per la gestione del rischio è il documento che determina le linee annuali di gestione del rischio clinico, identificando le risorse dedicate al programma e la loro allocazione sulle diverse linee di azione/progetti specifici.

B. Livello operativo

Il livello operativo è costituito da una "Unità per la gestione del Rischio Clinico", a cui è preposto un Responsabile aziendale che è il responsabile dell'attuazione del programma aziendale dettagliato nel "Piano di attività annuale per la gestione del rischio", di cui ha inoltre la responsabilità della gestione dei progetti specifici.

Il livello operativo della funzione di gestione del rischio clinico rappresenta il punto di raccordo, informazione ed integrazione delle diverse funzioni e dei meccanismi aziendali preposti alla definizione delle linee di intervento, relative alle aree gestionali che alimentano il complessivo profilo di rischio aziendale.

Il responsabile è identificato dalla Direzione Generale tra i dipendenti dell'azienda in possesso di specifiche e qualificate competenze ovvero che abbia completato il percorso formativo specifico, previsto dalle presenti linee di indirizzo.

Il Responsabile aziendale per la gestione del rischio clinico:

coordina i gruppi di lavoro aziendali operanti nei progetti di gestione del rischio clinico;

garantisce l'avvio e la gestione dei sistemi informativi ad hoc per il monitoraggio del profilo di rischio Aziendale;

predispone il "Rapporto annuale sul profilo di rischio Aziendale";

predispone il "Piano di attività annuale per la gestione del rischio";

coordina la rete dei referenti per la gestione dei rischi clinici;

supporta la gestione del programma di audit clinico sulla gestione dei rischi;

indica gli interventi sulle singole funzioni e processi rilevanti (in particolare, la necessità di modificazione e integrazione delle regole, dei sistemi e delle procedure esistenti);

supporta la Direzione aziendale nella definizione degli obiettivi di budget previsti per i Dipartimenti/UU.OO.

Il Responsabile aziendale, inoltre, gestisce le risorse aziendali specificamente dedicate al programma aziendale di gestione del rischio clinico dettagliato nel "Piano di attività annuale per la gestione del rischio", secondo le indicazioni della Direzione Strategica Aziendale.

Il Responsabile garantisce la multidisciplinarietà e la partecipazione dei rappresentanti delle funzioni aziendali maggiormente coinvolte (Servizio di Prevenzione e Protezione, Ufficio Qualità, Ingegneria clinica, Sorveglianza sanitaria, Comitato Infezioni Ospedaliere, Comitato Buon Uso del sangue ed eventuali altre competenze ritenute necessarie) a seconda degli obiettivi di gestione del rischio clinico stabiliti.

Il livello attuativo è riferito alla gestione di rischi clinici specifici che rientrano nell'ambito di responsabilità diretta del personale medico e sanitario, collocato necessariamente a livello delle singole linee di attività clinico-assistenziali;

La responsabilità attuativa è in carico ai responsabili delle strutture complesse e dei dipartimenti assistenziali, prevalentemente attraverso la metodologia dell'audit clinico.

I progetti per il triennio di vigenza del piano

In prosecuzione con quanto stabilito dalla D.G.R. 393/2004, sono attribuite al Centro Interaziendale per la gestione del rischio clinico, istituito presso la ASL n.1 di Città di Castello, la realizzazione dei sottoelencati progetti e l'implementazione dei seguenti obiettivi, in aggiunta a quelli già assegnati con il citato atto:

A. Formazione degli operatori sanitari

E' già stato avviato un percorso di formazione introduttivo al tema della gestione del rischio clinico, che ha coinvolto molti operatori presso la sede della Scuola Regionale di Sanità (Villa Umbra).

E' necessario sviluppare tale percorso, attraverso:

la realizzazione di un corso di formazione per "Risk manager", rivolto ai responsabili aziendali e agli altri operatori coinvolti nella gestione di progetti e percorsi aziendali di gestione del rischio clinico (circa 30 partecipanti);

l'attivazione di un modulo specifico sulla gestione dei rischi clinici in tutte le iniziative di formazione manageriale per medici e per operatori del comparto, appartenenti alle professioni sanitarie.

Tali iniziative di formazione devono conseguire l'obiettivo di:

fare acquisire conoscenze teoriche e abilità tecniche e pratiche in tema di metodologia nonchè strumenti di analisi e di valutazione per la gestione del rischio;

diffondere in tempi rapidi una generalizzata cultura del rischio e della sicurezza tra gli operatori sanitari.

B. Informazione rivolta ai cittadini/pazienti

Per un corretto coinvolgimento degli utenti, risulta necessario attivare la pubblicazione di una pagina web su ciascun sito aziendale dedicata alle politiche messe in pratica dall'azienda per la gestione del rischio clinico. Essa dovrà comprendere sezioni generali sui principi e i metodi della gestione del rischio, alert sui rischi più diffusi, informazioni inerenti le possibili modalità di segnalazioni e/o reclami, le regole e i diritti per il consenso informato e per una completa informazione sulle iniziative per la sicurezza delle cure.

Particolare attenzione dovrà essere posta nel coinvolgimento delle Associazioni di tutela dei cittadini sulle iniziative per la sicurezza proposte a livello aziendale.

C. Il sistema informativo

Nel perseguimento della migliore tutela dell'interesse pubblico rappresentato dal diritto alla salute e dalla garanzia della qualità del sistema sanitario, deve essere creato presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, un sistema informativo per il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza, nell'ambito delle disponibilità di risorse aziendali.

I singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritarie di analisi degli stessi.

Il sistema informativo differenzierà diversi livelli di lettura del dato, prevedendo la trasmissione attraverso uno specifico flusso alla Regione e al Ministero della Salute, per le parti di competenza.

Il sistema informativo, unico per le tutte le aziende sanitarie della regione, riguarderà la parte di monitoraggio degli eventi sentinella, sia la parte di gestione dei sinistri, come da progetti sottoindicati.

In adesione al progetto proposto dal Ministero nell'ambito della realizzazione del NSIS, verranno condivisi e stabiliti la struttura, le modalità e i tempi di realizzazione del sistema informativo.

D. I progetti

Progetto "Qualità della documentazione clinica"

Descrizione:

La scelta di verificare i requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica come oggetto di lavoro è motivata dalla considerazione che la tenuta della documentazione sanitaria è uno strumento strategico per la gestione del rischio sia in logica proattiva (poiché la cartella clinica è il supporto informativo della presa in carico del paziente in ospedale) che reattiva (in quanto in caso di sinistro la cartella clinica è il riferimento per risalire al percorso del paziente nell'ambito dell'audit clinico dell'evento).

Azioni:

definizione e condivisione dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica e dei relativi indicatori (check list per la valutazione della documentazione sanitaria);

formazione dei rilevatori;

verifica dei requisiti minimi in un campione di cartelle cliniche scelte con criterio randomizzato;

presentazione e discussione dei risultati con le singole strutture.

Risultati attesi:

Maggiore completezza e accuratezza nella compilazione cartella clinica;

Definizione dei contenuti e delle modalità di gestione della cartella clinica al fine di pervenire a delle Linee Guida Regionali.

Progetto "Audit nell'ambito di Metodologie e strumenti per la gestione del rischio clinico"

Descrizione:

L'audit clinico, definito come l'"iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell' assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario", è un metodo mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità assistenziale ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito (standard di riferimento condivisi, scientifici e/o aziendali) e se quanto stabilito viene effettuato efficacemente.

Strumenti:

Root Causes Analysis (RCA) o Analisi delle cause profonde: tecnica di analisi di tipo "reattivo" che a partire da errori riscontrati in un sistema, ne ricerca le cause attraverso un metodo induttivo che procede in profondità mediante domande che esplorano il perché di ogni azione e di ogni sua possibile deviazione. Con la RCA, è possibile determinare i fattori umani direttamente associati all'incidente ed i fattori latenti e identificare i cambiamenti necessari per evitare il ripetersi dell'evento avverso.

Failure Mode Effect Analysis (FMEA) o Analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti: tecnica di analisi di tipo "proattivo" che individua le criticità presenti nei processi di

cura prevedendo le eventuali conseguenze di queste criticità in modo da ridisegnare il processo per minimizzare i rischi.

Azioni:

verifica dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica (riesame della documentazione sanitaria);

analisi di eventi critici e/o avversi (riesame della documentazione sanitaria e delle procedure assistenziali e organizzative esistenti);

valutazione periodica di specifici outcome clinici.

Risultati attesi:

promozione dei comportamenti atti a prevenire il ripetersi delle non conformità rilevate;

migliorare l'appropriatezza e l'organizzazione dei processi di cura ospedaliera;

ridurre la variabilità dei comportamenti professionali.

Progetto "Sviluppo di procedure aziendali per la gestione di rischio specifici"

Descrizione:

A supporto del trattamento di rischi specifici, dovranno essere sviluppate le procedure già condivise dal gruppo operante nel Centro Interaziendale e di seguito riportate:

procedura aziendale per l'informazione del paziente e la raccolta del consenso in modo che siano deontologicamente, eticamente e giuridicamente corrette;

procedura aziendale per la definizione del profilo di rischio in sala operatoria e per l'individuazione di un set di indicatori specifici per il suo monitoraggio, al fine di assicurare, attraverso l'adozione di opportune azioni correttive e azioni preventive, un' adeguata gestione dei rischi che possono verificarsi durante le diverse fasi del processo assistenziale chirurgico.

Risultati attesi:

corretta gestione dell'informazione e raccolta del relativo consenso con l' elaborazione di Linee di indirizzo regionali;

controllo dei rischi in sala operatoria;

controllo del processo di gestione del disservizio/evento avverso (segnalazioni interne e contenzioso) al fine di agevolarne lo svolgimento in modo corretto e di effettuare delle verifiche di conformità in autovalutazione.

Progetto "Sistema di classificazione regionale dei sinistri e di gestione dei flussi informativi sui sinistri"

Descrizione:

E' necessario predisporre un sistema uniforme di classificazione regionale dei sinistri con relativo database al fine di fornire al SSR un supporto pratico e operativo per il monitoraggio dei contenuti di sinistrosità e delle aree organizzative maggiormente esposte.

Azioni :

predisposizione e sperimentazione di un modello regionale per la gestione dei sinistri e sviluppo di un software dedicato, anche attraverso l'analisi di modelli già sperimentati in altre realtà.

Risultati attesi:

definizione a livello regionale di un supporto pratico e operativo per il confronto e il monitoraggio dei contenuti di sinistrosità e delle aree organizzative maggiormente esposte;

Fornire una base alle decisioni di strategia assicurativa per RCT di sistema.

Progetto " Monitoraggio degli eventi sentinella"

Descrizione:

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 pone enfasi, nell'ambito della promozione delle politiche di governo clinico, alla sicurezza dei pazienti e in particolare prevede che "…le attività di monitoraggio devono essere condotte secondo un criterio graduato di gravità di eventi, prevedendo che i tre livelli, nazionale, regionale ed aziendale, possano promuovere le rispettive azioni, secondo un disegno coerente e praticabile. Deve essere attivato un monitoraggio degli eventi sentinella…".

Il Ministero della Salute ha infatti definito un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella con l'obiettivo di condividere con le Regioni e le Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione degli eventi sentinella sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Azioni:

implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni prodotte dal Ministero per ogni specifico evento avverso;

implementazione e sviluppo di uno specifico sistema informatizzato per la raccolta delle informazioni inerenti gli eventi;

attivazione di flussi specifici tra Azienda, Regione, e Ministero;

Risultati attesi:

definizione a livello regionale di una modalità univoca di sorveglianza degli eventi avversi;

monitoraggio degli eventi sentinella;

valutazione dei risultati per verificare l'impatto dell'applicazione delle raccomandazioni.

4.4 L'epidemiologia

L'approccio epidemiologico può garantire l'avanzamento della cultura della salute in seno alla popolazione, ma anche sostenere l'attenzione agli obiettivi di salute all'interno dello stesso sistema sanitario.

Vanno però superati due ostacoli, riferiti agli operatori e ai decisori.

Il primo è di carattere prevalentemente organizzativo e funzionale e nasce da una difficoltà dell'epidemiologia a confrontarsi con altre discipline e con chi ha altri riferimenti culturali e professionali. Questo comporta anche minore efficacia nel far comprendere il senso dei risultati epidemiologici a chi da quei risultati dovrebbe trarre sostegno per le proprie scelte.

Il secondo risponde a dinamiche legate alla scarsa propensione dei decisori a fissare obiettivi di lungo corso e può offuscare la consapevolezza del ruolo dell'epidemiologia come portatrice di un metodo scientifico indispensabile per fare programmazione e governo, portando a preferire informazioni più tempestive, ma limitate al tema dei consumi e delle prestazioni.

L'ipotesi centrale del modello

L'ipotesi centrale di un modello di rete epidemiologica regionale si basa sull'assunto che l'epidemiologia, in aggiunta ai contenuti tradizionali che ne fanno "una" delle discipline sanitarie specialistiche, deve caratterizzarsi nel ruolo generalista di orientamento per le strategie pubbliche finalizzate alla tutela della salute, e fungere da cardine di ogni futura politica sanitaria.

Questa affermazione deve però essere coerente con la dinamica seguita dai determinanti che oggi influiscono sullo stato di salute della popolazione. Da un lato, infatti, diventa sempre più complesso il tema della prevenzione, che deve affrontare i fattori di rischio ambientali e comportamentali e attuare, quando possibile, le forme di diagnosi precoce di riconosciuta efficacia. Dall'altro emerge il tema della cronicità e del controllo degli esiti invalidanti delle patologie, dei traumi e dell'invecchiamento.

Tutto ciò, per quanto affrontato con servizi sanitari pubblici efficaci, sta innalzando il costo della salute in una misura mai riscontrata nel passato.

Lo stato di salute che bisogna saper monitorare riguarda ancora la speranza di vita, la mortalità evitabile e la morbosità, ma deve comprendere anche temi come le dipendenze, la salute mentale, la qualità della vita, il funzionamento (psico-fisico, relazionale e sociale) e l'autosufficienza.

Deve quindi crescere la capacità di fornire informazioni utili alle strutture e agli operatori che intervengono sull'ambiente, sul mondo del lavoro, sugli stili di vita, sulla riduzione dei danni, sulla riabilitazione, ma deve crescere anche la capacità di comunicare con i responsabili di quelle politiche per la salute che vanno perseguite al di fuori del sistema sanitario, per sostenerli sia in fase di progettazione che di verifica dei risultati.

Devono crescere le risorse, in termini di numero e di competenze degli epidemiologi, di spazi di interazione con professionisti diversi, di disponibilità e qualità dei dati, rispettando i confini della compatibilità di bilancio, anzi contribuendo ad orientare il risparmio sulla base delle priorità di salute.

Nel corso del prossimo triennio si dovrà quindi favorire il radicamento dei Servizi di epidemiologia nelle rispettive aziende come risorse per supportare le decisioni e le verifiche, definendo un set minimo di competenze, tecnologie e base informativa per il funzionamento degli stessi.

A partire da ciò è fondamentale consolidare la rete dell'epidemiologia nel servizio sanitario regionale, indicando le strutture che la costituiscono, formalizzandone il loro ruolo in accordo con le Aziende presso cui sono organizzativamente collocate, nonché individuando gli uffici regionali che concorrono all'azione di indirizzo e coordinamento delle attività epidemiologiche e i loro ruoli nella interlocuzione con la rete epidemiologica.

Per il corretto funzionamento della rete è altrettanto importante però definire e concordare con le Direzioni Aziendali i livelli di coordinamento e di delega per i principali sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica e per l'aggiornamento del contesto epidemiologico regionale, ai fini del monitoraggio del presente Piano e del sostegno a quello successivo.

4.5 Il sistema di finanziamento

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Come noto il D. Lgs. 502/92 segna una svolta sostanziale nella fissazione delle modalità di finanziamento del SSN, in particolare degli erogatori di prestazioni di degenza ospedaliera, con il passaggio dal sistema di remunerazione per fattori produttivi di tipo retrospettivo, a un sistema di pagamento "a caso trattato" secondo tariffe predeterminate, basate sulla classificazione dei pazienti per DRG.

Il D.Lgs. 229/99 introduce quindi il principio della contestualità fra finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e determinazione del fabbisogno di risorse per l'erogazione delle prestazioni incluse nei tre livelli assistenziali.

Il principio introdotto dal D.Lgs. 229/99 è stato attuato, nella logica dell'amministrazione concertata derivante dal nuovo assetto costituzionale delle competenze, dagli accordi tra Governo e Regioni, rispettivamente dell'8 agosto 2001, successivamente rinnovato con l'Accordo 23 marzo 2005 e con il Patto per la salute del 28 settembre 2006, con i quali è stata fissata l'entità del fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale per i trienni 2002 – 2004, 2005 – 2007 e 2007 – 2009.

Contestualmente con il DPCM 29 novembre 2001 è stata definita la struttura dei livelli essenziali di assistenza attraverso una prima lista positiva che elenca le prestazioni garantite dal SSN, suddivise in 3 macrolivelli (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera), ognuno dei quali è a sua volta suddiviso in microlivelli; le altre tre liste sono costituite dalle prestazioni totalmente escluse dai LEA (lista 2a), dalle prestazioni erogabili a pazienti in presenza di specifiche condizioni cliniche (lista 2b) e da prestazioni di ricovero indicate come potenzialmente inappropriate se erogate in regime di ricovero ordinario (lista 2c).

Il modello adottato prevede, quindi, una limitazione del principio di globalità, ma accetta che questa si eserciti attraverso una selezione delle prestazioni erogabili affidata esclusivamente a criteri di efficacia e appropriatezza d'uso, in parte esplicitati nelle liste 2a, 2b e 2c e in parte introdotti implicitamente nelle strategie e nei meccanismi attuativi delle politiche sanitarie.

Si innesca quindi un procedimento iterativo volto a definire ciclicamente il fabbisogno, le regole di erogazione dei LEA, l'allocazione del finanziamento per ogni livello di assistenza.

Se nella fase di avvio, si è adottato il criterio che, come punto di partenza, le prestazioni ricomprese nei LEA fossero identificate con quelle di fatto erogate, mentre

l'innalzamento dei livelli di efficacia e di appropriatezza veniva riconosciuto come principale leva per garantire il controllo dei costi e il mantenimento della spesa complessiva nei limiti programmati, successivamente si è lavorato ad un progressivo affinamento dei criteri di individuazione delle prestazioni e della loro erogazione.

Il finanziamento delle strutture erogatrici

Il sistema di remunerazione a prestazione previsto dal D.Lgs n.502/92 e modificato dal D.Lgs n.229/99 rappresenta lo strumento principale attraverso il quale le Regioni possono indirizzare gli erogatori verso una corretta erogazione delle prestazione del livello assistenza ospedaliera e controllarne gli effetti finanziari**.**

Il sistema vigente, introdotto dal 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 vengono 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 DRG., 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, offre alla Regione la possibilità di incentivare o disincentivare selettivamente determinate aree di attività, in coerenza con le esigenze prioritarie individuate dal proprio disegno programmatorio e con i criteri di efficacia e di appropriatezza definiti dalla stessa programmazione regionale.

In definitiva lo strumento è in grado di esercitare il controllo sui costi unitari di produzione e sui volumi di attività, esercitando su questi ultimi un filtro secondo criteri di appropriatezza come voluto dal DPCM 29 novembre 2001.

Il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

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).

Le deliberazioni di riparto del Fondo Sanitario Regionale nel periodo di vigenza del precedente piano hanno in una prima fase sostanzialmente riproposto i criteri assunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente, tralasciando la correzione secondo i tassi standardizzati di mortalità per la scarsa variabilità che caratterizza le diverse aree dell'Umbria e quindi sono state caratterizzate da una semplificazione, basandosi su un riparto capitario secco.

Complessivamente la strategia di riparto descritta, comprensiva anche di meccanismi di finanziamento a funzioni alle Aziende Ospedaliere e tetti programmati per l'attività infragruppo, considerando anche gli interventi di rifinanziamento, ha positivamente supportato la gestione del sistema, contribuendo alla complessiva sostenibilità delle strategie e mantenendo un buon grado di equilibrio nella distribuzione delle risorse effettivamente spese nelle varie zone del territorio.

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

- affinare la metodologia di calcolo della quota capitaria reintroducendo meccanismi di allocazione basati su sistemi di pesatura della popolazione;
- introdurre i nuovi pesi in maniera progressiva, dopo opportuni periodi di sperimentazione, ad iniziare dalla valutazione dell'allocazione delle risorse all'interno del territorio aziendale;
- 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, ai presidi su base tariffaria per le attività di elevata complessità e per funzione composita per le attività di integrazione con il territorio.

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.

L'ultima rilevazione dei costi sostenuti per livelli di assistenza effettuata dalla Regione Umbria, relativa all'anno 2007, evidenzia una distribuzione pari al 4,62% del totale relativi alla prevenzione, al 45,64% all'assistenza ospedaliera e al 49,74% all'assistenza distrettuale sul territorio, contro valori nazionali pari, rispettivamente al 4,22%, 46,3% e 49,53%. Tenendo conto di tale analisi, delle complessive scelte di programmazione e dell'evoluzione dei bisogni sanitari determinata, ad esempio, dall'invecchiamento della popolazione e dell'aumentata percezione del bene salute e considerato l'elevato ritorno in termini economici e di salute dei costi sostenuti per la prevenzione, la Regione Umbria si pone l'obiettivo tendenziale di allocazione delle risorse finanziarie disponibili nel triennio 2009-2011, pari ad almeno il 5% per la prevenzione, ad almeno il 51% per l'assistenza territoriale e al 44% per l'assistenza ospedaliera.

Il finanziamento delle strutture erogatrici

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, fin dall'approvazione della L.R. 3/98 la Regione e con gli obiettivi poi confermati dal D.Lgs 229/99, ha introdotto il principio che le strutture erogatrici siano finanziate secondo un ammontare globale, predefinito negli accordi contrattuali stipulati con gli acquirenti delle prestazioni.

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 attraverso l'impianto di un'adeguata funzione di controllo dell'uso appropriato dell'ospedale e strumenti di regolazione a cominciare dagli accordi contrattuali, comprensivi degli standard del controllo.

Come detto nella parte descrittiva del sistema previsto dal D.Lgs 229/99, 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.

Già il decorso Piano individuava le funzioni assistenziali finanziabili secondo i costi standard di produzione e le raggruppava 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.*

Preso atto dell'attualità dell'indicazione, il sistema di finanziamento degli erogatori per il triennio di piano può essere così sintetizzato:

- conferma della remunerazione a prestazione, in particolare per le attività di elevata complessità e per quelle non interessate al finanziamento a funzione, 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, confermando un impegno tendente a rendere il sistema tariffario conformato ai costi e idoneo a supportare strategie di efficienza delle strutture produttive;
- sviluppo della remunerazione a funzione, in particolare negli accordi tra Aziende ospedaliere e Aziende ASL di riferimento, mediante l'individuazione di specifici "budget di funzioni composite per l'integrazione" su cui corresponsabilizzare i contraenti, per finanziare in particolare programmi di assistenza fondati sul principio della continuità assistenziale; per incentivare tali programmi è ipotizzabile la determinazione in fase di programmazione di una quota, entro i tetti negoziali di global budget, finalizzata al finanziamento degli stessi;
- introdurre o sviluppare per la gestione dei presidi ospedalieri di ASL logiche di tipo budgetario, recuperando l'utilizzo dei sistemi tariffari come sistema di monitoraggio dei volumi;
- definire specifici sistemi di remunerazione per le attività a produzione accentrata e fruizione diffusa (es. laboratorio unico di analisi, teleradiologia..);

4.6 I sistemi amministrativo contabili

Il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni ha previsto, per le Aziende Sanitarie, l'adozione di un sistema di contabilità economico-patrimoniale conforme ai principi civilistici. Con tale normativa il legislatore ha supportato la più generale riforma del Sistema Sanitario Nazionale, assegnando alle Regioni un ruolo di guida e una maggiore autonomia nella definizione di linee di indirizzo, di gestione e di controllo delle strutture sanitarie.

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 ha previsto tra le priorità il miglioramento e l'affinamento delle tecniche contabili ed il rafforzamento della capacità di guida dei processi del livello regionale attraverso la definizione di linee guida e norme tecniche per la formulazione uniforme dei bilanci. In attuazione di tale obiettivo, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 428 del 9/3/2005 è stato approvato uno schema di protocollo di intesa tra la Regione Umbria e la Regione Toscana per realizzare un progetto di perfezionamento dei sistemi amministrativo contabili e di controllo delle proprie Aziende sanitarie.

Il progetto ha inteso perseguire una duplice finalità: il miglioramento dei sistemi di rilevazione e controllo e la creazione dei presupposti per migliorare la capacità informativa nonché la trasparenza dei bilanci delle proprie Aziende. Il raggiungimento di tali obiettivi

consente altresì di perfezionare il consolidamento dei processi contabili e di favorire la comparabilità e il controllo esterno dei bilanci aziendali. [3]

Dal punto di vista operativo è stata svolta un'indagine preliminare sul grado di omogeneità/differenziazione dei sistemi contabili in atto, al fine di verificare il livello di organizzazione dei sistemi di controllo interno, di valutare il grado di uniformità delle scelte contabili effettuate e di individuare le aree di disomogeneità o di criticità.

Tale indagine, propedeutica alla definizione di standard contabili e di controllo interno regionali, è stata effettuata mediante la compilazione di una apposita "check list" da parte dei referenti dei diversi settori amministrativi aziendali. Tale analisi, sebbene abbia evidenziato un buon grado di organizzazione dei sistemi di controllo interno, ha rilevato delle differenze nelle scelte contabili, dettate da diverse interpretazioni, tutte condivisibili ma disomogenee.

Successivamente è stato costituito un *Comitato* Regionale di Supervisione, composto dai referenti delle Regioni Umbria e Toscana, dell'Università degli Studi di Firenze e della Corte dei Conti-Sezione Regionale di Controllo; un *Laboratorio* per la Comparazione Interregionale costituito da referenti delle Regioni Umbria e Toscana, dell'Università degli Studi di Firenze e di alcune Aziende Sanitarie umbre e toscane e un *Gruppo di Lavoro* Tecnico-Operativo composto dai referenti dell'Università degli Studi di Firenze, delle Aziende Sanitarie umbre, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche e dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (A.R.P.A.. Umbria).

Il lavoro dei soggetti sopra menzionati ha prodotto i Nuovi Principi Contabili per la redazione del Bilancio di esercizio delle Aziende Sanitarie, conformi a quelli adottati dall'Ordine dei Dottori Commercialisti, ciascuno corredato dalla rispettiva procedura minima di controllo, ovvero meccanismi operativi per area di bilancio atti a garantire la ragionevole sicurezza dell'affidabilità informativa dei processi amministrativi. Tali procedure, ispirandosi agli obiettivi di regolarità amministrativa tipici della revisione aziendale, creano un meccanismo virtuoso per cui i singoli preposti alla gestione delle unità operative aziendali divengono formalmente il cardine e i responsabili della qualità amministrativa.

La Giunta Regionale in data 20/12/2006, con atto n. 2281, ha poi deliberato le direttive vincolanti per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere umbre per l'adozione di sistemi contabili e di controllo interno omogenei. Con tale provvedimento si è disposto di adottare, in forma sperimentale, i Principi Contabili Comuni e le procedure minime di controllo interno e si è stabilito che le Aziende Sanitarie umbre, a partire dall'1/1/2007, debbano, per la durata della sperimentazione, verificare l'adeguatezza operativa dei propri sistemi

[3] Nell'ambito dei rapporti istituzionali tra le Regioni Umbria e Toscana, tale protocollo di intesa ha previsto che la Regione Toscana metta a disposizione della Regione Umbria il know-how acquisito attraverso la realizzazione del progetto di implementazione della revisione contabile dei bilanci. Tenuto conto delle competenze scientifiche e tecniche che le attività connesse all'attuazione di tale progetto richiedono, la Regione Toscana ha ritenuto necessario avvalersi del Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Firenze. La Regione Umbria, vista la utile e proficua collaborazione fra il sopra citato Centro e la Regione Toscana, con Deliberazione n. 2018 del 30/11/2005 ha reputato opportuno impiegare la stessa metodologia già sperimentata, incaricando il C.U.S.A.S. quale consulente del progetto.

contabili e di controllo adottati e adeguare le proprie strutture e procedure organizzative ai nuovi standard.

Con Deliberazione n. 1575 del 1.10.2007 la Giunta Regionale ha poi definitivamente approvato i sopra citati Principi Contabili Comuni e le Procedure Minime di Controllo Interno, già sperimentati dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere umbre a decorrere dal 1/1/2007.

È stato definito, così, un meccanismo di standardizzazione dell'informativa contabile che rafforza le dinamiche di controllo sul sistema. Alle Aziende si chiede ora di misurarsi sul tema dell'ADEGUATEZZA dei controlli interni. Il framework dato dalla Regione non migliora solo l'"ambiente del controllo", fornendo regole chiare sull'attendibilità informativa, ma fa esplicito riferimento alla necessità di implementare nelle Aziende logiche e strumenti di analisi dei processi tipicamente audit[4].

È proprio sul tema dell'auditing, che si concentra la nuova sfida per le Aziende Sanitarie, chiamate ad ottimizzare gli effetti dei nuovi strumenti definiti.

Due sono i percorsi di sviluppo del progetto in ambito aziendale individuati.

Il primo risulta legato alla verifica della effettiva applicazione dei nuovi principi contabili regionali da parte delle Aziende, alle quali è chiesto di misurarsi anche con la certificazione dei bilanci: in tal senso la Regione Umbria, ha avviato un progetto sperimentale che prevede un percorso di avvicinamento alla revisione di bilancio, articolato in tre fasi: indagine preliminare in ambito aziendale, conduzione di check up sui controlli interni, richiesta di certificazione esterna.

Il secondo percorso risulta invece più ambizioso, in quanto teso a SVILUPPARE esperienze di internal auditing: si tratta di individuare soggetti e meccanismi di lavoro che supportino le Direzioni Aziendali per valorizzare l'attività operativa svolta nell'ambito dei processi amministrativi interni, partendo magari proprio dalla certificabilità delle informazioni contabili secondo gli standard contabili regionali, per poi tentare di sviluppare, secondo metodologie tipiche dell'audit interno, analisi di processo e di rischio amministrativo in grado di potenziare la trasparenza e l'efficienza gestionale delle Aziende.

L'obiettivo di fondo del progetto, al di là della certificazione come riconoscimento formale, è quello di operare una modernizzazione complessiva dell'organizzazione amministrativa delle Aziende, in linea con il modello delineato complessivamente dal Piano e con le esigenze di conformità amministrativa richieste dal sistema, ex D.Lgs 286/99, a supportare lo sviluppo di un sistema di controllo del livello regionale basato sul consolidamento dei flussi e l'interoperabilità dei sistemi.

Lo sviluppo del sistema nel triennio di vigenza del piano può essere così sintetizzato:

[4] A dimostrazione della particolare attenzione rivolta verso tali ambiti la Regione Umbria ha individuato tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie l'implementazione di nuove tecniche di monitoraggio e di controllo della spesa, la verifica periodica della quale è affidata ad un apposito piano di adeguamento del sistema di controllo interno, a seguito dell'introduzione dei nuovi principi contabili. Tra le azioni poste in essere dalla Regione Umbria per il potenziamento, lo sviluppo e l'omogeneizzazione dei sistemi amministrativo contabili e di controllo è stata anche prevista anche l'adozione da parte di tutte le Aziende dello stesso software, al fine di facilitare il "Governo della Spesa".

	ACCOUNTABILITY	I CONTROLLI	LA CORPORATE
OBIETTIVI	Definire una base di dati omogenea e favorire la comparazione dei dati	Strutturare un sistema di controllo sui dati aziendali razionalizzando gli strumenti informativi	Costruire un sistema di governance basato sulla logica e la cultura del controllo audit;
ATTIVITA'	• Rettifica e Adeguamento ai nuovi principi contabili, • Bilancio Consolidato	• Messa a regime completa e razionalizzazione sistema SAP; • Costruzione di un sistema di procedure aziendali; • Certificazione/revisione di bilancio;	• Costruzione di un sistema di monitoraggio; • Costruzione di un sistema di valutazione; • Costruzione di un sistema di programmazione;
SOGGETTI	• Aziende; • Regione/AUS;	• Aziende; • Regione/AUS;	Regione/AUS;

4.7 La rendicontazione sociale

Il Servizio Sanitario Pubblico è, come tutta la P.A., chiamato sempre più a rendere conto ai cittadini dei risultati conseguiti attraverso l'uso delle risorse pubbliche.

Questo richiede lo sviluppo di capacità e strumenti innovativi che, in maniera più trasparente e leggibile rispetto ai bilanci economici di esercizio, consentano alle organizzazioni pubbliche di comunicare alla comunità e renderla consapevole rispetto alle scelte di programmazione e agli impatti della attività realizzata in termini di risultati raggiunti e effetti prodotti rispetto agli obiettivi , e non solo più, quindi, in termini di risorse economiche assorbite.

In questo contesto, non vi è dubbio che, nonostante un disegno normativo tendente a definirle come strutture orientate al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia gestionale – fattori più o meno enfatizzati nelle diverse configurazioni che i modelli regionali hanno sviluppato, le aziende sanitarie appartengano alla grande famiglia dei soggetti economici "etici".

Ciò in particolare in relazione alle finalità delle aziende stesse, definite in relazione alla tutela di un diritto costituzionalmente garantito, il diritto appunto alla salute, perseguito, in questa fase storica, attraverso interventi organizzati di Sanità Pubblica e la garanzia di livelli essenziali di assistenza (nel senso di necessari e appropriati).

L'altra caratteristica che per alcuni osservatori favorisce l'adozione della rendicontazione sociale risiede nella natura pubblica dei soggetti interessati.

"*In altri termini, il bilancio delle amministrazioni pubbliche non può non essere sociale per definizione, perché origina dall'uso di risorse comuni destinate a generare benefici per la società. Se non riesce a dar conto di questa sua funzione, il bilancio di un*

ente pubblico è freddo e sterile. Se da un lato, infatti, esso consente (e comunque solo agli addetti ai lavori) di valutare i risultati economico-finanziari conseguiti attraverso la corretta applicazione dei principi contabili, ben poco dice e comunica circa le scelte strategiche e le politiche che hanno orientato l'allocazione e l'uso delle risorse pubbliche e, soprattutto, circa i risultati e gli effetti prodotti dall'azione dell'ente rispetto al territorio e alla comunità di riferimento. La dimensione sociale del bilancio di un ente pubblico non traspare e non è comunicata.

Paradossalmente, pur costituendo la sua finalità principale, la dimensione sociale dell'operato delle amministrazioni non è oggetto di rendicontazione"("Rendere conto ai cittadini – Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche" – A cura di A. Tanese).

Il Bilancio Sociale è stato sperimentato negli ultimi anni da numerose Amministrazioni pubbliche e Aziende Sanitarie quale strumento atto a esplicitare questo rapporto, tanto da divenire oggetto di una specifica Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica del 17 febbraio 2006 e, in Umbria, oggetto di una attività di studio e sperimentazione realizzata tramite il Centro Interaziendale per il Bilancio Sociale nelle aziende Sanitarie Pubbliche, istituito con DGR 191 del 10.2.2005, che ha prodotto nel 2008 le Linee Guida regionali e la sperimentazione presso la azienda sanitaria locale n. 2, presentate con il convegno del 12.5.2008.

Il BS secondo le citate linee guida è l'esito di un processo con il quale ogni azienda del sistema sanitario regionale rende conto, in un dato periodo, delle scelte, delle risorse, delle attività e dei risultati, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare una valutazione consapevole su come l'azienda interpreta e realizza la sua missione istituzionale e sulle ricadute che genera sulla collettività.

Tale processo non assolve solo ad una funzione comunicativa, ma è strettamente collegato al sistema aziendale di pianificazione, programmazione e controllo, con cui, infatti, il processo di rendicontazione sociale è in rapporto non solo in quanto diventa una delle modalità previste in modo strutturale dal sistema aziendale, ma anche perché rappresenta la visione e l'approccio di fondo dell'intero sistema di programmazione, consentendo all'Azienda di orientare e focalizzare meglio le proprie scelte nonchè i propri sistemi interni di controllo e valutazione.

Il processo di realizzazione del BS non è pertanto aggiuntivo nel ciclo di P&C, ma strutturalmente integrato ad esso e contribuisce anzi al suo miglioramento. A tale scopo questo piano regionale ha operato una rivisitazione/semplificazione degli strumenti di rendicontazione, come precedentemente indicato, considerando anche il BS.

Nello specifico il Bilancio Sociale diventa, per le sue caratteristiche costitutive, lo strumento di rendicontazione, triennale, dei PAL Aziendali.

Allo scopo di sostenere l'integrazione del processo di rendicontazione sociale nel sistema di programmazione, controllo e rendicontazione delle Aziende sanitarie, sono previste le seguenti azioni:

- emanare atti di indirizzo per la applicazione delle Linee Guida regionali sul Bilancio Sociale
- promuovere, in accordo con la Scuola Regionale Sanità di Villa Umbra, percorsi formativi che sostengano le Aziende nella integrazione tra programmazione e rendicontazione sociale.

4.8 Il sistema informativo

Sistema Informativo e Sanità elettronica

Sempre più rilevante è il ruolo esercitato dalla tecnologia e dall'innovazione nelle scelte di programmazione sanitaria, vincolate dalla necessità di bilanciare i costi e quella di soddisfare i crescenti bisogni e garantire la qualità dei servizi.

L'applicazione crescente delle tecnologie ICT in sanità lascia intravedere scenari di grande cambiamento, molte sono le aspettative sia in termini di qualificazione dei servizi che di ottimizzazione delle risorse.

La Regione Umbria insieme alle sue Aziende sanitarie ed ospedaliere ha investito negli ultimi anni risorse consistenti su questi temi. Alcuni degli obiettivi di informatizzazione di base e di omogeneizzazione dei sistemi sono stati raggiunti. Si sono realizzati investimenti infrastrutturali, sono infine stati avviati processi di integrazione sul territorio regionale.

Nel prossimo triennio l'obiettivo strategico è quello di promuovere l'integrazione e le reti di servizi a supporto dell'intero percorso assistenziale.

Condizione vincolante per promuovere un modello di sanità in rete è completare il processo di informatizzazione di tutti i procedimenti gestionali e amministrativi. Molto è già stato realizzato nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere della regione. Tuttavia esistono ancora ambiti nei quali il processo di informatizzazione è ancora insufficiente o appena avviato.

Di pari passo con il completamento dell'informatizzazione dei processi gestionali, si delinea nel prossimo triennio l'opportunità di affrontare la diffusione della tecnologia informatica nella pratica clinica.

La sfida dei prossimi anni ruota attorno alla definitiva trasformazione dei processi da cartacei in elettronici, alla diffusione della cartella clinica informatica, alla comunicazione tra professionisti sanitari in modo da supportare l'intero percorso assistenziale del paziente.

Le parole chiave per lo sviluppo della sanità in rete sono l'integrazione e l'interoperabilità dei sistemi.

Le dimensioni contenute della nostra regione consentono di promuovere progetti integrati nei quali i servizi aziendali sono interconnessi in rete attraverso un sistema informatico unico. Alcuni settori sono più "maturi" dal punto di vista informatico e tecnologico perché l'integrazione venga avviata in tempi rapidi, altri, che sperimentano nuovi modelli organizzativi, possono essere orientati in questa direzione.

Tra i primi, che si trovano nelle condizioni di attivare reti operative su scala regionale ci sono i servizi di emergenza, i laboratori analisi e le radiologie, gli screening oncologici.

I nuovi progetti di informatizzazione dovranno essere omogenei sul territorio regionale e consentire di seguire il paziente lungo il percorso di cura.

Nell'ottica di una sanità in rete, un ruolo strutturale è rappresentato dall'anagrafe regionale degli assistiti, che deve esporre servizi a supporto delle applicazioni

amministrative e cliniche; infatti la corretta identificazione del paziente è un prerequisito di base per l'accesso in rete e lo scambio di informazioni sanitarie.

Aggiornare l'infrastruttura di rete per la comunicazione e l'interoperabilità

A supporto del modello di sanità in rete, ed in funzione delle effettive esigenze che si evidenzieranno, dovrà essere aggiornata l'infrastruttura di comunicazione, con l'obiettivo di pervenire ad un sistema di 'rete unitaria della sanità' che, pur salvaguardando gli investimenti fin qui effettuati, possieda le caratteristiche architetturali di unitarietà, scalabilità e flessibilità e permetta la progressiva attivazione di domini dedicati o di servizi interAziendali, (come la rete dei medici di medicina generale) nonché l'integrazione con le altre reti di comunicazione (telefonia fissa e mobile , rete dell'emergenza).

Nell'ambito dei progetti di integrazione e condivisione delle informazioni sanitarie vanno affrontati con specifica attenzione i temi della sicurezza, del rispetto dei diritti alla privacy, ma anche quelli della validità legale e della conservazione nel tempo dei documenti elettronici anche attraverso l'introduzione della firma elettronica e della posta elettronica certificata.

Semplificare i percorsi di accesso, promuovere strumenti di informazione per il cittadino

L'uso diffuso delle tecnologie consente lo sviluppo di nuovi strumenti per l'accesso e per la conoscenza rivolti direttamente ai cittadini. Obiettivi principali sono lo snellimento delle liste di attesa, la trasparenza, la semplificazione dell'accesso ma anche la crescita della partecipazione attiva e della consapevolezza del cittadino nelle scelte in tema di salute.

In questo ambito rientrano i progetti di sviluppo e diffusione del sistema di prenotazione CUP, il consenso unico al trattamento dei dati, i progetti di e-refertazione ma anche l'attivazione di strumenti di comunicazione innovativi e della multicanalità per rendere disponibili al cittadino i propri dati clinici, le scadenze, le informazioni pratiche.

Consolidare i sistemi di monitoraggio e controllo

Nel contesto di un sistema sanitario fortemente condizionato dalla necessità di garantirsi sostenibilità economica ed equità va evidentemente rinnovato l'impegno speso negli anni scorsi nella realizzazione dei sistemi di monitoraggio e controllo.

Anche su questi temi un primo obiettivo è il completamento delle attività avviate nel progetto SIIS con l'effettivo consolidamento dei flussi informativi di attività.

Va consolidato il monitoraggio della spesa farmaceutica con l'estensione alle aree della distribuzione diretta, e al consumo di farmaci in regime di ricovero.

L'esperienza maturata nel monitoraggio della spesa farmaceutica e nell'analisi delle attività di ricovero va estesa all'analisi sistematica di ulteriori ambiti di attività.

Il modello 'datawarehouse' che consente la correlazione di diversi flussi fino alla ricostruzione dei percorsi di cura deve essere implementato con tutti i dati disponibili. (screening oncologico, emergenza, assistenza domiciliare e residenziale, pronto soccorso ecc,).

Ciò comporta avviare l'utilizzo di standard semantici condivisi (ad esempio i risultati del progetto nazionale mattoni) per tutti quegli ambiti di attività nei quali i nomenclatori, la

semantica e la standardizzazione dei processi non erano fino ad oggi uniformemente definiti.

Gli interventi prioritari

Nell'ambito degli obiettivi generali fin qui delineati, e tenuto conto del contesto organizzativo della sanità regionale, sono da considerarsi prioritari i seguenti interventi:

Area Amministrativa

Completamento della diffusione della piattaforma amministrativa ERP (SAP) nelle Aziende della regione;

Standardizzazione delle procedure ed omogeneizzazione dei modelli contabili e delle procedure di controllo interno delle Aziende regionali;

Sviluppo del livello regionale della procedura SAP a supporto del sistema di programmazione e controllo consolidato;

Consolidamento del ruolo strutturale dell'Anagrafe regionale quale servizio a supporto dei sistemi informativi in rete per la corretta identificazione del paziente attraverso procedure di allineamento corrente con le variazioni delle anagrafi comunali, definizione e sviluppo di servizi standard per la corretta identificazione dei cittadini utenti da esporre come servizi disponibili in rete.

Area Territoriale

A. SERVIZI IN RETE PER LA MEDICINA DI BASE

Consolidamento della rete dei MMG che hanno raggiunto standard elevati di informatizzazione.

Potenziamento dei servizi in rete di e-prescrizione, prenotazione delle prestazioni e aggiornamento delle variazioni anagrafiche degli assistiti.

Sviluppo su scala regionale di ulteriori servizi quali la e-refertazione e la condivisione delle informazioni cliniche con i medici della continuità assistenziale.

B. RETE DELLO SCREENING ONCOLOGICO

Realizzazione di rete integrata degli screening oncologici con sistema informativo unico su scala regionale.

C. INFORMATIZZAZIONE DELL'AREA TERRITORIALE E SOCIOSANITARIA

Informatizzazione omogenea su tutto il territorio regionale delle aree della residenzialità, dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza riabilitativa e protesica.

D. SISTEMA REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Infortuni sul lavoro:

l'informatizzazione delle attività dei dipartimenti in tema di prevenzione e controllo degli infortuni sul lavoro ha carattere di vera e propria urgenza. Il progetto dovrà tenere conto

sia delle necessità gestionali dei singoli dipartimenti sia delle interconnessioni con i servizi di pronto soccorso e con i diversi enti coinvolti, al fine di snellire le procedure di notifica, monitoraggio, e controllo e consentire una più efficace e tempestiva azione preventiva ed ispettiva sul territorio

Area Ospedaliera

Anche in quest'area si prevede di implementare l'evoluzione del sistema informativo a supporto dei processi clinici e assistenziali per sviluppare funzioni di conoscenza orientate specificamente verso gli operatori che erogano prestazioni o servizi agli utenti. L'obiettivo è realizzare una forma di integrazione organizzativa e tecnologica nell'ambito della stessa Azienda e tra le Aziende. La messa a regime di questo sistema di rete consentirà un aggancio con il livello nazionale in modo da consentire la piena integrazione anche con il Nuovo sistema informativo sanitario in via di evoluzione.

Gli interventi prioritari in tale logica sono:

1. CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Definizione di un modello regionale che a partire dalle esperienze più consolidate garantisca la massima coerenza a livello regionale ed una concreta diffusione dell'uso di strumenti informatici nella pratica clinica corrente.

Specifica attenzione deve essere rivolta alla concreta integrazione delle cartelle cliniche di reparto con tutti gli altri sistemi intraospedalieri (pronto soccorso, farmacia, ADT laboratorio, radiologia, ecc).

Infine, anche in relazione alle azioni previste per il contenimento ed il monitoraggio delle liste di attesa, è necessario attuare la completa informatizzazione delle agende per la gestione dei ricoveri programmati.

2. SISTEMI PER LA DISTRIBUZIONE DEL FARMACO AL LETTO DEL PAZIENTE

Nelle strutture ospedaliere della nostra regione è già avviata una profonda innovazione nella gestione del ciclo del farmaco in regime di ricovero.

L'automazione spinta dell'intero processo distributivo può avvenire secondo diversi modelli (sistema monodose, armadi /carrelli intelligenti) che dovranno prevedere e garantire che ogni singolo farmaco sia abbinato ad una cartella informatizzata e al riconoscimento certo del paziente.

La logistica interna dell'ospedale diventa in questo senso effettivo strumento di controllo sul risk management e di garanzia per il paziente.

3. RETE DELLE RADIOLOGIE

E' necessario implementare la realizzazione di un sistema regionale per la gestione dei sistemi informativi di radiologia (RIS) che preveda il collegamento in rete geografica di tutte le Aziende e la codifica unica dei pazienti a livello regionale. L'adozione di un unico sistema informatico permetterà di semplificare l'attività connessa alla conservazione legale

della documentazione clinica e di avviare nuove strategie organizzative connesse alla logica della teleradiologia.

4. RETE DEI LABORATORI

Il progetto per i laboratori prevede lo sviluppo di una rete complessa delle attività di laboratorio, secondo un nuovo modello organizzativo che permetta di operare con modalità uniche nell'intero ambito regionale, attraverso un unico sistema informativo interaziendale.

La realizzazione di requisiti di uniformità operativa, omogeneità delle tecnologie e delle procedure, condivisione delle modalità operative prevede il coinvolgimento attivo di tutte le Aziende sanitarie.

5. RETE DELLE ANATOMIE PATOLOGICHE

Il sistema dovrà supportare le esigenze dei servizi di anatomia patologica assicurando la massima apertura e interoperabilità fra i vari servizi e anche nei confronti di ulteriori applicazioni che andranno a costituire il sistema informativo della rete di oncologia.

Accesso e Servizi al cittadino

A. SVILUPPO APPLICATIVO CUP- PROGETTO INTERREGIONALE PILOTA ON LINE E ATTUAZIONE PIANO LISTE DI ATTESA

Va garantito il supporto applicativo per la realizzazione di tutti gli obiettivi di monitoraggio e contenimento dei tempi di attesa individuati dal Piano nazionale (vedi accordo della conferenza Stato Regioni del 28 marzo 2006), dal Piano regionale di Contenimento (DGR n. 1106 del 28 giugno 2006) e dai piani Aziendali, attraverso la realizzazione del progetto interregionale pilota prenotazione on line e l'aggiornamento delle funzionalità dell'applicativo CUP in uso nella nostra regione.

B. CONTACT CENTER

L'attuale attività di supporto ai cittadini attraverso un numero verde, sui problemi legati alla Tessera sanitaria dovrà arricchirsi di ulteriori funzionalità; il contact center dovrà rappresentare lo strumento di raccordo tra i cittadini, le Asl, i medici di base al fine di evidenziare e risolvere tutti i problemi connessi con l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, il diritto di accesso, il ricevimento della Tessera sanitaria.

Lo stesso strumento può inoltre garantire funzionalità di supporto al sistema di prenotazione e alla gestione delle liste di attesa (ad esempio attività di conferma appuntamento, riallocazione, informazioni generali).

C. PRIVACY CONSENSO UNICO REGIONALE

Attivazione di una modalità unificata sul territorio regionale per il rilascio del consenso al trattamento dei dati personali (per tutte le attività di cura diverse dal ricovero) svolte all'interno del servizio sanitario regionale.

Il consenso potrebbe essere rilasciato dal cittadino, una volta soltanto, attraverso una dichiarazione da rendersi agli sportelli Cup o agli Urp aziendali. L'avvenuto rilascio del consenso verrà registrato nell'anagrafe regionale per diventare una informazione condivisa con i servizi che erogano le prestazioni.

Monitoraggio

Completamento delle attività avviate nel progetto SIIS con l'effettiva messa a regime di tutti i flussi nel datawarehouse (farmaceutica, specialistica, Sdo).

Attivazione dei sistemi di analisi 'Olap' sia sulle singole aree che in modo trasversale ai diversi ambiti di attività.

Omogeneizzazione delle codifiche per il monitoraggio delle risorse umane ed effettiva messa a regime del sistema di analisi regionale.

Ampliamento dei flussi inseriti su datawarehouse ed in particolare quelli dell'Assistenza residenziale, gli archivi di mortalità, il Cedap, le attività di Screening.

Definizione di procedure e servizi per l'accesso e l'estrazione di dati dal datawarehouse regionale.

Messa a regime, per il livello regionale, di tutte le procedure di anonimizzazione così come previsto nel regolamento regionale per il trattamento dei dati sensibili.

A. Farmaceutica:

Azioni di potenziamento e revisione del sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica.

Nuove modalità di gestione delle attività connesse alla lettura ottica delle ricette;

Integrazione dei sistemi di monitoraggio con i dati del sistema art. 50;

Diffusione dell'uso dell'applicativo "file F" per la registrazione dei farmaci erogati in distribuzione diretta;

Inserimento nel datawarehouse e sviluppo di strumenti di analisi per i dati della distribuzione per conto e della distribuzione diretta;

Avvio di uno specifico flusso di dati per il controllo della spesa farmaceutica ospedaliera.

B. Specialistica ambulatoriale

Messa a regime, delle procedure di raccolta e rilevazione delle informazioni connesse all'erogazione delle prestazioni specialistiche e delle procedure connesse con gli obblighi dell'art. 50 al fine di ottimizzare la qualità, la completezza e la tempestività nell'invio dei dati.

Inserimento corrente dei dati della specialistica nel datawarehouse regionale.

Integrazione con i dati sistema art. 50.

C. Progetto SIIS

Notevoli risorse sono state assorbite dal Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIIS) con il quale si è data attuazione a diversi progetti che hanno interessato sia la componente amministrativo contabile delle Aziende sanitarie sia la componente sanitaria.

In particolare è stato avviato il processo di unificazione delle piattaforme contabili amministrative attraverso l'implementazione dell'applicazione ERP (SAP) che permetterà, una volta a regime, la standardizzazione delle procedure, l'integrazione di dati e strumenti fra l'area gestionale e gli uffici amministrativi e la gestione integrata dell'intero ciclo produttivo.

È stata realizzata l'infrastruttura di interoperabilità a supporto della rete dei MMG che rende possibile la trasformazione degli attuali processi cartacei in processi elettronici del ciclo prescrizione-refertazione, delle prenotazioni, delle certificazioni, delle pratiche amministrative.

Parallelamente si è provveduto a consolidare i sistemi di monitoraggio regionali trasferendo al loro interno le richieste provenienti dall'art. 50 della L. 326/03.

Per rendere più efficace l'azione di monitoraggio e controllo esercitata dai diversi livelli decisionali delle singole Aziende Sanitarie e della Regione è stato avviato un primo nucleo del sistema di Monitoraggio basato sulla tecnologia del datawarehouse che permette di storicizzare e correlare le informazioni di prescrizione farmaceutica specialistica e schede di dimissione ospedaliera.

Nel progetto triennale infine è stato realizzato il "Portale dei servizi" quale unico punto di accesso web ai diversi servizi informativi e transazionali.

4.9 Il capitale umano e gli standard formativi

L'interazione tra innovazione organizzativa e formazione del capitale umano è uno degli strumenti indispensabili per individuare risposte convincenti alle sfide che abbiamo di fronte, dal contesto produttivo alle tecnologie, all'organizzazione e alle condizioni di lavoro. Al centro del piano di azione sta il lavoro e il capitale umano su cui investire per valorizzare le capacità e le scelte individuali. Idee forti e coraggiose capaci di innovare lì dove gli ostacoli della conservazione sembrano insormontabili

Le organizzazioni che si misurano con il traguardo dell'eccellenza, sanno ormai con chiarezza che una delle condizioni vincenti per muovere in questa direzione è rappresentata proprio dal riuscire ad assicurarsi un forte investimento motivazionale da parte dei soggetti preposti ai servizi aziendali.

Il management quindi non è più il depositario della conoscenza aziendale, i dirigenti cresciuti nell'ambito delle proprie competenze si sono trovati nella necessaria condizione di sviluppare nuove capacità per l'organizzazione e per mantenere il ruolo di leader necessario alla funzione: hanno imparato ad esprimersi per obiettivi, a valutare le prestazioni, a far condividere ai collaboratori valori, obiettivi o piani di cambiamento.

In questo scenario è perciò importante che il capitale umano sia adeguatamente supportato ed integrato al capitale strutturale dell'organizzazione che diventa il contenitore dei processi.

Il capitale strutturale deve essere in grado di amplificare ciò che viene prodotto, deve far si che le conoscenze, le esperienze trovino necessario risalto, una rapida condivisione e una crescita collettiva, una risoluzione dei tempi tecnici.

E’ importante perciò ottimizzare il capitale strutturale al fine di creare le condizioni ideali per enfatizzare il valore dell'individuo permettendogli di esprimere le proprie capacità e potenzialità.

In questa prospettiva diventa essenziale avviare un processo di maturazione culturale che orienti gli operatori ad accrescere e condividere conoscenze ed esperienze.

In questo contesto va senz’altro colmato il ritardo accumulato nel portare a compimento il processo di riorganizzazione dell’area centrale di supporto al management aziendale, che ha visto impegnati regione, aziende e sindacati per una soluzione condivisa.

Un ruolo di primo piano all'interno delle organizzazioni deve essere svolto dalla funzione della formazione che deve riformulare i propri obiettivi: si dovrà continuare a costruire, con sempre maggiore efficacia e intensità, percorsi formativi differenziati e individualizzati che rappresentano l'investimento nel capitale umano tanto auspicato ed incentivato.

Forti di queste consapevolezze Aziende e Regione nel periodo di vigenza del precedente Piano hanno rafforzato l’investimento organizzativo ed economico con l’obiettivo di rinvigorire la mission aziendale senza perdere di vista la natura che alla stessa è attribuita: la tutela della salute dei cittadini, realizzando un sistema di interazione e integrazione tra gli enti che operano nel Servizio Sanitario regionale (Università, Regione, Aziende Sanitarie, ARPA, Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Umbria e delle Marche).

Ciò ha trovato applicazione con:

- la stipula del Protocollo generale d’intesa tra l’Università di Perugia e i relativi accordi attuativi aziendali;
- le Leggi Regionali n. 15 e 16 del 2005 che hanno consentito l’avvio di procedure concorsuali atte a garantire alle Aziende Sanitarie Regionali nuove piante organiche e nuovi piani occupazionali;
- l’istituzione dell’Agenzia Umbria Sanità che ha permesso la gestione integrata di funzioni tecniche ed amministrative in materia di sanità pubblica;
- la costituzione del Consorzio “Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica”, con l’obiettivo di organizzare, coordinare ed infine attuare le attività formative per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale.

Oggi non solo è necessario per un’organizzazione avere le persone giuste al posto giusto, ma la nuova sfida è riuscire a far coincidere le esigenze aziendali con i bisogni e le aspettative dell’individuo, che mutano nel corso del proprio cammino professionale.

Cultura, etica e valori. Fattori tra loro indissolubilmente legati che assegnano un valore aggiunto al rinnovato processo di aziendalizzazione. L’etica e i valori riguardano la costruzione di un quadro dirigente e di eccellenza. L’etica e i valori cambiano la cultura dell’organizzazione e sono diventati un fattore chiave nella capacità dell’amministrazione di raggiungere un cambiamento rapido dell’ambiente di lavoro. La leadership è una variabile importante e cruciale che coinvolge la capacità di gestione, così come la prestazione di organizzazione. Va promossa quindi una formazione e un orientamento

efficiente e di qualità continui nel tempo in modo da acquisire la visione del proprio mandato da cui scaturiscono gli obiettivi e le sfide secondo i principi e i valori che permettono l'elaborazione concreta di una strategia.

Gli standard formativi costituiscono il riferimento metodologico per svilluppare flessibilità ed adattabilità all'interno di regole certe che favoriscano la capitalizzazione dell'esperienza formativa, la sua riconoscibilità nel tempo e il suo successivo sviluppo nell'ottica di formazione lungo tutto l'arco della vita.

Il ruolo che assume il servizio sanitario nel perseguimento degli obiettivi di salute con lo strumento della programmazione non può prescindere da quello affidato alla formazione del personale ai vari livelli di intervento, diffondendo la consapevolezza della centralità del cittadino – utente e delle problematiche etiche connesse alla sua esistenza, garantendo un approccio multidimensionale con percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali, contribuendo a diffondere l'orientamento verso le esigenze dell'utenza e del servizio e le capacità manageriali e relazionali.

Regione, Aziende e Università degli Studi di Perugia hanno dato vita ad un processo formativo integrato che si è sviluppato su diversi livelli di apprendimento atti a garantire continuità, qualità, multidisciplinarità ,con il precipuo scopo di incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale.

La individuazione dell'area didattico-formativa ha permesso di decentrare sul territorio oltre che le lauree sanitarie triennali anche determinati percorsi formativi dei corsi di specializzazione medica post laurea, con il coinvolgimento attivo del personale aziendale nel ruolo di tutore e docente.

Il protocollo generale d'intesa Regione – Università ed i relativi accordi attuativi regionali e aziendali costituiscono lo strumento di riferimento per la definizione annuale degli specifici fabbisogni formativi definiti dalla Giunta Regionale.

La programmazione delle attività di formazione per l'accesso ai profili professionali del Servizio Sanitario Regionale dovrà essere, inoltre, caratterizzata da processi formativi strettamente aderenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali.

E', pertanto, interesse della Regione sviluppare una collaborazione più ampia con l'Università in modo da introdurre elementi didattici coerenti con l'esigenza della programmazione regionale e con obiettivi di salute.

Oltre allo sviluppo delle professioni sanitarie, in questi anni, è cresciuta la domanda per quanto attiene la formazione di figure professionali non laureate, ma che nell'ambito degli obiettivi assistenziali svolgono sempre più un ruolo importante. Rilevante è stata l'istituzione ed il relativo percorso formativo dell'operatore socio sanitario, che ha affiancato figure già presenti e consolidate come quelle del massaggiatore – massofisioterapista, del massaggiatore sportivo, dell'ottico e dell'odontotecnico. La Regione, in questo ambito, ha sviluppato una rete di collaborazione con strutture pubbliche e private, che da anni, svolgevano attività nell'ambito della formazione sanitaria, che ha contribuito ad un processo di crescita culturale di tutto il sistema formativo regionale.

L'evoluzione inoltre del sistema ECM regionale, supportato dalla consulta delle professioni sanitarie e dall'osservatorio sulle lauree sanitarie triennali e sulle specializzazioni, ha superato la fase sperimentale e si avvia al suo consolidamento. Esso ha permesso di sviluppare in Umbria sin dal 2002, fra le prime realtà regionali, un proprio sistema coinvolgendo una pluralità di soggetti che, a livelli diversi, hanno negli anni costruito il sistema stesso e ne hanno dato compiutezza, costituendo una rete informatica che ha collegato la Regione con tutti i soggetti formativi coinvolti, accrescendo, non solo l'offerta formativa, ma anche la qualità della stessa.

Infatti, si è puntato su sistemi di valutazione, sui piani formativi aziendali costruiti su obiettivi di salute, e sui determinati di salute, sulle capacità di produrre tramite la formazione cambiamenti efficaci per migliorare la qualità dell'assistenza.

Azioni e Obiettivi nel triennio

- Particolare importanza assume il consolidamento del rapporto Regione-Università nell'ambito della formazione. In tale contesto si pone in evidenza il completamento del processo di decentramento della formazione sanitaria universitaria con la istituzione del corso di laurea triennale infermieristico ad Orvieto e con l'istituzione di corsi di laurea specialistici funzionali alla acquisizione del titolo per accedere alla qualifica di dirigente;
- Avviare in via sperimentale corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per fare fronte alle crescenti esigenze di assistenza e di un diverso impiego delle risorse infermieristiche. L'istituzione del corso di operatore socio sanitario specializzato può dare avvio al processo formativo;
- Per valorizzare le competenze presenti sul territorio regionale ed in considerazione del livello di complessità degli impegni va consolidata la collaborazione tra la Regione Umbria, che ha il compito di programmare gli obiettivi formativi manageriali e di base da perseguire, il Consorzio "Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica", che ha il compito di organizzare e realizzare le attività formative di interesse regionale, e l'Agenzia Umbria Sanità, che ha il compito di coordinare, sulla base di appositi indirizzi regionali, un raccordo programmatico operativo delle attività formative e di quelle inerenti le politiche del personale delle Aziende Sanitarie Regionali;
- Va perseguito lo sviluppo del ruolo strategico svolto dal sistema ECM regionale che ha permesso di garantire la continuità del percorso formativo ai vari livelli di intervento.

Contestualmente si dovrà dare avvio ad un nuovo sistema informatico che consenta la trasferibilità dei dati tra tutti i diversi attori del sistema, e che sia in grado di produrre:

- l'accreditamento on-line dei provider;
- la costruzione di un'anagrafe formativa del personale dipendente, convenzionato e libero-professionista, al fine della registrazione dei crediti formativi;
- la costituzione ed il funzionamento di un Osservatorio regionale sulla qualità della formazione, in collaborazione con gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali;

- Nell'ambito della formazione del personale non laureato, è necessario consolidare e rafforzare i rapporti con le strutture formative già accreditate dalla Regione per sviluppare maggiormente la formazione complementare nell'assistenza sanitaria al fine rispondere alle crescenti esigenze delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- La valorizzazione e l'implementazione del compito svolto dalla Scuola regionale di sanità quale punto di riferimento progettuale e operativo dell'attività formativa sanitaria, si coniuga con il ruolo che il legislatore regionale alla stessa ha assegnato con la riforma degli enti endoregionali;
- Definizione, nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, delle nuove dotazioni organiche, dei modelli organizzativi dell'area della dirigenza e della funzione direttiva del personale del SSR nonché dei piani occupazionali aziendali annuali, predisposti ai sensi della l.r. 23 febbraio 2005, n. 16 e conseguente completamento del processo di stabilizzazione del personale precario in applicazione degli accordi sindacali di settore ed inizio delle procedure concorsuali per i restanti posti vacanti nella dotazione organica, nonché rimodulazione dell'esercizio dell'attività libero professionale in attuazione delle nuove normative in materia e delle intese sindacali.
- Avvio di un processo di accreditamento per tutti i singoli professionisti che ne garantisca l'idoneità ad erogare assistenza nei diversi settori, ponendo in essere strumenti di verifica della produttività e dell'effettiva qualità dei servizi prestati.

4.10 L' accreditamento istituzionale

Accreditamento Istituzionale e Audit Civico

L'Istituto dell'Accreditamento nasce in Italia nel 1992 con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (DL.502/92) e viene ulteriormente definito e dettagliato nel 1999, con il D.Lgs. n. 229/99, all'articolo 8-*quater*.

Elemento fondamentale è stato la pubblicazione del DPR 14-01-97 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private” che ha segnato il momento formale di partenza della realizzazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie in contesto nazionale.

Dopo l’emanazione di tale atto, alcune regioni si sono messe al lavoro per definire i ‘requisiti ulteriori’.

La Regione Umbria affronta il problema “Accreditamento Istituzionale” con Legge Regionale n. 3 del 1998 che all’art. 25 (Accreditamento) così recita:

La Giunta regionale, ai fini dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private, …omissis … definisce con proprio atto i requisiti ulteriori, sulla base dei seguenti criteri:

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 .

Operativamente il percorso di accreditamento della Regione Umbria si avvia nel 1999 con l’adesione al Programma Speciale ex art. 12 D.Lgs. 502/92, promosso dal Ministero della Sanità e reso operativo dall’Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna quale responsabile della gestione e sede di sperimentazione: “Sviluppo e sperimentazione di metodologie per la qualificazione di valutatori idonei a svolgere attività di verifica delle strutture sanitarie a scopo di accreditamento e ad affiancare in qualità di esperti tecnici di settore valutatori di sistemi qualità per la certificazione”.

Il percorso prosegue con l’approvazione da parte della Giunta Regionale del progetto “**Qualità Sanità Regione Umbria**” (con delibera n. 218 del 29-02-00) il cui obiettivo è quello di mettere a punto una serie di iniziative e di interventi al fine di rilasciare le “Autorizzazioni” e gli “Accreditamenti” alle strutture sanitarie regionali.

Le principali aree di intervento del progetto sono l’individuazione di un modello di riferimento appropriato, di uno schema organizzativo di funzionamento delle attività di autorizzazione e di accreditamento e l’attività di formazione generale sui temi della qualità non solo dal punto vista del settore sanitario (ISO 9000 – TQM) ma anche per selezionare le figure idonee ad effettuare verifiche ispettive. Stante i risultati positivi conseguiti la Giunta Regionale delibera di istituire un **Laboratorio Permanente per la Qualità in Sanità**. Nel 2002 si avvia quindi la seconda parte del progetto ministeriale con la formazione dei facilitatori di qualità per l’accreditamento.

Modello Umbro

Se da una parte la Regione si è preoccupata di formare i valutatori e i facilitatori di qualità, dall'altra, insieme all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), ha cercato di delineare un **Modello umbro di accreditamento**.

Tale modello prende come riferimento:

il DPR 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private",

le norme UNI EN ISO 9001:2000 e 9004:2000 applicate al settore sanitario

e si concretizza con l'emanazione del Regolamento Regionale n. 3 del 31-07-02 "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" mediante il quale la Giunta Regionale dà seguito a quanto stabilito dalla normativa nazionale citata nonché dall'art. 25 della L.R. 20/01/98 n. 3.

In particolare il regolamento fissa all'art. 2 i criteri per la concessione dell'accreditamento. Lo status di soggetto accreditato rappresenta quindi il presupposto necessario ma non sufficiente per erogare prestazioni in assenza di uno specifico accordo e/o contratto con il SSR (art. 8-*quater*, comma 2, D. Lgs. 229/99). L'art. 3 prevede la fissazione dei requisiti ulteriori oltre quelli minimi necessari per l'autorizzazione sanitaria, mentre l'art. 4 definisce il percorso per ottenere l'accreditamento istituzionale. Il Regolamento individua all'art. 5 l'organo tecnico denominato "Nucleo di valutazione per l'accreditamento" di cui si avvale la Direzione Regionale per valutare i risultati. L'art. 7 prevede la possibilità di concedere l'accreditamento con prescrizioni specificando i tempi di adeguamento delle strutture prevedendo il riesame (art. 8), la vigilanza, la sospensione e la revoca (art. 9).

La validità dell'accreditamento è triennale e non può essere tacitamente rinnovata (art. 10).

E' prevista infine la pubblicazione sul BUR dell'elenco dei soggetti accreditati.

Con D.G.R. n. 570 del 07/05/2003 "Approvazione del Modello operativo per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" è stata quindi prevista l'istituzione del *Centro Regionale per l'Accreditamento* composto da una Società di Certificazione dei Sistemi di Qualità in Sanità (accreditata SINCERT per il settore EA 38), dai valutatori di qualità formati dalla Regione e dal coordinamento affidato al Servizio Accreditamento e Valutazione di Qualità. La Società di Certificazione è risultata essere, mediante gara, CERMET S.c.a.r.l. di Bologna, alla quale è stata affidata la gestione delle attività di verifica.

Il modello operativo prevede:

Pre-Audit: verifica finalizzata a valutare lo "stato dell'arte" delle strutture sanitarie rispetto ai requisiti richiesti al fine di consentire alle strutture di programmare ed attuare le opportune azioni correttive e/o preventive per l'accreditamento. Tale verifica preliminare non ha alcun effetto sull'accreditabilità della struttura.

Audit di Accreditamento: verifica finalizzata alla valutazione della rispondenza della struttura ai requisiti previsti per la concessione dell'accreditamento e alla rilevazione delle eventuali non conformità.

Post-Audit: verifica finalizzata alla valutazione dell'attuazione delle eventuali azioni correttive approvate dal Servizio Accreditamento e Valutazione di Qualità.

Con la DGR n. 1991 del 15/12/2004 sono stati infine approvati la Check-List generale ed il Disciplinare.

La Check-List, di tipo aperto, è strutturata in due parti:

Check List Generale: composta dai requisiti minimi ex DPR 14/01/97 e dai requisiti ulteriori ex UNI EN ISO 9001:2000, aggregati secondo l'ordine del paragrafi della suddetta norma;

Appendice alla Check-List Generale "Check List di misura della propensione al miglioramento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Umbria": costituita dai requisiti per il miglioramento ex UNI EN ISO 9004:2000, aggregati in relazione agli 8 principi di gestione della qualità.

Il Disciplinare stabilisce invece fasi e regole principali per la concessione dell'Accreditamento Istituzionale. Oltre a quanto già previsto dal R.R. 3/2002, vengono definiti:

I ruoli e le responsabilità dei principali attori del sistema:

la Società di Certificazione CERMET a cui è affidata la programmazione, pianificazione e gestione degli audit ed il monitoraggio e valutazione della messa in atto delle eventuali azioni correttive,

il Servizio Regionale che mantiene la piena responsabilità dell'intero processo di accreditamento: rilascio, manutenzione, revoca.

Le fasi del processo: Domanda di Accreditamento Istituzionale corredata dalla Check-List Generale di autovalutazione interamente compilata dalla struttura richiedente; Verifica documentale; Verifiche di Pre-Audit, Audit e Post-Audit.

Le modalità di svolgimento delle suddette verifiche;

Le tipologie delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditabili: ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno, termali.

Peculiarità e stato dell'arte del Modello Umbro

Le peculiarità del Modello Umbro sono:

l'aggregazione del requisiti minimi del DPR 14/01/97 con i requisiti delle norme UNI EN ISO 9001:2000 e 9004:2000;

l'utilizzo di un linguaggio confidente con il mondo sanitario;

induzione di una base di cultura omogenea della qualità in sanità;

l'orientamento delle organizzazioni verso il *miglioramento continuo;*

adozione di una Check list generale "aperta", non di tipo *"on/off"*, per consentirne l'utilizzo nei diversi presidi sanitari regionali;

adozione del Pre-Audit;

la garanzia dell'applicabilità del modello a tutti i presidi sanitari, anche di piccola dimensione;

adozione di un sistema di verifica di *parte terza con* presenza del Centro Regionale per l'Accreditamento Istituzionale, afferente alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, composto da un organismo di certificazione dei sistemi qualità in sanità accreditato SINCERT, il CERMET s.c.a.r.l., dai Valutatori di qualità formati dalla Regione e dal Servizio Regionale Accreditamento e Valutazione di Qualità con funzioni di coordinamento;

la partecipazione attiva dei valutatori formati dalla Regione con la formula dell'addestramento sul campo durante le verifiche di pre-audit e di audit;

presenza del Nucleo di Valutazione per l'Accreditamento che coadiuva il competente Servizio Regionale nello svolgimento delle funzioni amministrative con particolare riferimento alla valutazione dei rapporti di verifica ispettiva propedeutici della proposta di accreditamento.

A seguito dell'emanazione del Protocollo di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Patto per la Salute del 28/09/2006 ratificato dalla Legge Finanziaria 296/2006 (Patto per la Salute) e dalla Legge Finanziaria 2007 n. 286 del 27/12/2007 che individuano le date del:

01/01/2008 a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'art. 6, c. 6 della L. 724/94, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi ai sensi dell'art. 8-quater del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni,

01/01/2010 a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'art. 8-quater, c. 7 del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater, c. 1 del medesimo decreto,

01/01/2008 a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del D. Lgs. 229/99, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'art. 8-quater, c. 8 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

è stata emanata la D.G.R. n. 1839 del 19/11/2007 con la quale si stabilisce:

che le strutture private transitoriamente accreditate, di cui alla L.724/94 e alla D.G.R. n. 6475 del 30/12/1998, sono riconosciute provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art. 1 comma 796, lettere s),t),u) della L. 296/2006;

che le strutture provvisoriamente accreditate di cui al precedente punto nonché le strutture private già autorizzate ai sensi del Regolamento Regionale n. 2/2000, al fine di mantenere lo *status* di soggetto accreditato, hanno dovuto presentare, entro il 31/12/2008,

la domanda di Accreditamento Istituzionale corredata dalla Check List di Autovalutazione ai sensi del Regolamento Regionale n. 3/2002;

che il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 definisca i fabbisogni di assistenza e le procedure da adottare ai fini dell'Accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate fino al 31/12/2009.

Accreditamento delle strutture private

Il procedimento, avviatosi operativamente nel dicembre 2005 vede a dicembre 2007 la richiesta di Accreditamento di circa 80 strutture private tra cui le case di cura, laboratori di analisi, ambulatori e poliambulatori, strutture psichiatriche, strutture per disabili e per tossico-dipendenti, strutture per anziani e residenze protette. Delle suddette strutture circa 60 sono state visitate dall'organismo di certificazione per la fase di pre-Audit e di queste circa 40 hanno già concluso la prima parte dell'iter con l'Audit di Accreditamento.

Accreditamento delle strutture pubbliche

Per quanto attiene le strutture pubbliche, essendo stati definiti dalla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali gli Obiettivi 2007 per i Direttori Generali delle Aziende ASL ed Ospedaliere della Regione Umbria sono stati acquisite al 31/12/2007 le domande di Pre Audit delle strutture "trasversali" (Laboratori di Analisi, Servizi di Farmacia, Servizi Trasfusionali, Servizi di Diagnostica per Immagini, Servizi di Anatomia/Istologia Patologica).

Al riguardo con DGR n. 10339 del 14/11/2007 sono stati costituiti:

il Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento Istituzionale, composto da rappresentanti della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e delle Aziende ASL ed Ospedaliere regionali, avente il compito di fissare i principi, le tecniche e le attività per la progettazione, applicazione e controllo interno di un Sistema di gestione qualità aziendale con l'obiettivo di:

fornire alle Aziende ASL ed Ospedaliere un supporto tecnico conforme al dispositivo di Accreditamento mediante la definizione di un modello operativo;

definire i contenuti dell'attività di formazione volta alla progettazione, applicazione e controllo dei sistemi di gestione qualità;

elaborare una comune procedura di gestione degli audit interni delle strutture sanitarie "trasversali";

elaborare un documento condiviso per l'applicazione del modello operativo per attuare l'Accreditamento Istituzionale presso le seguenti strutture pubbliche: Laboratori di Analisi, Servizi di Farmacia, Servizi Trasfusionali, Servizi di Diagnostica per Immagini, Servizi di Citologia e Servizi di Anatomia/Istologia Patologica;

coordinare l'attività dei Gruppi di Lavoro Specialistici.

i Gruppi di Lavoro Specialistici composti da rappresentanti individuati dalle Aziende ASL ed Ospedaliere con il compito di sviluppare gli aspetti specialistici relative alle strutture "trasversali" da accreditare.

Allo stato attuale sono in corso i primi preaudit presso le strutture individuate dai Direttori Generali e si prevede la conclusione di questa fase dell'accreditamento pubblico entro il 2009.

Progettualità

L'Accreditamento Istituzionale non si limita ad un processo formale di attestazione del raggiungimento dei requisiti ma contiene tutti gli strumenti per rappresentare anche un reale processo di miglioramento della qualità della prestazione sanitaria e sociosanitaria fornita al paziente.

Nell'ambito del processo di miglioramento continuo, sviluppare quanto definito nel marzo 2007 da un gruppo di collaborazione costituito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e la Joint Commission International (J.C.I.), è obiettivo condivisibile per tendere concretamente alla **sicurezza del paziente.**

Pertanto i sei obiettivi individuati dal suddetto gruppo di studio:

Identificazione corretta del paziente;

Miglioramento dell'efficacia del processo di comunicazione;

Miglioramento della sicurezza della distribuzione dei farmaci ad alta sorveglianza;

Eliminazione del sito errato, del paziente errato, dell'errata procedura chirurgica;

Riduzione del rischio di infezioni associate al processo di cura ed assistenza;

Riduzione del rischio dei pazienti per cadute,

possono costituire il *volano* idoneo per l'applicazione del modello di miglioramento continuo della qualità.

In sostanza è necessario sperimentare un percorso di accreditamento che, partendo dal Modello regionale, si sviluppi focalizzando l'attenzione sui **contenuti sanitari** prendendo a riferimento le più importanti esperienze internazionali e applicandole alle Aziende Sanitarie Umbre.

I processi e le procedure che costituiranno il nucleo centrale del sistema qualità saranno definiti a partire dalla realtà operativa con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente, pertanto sarà la documentazione clinica a costituire la base di partenza per lo sviluppo del sistema qualità.

Parallelamente allo sviluppo del sistema qualità e del relativo processo di Accreditamento si dovrà condurre un ampia e sistematica attività per diffondere la cultura della qualità e la conoscenza degli strumenti dell'Accreditamento a tutto il personale. Tale formazione stimolerà una riflessione attiva sugli aspetti sistematici del proprio lavoro e sullo sviluppo degli strumenti propedeutici al processo di Accreditamento.

Per dar seguito concretamente a quanto esplicitato, l'adozione del Modello di Accreditamento può costituire il punto di partenza per attivare una informatizzazione "specialistica" dei processi sanitari volta, ad esempio, alla *Identificazione Positiva del Paziente* e alla *Distribuzione dei farmaci ad alta sorveglianza*.

Un numero sempre crescente di Ospedali ha iniziato ad attivare strategie di **identificazione positiva del paziente (P.P.I.),** che si basano prevalentemente sulla tecnologia del codice a barre. Questa tecnologia può:

proteggere i pazienti da errori di prescrizione o somministrazione;

incrementare la sicurezza del paziente;

consentire di valorizzare le risorse umane impegnate nell'assistenza sanitaria spostando l'impegno da alcune attività ripetitive ad altre con alto valore aggiunto;

consentire l'interazione efficace delle procedure informatiche riducendo i tempi di immissione e recupero dati, le operazioni di trascrizione manuale e quindi i relativi errori.

Il codice a barre, in sostanza, stampato su una etichetta adesiva assieme ai dati del paziente e applicato mediante un braccialetto monouso al braccio dello stesso al momento del ricovero, lo identificherà per tutto il periodo di degenza. Tale identificazione positiva è giudicata particolarmente utile per i pazienti anziani, per i bambini piccoli e per tutti coloro che non riescono a comunicare in modo affidabile per problemi linguistici.

Anche la **distribuzione dei farmaci ad alta sorveglianza,** cioè di quei farmaci che possono provocare reazioni avverse molto importanti, se combinata con procedure informatiche che gestiscono le fasi di prescrizione, preparazione e somministrazione, consente la conferma in tempo reale della corretta identificazione del paziente, del farmaco, del dosaggio, dell'orario e della via di somministrazione.

Si potranno quindi sperimentare procedure che, basandosi sui dati contenuti sul braccialetto, consentono di automatizzare le diverse fasi in cui si articola la distribuzione dei farmaci, riducendo così il rischio di errori.

Le indicazioni dell'OMS e della JCI per la sicurezza del paziente, sono facilmente applicabili anche al modello umbro. Ovviamente sarà necessario sviluppare il processo attraverso sperimentazioni idonee, calibrate sulle diverse realtà aziendali.

Operatività

In merito all'organizzazione pratica del sistema operativo dell'Accreditamento Istituzionale, alla luce della costituzione dell'Agenzia Umbria Sanità (AUS), si rende necessario ridefinire il modello esistente basato sull'attività di un organismo di certificazione.

Pertanto è necessario coinvolgere l'Agenzia Umbria Sanità (AUS) sviluppando il sistema nel modo seguente:

definire il rapporto fra Regione e Agenzia ai sensi dell'art. 4 della L.R. 16/2007;

attivare in seno all'AUS. le seguenti aree di intervento;

gestione del processo di audit;

formazione di auditor e facilitatori finalizzata ad un'uniformità regionale;

un supporto specialistico al Servizio Regionale Accreditamento con particolare riferimento alla definizione dei requisiti di Accreditamento (check list generale, specifiche, ecc.) e allo sviluppo di sperimentazioni gestionali;

definire l'organigramma;

accreditare il sistema gestionale dell'AUS per dare evidenza della validità delle metodologie utilizzate a garanzia della terzietà della stessa.

Audit Civico

La convenzione stipulata dal Ministero della Salute con Cittadinanzattiva in vigore dal 17/11/2007 consente alle Regioni di effettuare il cosiddetto Audit Civico o Audit del Cittadino che consiste in una analisi critica e sistematica dell'azione delle ASL e/o delle Aziende Ospedaliere promosso da Cittadinanzattiva sulla base delle esperienze del Tribunale per i Diritti del Malato.

Le esperienze di Audit Civico iniziate già in via sperimentale nel 2004 in alcune regioni italiane (Emilia Romagna, Puglia, Lazio, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia) hanno coinvolto n. 135 Asl e Aziende Ospedaliere pari a circa un terzo delle Aziende Sanitarie italiane.

Sono stati osservati 156 Ospedali, 136 sedi di Distretto Sanitario, 137 Poliambulatori, 134 Servizi di Assistenza Specialistica territoriale e semiresidenziale.

La decisione di dotare le organizzazioni dei cittadini di un proprio strumento di valutazione dell'azione delle Aziende Sanitarie, denominato appunto Audit Civico, nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati dal Tribunale per i diritti del malato:

esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino nella organizzazione dei servizi sanitari e di promuovere forme efficaci di partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari pubblici;

esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle Aziende Sanitarie per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari e per ottenere che le segnalazioni producano i dovuti miglioramenti;

necessità di creare un contrappeso alla diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi prodotto dalla maggiore autonomia dei governi regionali.

Il legame con il *benchmarking* (valutazione comparativa) non è soltanto una scelta metodologica ma acquista un valore strategico nel rendere comparabili le performance aziendali sulla base di elementari criteri legati ai diritti dei cittadini e standard ormai condivisi nella società.

Lo sviluppo dell'Audit Civico in collaborazione con le amministrazioni sanitarie regionali è un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione Italiana *"Stato, Regioni, Province, Città, Metropolitane e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà".*

La progettazione dell'Audit Civico ha preso le mosse da quattro domande semplici e cruciali rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino nei servizi sanitari:

quali sono le azioni promosse dall'Aziende Sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?

quale priorità assumono nell'azione delle Aziende Sanitarie alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?

la partecipazione dei cittadini è considerata dalle Aziende Sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o viene promossa solo come un adempimento burocratico previsto dalla legge?

quali risposte ha fornito l'Azienda Sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fa si che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande, ma la loro formulazione permette di selezionare i temi da includere nell'Audit Civico e i dati da raccogliere.

La struttura operativa dell'Audit Civico è composta da cittadini e operatori sanitari delle Aziende che partecipano alla raccolta dei dati che in realtà non è una semplice raccolta di informazioni ma una vera e propria procedura di valutazione che comporta le seguenti fasi:

decisione della direzione aziendale di aderire all'Audit Civico;
costituzione dell'equipe operativa;
realizzazione dei corsi di formazione alla metodologia;
definizione del campo di applicazione;
raccolta dei dati;
restituzione dei dati su supporti informatici;
elaborazione del rapporto;
definizione delle aree critiche e delle azioni di miglioramento;
realizzazione di politiche condivise sulla base dei dati del monitoraggio;
verifica degli esiti attraverso la realizzazione di un nuovo Audit.

In Umbria l'Audit Civico sarà operativo nel triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2009/2011.

Indicazioni operative

L'Accreditamento Istituzionale e l'Audit Civico sono due facce della stessa medaglia per garantire la sicurezza del paziente innalzando la qualità delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale.

Lo strumento dell'Accreditamento consente al S.S.R. di garantire livelli di assistenza qualificata sia nel servizio pubblico che in quello privato accreditato.

Il monitoraggio costante dell'attività delle strutture pubbliche e private autorizzate ha consentito negli ultimi anni di garantire livelli di qualità delle prestazioni erogate sulla base del possesso dei requisiti minimi previsti dal D.P.R 14/01/97.

Il passaggio dal livello di struttura *autorizzata* a quello di struttura *accreditata* consentirà da un lato di garantire un'assistenza più qualificata sulla base del possesso di requisiti ulteriori di qualità, dall'altro di proseguire, attraverso il processo di miglioramento continuo, in direzione di una prassi di "Qualità in Sanità" non più abdicabile.

Sotto il profilo della compatibilità di un *sistema accreditato* con le risorse economiche disponibili in capo al Servizio Sanitario Regionale va evidenziato che il percorso delle cosiddette "3A" (Autorizzazione, Accreditamento, Accordo Contrattuale) determinerà l'inevitabile "scrematura" delle strutture private (ed anche pubbliche!) indisponibili e/o inidonee alle azioni di miglioramento continuo. Al riguardo va sottolineata l'espressa previsione legislativa che impone alle strutture pubbliche di accreditarsi obbligatoriamente lasciando alle strutture private la scelta di accreditarsi istituzionalmente con il S.S.R., senza trascurare il principio ispiratore della Legge legato alla libera scelta del cittadino.

La *governance* dovrà svilupparsi prevedendo che le strutture private accreditate soddisfino non solo le tradizionali attività sanitarie di media/bassa specialità ma che svolgano anche un'attività sussidiaria adeguata per concorrere proficuamente al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal Piano Sanitario. In tale contesto le strutture private accreditate non saranno più chiamate in causa per soddisfare solo le esigenze del S.S.R. (ad es. per superare le liste di attesa), ma potranno proporsi come sistematici attori del sistema, integrate a pieno titolo nella rete dei servizi del sistema sanitario regionale, garantendo anche un favorevole rapporto costo/beneficio sulla prestazione accreditata erogata.

Ovviamente l'autority regionale, proprio attraverso lo strumento dell'Accreditamento Istituzionale, avrà l'obbligo di garantire un servizio qualificato e competitivo, realmente di libera scelta.

L'Audit Civico sarà la cosiddetta "*Cartina al Tornasole"* del Servizio Sanitario Regionale consentendo di misurare la *costumer satisfaction* della popolazione umbra.

In conclusione quindi gli strumenti dell'Accreditamento Istituzionale e dell'Audit Civico sono destinati ad incidere in maniera determinante sulla programmazione sanitaria regionale inducendo scelte basate da un lato sulla qualità della prestazione erogata e dall'altro sulla soddisfazione dell'utente in un sistema imperniato su una *competitività controllata e garantita* volta a soddisfare le esigenze e la sicurezza del paziente.

4.11 La comunicazione e l'informazione in Sanità

La comunicazione, l'informazione, l'educazione alla salute, la comunicazione scientifica sono elementi strutturali delle organizzazioni sanitarie perché entrano in gioco in tutte le interazioni tra il Sistema sanitario e i cittadini.

Un sistema sanitario è necessariamente un sistema sanitario complesso, in quanto deve differenziare la sua offerta in ragione delle differenze, preferenze ed aspettative dei cittadini, che esprimono una domanda non solo crescente, ma anche e soprattutto più differenziata e sofisticata.

Il modo di concepire il rapporto tra salute e servizi sanitari è caratterizzato sempre più infatti, dal desiderio delle persone di essere protagoniste consapevoli delle proprie scelte di salute, dalla consapevolezza che lo stato di salute è funzione, oltre che delle cure sanitarie, di fattori quali le condizioni socio- economiche e culturali, l'ambiente, il lavoro, l'alimentazione, i rapporti sociali…

Questa complessità può tradursi in un ostacolo all'utilizzo appropriato e tempestivo dei servizi; pertanto lo sforzo di miglioramento del servizio sanitario regionale deve accompagnare l'innovazione dei servizi con l'innovazione informativa a tutti i livelli:

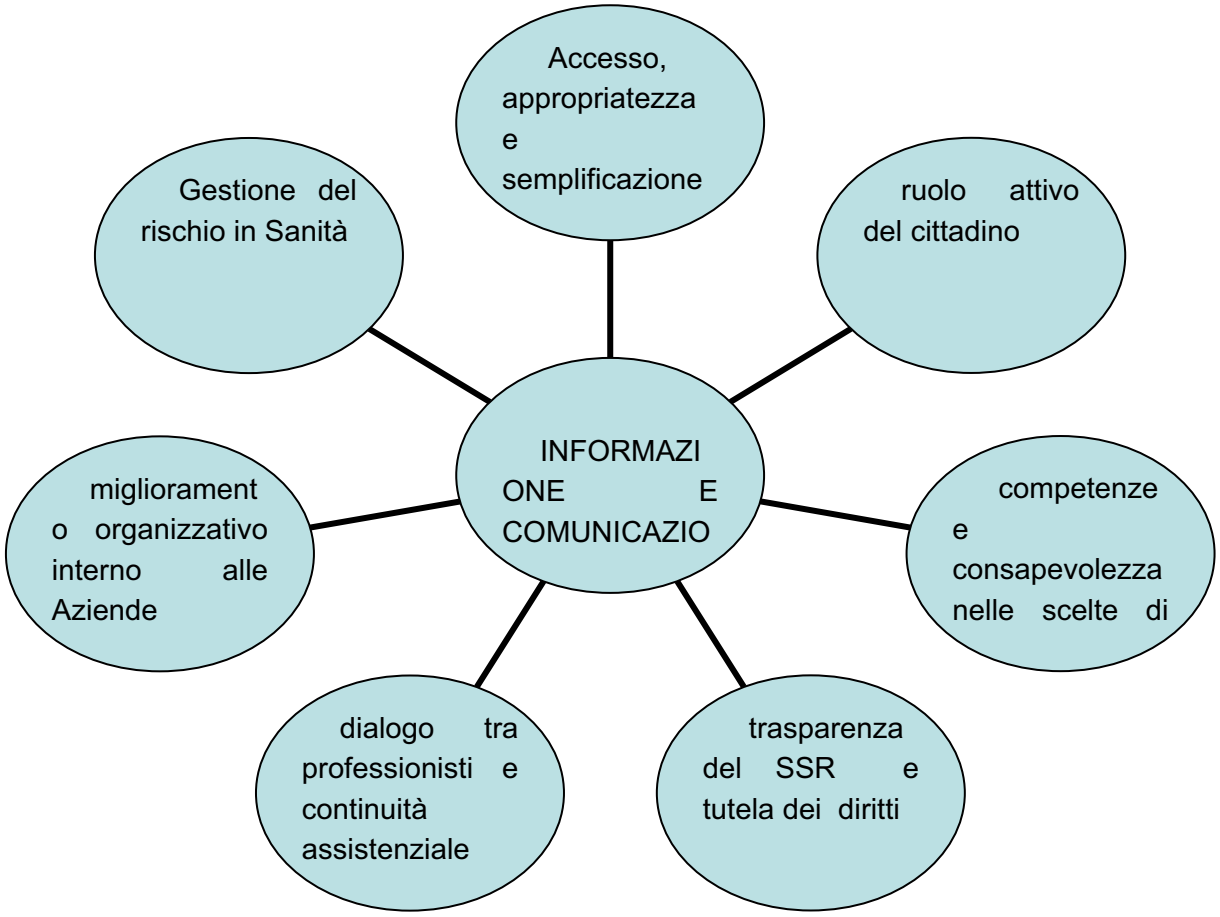
a) all'interno dei servizi, come strumento gestionale e di supporto alla assistenza; b) tra i servizi e con i diversi livelli di governo del sistema regionale; c) nei rapporti con i cittadini e gli utenti.

Le dimensioni essenziali della qualità richieste al Servizio Sanitario odierno richiedono come luogo del cambiamento le competenze professionali e relazionali degli operatori, gli assetti organizzativi dei servizi e la comunicazione con gli utenti, la partecipazione dei cittadini. Saper ascoltare l'utente e fornire le informazioni necessarie per promuovere responsabilità individuale e collettiva verso la salute richiede lo sviluppo di forme evolute di comunicazione.

In buona sostanza la comunicazione deve configurarsi come strumento per il miglioramento organizzativo, il coinvolgimento del personale, il miglioramento delle relazioni con operatori e cittadini e per qualificare i servizi, sostenere con la diffusione di appropriate conoscenze scientifiche il diritto della popolazione all'autodeterminazione del proprio benessere.

Il sistema delle informazioni deve mettere in grado il cittadino di orientare la propria domanda, di comprendere diritti e doveri, di conoscere procedure, di saper utilizzare al meglio le opportunità fornite dal SSR.

Funzioni della comunicazione nel SSR



Gli obiettivi di Comunicazione nel nuovo PSR

Facilitare l'accesso ai servizi e un loro utilizzo appropriato

Equità e semplificazione

La conoscenza e l'accesso ai servizi, nel mentre richiede azioni rivolte a tutti i cittadini, deve tenere conto in particolare di quelle categorie di persone che possono avere maggiori difficoltà al contatto con il servizio pubblico, sia per difficoltà di tipo fisico che culturale; le caratteristiche della popolazione umbra richiedono attenzione, anche sul piano delle strategie di informazione-comunicazione, in direzione di disabili, immigrati, anziani. Oltre allo sviluppo delle attività di front-office è necessario quindi rafforzare, soprattutto nella direzione sopra indicata, tutti gli strumenti di Comunicazione diretta con il cittadino valorizzando in particolare l'uso delle tecnologie comunicative, a partire dal telefono e dal WEB, proprio per facilitare le persone che possono avere difficoltà di accesso al Sistema dei Servizi.

Integrazione delle informazioni

Poiché problemi di assistenza sociale e sanitaria sono spesso collegati, è opportuno promuovere e realizzare la massima integrazione possibile tra i due sistemi: sociale e sanitario, anche sul piano informativo.

Diritti, garanzie e doveri

La Carta dei Servizi è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria rende nota la propria offerta di servizi e i propri impegni nei confronti dei cittadini, nel garantire livelli e standard di qualità, a garanzia dei diritti del cittadino, secondo l criteri del *DPCM del '95 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"* ed alle altre indicazioni fornire da Ministero della Sanità. Le Carte dei servizi per rispondere a tali fini devono essere periodicamente aggiornate.

Ruolo della Regione:

- Definire *Linee Guida Regionali per la Carta dei servizi* - in applicazione del programma regionale sull' AUDIT CIVICO - in modo tale a prevedere per le Aziende Sanitarie modalità compilative omogenee, anche a superamento di qualche difficoltà interpretativa dei documenti ministeriali di riferimento (DPCM '95).
- Promuovere/sostenere *progetti* volti alla *informazione integrata* sociale e sanitaria per categorie "fragili", quali disabili e emigrati.

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- Realizzare la Carta dei Servizi

- Attivare, in collaborazione con gli Enti Locali del proprio territorio, *esperienze di informazione integrata* sociale e sanitaria per categorie fragili.

Rafforzare la capacità delle persone di governare la propria salute e effettuare scelte consapevoli

Comunicazione negli screening oncologici, prevenzione, stili di vita, vaccinazioni, gestione delle emergenze.

I cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute, anche in termini di promozione e prevenzione di questa; questo percorso di empowerment è reso possibile proprio sulla base della informazione e con la possibilità di sviluppare comportamenti personali e capacità di influenzare comportamenti altrui.

L'importanza della assunzione di stili di vita atti alla salute e di mettere in atto comportamenti preventivi, quali adesione alle vaccinazioni e agli screening oncologici, richiede la attivazione anche di azioni informative di massa, oltrechè di azioni educative mirate.

In quest'ambito va collocata l'attenzione per il "marketing sociale", inteso come partnership tra strutture sanitarie, sociali ed altri soggetti, pubblici e privati, nel sostegno alla diffusione delle informazioni e promozione di orientamenti utili alla salute.

Consenso Informato

Il cittadino deve essere soggetto delle scelte che riguardano la sua salute e perchè questo accada occorre promuoverne la partecipazione attiva a partire dai processi sanitari/assistenziali che lo riguardano direttamente. E' opportuno pertanto implementare i processi di informazione e comunicazione in primis tra singolo cittadino e operatore, a partire dal Consenso Informato, al fine di rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del diritto a scegliere il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabiltà (empowerment). Questo è richiamato anche nei documenti dell'OMS e nella Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e la biomedicina, recepita in Italia con la Legge n. 145/2001.

Ruolo della Regione:

- realizzare "*campagne-ombrello*" su screening, vaccinazioni di nuova attivazione e programmi di prevenzione;

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- Promozione e monitoraggio della corretta gestione del processo di acquisizione del *Consenso Informato;*

- Promozione e educazione alla Salute;
- Collaborazione alle campagne regionali

Promuovere il ruolo del cittadino e della società civile nella valutazione e nelle scelte delle attività/servizi del SSR

Rendicontazione sociale

Il *Bilancio Sociale* (rendicontazione triennale sul PAL) costituisce, oltrechè uno strumento del sistema di programmazione e rendicontazione, come in altro capitolo del Piano indicato, anche un potente strumento di comunicazione con gli interlocutori istituzionali e le forme rappresentative della società civile.

Conferenze dei Servizi

La Conferenza dei servizi- intesa come rendicontazione annuale sul perseguimento degli obiettivi aziendali e valutazione sull'andamento dei servizi - deve soprattutto costituire un momento di confronto tra questa e organizzazioni dei cittadini, prevedendo per queste un ruolo attivo all'interno di esse soprattutto per qanto riguarda la valutazione sull'andamento dei servizi. Le esperienze, altrove indicate, di *indagini di qualità percepita* e di *audit civico* possono integrarsi efficacemente nella realizzazione delle Conferenze stesse.

Misurare la qualità percepita e promuovere Audit Civico

Sviluppare il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte/valutazione relativi ai servizi e fornire informazioni e contesti per promuovere responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute sono elementi essenziali delle proposte del PSN. Ma la partecipazione dei cittadini ha finora scontato l'assenza di una metodologia che ne facilitasse l' attuazione. L'AUDIT CIVICO promosso da Cittadinanzattiva nel contratto di collaborazione con il Ministero della Salute del gennaio 2008 rappresenta una risorsa per la valutazione dei servizi in comune tra cittadini e operatori, sulla base di una precisa metodica.

Al contempo, e mentre si maturano esperienze più complesse di Audit Civico, devono essere sviluppate con continuità indagini di QP per la valutazione dei servizi, come risorsa per garantire adeguati processi di miglioramento nei servizi specifici.

Ruolo della Regione:

- Dare indirizzi applicativi alle LG al Bilancio Sociale;
- Realizzare un Osservatorio regionale per le rilevazioni di Qualità percepita dei servizi sanitari pubblici e delle Carte dei servizi;
- Promuovere l'Audit Civico tramite applicazione dell'Accordo 2008 tra Ministero e Cittadinanzattiva.

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- Conferenza annuale dei Servizi;
- Indagini di qualità percepita;
- Redazione triennale del Bilancio Sociale;
- Partecipazione al Programa regionale di AUDIT Civico.

Sostenere modelli organizzativi volti a facilitare la comunicazione tra strutture e professionisti

Le tecnologie trovano sul piano della continuità assistenziale terreni nuovi da esplorare per ricomporre specificità e frammentarietà degli interventi , ridurre tempi e spostamenti , avvicinare professionisti di strutture diverse.

Promuovere / rafforzare il "sistema comunicazione " e le risorse

Organizzazione aziendale

Occorre sviluppare all'interno delle Aziende Sanitarie un " sistema di comunicazione" a cui concorrano, in una logica integrata, le diverse strutture/attività dedicate. (Ufficio relazioni con il Pubblico, Ufficio Stampa, Servizio Educazione alla Salute, ecc.) quali articolazioni con competenze specialistiche finalizzate al miglioramento della comunicazione interna ed esterna. Per essere efficace tale "Sistema comunicazione" dovrà :

- essere direttamente collegato al sistema delle responsabilità cliniche ed organizzative e partecipare alle fasi di decisione strategica;
- prevedere la pianificazione anche in termini di Comunicazione attraverso i Piani aziendali della C.

Ad un rafforzamento del sistema comunicazione all'interno della organizzazione aziendale deve far risconrtro la organizzazione della funzione di riferimento regionale che svolga compiti di coordinamento e di supporto per la elaborazione di strategie comunicative, la preparazione e la realizzazione di progetti informativi, di educazione alla salute e di comunicazione del rischio, la progettazione di indagini su aspettative e atteggiamenti dei cittadini per rispondere a tutte quelle problematiche che richiedono competenze non facilmente reperibili a livello delle singole Aziende.

Formazione

L'aggiornamento e la formazione continua degli operatori sanitari assume in tale contesto un ruolo sempre più decisivo per adeguare le conoscenze e le capacità tecniche alla evoluzione anche degli strumenti e metodi in tema di comunicazione e sviluppo dei rapporti con il cittadino.

Ruolo della Regione:

- sviluppo della infrastruttura regionale di riferimento : funzioni della Agenzia regionale in materia di C.;
- sviluppo della funzione formativa degli operatori della Direzione regionale e delle Aziende Sanitarie.

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- sviluppare in senso sistemico ed integrato le diverse strutture e attività di comunicazione: “Sistema comunicazione” aziendale;
- inserire tra gli strumenti della programmazione annuale il Piano di Comunicazione aziendale;
- prevedere nei Piani formativi aziendali iniziative volte a sostenere le competenze relazionali e comunicative degli operatori;
- rafforzare gli URP tramite aggiornamento del regolamento di pubblica tutela e formalizzazione del sistema di gestione dei reclami.

Inoltre la Regione è impegnata nel Progetto Regione Umbria – ANCI Umbria per la donazione e trapianto di organi:

- a diffondere l’informazione scientifica, attraverso attività redazionale e organici strumenti editoriali su carta e su WEB, tra gli operatori sanitari e i “ cittadini competenti” con le attività in cui è coinvolta l’Agenzia Regionale (L.R. 16/2007);
- a facilitare l’accesso alla documentazione scientifica, in particolare sulle innovazioni tecnologiche nel campo sanitario, sviluppando le collaborazioni tra le Aziende Sanitarie e Università, integrazioni con attività di ricerca, di formazione e di diffusione delle conoscenze;
- a sperimentare e rafforzare modalità di collaborazione tra le organizzazioni sanitarie, i governi locali e le comunità, ai fini programmatori e valutativi delle politiche sanitarie, attraverso strumenti comunicativi e processi innovativi che facilitino lo sviluppo di politiche inclusive, di networking e di cooperazione anche internazionale per la promozione della salute e la coesione sociale.

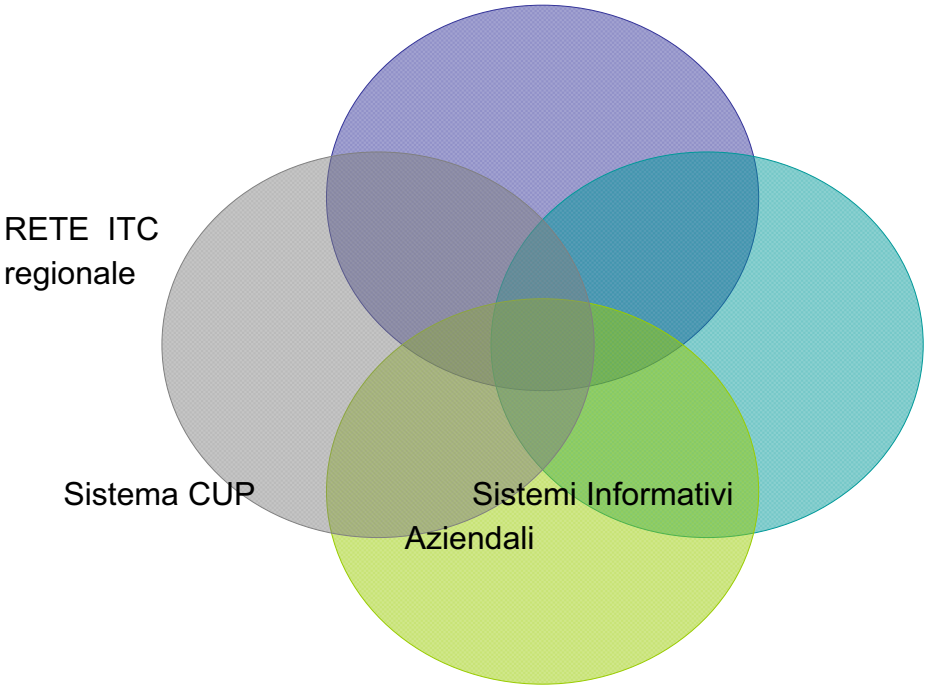
Per tutte queste attività è prevista la collaborazione dei Servizi della Direzione e le Aziende Sanitarie, l’Università, Soggetti Terzi, ASR e gruppi di lavoro tecnici interessati.

<u>Sito WEB per la comunicazione in Sanità</u>

L’uso delle tecnologie WEB si è fortemente diffuso in questi anni, anche presso la Direzione regionale Sanità e Servizi Sociale. Tali attività sono realizzate utilizzando le strutture informatiche della regione e competenze concernenti le tecnologie informatiche, le strategie, le normative e i metodi della comunicazione attraverso il web in Sanità.

Le attività relative al Sito WEB vengono svolte in stretta collaborazione con la rete Informativa regionale, con il SITO istituzionale della regione Umbria, con il supporto di esperti nel campo della comunicazione in Sanità. In funzione dei diversi progetti sono sviluppare collaborazioni con tutte le aree dell'Agenzia, i Servizi della stessa Direzione regionale, le Aziende Sanitarie e i gruppi di lavoro tecnici interessati.

Il complesso delle attività di informazione e comunicazione con il cittadino /utente dei servizi si interseca, soprattutto attraverso gli strumenti della Informazione e Comunicazione Tecnologica (ITC). con altri sistemi del SSR.



4.12 Rendere effettiva la partecipazione

Premessa

La inadeguata applicazione delle norme che tanto nella L.R. n. 3/1998 che nel PSR 2003-2005 garantiscono momenti di partecipazione determina uno sbilanciamento complessivo dei poteri, con una marginalizzazione di cittadini ed utenti, ed una organizzazione effettiva di presidi e servizi che sempre meno tiene conto dei problemi di salute importanti per chi sul territorio vive e lavora.

Sono offerti infatti pochi spazi concreti al contributo di associazioni e cittadini, neanche come surrogato attraverso gli atti compiuti dalle varie conferenze dei sindaci,

fino ad oggi poco impegnate nell'attivazione di appropriate interazioni con la popolazione e le collettività.

Ulteriori difficoltà nel rendere effettiva la partecipazione nelle varie ASL ed AO umbre, derivano:

in parte da una sostanziale impermeabilità delle logiche aziendali alle istanze partecipative;

in parte dallo scarso impatto sulle scelte effettive che gli spazi proposti fino ad oggi prefigurano all'impegno di cittadini e associazioni;

in parte dalle difficoltà, talora lamentate dalle aziende sanitarie, ad avere nei tavoli di confronto punti di vista e proposte che vadano oltre le specificità che motivano le singole realtà aggregative, con il rischio di rincorrere risposte sbilanciate verso la soluzione di problematiche parcellizzate e la attivazione di dinamiche disfunzionali o non sostenibili dal sistema.

Linee strategiche

Il Piano Sanitario Regionale affronta le problematiche sopra richiamate nella prospettiva di mettere in atto i passaggi funzionali a far evolvere il SSR in un'organizzazione strutturalmente più partecipata, sulla base di consolidamenti graduali delle soluzioni più adatte alle specificità del tessuto regionale delle associazioni per il diritto alla salute.

Questo assunto comporta per il SSR:

a) sia la necessità di concertare e mettere a regime dispositivi di reale partecipazione, superando i momenti di separatezza tra cittadini, direzioni aziendali, ed i corpi e le strutture professionali del SSR per:
   - riequilibrare le asimmetrie tra il potere della conoscenza, quello della posizione amministrativa e quello degli esposti ai rischi, alla esclusione ed alla malattia;
   - creare spazi di interazione, di indirizzo, qualificazione e valutazione in cui possano esprimersi tanto le richieste quanto le potenzialità e le risorse presenti nelle collettività e nei territori.
b) sia la necessità di supportare la maturazione delle varie istanze associative in modo da garantire sempre maggiore qualità ai processi sopra delineati.

La partecipazione dei cittadini, in forma singola o associata, concorre, infatti, alla realizzazione del diritto alla salute e all'erogazione dei LEA, ai sensi dell'art. 117, secondo comma , lettera m , della Costituzione .

Tale partecipazione va intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile, in primo luogo delle associazioni degli utenti e delle loro famiglie, alle determinazioni delle politiche assistenziali, sia come valorizzazione del Terzo Settore, come una delle componenti per affidare l'erogazione di servizi socio sanitari .

La partecipazione è un processo attivo e quindi i partecipanti dovrebbero avere la capacità di influenzare in maniera significativa le decisioni.

Una reale partecipazione implica la condivisione del potere di prendere decisioni.

Il coinvolgimento dei pazienti e della comunità può avvenire a diversi livelli:

- può riguardare la salute dei singoli pazienti e le scelte terapeutiche;
- può riferirsi alla presenza e alla qualità dei servizi sanitari;
- può coinvolgere la collettività e i pazienti nella scelta di priorità, nella pianificazione e organizzazione dei servizi.

Il Servizio Sanitario Regionale promuove la partecipazione dei cittadini alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie.

Sarà compito della programmazione attuativa organizzare comitati consultivi, sia a livello regionale che di ASL che di Ambito, per la interazione, per l'indirizzo, per la qualità condivisa, per la valutazione, potenziando in particolare le carte dei servizi basate su standard dei servizi e delle prestazioni, definite di intesa con i comitati consultivi degli utenti e sperimentando forme di gestione associate degli URP con le associazioni degli utenti.

Queste indicazioni vanno estese alle diverse sezioni del PSR, integrandone le disposizioni tramite il recepimento e l'attivazione degli istituti e dei dispositivi di partecipazione individuati.

Risultati attesi a fine periodo di validità del PSR consistono in:

- partecipazione routinaria dei comitati consultivi degli utenti nei dipartimenti, distretti, cds, presidi ospedalieri ;
- validazione da parte delle rispettive collettività presenti nei bacini di utenza potenziale:
  di tutti i budget aziendali ;

dei programmi di attività di dipartimenti, distretti, cds e presidi ospedalieri;

- approvazione di carte dei servizi in tutte le aziende;
- sperimentazione delle gestione degli URP da parte delle associazioni degli utenti e successiva messa a regime;
- attivazione degli audit civici annuali in tutte le aziende;
- messa a regime del primo bilancio sociale triennale .

4.13 Gli strumenti per il controllo strategico e la valutazione dei risultati

La Regione Umbria, con la L.R. n. 13/2000 recante “Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell’ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell’Umbria”, ha disciplinato in forma organica, prima in Italia e in anticipo rispetto alla normativa nazionale, cioè al D.Lgs. n. 76/2000 che ha stabilito "Principi fondamentali e norme di coordinamento in materia di bilancio e di contabilità delle regioni, in attuazione dell'articolo 1, comma 4, della legge 25 giugno 1999, n. 208”, le procedure di programmazione generale, definendo gli atti di programmazione regionale, i ruoli, i contenuti di ognuno di essi, le loro procedure di formazione e i soggetti interessati. Con tale strumento legislativo la Regione ha introdotto un processo integrato e coordinato tra la programmazione generale e quella economico-finanziaria, che assicura trasparenza alle scelte di bilancio e certezza nell’impiego delle risorse pubbliche. Tale processo viene posto in essere mediante atti tra loro coordinati da un nesso di consequenzialità logica e temporale. In questo contesto assume particolare rilevanza una delle principali novità della normativa: l’introduzione del sistema di controlli interni ed il loro collegamento con il ciclo di programmazione di bilancio. Le innovazioni introdotte con la citata legge perseguono l’obiettivo di una maggiore integrazione tra gli atti di programmazione generale e i provvedimenti di governo effettivo, che si riflette positivamente sul processo di allocazione delle risorse, prevedendo, tramite l’istituzione del sistema dei controlli, i necessari ritorni informativi sull’andamento della gestione, nonché sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi predefiniti.

La disciplina dei controlli interni è, in armonia con la normativa nazionale (D.Lgs. n. 286/99), coerente con la nuova cultura del controllo nelle Pubbliche Amministrazioni che ha spostato l’attenzione dalla legittimità degli atti ai risultati dell’attività, consentendo il passaggio dal controllo prescrittivo (di tipo verticale) all’autocontrollo (di tipo orizzontale). Il nuovo approccio del sistema di programmazione e controllo regionale ha visto il passaggio dalla programmazione strategica che prescrive una serie di azioni da porre in essere, alla programmazione e controllo strategico che elabora un piano strategico e assegna obiettivi e risorse agli attori della programmazione e del controllo gestionale. Tali mutamenti sono dovuti alla necessità di migliorare il supporto ai decisori politici in termini di conoscenza dell’ambiente, impatto delle politiche, monitoraggio dell’attuazione dei programmi settoriali e di quelli integrati.

In particolare, il controllo strategico è uno strumento a disposizione dell'organo politico finalizzato a:

1. coadiuvare la Giunta regionale nella elaborazione delle direttive e degli altri atti di indirizzo politico di cui all'art. 3 c. 1 lettere b) e c) del D. Lgs. 29/93 e successive modificazioni e precisamente:
   - nella definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e la gestione;
   - nell'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico finanziarie da destinare alle diverse finalità e nella loro ripartizione tra gli uffici di livello dirigenziale generale;
2. verificare l'effettiva attuazione delle scelte contenute negli atti medesimi di cui al punto 1);
3. verificare il grado di coerenza e la congruità degli strumenti attuativi rispetto agli obiettivi strategici fissati dalle direttive e dagli altri di indirizzo politico di cui al punto 1) mediante la valutazione degli strumenti attuativi della programmazione regionale;
4. redigere, al termine di ciascun semestre e alla fine di ciascun anno, un rapporto sui risultati delle analisi effettuate con proposte di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione e dell'efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

Uno degli strumenti di controllo strategico utilizzati inizialmente dalla Regione Umbria è stato il documento di verifica di risultato relativa agli obiettivi del D.A.P. 2003-2005. Successivamente, è stato inserito nel Documento regionale annuale di programmazione (D.A.P.) 2007-2009, un apposito capitolo interamente dedicato alla verifica di risultato degli obiettivi del D.A.P. 2006-2008 e ad elementi di controllo strategico. In tale capitolo, per ciascuna politica regionale vengono descritti il contesto di riferimento, il posizionamento competitivo dell'Umbria rispetto alle altre regioni italiane e forniti indicatori significativi dello sviluppo economico e sociale della regione. Infine vengono evidenziati i risultati in merito alla verifica dello stato di attuazione delle attività individuate come prioritarie per il 2006, nel D.A.P. 2006-2008 e valutata l'adeguatezza delle scelte compiute in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti. Tale verifica di risultato rappresenta un importante sviluppo del processo di rafforzamento della governance regionale, in quanto contribuisce alla costruzione di un compiuto sistema di controllo strategico regionale, in grado di supportare l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo e quindi di favorire la funzionalità dell'organizzazione e il buon andamento dell'attività amministrativa.

Con riferimento all'anno 2007, invece, in ottemperanza a quanto disposto dalla lettera k) dell'art. 65 del nuovo Statuto della Regione Umbria che prevede, tra le attribuzioni del Presidente della Giunta Regionale, la presentazione al Consiglio regionale di una relazione annuale sullo stato di attuazione del programma di governo e sulla amministrazione regionale, nella quale espone l'attività svolta, anche in riferimento alle priorità e agli indirizzi approvati dal Consiglio regionale ed indica gli atti di programmazione

che l'esecutivo intende proporre nell'anno successivo, è iniziata una nuova fase del sistema di programmazione e controllo della regione. Infatti, con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 222/2008 è stata approvata la Relazione del Presidente della Giunta Regionale sullo stato di attuazione del programma di governo e sulla amministrazione regionale per l'anno 2007 e condivise le linee politico-programmatiche delineate. La Giunta regionale, quindi, nel recepire le nuove norme statutarie, ha separato formalmente e temporalmente il documento di programmazione ed indirizzo, svolta dal D.A.P., dal documento di controllo strategico, in modo da valorizzare la mission del D.A.P. di indirizzo da un lato e da rendere più trasparente l'azione del governo regionale, dall'altro, offrendo al Consiglio Regionale e quindi, all'opinione pubblica, un rendiconto chiaro, affidabile e tempestivo dell'attività svolta. Per la parte relativa alla politica del *Welfare* e in particolare alla sottopolitica *Protezione della salute*, gli indicatori presi a riferimento sono stati: il personale dipendente del S.S.N., il tasso di utilizzo dei posti letto (rapporto tra giornate di degenza effettive e giornate di degenza potenziali), il tasso di ospedalizzazione (rapporto tra degenze e popolazione media residente), l'indice di copertura dell'attività ospedaliera (rapporto tra il numero di residenti emigrati in altra regione per ricoveri ordinari acuti sul totale delle persone ospedalizzate residenti nella regione) e la spesa farmaceutica netta pro-capite.

A conferma della volontà di rafforzare il sistema di controllo strategico regionale, in attuazione di quanto indicato dall'art. 99 della L.R. n. 13/2000, con D.G.R. n. 287/2008 è stato costituito l'"Organismo di supporto al Controllo strategico", che collabora direttamente con la Presidente della Giunta regionale, con funzioni di guida e di convalida delle attività e dei risultati rilevati dal controllo strategico, anche con riferimento alle analisi di finanza pubblica. Tale organismo, composto da esperti di chiara fama provenienti dal mondo universitario, è preposto a garantire l'adeguatezza metodologica del sistema di controllo utilizzato, il suo allineamento con le più avanzate tecniche di analisi e ad individuare i necessari indicatori e gli strumenti di valutazione. La sua costituzione si pone quale step di un più ampio processo al quale la D.G.R. n. 1375/2007, di definizione dei "Sistemi premianti connessi alla valutazione dei risultati", ha dato un impulso particolare, dando mandato all'Area della programmazione regionale e alla Direzione regionale alle risorse umane, finanziarie e strumentali di porre in essere interventi volti alla rivisitazione del percorso di definizione degli obiettivi/risultati. La Giunta regionale ha infatti deciso di rafforzare l'orientamento al risultato e sostenere la maturazione complessiva dell'ambiente organizzativo e gestionale, rivedendo il percorso di definizione degli obiettivi/risultati, non solo in relazione alla strutturazione del ciclo di programmazione e controllo finalizzato alla valutazione del grado di attuazione degli indirizzi strategici, ma anche in relazione al potenziamento della metodologia in uso per la valutazione dei risultati dei dipendenti regionali, con particolare riferimento alla rappresentazione oggettivabile degli obiettivi assegnati. Si vuole puntare all'oggettività della valutazione e al suo ancoraggio ad un sistema manageriale e professionale orientato alla gestione per risultato a tutti i livelli: dai dipendenti ai direttori. Il processo di definizione degli obiettivi dei Direttori regionali prende avvio con la richiesta ai Direttori stessi di una proposta di obiettivi che presentino le seguenti caratteristiche:

1. per ciascun obiettivo va evidenziato il collegamento con il Documento annuale di programmazione (Dap) e con eventuali altri atti di programmazione;
2. va evidenziata la pertinenza temporale dell'obiettivo all'anno di riferimento;
3. vanno evidenziate, nei limiti del possibile, modalità di misurazione di ciascun obiettivo.

Sulle proposte di obiettivi pervenute da ciascuna Direzione regionale, l'Area della Programmazione regionale, la Direzione regionale risorse umane, finanziarie e strumentali, e la Direzione Affari Generali della Presidenza e della Giunta regionale, per quanto di rispettiva competenza, svolgono una sintetica istruttoria per verificare la sussistenza dei requisiti sopra elencati.

La Giunta Regionale, intende, quindi, rinvigorire il sistema di valutazione del management e tale impostazione vuole essere riproposta anche in ambito sanitario.

Attualmente, gli strumenti utilizzati in ambito sanitario sono stati il Documento di Valutazione sui Determinanti di Salute e sulle Strategie del SSR, con il quale sono state valutate le indicazioni programmatiche contenute nel PSR 2003-2005, in termini di impatto sulla salute e la valutazione dei Direttori Generali.

Al fine di supportare e valorizzare l'azione delle aziende, la Regione Umbria si propone di valorizzare il sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati in modo tale da offrire strumenti operativi utili sia al governo del sistema sanitario nel suo complesso, sia delle singole realtà aziendali. Strumenti che siano, dunque, in grado di supportare sia l'assessorato regionale che il management aziendale, consentendo di raggiungere gli obiettivi in maniera più efficace. In particolare si prevede l'utilizzo di indicatori che diano conto sia della misura in cui l'obiettivo strategico viene perseguito (efficacia di output), sia della misura in cui si producono gli effetti sperati nei confronti degli stakeholders (efficacia di outcome). Oggetto di valutazione sarà la capacità dell'azienda di pianificare e programmare l'attività in linea con le esigenze degli utenti e la capacità di operare nel contesto del sistema sanitario regionale e di seguire gli orientamenti del PSR e delle successive delibere di applicazione, in un processo tipicamente circolare che consenta di avere ritorni informativi in itinere, in modo da predisporre eventuali atti correttivi in maniera tempestiva. In quest'ottica sarà necessario conferire maggiore elasticità al contesto aziendale rispetto ai cambiamenti, dando ai manager la possibilità di individuare le più opportune strategie, le metodologie migliori, le best-practices per l'ottimizzazione della performance.

Il sistema di valutazione che si prevede di implementare servirà a supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello regionale e aziendale e potrà essere inoltre collegato al sistema incentivante regionale per le direzioni aziendali. Le aziende sanitarie ed ospedaliere, a loro volta, potranno collegare tali strumenti al proprio sistema di budget interno. In questo modo verranno facilitate analisi in benchmarking dei dati tra le diverse realtà aziendali facilitando il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti, attivare l'apprendimento e individuare gli spazi di miglioramento.

Inoltre, la Regione Umbria ritiene fondamentale che tale sistema di valutazione sia il più possibile armonizzato con quello di altre regioni, in modo da poter effettuare analisi in

benchmarking anche a livello interregionale. Il confronto con i risultati di altre regioni, la condivisione delle diverse esperienze maturate, costituirà un ulteriore valido strumento che consentirà di definire sia gli obiettivi di miglioramento del Sistema sanitario in termini di qualità, appropriatezza, efficienza, equità, combinati con la sostenibilità economica del sistema, sia il sistema di incentivazione delle Direzioni generali delle aziende.

Infine sempre nell'ambito degli strumenti di controllo strategico, la Giunta regionale si impegna a trasmettere al Consiglio regionale una relazione annuale contenente i risultati relativi ai principali obiettivi del Piano, che consentano confronti spazio-temporali all'interno dell'Umbria e con altre regioni.

Si possono individuare due aree di valutazione che rispecchiano i valori e i principi di riferimento indicati dal Piano stesso, in particolare:

1- la persona al centro del sistema per la salute;

2 - l'appropriatezza delle prestazioni.

1 - In riferimento alla persona, si propongono i due seguenti indicatori da utilizzare nella sopra citata relazione:

- **Aspettativa di vita con e senza disabilità nella popolazione umbra**
  a livello internazionale l'indicatore principale per misurare il livello di sviluppo di un paese è la speranza di vita alla nascita, tale indicatore non è esclusivamente collegabile al progresso in ambito socio-sanitario, la speranza di vita senza disabilità rappresenta invece un indicatore sintetico dei contributi forniti al miglioramento dello stato di salute della popolazione dalle politiche sanitarie;
- **Mortalità evitabile e anni di vita potenziali persi**
  la mortalità evitabile, ossia per cause che almeno in certe fasce d'età può essere evitata attraverso prevenzione, diagnosi precoce o terapie adeguate, è un indicatore utilizzato per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari.

2 - L'appropriatezza delle prestazioni si può suddividere in quattro aree derivanti dall'incrocio tra appropriatezza clinica/organizzativa e assistenza ospedaliera/extra-ospedaliera:

a) appropriatezza dell'assistenza ospedaliera da un punto di vista clinico;
b) appropriatezza dell'assistenza ospedaliera da un punto di vista organizzativo;
c) appropriatezza dell'assistenza extra-ospedaliera da un punto di vista clinico;
d) appropriatezza dell'assistenza extra-ospedaliera da un punto di vista organizzativo.

Prendendo spunto dal lavoro condotto per la valutazione del Piano sanitario 2003-2005, i seguenti indicatori possono coprire le quattro aree sopra-elencate:

- **Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici – Ricoveri Ordinari**
- **Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici – Day Hospital**
- **Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità**

- **Percentuale di ricoveri ripetuti entro 20 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale**
- **Tasso di ricovero per scompenso cardiaco residenti 50-74 anni**
- **Tasso di ricovero per diabete residenti 20-74 anni**
- **Tasso di ricovero per BPCO (enfisema e bronchite cronica) residenti 50-74 anni**
- **Tasso di ricovero per polmonite residenti 20-74 anni**
- **Spesa farmaceutica regionale netta pro-capite**
- **Percentuale di cittadini che ottengono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni previste dal Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa)**
- **Percentuale di cittadini che ottengono i ricoveri (ricoveri previsti dal Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa)**
- **Tasso di copertura degli screening oncologici**
- **Indice di attrazione**
- **Indice di fuga**

Alcuni di questi indicatori sono trasversali rispetto alle quattro aree di intervento sia perché riguardano l'integrazione ospedale-territorio sia perché sono legati a scelte cliniche ed organizzative.

Gli indicatori individuati hanno carattere generale, non sono relativi a specifiche patologie, procedure o servizi, hanno metodologie già utilizzate dalla Direzione regionale e sono avvalorati dalla letteratura scientifica e non possono generare manipolazione dei dati o comportamenti clinici attuati nel solo obiettivo di ottenere una buona valutazione. Questi indicatori non sono comunque da ritenere vincolanti per la stesura della relazione della Giunta regionale, ma possono essere sostituiti da altri indicatori ritenuti via via più idonei a rappresentare le aree di valutazione.

Regione Umbria

PARTE TERZA

Linee strategiche

Indice

Parte terza: Linee strategiche

5. La prevenzione: dalla tutela della salute alla promozione della salute 1

5.1 Il cambiamento di prospettiva : le nuove strategie 1
5.2 Applicare la nuova visione della sanità pubblica 4
5.3 Costruire la rete dell'educazione alla salute 14
5.4 Migliorare il sistema degli screening oncologici su base regionale 15
5.5 Potenziare la prevenzione nei luoghi di lavoro 23
5.6 La sanità pubblica veterinaria e il sistema della sicurezza alimentare lungo la filiera agro-alimentare 30
5.6.1.Tutelare la produzione primaria regionale 31
5.6.2 Garantire la sicurezza alimentare 35
5.7 Assicurare l'igiene urbana e il controllo degli animali sinantropi 37

6. Il potenziamento delle cure primarie e l'attivazione delle cure intermedie 40

6.1 Il ruolo del distretto..... 41
6.2 La qualificazione delle cure domiciliari 46
6.3 L'attivazione delle cure intermedie 53

7. L'integrazione socio sanitaria 61

7.1 Il quadro normativo di riferimento 61
7.2 Il modello umbro dell'integrazione 61
7.3 Gli strumenti della programmazione integrata..... 62

8. La tutela dei diritti a fronte del disagio e dell'emarginazione.....67

8.1 Contrastare la dipendenza con l'innovazione e con l'integrazione..... 68
8.2 Garantire alle persone con sofferenza mentale la più ampia presa in carico e l'inclusione sociale 80

9. La salute delle donne 97

10. La riabilitazione 104

10.1 La Riabilitazione in età adulta..... 104
10.2 La Riabilitazione neuropsicomotoria e sensoriale in età evolutiva 118

11. Assistenza residenziale e semiresidenziale.....122

11.1 La residenzialità e semiresidenzialità nei disabili adulti e in età evolutiva 122
11.2 Le residenze protette per anziani 125
11.3 Residenzialità e salute mentale..... 133
11.4 I Centri Diurni per malati di Alzheimer 137
11.5 I Centri Diurni per adulti con patologie psichiatriche 140
11.6 I Centri Diurni per minori e adolescenti affetti da autismo..... 141

12. L'assistenza specialistica.....145

12.1 La specialistica ambulatoriale e le reti di servizi..... 145
12.2 Il day service ambulatoriale (DSA) 149

13. Riconfigurazione della rete ospedaliera regionale 151

13.1 I fenomeni evolutivi del sistema ospedaliero 151
13.2 Promuovere la revisione e/o la riconfigurazione dell'organizzazione dipartimentale. 163
13.3 Ridefinire il Sistema dell' emergenza-urgenza sanitaria - Umbria Soccorso 118. 166

14. La gestione delle liste di attesa 175

15. La salute in carcere 182

16. Le azioni trasversali per la sostenibilità. 185

16.1 L'Agenzia Umbria Sanità come strumento delle azioni. 185
16.2 Le azioni. 186

5. La prevenzione: dalla tutela della salute alla promozione della salute

5.1 Il cambiamento di prospettiva: le nuove strategie

A quasi trent'anni dall'entrata in vigore della L. 833/78 la affermazione dell'art. 32 della Costituzione "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della comunità" va riletta in chiave più attuale.
La parola "tutela" infatti non sembra più adatta ad esprimere il diritto alla salute: innanzitutto perché evoca un'"atmosfera passiva" all'interno della quale si colloca un tutore ed un tutelato, in secondo luogo perché il concetto di protezione presuppone la presenza di fattori di rischio esterni all'essere umano, secondo una concezione che considera la salute quale bene aggredibile esclusivamente da fattori esterni. Tale visione trascina con sé un'idea della prevenzione più vicina alla logica della polizia sanitaria, che a quella di un sistema che abbia il compito di promuovere la salute. Se infatti la salute è frutto oggi, nei paesi industrializzati, anche del mantenimento di un adeguato livello di benessere sociale ed economico, di un'adeguata partecipazione individuale e collettiva a stili di vita appropriati, della conservazione di un ambiente salubre, la prevenzione nella sua accezione più moderna non può prescindere dalla partecipazione collettiva, dallo sviluppo di un solido empowerment dell'individuo, in altre parole dal superamento del concetto di tutela della salute a favore di quello di promozione della salute, intesa come insieme di azioni volte alla creazione di reti istituzionali ed ambientali favorevoli alla salute (WHO 1984-88), con l'obiettivo di aumentare il controllo degli individui stessi sui determinanti che la influenzano.
In Europa ormai l'87% dei decessi è attribuibile infatti a patologie croniche quali tumori e eventi cerebrovascolari. Per una gran parte di queste affezioni conosciamo i principali fattori di rischio: fumo, alcool, dieta scorretta, inattività fisica determinano da soli oltre tre quarti di tutte le patologie su menzionate. Se ogni Servizio Sanitario Regionale ha il compito di garantire ai propri cittadini le cure più appropriate, utilizzando nel modo più razionale possibile le risorse a disposizione, di fatto il sistema sanitario nel suo complesso non possiede significativi poteri per incidere e modificare i principali determinanti di salute, poiché questi traggono origine in fattori economici, sociali, ambientali, oltre che individuali, in quanto attengono al comportamento del singolo o alle sue stesse caratteristiche genetiche.
In altre parole si può dire che se il SSN rimane il protagonista pressoché esclusivo delle cure e degli interventi riabilitativi, ciò non è per la prevenzione, poiché la sola azione sanitaria è pressoché inefficace in questo settore: si pensi infatti non solo alle patologie croniche, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito o le patologie respiratorie, influenzate da numerosi determinanti, esterni e/o interni all'individuo, ma anche alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro o alla sicurezza alimentare, nei quali la sola vigilanza, se pure strumento essenziale, non può essere pensata e agita al di fuori di un sistema che preveda il coinvolgimento di altre istituzioni quali per esempio

INAIL, ISPESL e DPL nonché delle forze imprenditoriali e sociali nel primo caso, dei produttori, trasformatori e distributori di alimenti destinati al consumo umano nel secondo.
Rispetto alla prevenzione uno dei compiti principali del SSR deve quindi diventare quello di mobilitare tutti gli stakeholders che controllano alcuni determinanti di salute, quali il mondo dell'economia, dell'istruzione, della comunicazione ecc., promuovendo la messa in atto di interventi efficaci e l'empowerment del cittadino.

Il modello Guadagnare Salute: costruire la rete per la prevenzione e la promozione della salute

Il progetto ministeriale denominato Guadagnare Salute, approvato con il DPCM 4 maggio 2007, è di fatto un programma complesso elaborato per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle più comuni malattie croniche nel nostro paese: il fumo, l'alcol, la errata alimentazione e la sedentarietà.
"Guadagnare Salute" rappresenta però un modello importante per la messa a punto di strategie per lo sviluppo di azioni efficaci per la prevenzione, in quanto è fondato sostanzialmente su un principio innovativo, quello della intersettorialità, cioè sul principio che la salute dei cittadini non può essere perseguita dal solo sistema sanitario, ma deve permeare tutte le politiche messe in atto dalle istituzioni del Paese: per l'ambiente, per lo sviluppo energetico, per la costruzione delle infrastrutture, ma anche per la scuola o la comunicazione.
Anche nella nostra regione diviene quindi fondamentale nel triennio 2009-2011:

- costruire una cultura condivisa in cui la "salute" divenga interesse globale dell'intero sistema regione e non solo del sistema sanitario;
- sviluppare azioni integrate per incidere sui principali determinanti negativi per la salute;
- trasformare "buone pratiche" in interventi consolidati ed attivare nuove sinergie tra i numerosi attori della prevenzione (Amministrazioni centrali, Amministrazioni locali, Servizio Sanitario Regionale, Professionisti della salute, Scuola, Imprenditoria, Forze Sindacali, Associazionismo, Volontariato e Privato sociale) mettendo in rete sistemi, competenze, responsabilità in settori diversi, ma sempre con l'obiettivo di promuovere la salute dei cittadini.

In questo contesto il rapporto con la scuola richiede un'attenzione particolare: il rapporto tra i servizi territoriali appartenenti ai Distretti o ai Dipartimenti di Prevenzione e la scuola deve infatti divenire più organico e sistematico, anche attraverso il consolidamento delle sperimentazioni attivate dal precedente PSR per mettere a punto buone pratiche ispirate al patto per una scuola promotrice di salute.

L'adeguamento dell'organizzazione e i professionisti della sanità pubblica: flessibilità, efficacia e appropriatezza nei rapporti tra DIP e Distretti e con gli Enti Locali in una logica di governance della prevenzione

Molti sono gli attori in seno al SSR che possono attivare azioni aventi come obiettivo la promozione di stili di vita sani: basta pensare, solo per citare alcuni esempi, ai numerosi interventi realizzati con la scuola dai servizi consultoriali per promuovere una sessualità consapevole negli adolescenti o quelli messi in campo dai diversi Sert e Goat della regione per ridurre il consumo dell'alcol da parte dei giovani o ancora l'attività di counselling svolta dagli stessi medici di medicina generale nei confronti dei propri assistiti per favorire l'adozione di stili di vita sani e non ultimo l'attività svolta dai pediatri di famiglia rispetto alla prevenzione degli incidenti domestici.

Tre sono però gli aspetti che hanno caratterizzato nel corso degli anni tutte le attività di promozione della salute:

- la frammentarietà degli interventi sul territorio, che solo in alcuni casi trovano ricomposizione all'interno della progettualità distrettuale, ma spesso non colgono trasversalmente l'intera azienda sanitaria e tanto meno l'intero territorio regionale;
- la mancata riflessione sulla efficacia delle azioni sviluppate e la loro scarsa riproducibilità.

Tutto ciò ha avuto nel corso degli anni come conseguenza una vera e propria dispersione di risorse e la mancata copertura della popolazione nel suo complesso.

In realtà ciò che è mancato è l'esercizio di una funzione di progettazione condivisa, finalizzata al raggiungimento di obiettivi chiari ed esplicitati, di coordinamento degli interventi e di diffusione delle buone prassi.

Contestualmente, sebbene fin dallo scorso PSR fosse stata esplicitata la necessità di superare la rigidità organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione, attraverso una programmazione per obiettivi e l'abbandono di tutte le attività riconosciute come inefficaci e inutili, solo in alcune realtà queste indicazioni si sono concretizzate nello sviluppo di una maggiore integrazione interna e nell'apertura verso le altre strutture aziendali, anche attraverso l'assunzione di un nuovo ruolo da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

E' quindi fondamentale che nel prossimo triennio il Dipartimento di Prevenzione assuma come propria la funzione di "cabina di regia", rispetto a tutti i processi di promozione della salute attivati in seno alle Aziende USL, ma anche in relazione alle attività di sorveglianza, di vigilanza e di comunicazione.

Come è facilmente comprensibile quando si parla di "cabina di regia" non si intende l'esercizio di una funzione da parte di una struttura sovraordinata rispetto alle altre realtà organizzative delle aziende sanitarie, ma dello sviluppo da parte del Dipartimento di Prevenzione di un'azione di coordinamento della progettazione degli interventi di promozione della salute nei confronti della collettività nel suo complesso, con l'obiettivo di garantire la piena applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tutto ciò presuppone che i Dipartimenti di Prevenzione, liberatisi definitivamente dagli orpelli rappresentati non solo dalle cosiddette pratiche obsolete, (è compito della Regione completare l'iter avviato con le DGR 910/06 e 2296/07 abrogandole definitivamente, come

già avvenuto in altre realtà regionali) ma anche da quelle attività che non rispondono più alle esigenze di salute pubblica, si aprano alla realtà circostante, contribuendo alla pianificazione per obiettivi di salute, individuati sulla base delle evidenze epidemiologiche, nonché degli indirizzi nazionali, quali il nuovo Piano della Prevenzione e alla conseguente valutazione del livello di raggiungimento degli stessi. Perché tutto ciò non rimanga ancora una volta solo un principio è fondamentale da un lato sviluppare una riflessione complessiva sull'organizzazione dei quattro Dipartimenti di Prevenzione, in perenne carenza di risorse e troppo ingessati nell'assetto organizzativo stabilito in base al d.lgs. 229/99 con la nascita delle quattro aziende USL ormai più di sedici anni fa, dall'altra portare a termine il processo, avviato da qualche anno di rivisitazione della mission dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

5.2 Applicare la nuova visione della sanità pubblica

La sanità pubblica, intesa come disciplina, sta infatti cambiando profondamente: l'igiene dei percorsi predefiniti e dell'applicazione di leggi e regolamenti sta lentamente scomparendo per lasciare il posto ad una nuova sanità pubblica, centrata sui bisogni di salute della popolazione. Il professionista di sanità pubblica deve diventare sempre più capace di interpretare i bisogni di salute della popolazione di riferimento, di condurre un'analisi dei rischi per la collettività, di prestare attenzione alle fasce più deboli, di conoscere le stime di esposizione al rischio (rischio accettabile) e infine, utilizzando gli strumenti della EBP di indicare ai decisori gli interventi più efficaci, per poi misurarne l'impatto sulla popolazione. Questa trasformazione si è ormai avviata da qualche anno anche nei Servizi di Igiene e Sanità pubblica della Regione anche se non in modo uniforme.
E' quindi fondamentale ribadire che per dare concretezza all'idea di una governance della prevenzione da parte dei Dipartimenti di Prevenzione i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica debbono assumere nel corso del prossimo triennio come loro mission:

a . <u>la sorveglianza di sanità pubblica</u>

a1. l'esame dello stato di salute della popolazione attraverso l'analisi:
- delle caratteristiche demografiche della popolazione;
- dell'andamento della mortalità/morbosità;
- degli studi di sorveglianza di popolazione (PASSI e OKKIO alla salute);
- dell'andamento delle malattie infettive (SIMI);

a2. il monitoraggio/controllo dei fattori di rischio e la stima dell'esposizione a:
- agenti biologici;
- agenti cancerogeni, sostanze e preparati pericolosi;
- radiazioni ionizzanti ed elettromagnetiche;
- microclima;
- sistemi organizzativi e produttivi ad impatto sulla popolazione;
- comportamenti e stili di vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica, etc.).

b. <u>la promozione, indirizzo e/o realizzazione di interventi finalizzati al contenimento/rimozione del rischio derivante da:</u>
- acque destinate al consumo umano;
- impianti di balneazione;

- strutture sanitarie e socio-sanitarie, centri di benessere e bellezza, istituti scolastici, centri di istruzione/formazione, centri ricreativi, sportivi e culturali, strutture ricettive;
- industrie insalubri;

c. la pianificazione e coordinamento dei programmi di prevenzione aziendali quali:
   - vaccinazioni;
   - screening;
   - prevenzione degli incidenti stradali e domestici in attuazione al PRPA;
   - promozione di stili di vita favorevoli alla salute;

d. la valutazione dell'impatto sulla popolazione degli interventi messi in atto, attraverso la produzione, in collaborazione con i Servizi di Epidemiologia, di specifici rapporti;

e. l'informazione e la comunicazione alla collettività e ad i portatori di interesse su:
   - risultati della sorveglianza sullo stato di salute della popolazione di riferimento;
   - stime d'esposizione della popolazione ai fattori di rischio;
   - interventi da adottare per il contenimento o la rimozione dei fattori di rischio;
   - risultati degli interventi messi in atto.

Si è ritenuto importante esplicitare a questo livello la mission dei Servizi di Sanità Pubblica, perché in molte delle linee strategiche sopra elencate essi si interfacciano con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione da un lato, con i Distretti dall'altro.

Non è quindi superfluo ribadire che per realizzare concretamente la funzione di governance della prevenzione da parte del Dipartimento di Prevenzione, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica deve farsi carico della pianificazione condivisa con i Distretti e del coordinamento su scala aziendale per la Direzione Aziendale delle attività realizzate a livello distrettuale, adottando un metodo basato su :

- l'analisi dei problemi di salute;
- la scelta delle priorità;
- l'identificazione degli interventi efficaci;
- la valutazione dell'impatto degli interventi svolti.

Compete invece al livello distrettuale la partecipazione alla progettazione e alla valutazione, ma soprattutto la realizzazione concreta degli interventi di promozione della salute nella loro interfaccia con le istituzioni locali.

La prevenzione delle malattie croniche

Come già detto quattro sono i fattori di rischio che influenzano le principali malattie croniche delle quali si ammala la popolazione italiana: il fumo, l'alcool, la scorretta alimentazione e la scarsa attività fisica. Gli ultimi due sono alla base di quella che viene considerata per l'Europa una vera e propria sfida di sanità pubblica: l'obesità.

L'obesità come problema di sanità pubblica

Nella Regione Europea dell'OMS infatti la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi due decenni ed ha ormai raggiunto le proporzioni di una vera e propria epidemia, dato che è aumentata di almeno tre volte anche nei Paesi con tassi di sovrappeso ed obesità

tradizionalmente bassi. Se non si riuscirà ad adottare strategie adeguate e la prevalenza continuerà a crescere alla stessa velocità degli anni 90, si stima che nella regione europea 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini e adolescenti diverranno obesi entro il 2010.
E' infatti particolarmente serio l'incremento del sovrappeso tra i bambini: nel Regno Unito per esempio i bambini sovrappeso erano nel 1960 il 4% e sono diventati nel 2003 il 18%. Nella Regione Europea dell'OMS il sovrappeso è responsabile di un elevato carico totale di malattia: ogni anno causa oltre 1 milione di decessi e 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute. Basti pensare che oltre tre quarti dei casi di diabete di tipo 2 sono attribuibili a valori di IMC (indice di massa corporea) che superano i 21Kg/mq. Il sovrappeso però è anche un fattore di rischio per la cardiopatia ischemica, la malattia ipertensiva, l'ictus ischemico, il carcinoma del colon, della mammella e dell'endometrio, nonché l'osteoartrite. L'obesità inoltre influisce negativamente sulla salute psicosociale e sulla qualità di vita dell'individuo. Per queste ragioni l'obesità impone un carico economico alla società attraverso l'aumento dei costi sanitari per le cure mediche richieste per il trattamento delle patologie ad essa associate (costi diretti), la perdita di produttività dovuta all'assenteismo e alla mortalità prematura (costi indiretti), le occasioni perse, i problemi psicologici e la scarsa qualità della vita (costi intangibili).

L'epidemia di obesità che affligge i paesi dell'Europa è spiegata in larga misura dalla contemporanea presenza di inattività fisica e dieta inadeguata: almeno un terzo degli adulti nei Paesi UE infatti non svolge un'attività fisica sufficiente per mantenere un livello di salute ottimale. Un'ampia fascia di popolazione infatti consuma troppi alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso potere nutrizionale, nonché una quantità insufficiente di frutta e verdura e quindi di fibre. A questo proposito occorre ricordare che in passato i paesi mediterranei mostravano un consumo maggiore di alimenti vegetali, oli vegetali e pesce, ma questo modello alimentare sta scomparendo soprattutto tra i giovani, nella direzione di una progressiva omologazione alle diete inappropriate dell'Europa settentrionale e occidentale. Contemporaneamente aumenta il consumo di bevande ad alto contenuto in zuccheri, parallelamente al consumo sostenuto di bevande alcoliche.
In Umbria le condizioni della popolazione rispetto alla problematica dell'obesità e del sovrappeso non si discostano dai trend ricordati. Come già evidenziato dal DVSS il dato regionale dei soggetti sovrappeso e obesi arriva a quasi il 45% della popolazione ed è più marcato nei maschi. La stessa indagine mostra come il 50% degli umbri svolga meno di due ore di attività fisica la settimana. Il parametro è influenzato dall'età, dal BMI, ma anche dal livello culturale, con conseguente progressivo aumento percentuale di sedentari e semisedentari.
Anche il PASSI nel 2006 ha confermato tale tendenza, stimando intorno al 44% la popolazione in eccesso ponderale (il 34% soprappeso, il 10% è obesa), a fronte del fatto che l'80% degli intervistati riteneva di avere una alimentazione benefica per la propria salute e, più in dettaglio, l'89% nel gruppo dei sottopeso/normopeso, l'80% dei soprappeso e persino il 70% degli obesi.

La recentissima rilevazione effettuata nel corso della primavera del 2008, su un campione di bambini di otto anni della nostra regione, dell'Indice di Massa Corporea, nell'ambito del progetto di sorveglianza nutrizionale, avviato in Italia con il titolo "Okkio alla Salute", dà un'idea, se possibile ancora più preoccupante, dell'entità del fenomeno, se si pensa che il 10% dei bambini è risultato obeso, il 24% sovrappeso e solo il 66% normopeso, ben al di sopra dei livelli indicati come riferimento dalla International Obesity Task Force: 1%, 10%, e 89%, rispettivamente.

L'epidemia di obesità è però reversibile: è possibile cioè invertire la attuale tendenza, ma solo con un intervento globale, poiché le cause del problema sono complesse, in quanto associate al rapido variare dei determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita della popolazione.

Per quanto riguarda le azioni messe in campo dal Servizio Sanitario Regionale nel corso degli anni passati si deve ammettere che hanno avuto più le caratteristiche di interventi estemporanei a macchia di leopardo, che di un'azione sistemica, coinvolgente le diverse istituzioni, dalla scuola ai comuni, solo per fare due semplici esempi. Inoltre occorre ricordare che proprio i Servizi che hanno nella loro mission l'intervento sulla collettività, per la promozione di una sana alimentazione, quelli di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, e di una adeguata attività fisica, quelli di Medicina dello Sport, sono tra coloro che, a fronte di qualche punta di qualità, meno nel corso di questi anni hanno messo in atto strategie e interventi sistematici sul territorio.

E' necessario quindi fare nostro l'obiettivo individuato nella Carta Europea sull'azione di contrasto all'obesità, cioè quello di invertire il trend a partire dal 2015, cominciando ad ottenere risultati in bambini ed adolescenti a partire dal prossimo triennio.

Per ottenere tale risultato è necessario che:

- in ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera venga potenziata la promozione dell'allattamento esclusivo al seno, importante fattore protettivo nei confronti dell'obesità;
- i Pediatri di Libera Scelta favoriscano al massimo con un attenta azione di supporto alla famiglia l'adozione fin dai primi mesi di vita di una corretta alimentazione nei bambini;
- l'attività di promozione della salute di ciascun distretto delle ASL della regione si concentri su interventi efficaci di promozione di una alimentazione sana e una appropriata attività fisica, utilizzando rispettivamente le competenze tecniche dei Servizi di Igiene degli Alimenti e di Medicina dello Sport;
- i Servizi di Igiene degli Alimenti e di Medicina dello Sport dedichino una quota pari almeno al 50% della loro attività alle azioni di promozione della salute soprarichiamate per il controllo della conformità delle ristorazioni scolastiche (in almeno il 30% delle mense presenti nel territorio di competenza per ciascun anno) alle linee guida per una sana alimentazione;
- i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica garantiscano per conto delle Direzioni Aziendali il coordinamento a livello aziendale delle azioni soprarichiamate;
- i Medici di Medicina Generale intervengano, attraverso un'azione sistematica di counselling individuale, soprattutto nei confronti dei soggetti in sovrappeso, perché

adottino un'alimentazione più sana, inizino e mantengano un livello appropriato e costante di attività fisica.

Al livello regionale spetta invece:

- favorire l'attenzione al problema in tutte le politiche del territorio;
- promuovere un rapporto strutturato con la Scuola nel suo livello regionale, affinché assuma come proprie le intese stabilite a livello nazionale con il progetto ministeriale "Guadagnare Salute";
- attuare nel corso del triennio almeno una nuova campagna di educazione alimentare e marketing sociale per incoraggiare l'adozione di stili di vita salutari e informare il pubblico sui rischi per la salute associati al soprappeso.

La lotta al tabagismo

Il consumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura e pertanto uno dei più gravi problemi di sanità pubblica; il tabagismo costituisce un fenomeno complesso, che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e fattore di rischio per numerose malattie correlate;
- di tipo legale e di salute pubblica, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Da tale complessità deriva l'esigenza di un approccio globale e fortemente coordinato, che comprenda:

- l'attuazione di interventi educativi efficaci, per la promozione della salute e di stili di vita sani;
- il potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- l'applicazione puntuale delle norme di vigilanza e controllo sul divieto di fumo negli ambienti pubblici e di lavoro.

Il consumo di tabacco è stato evidenziato quale importante determinante dello stato di salute dei cittadini umbri nel Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale, pubblicato nel novembre 2006 dalla Regione Umbria.

I più recenti dati disponibili (ISTAT 2006) indicano una prevalenza di fumatori in Umbria del 22,1% nella popolazione di 14 anni e più, mentre l'Italia presenta un valore medio intorno al 24%. Dal 1993 al 2003 i fumatori maschi umbri sono diminuiti dal 30,9% al 26%, mentre le fumatrici sono aumentate dal 17,7% al 18,5%, inoltre le donne umbre in questi anni presentano un valore di prevalenza costantemente più alto rispetto alle donne italiane. Nel 2006 (indagine ESPAD) il 24,1% dei ragazzi e il 30,1% delle ragazze umbre di 15-19 anni dichiarava di fumare almeno una sigaretta al giorno; questi dati confermano l'inizio precoce del consumo di tabacco e la maggiore diffusione tra le donne.

Dal 2000 al 2004 in Umbria sono morte 1.610 persone a causa di patologie tumorali maligne di trachea, bronchi e polmoni stimate direttamente attribuibili al tabacco;

rappresentano il 68% dei morti per questa causa e il 34,4% dei morti per tutte le cause. I tassi standardizzati di mortalità per questa causa sono diminuiti tra i maschi da 90,6 decessi per 100.000 abitanti nel 1994 a 80,2 per 100.000 ab. nel 2004; nello stesso periodo, nelle femmine sono passati da 13 per 100.000 abitanti nel 1994 a 15,7 nel 2004.
I dati pongono in evidenza come il consumo di tabacco richieda uno specifico impegno aggiuntivo di tipo culturale; infatti, nonostante una diffusa consapevolezza dei danni, il fumo di tabacco è ancora un comportamento connotato positivamente soprattutto nella popolazione giovanile, fortemente condizionata dalle strategie pubblicitarie e di marketing delle industrie del tabacco e dal consumo diffuso tra gli adulti.
La prevenzione del tabagismo è un obiettivo prioritario delle politiche sanitarie di questa regione; essa però necessita di un approccio multisettoriale che coinvolga tutta la popolazione e le sue istituzioni di ambito sanitario e sociale, con il duplice obiettivo di:

- ridurre il numero di persone, soprattutto giovani, che iniziano a fumare, con particolare attenzione alla popolazione femminile;
- ridurre il numero di persone esposte ad inalazione di fumo passivo, soprattutto donne in gravidanza, anziani e bambini.

E' pertanto essenziale arrivare nel corso del triennio alla definizione di un Piano di azione regionale con l'indicazione di linee di indirizzo per la realizzazione di interventi finalizzati alla prevenzione, supporto e cura del tabagismo e dei problemi di salute tabacco-correlati, fondato sulla costruzione di una rete territoriale tra le Aziende Sanitarie (servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti, in particolare i Centri Antifumo e i Dipartimenti di prevenzione), i Medici di base, gli Enti Locali, le Istituzioni scolastiche, le associazioni del volontariato e dei consumatori, le società scientifiche e professionali del settore, che tenga conto dei seguenti elementi metodologici:

- la partecipazione dei cittadini allo sviluppo di una cultura condivisa che promuova un ambiente di vita senza fumo;
- l'intersettorialità e la ricerca di alleanze;
- l'integrazione degli interventi di carattere comunicativo-educativo con quelli di supporto alla disassuefazione e di tutela dal fumo passivo nei luoghi pubblici e di lavoro;
- la multidisciplinarietà, favorendo la collaborazione tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo;

In particolare dovranno essere privilegiate le seguenti aree di intervento:

- monitoraggio costante della piena applicazione di quanto previsto dalla legge n. 3 del 16 gennaio 2003, art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori", e realizzare un monitoraggio costante dello stato di applicazione della normativa nei luoghi pubblici e privati di lavoro, incentivando l'allargamento progressivo della cultura degli ambienti senza fumo anche ai luoghi privati;
- sviluppo di azioni di informazione ed educazione alla salute rivolte alla popolazione generale, attraverso campagne di informazione mirate per età, per genere e contesti, ma anche diffusione di idoneo materiale informativo negli studi medici, sale di attesa degli ambulatori e reparti ospedalieri, farmacie, servizi pubblici, luoghi di lavoro e spazi di aggregazione, per fornire informazioni sui danni provocati dal fumo e sui benefici che

si ottengono non fumando e indicare concrete opportunità di aiuto per chi vuole intraprendere un percorso di disassuefazione dal tabacco;
- azioni di sensibilizzazione nei confronti degli operatori socio-sanitari riguardo la centralità del proprio ruolo nel dare una corretta informazione sui danni del fumo e sostenere la motivazione a smettere di fumare;
- aggiornamento e formazione dei Medici competenti e degli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro riguardo le problematiche correlate al consumo di tabacco, al fine di realizzare interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro;
- sviluppo di una rete di "Ospedali e Servizi sanitari liberi dal fumo".

La prevenzione delle problematiche alcolcorrelate

In linea generale l'obiettivo del triennio per quanto riguarda la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate non può essere che quello di sviluppare nella popolazione generale una maggiore conoscenza e consapevolezza dei rischi connessi al consumo di bevande alcoliche e dei danni provocati dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale. Due dovranno però essere i filoni di intervento sui quali concentrare le azioni di promozione della salute da mettere in campo:

- alcol e sicurezza stradale;
- alcol e lavoro.

Per quanto riguarda il primo occorre ricordare che una serie di progetti erano già inseriti nel precedente piano per la prevenzione degli incidenti stradali, a sua volta linea progettuale del Piano Regionale per la Prevenzione attiva - triennio 2005-2007, esteso al 2008. Tra questi quello che ha visto la elaborazione di uno specifico pacchetto formativo elaborato a livello regionale da un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di operatori, provenienti da tutte e quattro le aziende USL, rivolto agli istruttori e insegnanti delle scuole guida, con l'obiettivo di attrezzarli, rispetto all'inserimento nel tradizionale percorso formativo per l'acquisizione della patente di guida, di una breve unità didattica sulle problematiche alcolcorrelate. L'esperienza realizzata in diverse città della regione ha visto la partecipazione di un'alta percentuale di scuole guida della regione (circa l'80%, con percentuale prossima al 100% nella provincia di Terni).

Tale esperienza va quindi proseguita e allargata, cercando di aumentare la compliance delle autoscuole del capoluogo e coinvolgendo la Provincia, per quanto attiene al percorso formativo dei nuovi istruttori di guida.

Per quanto attiene invece alle problematiche relative ad alcol e lavoro è necessario innanzitutto recepire e dare attuazione a quanto stabilito nell'atto di Intesa Stato-Regioni 16/03/2006 sulle attività lavorative che comportano un alto rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi, al fine del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'art. 15 della legge 125/2001.

Devono poi essere sviluppate azioni di informazione e formazione nei confronti dei medici competenti per la messa in atto di azioni di promozione della salute in

collaborazione con i datori di lavoro e le forze sindacali, ma anche con l'obiettivo di acquisire la capacità di identificare tempestivamente i soggetti a rischio ed intraprendere un percorso idoneo per il trattamento nel pieno rispetto delle norme di tutela dei diritti dei lavoratori.

Il controllo delle malattie infettive

La programmazione degli interventi di prevenzione nei confronti delle malattie infettive parte dalla consapevolezza, maturata negli ultimi anni, che le malattie infettive possono ancora rappresentare un rischio rilevante per la salute e determinare un notevole carico assistenziale per il sistema sanitario.
Infatti, mentre qualche anno fa si era creata la sensazione che fosse possibile tenere sotto controllo le malattie infettive, oggi è sempre più viva la consapevolezza che queste continuano a rappresentare un grave rischio per la salute pubblica, da un lato a causa del continuo emergere di nuovi agenti infettanti e dall'altro per il ripresentarsi, con caratteristiche epidemiologiche nuove, di malattie già conosciute.

<u>Il miglioramento della sorveglianza</u>

Una più approfondita conoscenza epidemiologica sull'andamento delle patologie infettive rappresenta perciò la base per la programmazione degli interventi di prevenzione e controllo. E' quindi necessario mantenere e consolidare i sistemi di sorveglianza esistenti, pur tenendo conto delle modifiche in corso a livello nazionale relative al Sistema di sorveglianza delle Malattie Infettive (SIMI) per poter valutare periodicamente le attività di prevenzione e controllo svolte attraverso l'analisi dei dati che ne risultano.
Nel corso del triennio dovrà essere data piena attuazione alle indicazioni operative stabilite dal Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella con l'obiettivo di attivare il più possibile rapidamente tutti gli interventi necessari a rispondere in modo coordinato, efficace e tempestivo con opportune misure di prevenzione e controllo post-esposizione, all'insorgenza di un evento infettivo e diffusivo. Ciò sarà possibile solo se la "rete" regionale per le emergenze di sanità pubblica, ipotizzata con il nuovo sistema di sorveglianza diventerà un reale sistema di osservazione e comunicazione tra i diversi punti periferici, i MMG, i PLS, i medici ospedalieri, che entrano in contatto con il malato e i Servizi di Sanità Pubblica e i Centri di salute, cui spetta il compito di mettere in atto tutte le misure di contenimento necessarie. Tutto ciò presuppone da un lato lo sviluppo di sistemi informatici che favoriscano e facilitino la comunicazione tra i diversi livelli del sistemi, dall'altro la costante manutenzione del sistema, attraverso la formazione degli operatori e la verifica della qualità delle schede trasmesse.
Ciò è particolarmente vero per la tubercolosi, nel cui caso è necessario:

- migliorare la sorveglianza sui casi, attraverso il miglioramento della comunicazione tra il medico che pone per primo la diagnosi e il livello regionale, ma anche rispetto agli esiti del trattamento, attraverso la verifica periodica e l'eventuale recupero tra le schede pervenute a livello regionale e le notifiche.

E' intenzione della direzione regionale:

- migliorare nel corso del triennio anche la sorveglianza sui contatti, soprattutto nel caso che si tratti di comunità straniere, attraverso il coinvolgimento dei mediatori culturali e i leader delle diverse comunità;
- sviluppare la sorveglianza rispetto allo sviluppo di resistenze ai farmaci attraverso l'attivazione di specifica segnalazione dai laboratori delle strutture di diagnosi e cura.

Il nuovo calendario vaccinale e il mantenimento della qualità vaccinale

La recente introduzione del nuovo Piano Vaccini per la nostra regione prevede, rispetto al precedente, l'introduzione della vaccinazione gratuita contro lo pneumococco, il meningococco C e l'HPV per specifici target, quale nel caso di quest'ultima vaccinazione, le bambine nate nel 1997. L'introduzione di altre tre vaccinazioni su chiamata attiva presuppone un grande sforzo da parte dei Servizi vaccinali complessivamente intesi, siano essi collocati nei Centri di Salute, che nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione.
Nel corso del prossimo triennio diventerà quindi fondamentale per il livello regionale:

- monitorare in modo costante il mantenimento dei livelli di copertura raggiunti, puntando al consolidamento degli obiettivi raggiunti: 95% di copertura per tutte le vaccinazioni e del 90% per la II dosa del MPR;
- promuovere il costante aggiornamento degli operatori, sia che si tratti di operatori dei servizi sopra citati, sia nei confronti dei Pediatri di Libera Scelta, la cui azioni di sensibilizzazione e di promozione dell'attività vaccinale nei confronti dei genitori è assolutamente fondamentale. E in questo contesto si inserisce la partecipazione della Regione Umbria al progetto, promosso dalla Regione Veneto, in collaborazione con il CCM, chiamato "Genitori Più" volto a favorire l'adesione dei genitori alle sette azioni fondamentali per promuovere la salute del bambino, tra cui anche le vaccinazioni;
- valutare da un lato il mantenimento dell'adesione agli standard di qualità promossi con la stesura delle linee guida per l'attività vaccinale e la definizione dei requisiti minimi per l'attività vaccinale e dall'altro il grado di soddisfazione dell'utenza, attraverso la messa a punto di un progetto per la valutazione, in un campione di popolazione, che accede ai Servizi vaccinali del grado di soddisfazione dell'utenza rispetto a fruibilità dei servizi, accoglienza e comunicazione.

Spetta invece alle Aziende USL:

- garantire il mantenimento dei livelli di copertura raggiunti se questi sono già soddisfacenti;
- nel caso della vaccinazione contro il morbillo provvedere al recupero dei non vaccinati in quei territori dove la quota dei suscettibili è ancora abbastanza alta da consentire l'insorgenza di epidemie;

- promuovere il costante miglioramento della qualità dell'attività vaccinale, garantendo il mantenimento dell'adesione agli standard già definiti a livello regionale;
- incrementare di almeno altri cinque punti percentuali nel triennio il livello di copertura raggiunto con la vaccinazione contro l'influenza nei confronti degli ultrasessantacinquenni, puntando ad un'ulteriore coinvolgimento dei MMG e all'ulteriore implementazione della registrazione su supporto informatico delle vaccinazioni eseguite da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Servizi di Sanità Pubblica, inserendo, per ogni assistito, un campo in più per poter inserire l'eventuale codice di rischio.

La prevenzione degli eventi accidentali nella popolazione

La promozione della sicurezza stradale

Si è già detto come nel Piano della Prevenzione recentemente scaduto ci fosse una specifica linea progettuale dedicata proprio alla prevenzione degli incidenti stradali, che rappresentano la seconda causa di morte in tutto il mondo nei giovani fino a 29 anni e la terza nella fascia di età 30-44 anni.
Anche in Italia gli incidenti stradali sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i quarant'anni. Ogni anno nel nostro paese muoiono circa 7500 persone e altre 20.000 hanno incidenti gravi. Basta pensare per esempio che circa il 50% degli infortuni sul lavoro, nella nostra regione, sono attribuibili a incidenti stradali in occasione di lavoro o infortuni in itinere. Nonostante la rilevanza del fenomeno i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione hanno in una prima fase stentato a riconoscere tale problematica come appartenente alla propria mission. E' stato proprio con il Piano per la Prevenzione Attiva, che si sono individuati obiettivi, per il raggiungimento dei quali è stato necessario attivare competenze e collaborazioni interprofessionali e interdisciplinari, che hanno visto i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e nei Servizi di Educazione alla salute assumere un ruolo di coordinamento e di supporto metodologico rispettivamente.
Diventa perciò importante nel prossimo triennio proseguire in questa direzione puntando al miglioramento della sorveglianza attraverso un utilizzo sistematico dei dati ISTAT-ACI da un lato e al proseguimento delle azioni finalizzate alla promozione di una guida sicura attraverso azioni per:

- favorire l'uso delle cinture di sicurezza, dei seggiolini in auto per i bambini, del casco per chi utilizza le due ruote;
- aumentare la consapevolezza rispetto al rischio connesso con l'uso di alcol, farmaci e droghe, richiamare l'attenzione rispetto ai comportamenti di guida pericolose.

La prevenzione degli incidenti domestici

Nell'ambito del Piano Regionale per la Prevenzione 2005-2008 sono state attivate diverse azioni volte a ridurre il fenomeno degli incidenti domestici nella fascia 0-4 anni, a partire dal coinvolgimento dei Pediatri di famiglia nel progetto "Salute ed Infanzia", fino alla partecipazione della nostra regione alla campagna nazionale denominata "Genitori più", che si pone l'obiettivo di favorire l'adozione da parte dei genitori di 7 azioni semplici ed efficaci per favorire una crescita sana dei bambini.
Nel corso del prossimo triennio è però necessario:

- migliorare la sorveglianza del fenomeno attraverso il consolidamento del sistema informativo a partenza dai PS;
- sviluppare azioni nei confronti del target over 65 con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dei rischi presenti nell'ambiente domestico, nonché di promuovere l'attività fisica proprio in questa fascia di età per rendere gli anziani più agili e di conseguenza meno predisposti a subire incidenti dentro le mura domestiche.

5.3 Costruire la rete dell'educazione alla salute

Proprio il cambiamento di prospettiva rispetto all'empowerment del cittadino alle strategie volte a promuovere l'adozione di uno stile di vita sano, fa divenire strategico, accanto alla assunzione di un nuovo ruolo del Dipartimento di Prevenzione, la rimessa a fuoco della funzione trasversale svolta dai Servizi di Educazione alla salute, che in questi ultimi anni è andata progressivamente perdendosi.
Si deve infatti ammettere che se nel PSR 2003-2005 le Direzioni aziendali erano chiamate a sviluppare l'educazione alla salute, anche attraverso strumenti innovativi come i piani integrati di intervento e/o i Patti per la salute, in realtà di fatto è accaduto il contrario: è mancato il coordinamento all'interno delle singole aziende, i patti per la salute non hanno dispiegato appieno la propria potenzialità e le equipe territoriali non hanno assunto appieno il loro ruolo.
Nel ridisegnare un nuovo assetto per la promozione della salute attraverso la introduzione del concetto di governance diviene necessario individuare un nuovo ruolo anche per i servizi di Educazione alla salute, che nelle quattro aziende sanitarie dell'Umbria hanno le più diverse collocazioni: quale uno dei servizi del Dipartimento di Prevenzione, o in staff alla Direzione Regionale o come servizio a valenza dipartimentale.

Nel corso del triennio diviene quindi fondamentale:

- definire la rete dell'educazione alla salute, all'interno delle singole aziende sanitarie, senza prescindere dalla individuazione quale snodo importante del Centro Sperimentale per l'Educazione alla Salute dell'Università di Perugia;
- attribuire ai servizi di educazione alla salute, ovunque siano collocati nello schema organizzativo aziendale, la funzione di supporto metodologico alle strutture deputate alla costruzione e implementazione di progetti per la

promozione della salute, ma anche e soprattutto alla valutazione di efficacia e di processo dei singoli interventi;

- implementare la risicata dotazione organica con personale dedicato;
- definire e attuare un piano formativo triennale al fine di diffondere un approccio metodologico comune, fondato sulla diffusione di pratiche efficaci.

5.4 Migliorare il sistema degli screening oncologici su base regionale

La definizione dei ruoli e le azioni strategiche su scala regionale

A partire dai dati illustrati nel capitolo di contesto appare chiaro come, a distanza di circa un decennio dall'avvio sul territorio regionale dei programmi di screening mammografico e citologico, l'Umbria possa vantare risultati nella media superiori agli standard nazionali. Tuttavia, proprio la maturità raggiunta da tali processi, accanto all'introduzione, a partire dall'anno 2006, dello screening del colon retto, rendono ormai opportuno mettere a punto, nel corso del triennio, un percorso finalizzato ad ottenere un ulteriore salto di qualità.

Se è vero infatti che un programma di screening è un processo complesso, che agisce su una popolazione asintomatica, sottoponendola periodicamente a controllo con l'obiettivo di individuare una malattia prima che si manifesti attraverso sintomi, è altrettanto vero che lo screening, in quanto programma di intervento su popolazione, non solo rientra nella mission delle aziende sanitarie, ma deve garantire ai cittadini un approccio quanto più possibile uniforme, qualitativamente appropriato e fortemente orientato alla compliance con il cittadino.

Poiché l'analisi dei dati illustrati in premessa, mette in evidenza la variabilità interaziendale che ancora sussiste tra un'azienda e l'altra fin dal momento del reclutamento, è a questo punto diventato prioritario modificare in parte l'approccio, attraverso un processo di "regionalizzazione" degli aspetti strategici, quali il sistema informativo, la valutazione, anche attraverso un rapporto più strutturato e sistematico con il RTU di popolazione, la formazione e la comunicazione, intesa sia come campagna rivolta alla collettività, con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica, sia come invito al singolo cittadino perché aderisca allo screening stesso.

Con il termine "regionalizzazione" non si intende quindi sottrarre ruolo e competenze né alle Aziende USL che reggono il grosso dello sforzo organizzativo nella gestione del "processo" screening, né alle due Aziende Ospedaliere, che garantiscono alcune prestazioni di II o III livello, ma al contrario portare a sistema le risorse organizzative e strutturali delle une e delle altre, in un'ottica di tecnology assesment e di coinvolgimento pieno delle direzioni aziendali e dei singoli professionisti, che agiscono ai diversi livelli.
Pertanto nel prossimo triennio la Regione intende migliorare il sistema degli screening oncologici su base regionale attraverso:

1. la attribuzione di un ruolo più cogente al "Tavolo permanente di coordinamento dei programmi di screening oncologici" che verrà coordinato dal Servizio Prevenzione.

Fin dallo scorso piano regionale 2003-2005 veniva infatti espressa a chiare lettere la necessità di un coordinamento, che fosse rappresentativo e contemporaneamente

autorevole rispetto al complesso delle professionalità coinvolte nei programmi di screening allora attivati. Tale criticità è stata in parte risolta attraverso la individuazione in ciascuna azienda USL di un responsabile organizzativo, in genere per ciascun programma di screening.

Si ritiene tuttavia necessario rafforzare ulteriormente il ruolo del tavolo di coordinamento, che dovrà:

- supportare la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali nella individuazione degli obiettivi programmatici finalizzati al miglioramento dell'adesione ai programmi di screening, della compliance con il cittadino, nonché della qualità delle prestazioni;
- verificare e definire i bisogni formativi per tutte le attività che rientrano nei programmi di screening;
- favorire, sulla base di criteri di appropriatezza, l'omogeneità e la razionalizzazione dello sviluppo tecnologico e del capitale umano;
- validare ai fini della valutazione di qualità dei programmi di screening i dati che provengono dalle Aziende USL e Ospedaliere.

2. lo sviluppo di un sistema informativo unico, attraverso il superamento dell'utilizzo da parte delle Aziende USL umbre di softwares, che sebbene prodotti da una stessa ditta e comuni ai tre programmi, in realtà non colloquiano tra loro e soprattutto non sono in rete con il livello regionale.

Al di là delle specifiche che vengono illustrate nel capitolo dedicato è importante precisare che il sistema informativo unico regionale dovrà:

- gestire le attività rivolte alla popolazione bersaglio;
- gestire l'archiviazione delle prestazioni sanitarie riguardanti le attività di screening;
- produrre dati di qualità nel rispetto della privacy, per consentire una corretta valutazione epidemiologica.

Punto cruciale però del sistema informativo unico deve necessariamente essere la implementazione di un'anagrafe unica regionale, come base informativa di un database consolidato regionale che consenta:

- la individuazione della popolazione bersaglio;
- la programmazione e la gestione degli inviti;
- la registrazione della storia degli screening, a prescindere da dove sia collocato il punto di erogazione scelto dall'utente per l'intera gamma delle prestazioni.

Naturalmente tale sistema dovrà permettere l'interfaccia con altri softwares, vedi per esempio quello per la informatizzazione delle anatomie patologiche in via di acquisizione, dei servizi di endoscopia e colposcopia, in modo tale da permettere il superamento della grossa criticità del mancato contributo del secondo livello al debito informativo nei confronti del livello regionale e di quello nazionale, rappresentato dall'Osservatorio Nazionale degli Screening.

3. l'attivazione e il mantenimento di percorsi formativi sistematici e costanti su scala regionale, rivolto sia agli operatori del I, che a quelli del II livello. Nel caso dei primi si dovrà puntare da un lato a migliorare l'accoglienza, fattore determinante per promuovere l'adesione ai diversi programmi di screening, dall'altro a garantire l'adesione ai protocolli prodotti e condivisi a livello regionale.

Nel caso degli operatori di secondo livello, di tutti e tre gli screening, i percorsi formativi dovranno essere progettati con l'obiettivo di consentire aggiornamento specifico e costituire occasioni di confronto, se non veri e propri audit, tra le diverse professionalità che entrano in gioco in un programma di screening, quali i clinici, gli epidemiologi e i sanitari impegnati sotto il profilo organizzativo.

4. lo sviluppo, nell'ambito della convenzione siglata nel 2007, di un rapporto sistematico e continuo nel tempo con il Registro Tumori Umbro, finalizzato a attivare per lo screening della mammella la valutazione di impatto e la ricerca dei "cancri intervallo", per lo screening della cervice uterina la valutazione di impatto sulle lesione precancerose, per lo screening del colon retto la valutazione della distribuzione per stadi dei tumori del colon negli anni precedenti il 2006.

5. la progettazione della comunicazione sia nei confronti del singolo cittadino che nei confronti della collettività, come momento di qualità, volto a presentare lo screening come un processo unico, che può articolarsi organizzativamente in modo diverso nelle diverse aziende, ma ha alla base una strategia unica di promozione della salute. In altre parole accanto alle campagne rivolte alla collettività, strategica in questo caso sarà quella di richiamo rispetto all'adesione allo screening citologico, da organizzare contemporaneamente all'avvio della campagna vaccinale contro l'HPV rivolta alle undicenni, dovrà essere ripensata tutta la comunicazione con il singolo cittadino, attraverso la predisposizione di una lettera unica per tutte e quattro le aziende per l'invito, la comunicazione del risultato negativo, il richiamo nonché l'invio al secondo livello.

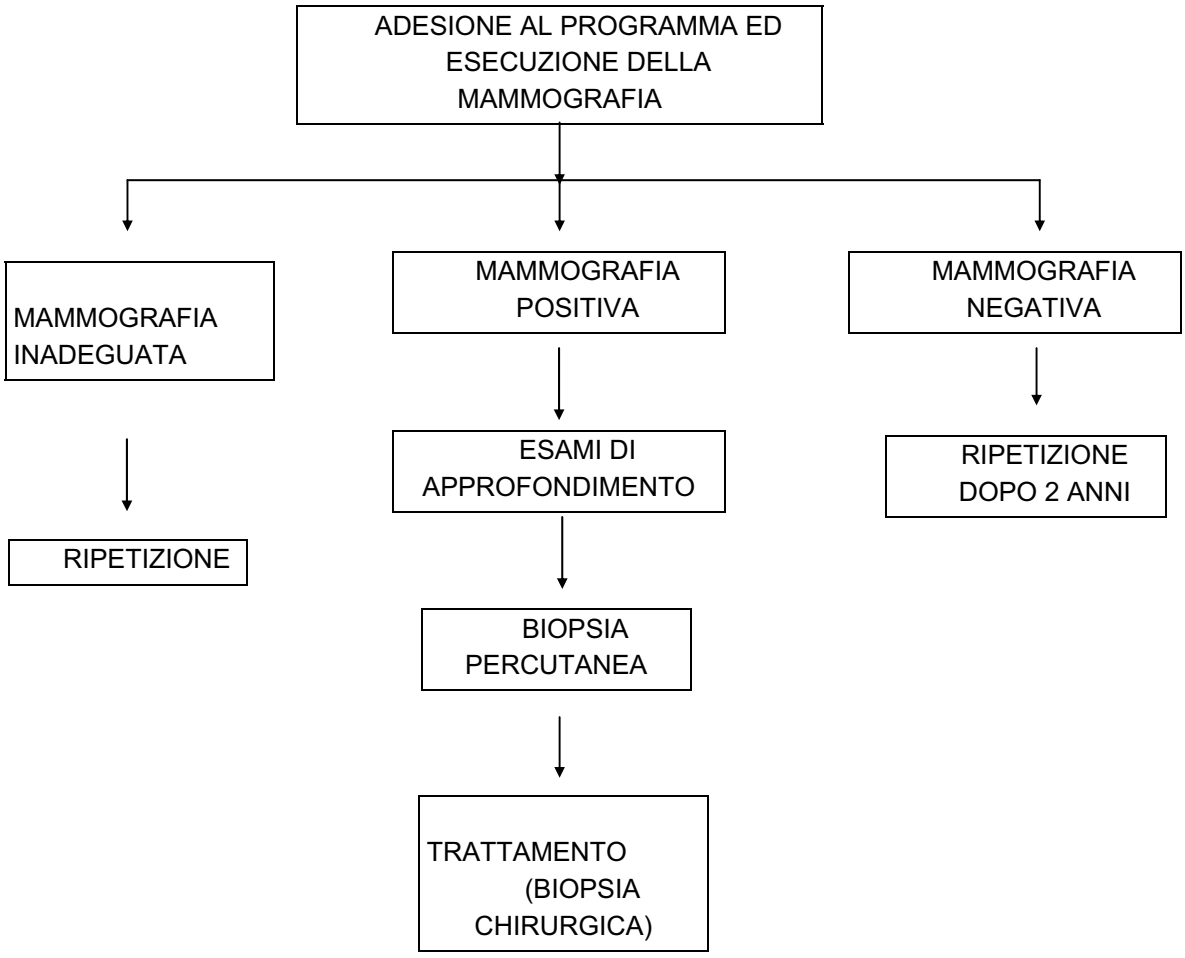
6. il rinnovo della convenzione con POSTEL, al fine di garantire la massima fruibilità da parte delle aziende, migliorando le criticità che via via sono sorte nel primo biennio di utilizzazione ed estendendo l'utilizzo del portale regionale anche all'invio dei referti negativi e dei solleciti per tutti e tre gli screening.

7. la gestione, secondo criteri omogenei delle problematiche medico-legali relative ai "cancri intervallo", di particolare rilievo nello screening mammografico.

Di seguito per ciascuno screening verranno indicate le azioni finalizzate allo sviluppo tecnologico e organizzativo che dovranno essere implementate all'interno delle aziende.

Lo screening del carcinoma della mammella

Percorso



Sviluppo tecnologico

1. progressiva omogeneizzazione della tecnologia a disposizione del programma di screening, al fine di estendere l'utilizzo della tecnologia digitale su tutto il territorio regionale.

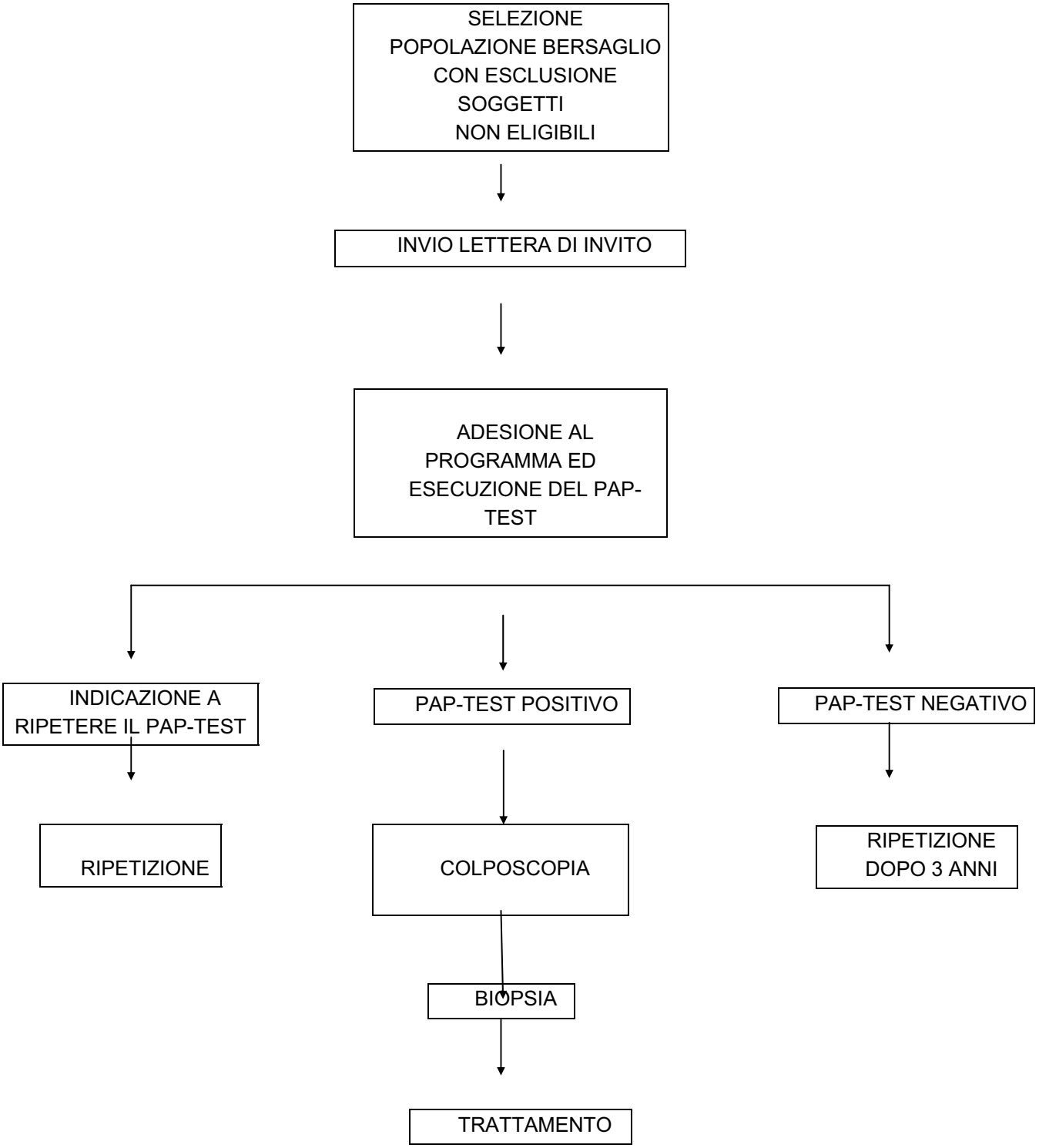
Sviluppo organizzativo

1. costituzione di un pool virtuale unico di lettori, permettendo in tal modo:
   - il superamento delle convenzioni che alcune Aziende USL, anche per oggettiva carenza di personale, hanno accesso con strutture specialistiche extraregionali;
   - il mantenimento di un adeguato livello di sensibilità della mammografia;
   - il miglioramento della qualità della lettura attraverso una maggiore possibilità di confronto tra i lettori stessi con l'obiettivo di ridurre al minimo quella quota di "cancri intervallo" attribuibile ad un errore di lettura.
2. attivazione di un gruppo multidisciplinare unico aziendale o interaziendale per la gestione della paziente risultata "positiva" allo screening e ai relativi approfondimenti. Il gruppo deve prevedere la presenza dei professionisti: chirurgo, senologo, oncologo,

radiologo dello screening, radioterapista, anatomopatologo e genetista per assicurare alla paziente la presa in carico unitaria, risparmiandole la faticosa ricomposizione del proprio percorso terapeutico, in una fase che sicuramente la vede più fragile.
Va da sé che le Aziende nel garantire la costruzione di tale percorso sia al proprio interno, che eventualmente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera debbono garantire l'utilizzo dello stesso anche per le pazienti in cui la diagnosi di cancro sia stata sottoposta al di fuori dello screening.

Lo screening del carcinoma della cervice uterina

Percorso



Sviluppo tecnologico

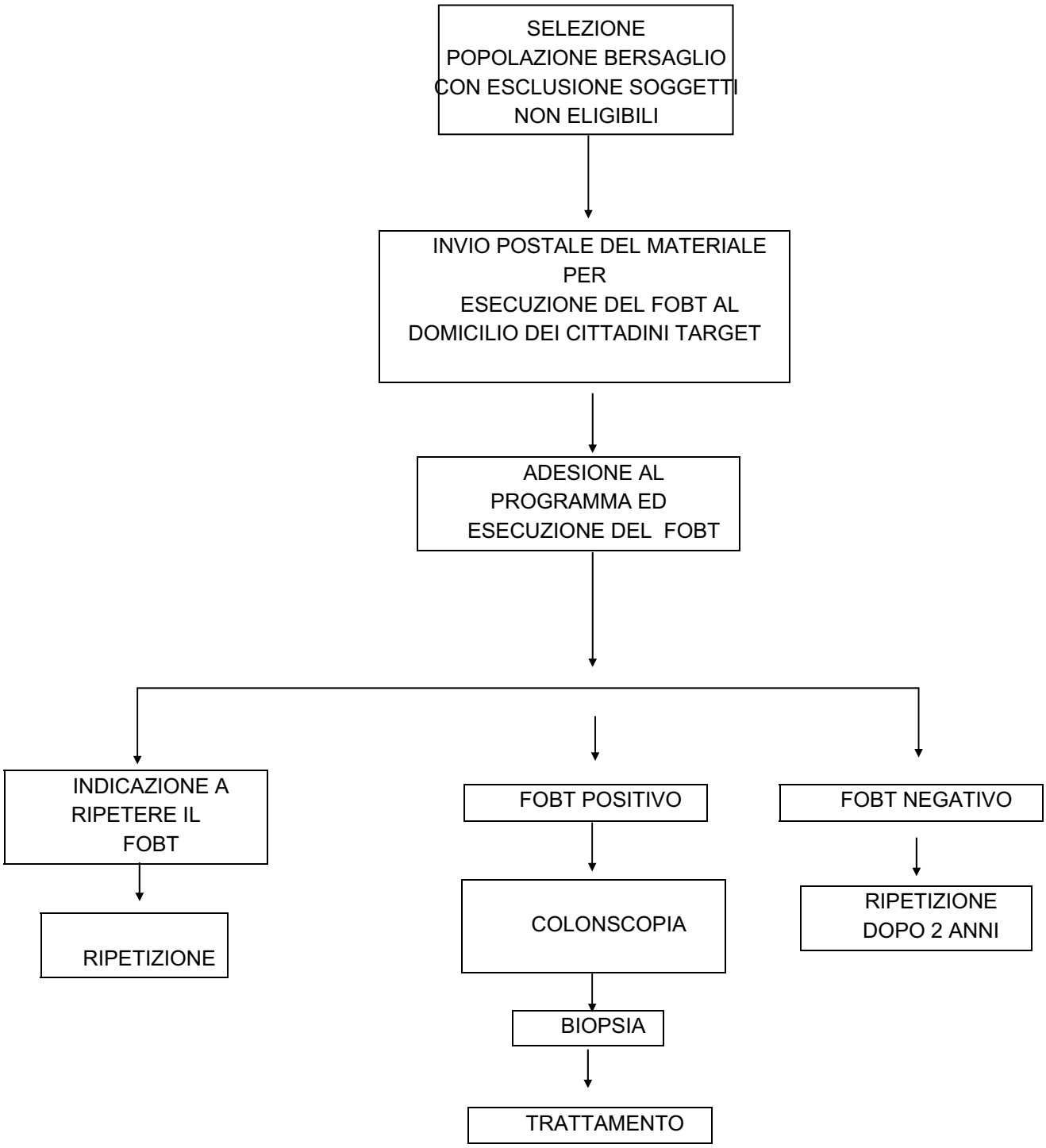
1. introduzione del prelievo citologico in fase liquida come sistema di prelievo unico per lo screening, dopo sperimentazione di un anno in una Azienda USL della regione per la valutazione preliminare del rapporto costi/benefici;
2. automazione della fase di accettazione della paziente con il codice fiscale e della fase di accettazione e riconoscimento dei vetrini citologici e campioni biologici attraverso il codice a barre;
3. introduzione routinaria dei test di progressione (ricerca della proteina specifica p16) dell'infezione da HPV;
4. realizzazione del Centro Unico Regionale di Citologia articolato sulle due sedi di Perugia e Terni, coordinato dalla sede di Perugia, per l'unificazione delle procedure citologiche e la realizzazione del Controllo Unificato della Sicurezza di Qualità;
5. sviluppo del laboratorio unico regionale di Biologia Molecolare presso la UOC Citologia della Az. USL n. 2 di Perugia.

Sviluppo organizzativo

1. estensione alle altre Aziende USL dell'Umbria del modello convenzionale di apertura alla ginecologia privata, sviluppato nella Az. USL 2 per l'invio al Centro Unico Regionale di Citologia dei prelievi citologici effettuati dai ginecologi privati;
2. completamento dell'accreditamento istituzionale dei laboratori di citologia dello screening;
3. arruolamento come accessi spontanei, in regime di esenzione, delle donne nella fascia di età compresa tra i 18 e i 25 anni, escluse quindi sia dalla vaccinazione anti HPV che dallo screening.

Lo screening del carcinoma del colon retto

Percorso



Sviluppo tecnologico

1. attuazione presso tutti i Laboratori che effettuano il FOBT di un comune Controllo di Sicurezza della Qualità Interno (Coordinato dalla UOC Citologia) ed Esterno con la Regione Toscana, come proposto dal GISCoR;
2. accreditamento istituzionale dei Laboratori che effettuano il FOBT.

Sviluppo organizzativo

1. attivazione di un "gruppo multidisciplinare unico aziendale o interaziendale per la gestione del paziente oncologico" con la presenza dei professionisti: chirurgo, oncologo, radioterapista, endoscopista, anatomopalogo e genetista per assicurare al paziente ed al MMG informazioni sulla malattia, continuità terapeutica ed assistenziale in tutte le fasi della malattia, rispettando protocolli terapeutici certificati, standardizzati e validati dal punto di vista della qualità;
2. revisione, prima dell'avvio del II° round di screening, delle linee guida multidisciplinari regionali per il trattamento e il follow-up unico sia del paziente polipectomizzato che del paziente sottoposto al trattamento chirurgico;
3. predisposizione di linee guida regionali per la sorveglianza della familiarità e dell'ereditarietà del CCR in accordo con la Cattedra di Genetica della Università di Perugia.

5.5 Potenziare la prevenzione nei luoghi di lavoro

Le strategie per un nuovo sistema per la prevenzione nei luoghi di lavoro

Il 2007 è stato decisamente un anno fondamentale per la tutela della salute dei lavoratori: innanzitutto è stato l'anno del Patto siglato tra stato e regioni, con l'obiettivo di garantire un livello omogeneo di vigilanza in tutte le regioni, per la verifica del rispetto della normativa, patto trasformato nel DPCM del 17.12.2007, seguito poi dalla sigla del protocollo d'intesa tra INAIL, ISPESL, IPSEMA e Regioni per la costruzione del Sistema Informativo della Prevenzione, ma soprattutto l'anno della cosiddetta legge-delega per la stesura del Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, che doveva non solo riordinare, ma di fatto "ripensare" la normativa sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro e infine del DPCM 27.12.2007, che ha sancito l'obbligo di realizzare un concreto livello di integrazione tra tutte le istituzioni che intervengono a salvaguardia della salute dei lavoratori.

Tutto ciò con l'obiettivo di creare un "nuovo sistema di promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori", coerente con la complessità dei problemi da affrontare, adeguato ai rischi esistenti e alla loro evoluzione, capace di intervenire non solo a "valle", attraverso il controllo sul prodotto, in questo caso la fabbrica o il cantiere, ma "a monte" sulle procedure e sui processi di valutazione e gestione dei rischi messi in atto dall'impresa

(auspicabilmente nell'ambito di Sistemi di Gestione della Sicurezza sul Lavoro – SGSL, quali le Linee Guida dell'INAIL del settembre 2001 o del British Standard OHsAS 18001:2007) o, addirittura nel caso del cantiere, dal committente dei lavori, nella convinzione che l'infortunio o la malattia professionale siano eventi sempre "prevedibili" già in fase di progettazione o di definizione dell'organizzazione aziendale.

Tutto ciò rende ancora più cogente la necessità di affrontare le problematiche da più angolature, ripensando completamente la vigilanza e attivando contestualmente nuove forme di collaborazioni e sinergie fra i soggetti, istituzionali e non, interni ed esterni al Servizio Sanitario Nazionale, che a vari livelli si occupano di prevenzione negli ambienti di lavoro, sempre però nella logica che la vigilanza non può essere né pensata, né praticata al di fuori di un sistema che la collochi lungo un percorso che prevede anche la lettura epidemiologica del territorio, la programmazione per obiettivi, la informazione e la assistenza alle imprese e ai lavoratori e la valutazione dei risultati ottenuti.

In questa ottica è importante nel delineare le azioni strategiche sulle quali concentrare le attività dei Servizi PSAL, puntualizzare il ruolo dei due livelli del SSR, da un lato la Regione dall'altra i Servizi di prevenzione e Sicurezza nei luoghi di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, con l'obiettivo di promuovere un'economia di scala, attraverso la armonizzazione delle azioni complesse messe in campo dal SSR in materia, proprio alla luce dei mutamenti normativi citati in premessa.

Spetta quindi alla Regione nel corso del prossimo triennio:

- il potenziamento dell'Osservatorio Regionale Integrato, per la valutazione epidemiologica dei rischi e dei danni derivanti dalle attività lavorative nel nostro territorio, con l'obiettivo di indirizzare in modo costruttivo non solo l'attività di vigilanza svolta dai Servizi PSAL, ma anche quella portata avanti dalle altre Istituzioni deputate, accanto a quella di informazione e formazione;
- l'individuazione degli obiettivi strategici e delle linee di indirizzo per la prevenzione nei luoghi di lavoro, sulla base di priorità stabilite attraverso la conoscenza epidemiologica del territorio, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione, dal Patto per la salute nei luoghi di lavoro, dal Piano nazionale triennale per l'Edilizia nonché dai Livelli Essenziali di Assistenza;
- il governo del sistema integrato di prevenzione, attraverso la promozione di azioni sinergiche e trasversali fra vari soggetti pubblici interni ed esterni al Servizio Sanitario quali la Direzione Regionale del Lavoro, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Università, l'Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL), le Prefetture, la Magistratura, l'Istituto Superiore Sanità, le Associazioni scientifiche, gli Enti Locali, i Vigili del Fuoco con il forte coinvolgimento delle Associazioni datoriali e sindacali, degli Enti Bilaterali, dei Medici Competenti, dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e degli ordini professionali, utilizzando quale strumento di integrazione il Comitato Regionale di Coordinamento di cui al D.P.C.M. 21 dicembre 2007, al fine di

migliorare l'efficacia di tutti gli interventi messi in atto, eliminando sovrapposizioni e inappropriatezza;

- l'individuazione delle risorse necessarie alla realizzazione delle azioni definite, puntando alla stabilizzazione del personale inserito attraverso il finanziamento di diversi progetti;
- la definizione, condivisa con i Servizi PSAL, di percorsi di qualificazione e formazione permanente degli operatori, omogenei tra le quattro aziende e finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici individuati, compresa la costruzione di occasioni sistematiche di confronto tra gli operatori, con l'obiettivo di definire protocolli omogenei e condivisi per garantire equità di intervento su tutto il territorio;
- la valorizzazione e l'implementazione di un sistema informativo regionale, utilizzabile per la sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni da lavoro, per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione attraverso specifici indicatori di risultato.

In particolare però la Regione si impegna a:

- promuovere la informatizzazione dei Servizi PSAL dei quattro Dipartimenti di Prevenzione, attraverso la dotazione di un software unico per la programmazione e la gestione dell'attività, che consenta tra l'altro l'acquisizione in tempo reale dai Pronto Soccorso, sia delle Aziende USL che delle Aziende Ospedaliere, dei primi certificati di infortunio sul lavoro;
- favorire la stabilizzazione del personale recentemente acquisito dai Servizi attraverso il progetto INAIL per il contrasto del rischio cancerogeno;
- ripensare la organizzazione dei Servizi PSAL, nella logica dello sviluppo di maggiori competenze nel settore della sicurezza, attraverso una più concreta integrazione con il Servizio Impiantistico, il cui mandato è andato progressivamente ridefinendosi nel corso degli anni, una maggiore autonomia e specializzazione del personale tecnico e la eventuale definizione del fabbisogno di risorse specializzate;
- sviluppare al massimo l'integrazione tra tutte le forze che operano sia nel settore della vigilanza, che in quello più ampio della promozione della salute.

Spetta invece ai Servizi PSAL :

- migliorare la qualità degli interventi erogati, attraverso l'applicazione dei protocolli e delle linee di indirizzo, prodotti in modo condiviso su scala regionale, con l'obiettivo di perseguire una maggiore efficacia degli interventi e abbandonare pratiche anche consolidate, ma inutili sia all'azione giudiziaria che agli obiettivi di prevenzione da perseguire;
- raggiungere gli obiettivi di potenziamento dell'attività di vigilanza previsti a livello nazionale con il Patto per la salute nei luoghi di lavoro e il Piano nazionale Edilizia (vedi paragrafi sottostanti), sviluppando al massimo l'integrazione tra le istituzioni deputate alle attività di vigilanza, e con i diversi attori esterni del sistema di prevenzione attraverso la reciproca informazione,

la collaborazione ed il coordinamento degli interventi, così come concordato a livello regionale nell'ambito dell'attività dell'Ufficio Operativo di cui al DPCM 21.12.2007;

- attivare una specifica attività di ricerca attiva e di indagine sulle malattie professionali;
- contribuire allo sviluppo del Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro, utile a garantire la sorveglianza epidemiologica dei rischi lavorativi e dei danni per la salute e la rilevazione di indicatori di risultato e di efficacia dell'attività svolta nell'ambito della prevenzione, attraverso la implementazione costante del sistema;
- promuovere e supportare lo sviluppo di esperienze di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP), in rete con altri Servizi territoriali, quali i Sert e i Goat, a partire dalla messa in campo di azioni efficaci per la riduzione del fumo negli ambienti di lavoro e la applicazione della normativa vigente contro l'uso di alcol e sostante stupefacenti;
- applicare la legge regionale n.18 del 28-02-2005, organizzando attività di prevenzione e controllo per l'individuazione e la gestione dei casi di patologie stress correlate e più in generale per la promozione del benessere organizzativo, in rete con i DSM delle ASL e con le altre istituzioni coinvolte (come ISPESL, INAIL e DPL).

Il Piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro in applicazione del "Patto per la salute nei Luoghi di Lavoro"

Il "Patto per la salute nei Luoghi di Lavoro" sottoscritto tra il Governo e le Regioni e Province autonome il 1° agosto 2007 e approvato dalla Regione Umbria con D.G.R. 2034 del 3/12/2007, in linea generale si pone come obiettivo quello di garantire una maggiore omogeneità delle attività di controllo e vigilanza sul territorio nazionale e di pervenire al raggiungimento di standard minimi di copertura del territorio definiti a livello nazionale.
I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle regioni italiane dovranno quindi garantire complessivamente a livello nazionale ogni anno:

- 250.000 interventi ispettivi/anno, proporzionati, per ciascuna regione e P.A. alla consistenza numerica delle unità locali delle imprese attive nei rispettivi territori;
- la copertura del 5% delle unità locali del territorio e, per le Regioni che hanno già raggiunto l'obiettivo, il mantenimento dei livelli di attività già erogati.

In Umbria considerando che le imprese del settore industria e servizi costituiscono l'1,75% delle imprese attive sul territorio nazionale, i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire ogni anno:

- l'1,75% dei 250.000 interventi complessivi, pari a 4.389 interventi ispettivi distribuiti fra le quattro ASL come nella tabella seguente (tabella 1);
- il 5 % delle unità locali ispezionate ogni anno, quindi circa 3100 unità locali.

Il secondo obiettivo risulta automaticamente assicurato con il raggiungimento del primo.

Nella tabella sottostante viene rappresentata la ripartizione degli interventi ispettivi, previsti per ciascuna Servizio PSAL ogni anno:

Tab. 1 Ripartizione interventi ispettivi per ASL

	N° unità locali	Distribuzione % imprese	Distribuzione ispezioni rispetto imprese
ASL 1	8555	13,8	606
ASL 2	26300	42,5	1865
ASL 3	11610	18,8	825
ASL 4	15437	24,9	1093
Umbria	61902	100	4389

Come previsto dal piano nazionale triennale edilizia circa 1800 degli interventi ispettivi previsti dovranno essere effettuati all'interno di cantieri.

Il raggiungimento degli obiettivi dei programmi verrà monitorato attraverso indicatori di processo, di impatto e, per quanto possibile, di esito, condivisi a livello nazionale, al fine di valutare sia l'efficienza del sistema che l'efficacia delle attività svolte.

Il Piano di vigilanza nel comparto edilizia

L'andamento infortunistico evidenzia che il settore delle costruzioni rappresenta, per frequenza e gravità degli eventi accaduti, una priorità di rischio in Umbria, come peraltro in tutto il Paese. L'attenzione rivolta a questo settore da parte dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro è stata sempre molto alta, basti ricordare che in Umbria vengono già ispezionati circa il 25% dei cantieri notificati, contro una media nazionale del 14%.

Il "Piano Nazionale Triennale Edilizia 2008-2010", approvato dalle Regioni e Province Autonome in Commissione salute nel giugno 2007 e dalla Regione Umbria con la D.G.R. 2034 del 3/12/2007, fa parte dei piani operativi di intervento nei settori prioritari previsti dal Patto per la Salute sopracitato.

Il piano si prefigge di raggiungere nel triennio una serie di obiettivi di prevenzione di sistema, stabilendo dei "minimi comuni" da raggiungere progressivamente e il miglioramento della capacità di intervento coordinato con le altre strutture territoriali deputate alla vigilanza, quali le DPL, i competenti uffici di INPS e INAIL, arrivando a garantire il raggiungimento di 50.000 cantieri ispezionati all'anno sul territorio nazionale, ripartiti a livello regionale secondo parametri connessi alle specificità del rischio delle specifiche realtà.

La quota parte assegnata alla Regione Umbria è pari a 1092 cantieri da ispezionare; il mantenimento dei livelli erogati nel 2005 comporta che devono essere comunque garantite circa 1800 ispezioni.

Regione	Notifiche anno 2005	Sopralluoghi anno 2005	Cantieri visitati anno 2005	Quota cantieri assegnata
Umbria	7734 (3.0%)	2402	1842	1092
Italia	256364 (100%)	62822	36881	50000

Pertanto, coniugando questi obiettivi con quelli del Patto per La Salute nei Luoghi di lavoro, nelle circa 4300 ispezioni dovranno essere compresi 1800 cantieri.
In Umbria però si è andati progressivamente acquisendo in questi anni, a partire dall'esperienza maturata con la ricostruzione post terremoto, la piena consapevolezza che una tutela reale della salute dei lavoratori in edilizia va garantita a partire dal momento in cui si decide di realizzare un'opera, peraltro in linea con quanto stabilisce la direttiva europea sui cantieri temporanei e mobili. Per tale ragione i Servizi PSAL della regione hanno avviato fin dal 2007 un progetto che li vede impegnati, a partire dall'esperienza pilota della USL 3, a portare avanti un progetto specifico nell'ambito di tale attività, volto a costruire la attività di vigilanza, non solo e non più esclusivamente attraverso i sopralluoghi nei cantieri notificati e selezionati in base al rischio, ma sulla base di un intervento a tutto campo, che prevede anche la verifica della capacità dei committenti, sia pubblici che privati, di pensare la sicurezza fin nella fase della progettazione preliminare, non disgiungendola dalla realizzazione dell'opera.

L'emersione delle malattie professionali

La ricerca delle malattie legate al lavoro incontra usualmente alcuni ostacoli, legati sia alla difficoltà con cui viene riconosciuto il legame causa effetto tra malattia ed esposizioni lavorative nelle patologie ad esposizione multifattoriale, ma anche alla evidente sottonotifica delle malattie professionali anche nei casi in cui tale legame è stato sospettato o riconosciuto. Per tali ragioni il sistema INAIL, attualmente l'unico diffuso su tutto il territorio nazionale presenta importanti problemi di completezza; inoltre il sistema di riconoscimento delle patologie risponde a criteri molto specifici e selettivi e quindi poco sensibili per rilevare la reale entità delle malattie professionali presenti sul territorio.

A livello nazionale si sta promuovendo un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno delle malattie professionali utilizzando le segnalazioni di malattia che giungono ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro denominato "MALPROF" promosso dal Ministero della Salute e dall'ISPESL, che ha prodotto interessanti risultati nelle 6 regioni nelle quali è stato ad oggi sperimentato.
I Servizi PSAL dell'Umbria devono affrontare questa problematica attraverso:

- l'implementazione del sistema di sorveglianza nazionale delle malattie professionali MALPROF;
- le iniziative di sensibilizzazione dei vari soggetti (medici competenti, medici di medicina generale, medici ospedalieri) alla segnalazione di malattia professionale;
- la ricerca attiva delle patologie professionali.

La prevenzione dei rischi occupazionali da sostanze cancerogene

Il progresso tecnologico e il continuo mutamento del mondo del lavoro è caratterizzato, tra le altre cose, dalla immissione nel mercato di un numero sempre più crescente di nuove sostanze chimiche. Per molte di queste, come peraltro per una grande quantità di quelle usate già da tempo, non si conoscono gli effetti sulla salute, in particolare quelli a lungo termine da esposizione cronica a bassi livelli e il loro eventuale rischio cancerogeno; fino a circa dieci anni fa le sostanze classificate cancerogene dalla Comunità Economica Europea si limitavano a poche decine, mentre oggi sono circa 500. La grande rilevanza di tali temi è dimostrata anche dalle risultanze di importanti studi epidemiologici internazionali che hanno dimostrato come una percentuale fra il 4 e il 6% di tutte le morti per cancro ogni anno sia da correlare a fattori di rischio occupazionali, che in Italia significa un numero fra 6.400 e 9.600 morti ogni anno. Secondo lo studio multicentrico Europeo CAREX, in Italia circa il 50 % degli agenti riconosciuti come cancerogeni viene utilizzato per i comuni processi lavorativi, con un numero di lavoratori esposti pari al 24% di tutti gli occupati, ovvero circa 4,2 milioni di lavoratori. Peraltro per tali sostanze non è possibile individuare una reale soglia di sicurezza. In questa Regione i Servizi PSAL hanno affrontato in maniera sistematica la problematica del rischio cancerogeno occupazionale fin dall'anno 2002, con l'avvio di un progetto di prevenzione del rischio cancerogeno occupazionale (DGR n. 1515 del 28/11/2001) che ha definito per i principali comparti a rischio cancerogeno e mutageno, il livello di esposizione dei lavoratori a tali sostanze ha portato all'applicazione nelle aziende interessate dall'intervento di misure di tutela specifiche volte alla eliminazione/riduzione del rischio. Questo progetto si continuerà nel periodo 2008-2010 con un intervento nel comparto sanità, volto alla valutazione dell'esposizione degli addetti alla preparazione e somministrazione di chemioterapici antiblastici, realizzato dai Servizi PSAL in collaborazione con l'INAIL e l'Università di Perugia. Il progetto prevede tre obiettivi specifici:

- valutare il livello di esposizione dei lavoratori ad agenti chemioterapici antiblastici;
- verificare l'efficacia delle misure di tutela specifiche messe in atto;
- individuare eventuali misure di tutela specifiche che consentano di eliminare o ridurre il rischio.

5.6 La sanità pubblica veterinaria e il sistema della sicurezza alimentare lungo la filiera agro-alimentare

Il sistema che mette in relazione i Servizi Veterinari della Sanità Animale (SA), di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA) e di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) con i Servizi di igiene degli Alimenti e della Nutrizione (IAN) dei Dipartimenti di Prevenzione di questa Regione con quelli di tutte le altre Regioni del Paese, con gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e il Ministero della Salute, con l'obiettivo di sorvegliare lo stato di salute e le condizioni di vita del patrimonio zootecnico, impedendo la trasmissione di malattie dagli animali all'uomo e di garantire la sicurezza dei cibi, attraverso la copertura dell'intera catena alimentare è decisamente un sistema complesso, che in questa Regione non presenta particolari criticità.

Nell'affrontare la programmazione di settore è necessario però puntualizzare le azioni che la Regione individua come strategiche nel prossimo triennio e che quindi dovranno coinvolgere trasversalmente i Servizi veterinari e quelli medici con l'obiettivo di migliorare qualità, appropriatezza ed efficienza degli interventi sull'intera filiera agroalimentare:

- attivare l'osservatorio epidemiologico per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria con l'obiettivo di produrre rapporti periodici sullo stato di salute e malattia della popolazione animale e sull'attività costante di monitoraggio lungo tutta la filiera alimentare, ma anche di consentire ai Servizi Veterinari e Medici di programmare le attività sulla base della lettura epidemiologica del contesto e di un'analisi accurata del livello di rischio. L'osservatorio dovrà essere collocato funzionalmente presso l'Assessorato e opererà in stretta collaborazione con l' IZS dell'Umbria e delle Marche. L'osservatorio inoltre si avvarrà della produzione scientifica, delle attività di ricerca e didattiche svolte dal Centro Studi per la ricerca biostatistica ed epidemiologica sulla sicurezza alimentare (Ce.R.S.Al), in quanto la Regione Umbria ne sarà parte integrante insieme agli altri enti fondatori.
- sviluppare un sistema informativo integrato per i Servizi veterinari e i Servizi IAN dei Dipartimenti di Prevenzione in rete con il livello regionale e con l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, superando la situazione attuale in cui i Servizi hanno in comune solo un software per l'inserimento dell'anagrafica delle imprese di settore, nella logica della predisposizione di uno strumento flessibile, utilizzabile per la gestione routinaria dell'attività, ma anche perno del funzionamento dell'Osservatorio. Il sistema informativo dovrà consentire anche la messa in rete dei mattatoi per consentire la acquisizione dei dati provenienti dalle macellazioni, con l'obiettivo di acquisire informazioni sullo stato sanitario degli allevamenti da cui provengono gli animali macellati.
- promuovere la crescita culturale e l'assunzione di responsabilità degli operatori del settore alimentare impegnati nell'autocontrollo.

La realizzazione di entrambi gli obiettivi consentirà sia al livello regionale, che a quello aziendale di:

- migliorare la comunicazione sul rischio nei confronti della collettività, ma anche dei decisori nonché di tutti gli stakeholders, anche in questo caso con un duplice obiettivo:

da un lato quello di rendere “trasparente” l’attività dei Servizi, dall’altra la volontà di migliorare la consapevolezza degli operatori del settore agroalimentare e dei consumatori finali rispetto ai possibili rischi.

- mettere a punto di percorsi formativi uniformi su scala regionale volti in senso lato a garantire uniformità di conoscenze e di prassi rispetto agli obiettivi strategici individuati dal Piano, ma soprattutto a superare quella che viene identificata dagli stessi veterinari e medici che operano nel settore della sicurezza alimentare come la criticità maggiore.
- adeguare gli strumenti del controllo ufficiale attraverso la formazione permanente degli operatori addetti ai controlli, favorendo la omogeneizzazione delle procedure di verifica e la diffusione di bestpractices. Con l’entrata in vigore dei regolamenti comunitari del cosiddetto “Pacchetto igiene”, che hanno disciplinato la normativa in materia di sicurezza alimentare, sono state infatti introdotte importanti novità anche nell’ambito dell’attività di controllo ufficiale svolta dall’autorità competente. In particolare, i Regolamenti CE 854/04 e 882/04 modificano l’approccio tradizionale del controllo ufficiale, ridefinendo le modalità e le tecniche con le quali verificare la conformità delle imprese alimentari ai requisiti normativi e stabilire i profili di rischio utili per un’efficace organizzazione del sistema dei controlli. Tra gli strumenti operativi previsti dal regolamento, l’audit è sicuramente quello più innovativo, poiché consente la valutazione d’insieme dei requisiti strutturali, dei processi produttivi e del sistema messo in atto (autocontrollo) dall’azienda a garanzia della sicurezza alimentare del prodotto. Poiché tale strumento rappresenta un nuovo modo di “esercitare il controllo”, è necessario un grosso investimento sotto il profilo formativo, che coinvolga medici, veterinari e tecnici della prevenzione, con l’obiettivo di creare un pool di operatori dei Servizi competenti che funga da organo terzo tra il produttore e il consumatore.

5.6.1 Tutelare la produzione primaria regionale

I risultati raggiunti grazie alla attività di sorveglianza, di vigilanza e di ispezione del patrimonio zootecnico svolta dai Servizi Veterinari di Sanità Animale sono particolarmente evidenti nel campo di alcune importanti zoonosi quali ad esempio la brucellosi bovina ed ovina.

Infatti, in considerazione della favorevole situazione epidemiologica, all'Umbria nel 2005, è stata riconosciuta dalla Commissione Europea la qualifica sanitaria, tuttora in vigore, di territorio ufficialmente indenne. Altre importanti malattie non zoonosiche, ma di rilevante impatto economico e sociale sono state eradicate (leucosi bovina enzootica, peste suina classica) dal territorio della nostra regione. Altre ancora sono oggetto di severi e costanti controlli (bluetongue)

Nel corso degli anni sono state inoltre controllate altre patologie grazie al recepimento di sistemi di sorveglianza nazionali (encefalopatie spongiformi trasmissibili), che impongono controlli accurati anche sull’alimentazione animale o di piani di controllo (Malattia di Aujeszky).

L'attività dei Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria (SA e IAPZ) ha contribuito al controllo del fenomeno dell'antibiotico-resistenza tramite la sorveglianza dell'impiego dei farmaci ad uso veterinario e degli alimenti zootecnici contenenti sostanze farmacologiche.

Il completamento e lo sviluppo delle anagrafi

Le anagrafi, quali sistemi informativi statistici a carattere tematico, forniscono una visione globale del fenomeno indagato e al contempo rappresentano la fonte primaria dei dati indispensabile per fornire i denominatori necessari a definire tassi e frequenze. Le informazioni ottenute servono per effettuare valutazioni epidemiologiche, utili per identificare eventuali problemi sanitari e per valutare e pianificare le attività di sanità pubblica veterinaria.
In questo contesto nel triennio le Aziende USL dovranno:

- Implementare le anagrafi già esistenti.
- In particolare per l' anagrafe bovina:

I dati registrati in Banca Dati Nazionale (BDN) costituiscono attualmente l'unico riferimento e l'unica fonte ufficiale per la costituzione di qualsiasi sistema informativo locale relativo alle aziende zootecniche con particolare riferimento alle attività di profilassi e di controllo espletate da parte dei servizi veterinari delle ASL. I servizi veterinari pertanto dovranno assicurare che tutti i dati anagrafici utilizzati nello svolgimento delle proprie attività siano perfettamente allineati con la BDN.

E' fondamentale anche che da parte dei Servizi vengano utilizzate a pieno tutte le funzioni messe a disposizione dall'anagrafe nazionale bovina per l'espletamento delle attività routinarie, garantendo la produzione di verbali di prelievo, check-list di controllo e conseguenti reports con anagrafiche coerenti ed aggiornate.

Sviluppare le anagrafi non ancora a regime.

Per le *anagrafi ovi – caprina - suina – avicola* dovranno essere inserite, nel corso del triennio, in BDN tutte le strutture zootecniche interessate, la tipologia di tali strutture, le modalità di allevamento, l'orientamento e i cicli produttivi.
Nel corso del triennio dovrà inoltre essere curato l'inserimento in BD delle informazioni relative alla posizione spaziale degli insediamenti ad interesse zootecnico (georeferenziazione) e l'adozione di applicazioni di tipo *Geographical Information System,* permetterà di migliorare la qualità delle informazioni epidemiologiche e la stessa sorveglianza epidemiologica, oltre che di costituire un valido strumento per la creazione di mappe di rischio e per la gestione delle emergenze veterinarie.

Fare interagire la banche dati già esistenti.

Rispetto all'anagrafe *degli operatori del settore alimentare* nel corso del prossimo triennio il Servizio competente della Direzione Regionale Sanità individuerà, con le altre Amministrazioni istituzionalmente coinvolte, le modalità per l'acquisizione dei dati relativi

alle imprese primarie dalle anagrafi esistenti, mettendo le ASL in condizione di costruire una banca dati regionale.
I produttori primari (aziende agricole, allevamenti zootecnici, aziende di acquacoltura, pescatori professionali, etc,) sono infatti già inseriti in diverse anagrafi istituzionali facenti capo ad Amministrazioni diverse, quali, ad esempio, Provincia, Assessorato Regionale all' Agricoltura, Camera di Commercio, ARUSIA.
I Servizi veterinari e medici delle Aziende USL deputati alla sicurezza alimentare, come previsto dal Reg. CE n. 852/2004, hanno peraltro già avviato dal 2° semestre 2007, il processo di registrazione delle imprese alimentari, esistenti sul proprio territorio, comprendendo anche quelle della produzione primaria.
L'informatizzazione *degli archivi degli operatori del settore mangimistico per tipologia produttiva* è necessaria al fine di costruire una banca dati dal settore dalla produzione primaria alle industrie mangimistiche, dai trasportatori ai distributori, che risulti fruibile da parte di tutti gli organi preposti al controllo per lo svolgimento delle loro attività, per l'adempimento degli obblighi informativi al Ministero della Salute ed alla Comunità Europea oltre che per la categorizzazione del rischio dell'intera filiera.

<u>Il mantenimento e/o raggiungimento delle qualifiche sanitarie di province ufficialmente indenni</u>

Il quadro epidemiologico delineato sulla base dei controlli effettuati nel corso di diversi anni, ha permesso alle Province umbre di accedere e di mantenere lo stato di ufficialmente indenni in accordo con i parametri dell'Unione Europea rispetto a brucellosi bovina ed ovina - leucosi bovina enzootica. (Decisione della Commissione 2005/28/Ce del 12/1/2005). Purtroppo nel corso del mese di ottobre 2008 la Provincia di Perugia ha perso lo status di accreditamento per la malattia vescicolare del suino. Diviene quindi fondamentale nel corso dei primi mesi del prossimo anno riacquistare questa qualifica, ma anche mantenere in modo concreto i sistemi di sorveglianza che si attuano attraverso il controllo sistematico da parte dei Servizi Veterinari della Sanità Animale.
Il lusinghiero risultato ottenuto nel campo delle profilassi di Stato, può oggi permettere di allargare il panorama delle malattie di maggior rilevanza epidemiologica, che devono essere oggetto di attenzione particolare per la loro importanza economica, per possibili risvolti di carattere zoonosico e\o per le opportunità commerciali ad esse legate.
Si ritiene quindi di interesse procedere alla stesura a livello regionale di specifici piani per tutelare gli allevamenti bovini della nostra regione dalla diffusione di i.b.r. (rinotracheite infettiva bovina\vulvo-vaginite pustolosa) e m.a.p. (paratubercolosi dei ruminanti domestici o malattia di johne)

I risultati ottenuti potranno servire a definire futuri piani di risanamento degli allevamenti bovini umbri da IBR e MAP, così da ottenere un minor consumo di farmaci, prodotti di migliore qualità e quindi una maggiore tutela dei consumatori.

La messa a punto di piani mirati di controllo sull'utilizzo del farmaco e dei contaminanti

Oltre ad assicurare l'esecuzione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui negli animali e nei prodotti di origine animale come previsto dal Ministero della Salute, nel corso del triennio la regione predisporrà piani regionali (i c.d."Extrapiano"), mirati alla verifica ed al controllo del rischio di residui farmacologici e chimici in determinate tipologie di allevamento, categorie di animali e loro produzioni.

L'attenzione verrà rivolta, soprattutto, ad alcune molecole di principi attivi, sia autorizzate che non, e ad alcuni contaminanti in determinati settori produttivi zootecnici, che hanno rivelato alcune criticità nei piani di campionamento degli anni precedenti, con l'obiettivo di controllare i rischi di tali residui negli alimenti di origine animale e di qualificare ulteriormente le produzioni locali.

La tutela del benessere degli animali da reddito

E' obiettivo nel triennio potenziare e qualificare le attività di controllo del rispetto del benessere degli animali, nelle varie fasi dell'allevamento, oltre che nei trasporti e nella macellazione. Come già detto in premessa verranno attivati specifici corsi di formazione, riivolti a tutto il personale dei Servizi Veterinari preposti al controllo del settore zootecnico, sui temi e la normativa comunitaria relativi alla protezione degli animali e ai risvolti che questa comporta, sia dal punto di vista etico, che della salubrità delle produzioni animali stesse. Contemporaneamente si procederà ad attivare corsi di formazione ed iniziative di informazione per gli operatori addetti alle attività zootecniche, di trasporto e di macellazione.

La gestione dell'alimentazione zootecnica per il controllo della filiera alimentare

La presenza di numerose attività industriali ed artigianali nel settore delle produzioni di alimenti zootecnici, fanno dell'Umbria una delle maggiori realtà produttive a livello nazionale, in un settore determinante dell'intera filiera alimentare che continuamente rileva gravi criticità (B.S.E., Diossina, O.G.M.) con inevitabili ripercussioni nella salubrità degli alimenti e quindi nella salvaguardia del consumatore finale. I controlli eseguiti dai Servizi IAPZ hanno sicuramente prodotto la riduzione della frequenza delle contaminazioni dei prodotti alimentari. Nonostante questi progressi, i dati che si estrapolano dai piani regionali e nazionali, evidenziano ancora problematiche e criticità che necessitano di essere sottoposte ad analisi ed ulteriori interventi. E' importante quindi effettuare un ulteriore sforzo comune attuando la classificazione delle aziende del settore in base al rischio per la salute umana, per la salute ed il benessere degli animali o per l'ambiente, derivante dalle specifiche attività produttive. Sulla base di tale classificazione sarà quindi possibile, nel corso del prossimo triennio, programmare piani regionali di controllo, modulando le azioni d'intervento e di controllo in funzione dei dati acquisiti.

La salvaguardia della salubrità dei prodotti aziendali

Le produzioni primarie costituiscono un aspetto importante dell'economia rurale del nostro territorio, pertanto è opportuno salvaguardare la salubrità di tali produzioni modulando, ove possibile, quanto previsto dalla normativa vigente.
Il raggiungimento di tale obiettivo è realizzabile attraverso l'individuazione da parte della Regione di procedure semplificate e flessibili per l'applicazione delle norme comunitarie, in particolar modo nelle zone svantaggiate, garantendo comunque il raggiungimento della sicurezza dei prodotti.

5.6.2 Garantire la sicurezza alimentare

La sicurezza degli alimenti, che inizia a livello di produzione primaria, è una responsabilità condivisa tra l'Operatore del Settore Alimentare e gli Organismi di Controllo. L'impegno congiunto di tutti gli attori è di fondamentale importanza per fornire al cittadino la garanzia di consumare alimenti sicuri. E' necessario pertanto, dopo aver individuato con chiarezza chi deve agire ai diversi livelli, creare un sistema fondato su solide basi scientifiche e su un moderno contesto procedurale, applicabile in modo omogeneo in tutta la regione.
Il raggiungimento degli *standards* più elevati possibili di sicurezza alimentare si realizza mediante l'identificazione, la caratterizzazione e la verifica di tutti i fattori di abbattimento del rischio sanitario, attuabili a partire dalla produzione primaria fino al consumo dell'alimento.
Tale percorso si concretizza in:

- attuazione del nuovo quadro giuridico del settore alimentare, che va a coprire l'intera catena alimentare;
- applicazione di adeguate procedure per la valutazione del rischio, sia da parte dell'operatore alimentare che dell'organo di controllo;
- individuazione e attuazione di rapide ed efficaci misure di intervento a fronte di emergenze sanitarie che si manifestino in qualsiasi punto della catena alimentare;
- esecuzione di controlli ufficiali appropriati su tutti i processi di trasformazione degli alimenti fino al loro consumo attività svolta dai servizi Igiene Alimenti Nutrizione (IAN) e Igiene Alimenti di Origine Animale (IAOA);
- comunicazione ai consumatori che devono essere tenuti adeguatamente informati sull'attività degli organismi istituzionalmente preposti all'assicurazione della salubrità degli alimenti, sull'evoluzione della situazione di eventuali emergenze e sui rischi che certi alimenti possono presentare per determinati categorie di persone.

La elaborazione di piani di controllo in base ai livelli di rischio derivanti dalla categorizzazione delle imprese

La "categorizzazione" delle aziende alimentari, vale a dire la loro classificazione in tre categorie (alto-medio-basso) in base al rischio per la salute derivante dalle caratteristiche

dell'impresa, rappresenta uno degli strumenti necessari per la messa a punto di un sistema di prevenzione efficace.

Per valutare il livello di rischio vengono presi in esame dei criteri fissi (caratteristiche dello stabilimento, caratteristiche della produzione, validità del sistema di autocontrollo, livello igienico, dati storici), a cui vengono associate classi di valutazione con i relativi punteggi.

Utilizzando questo strumento, in Umbria, a partire dal 2° semestre 2007, i competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione hanno proceduto alla categorizzazione degli stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/2004 secondo il modello di valutazione predisposto a livello nazionale.

Sempre secondo il modello nazionale, le imprese alimentari soggette a registrazione in base al Regolamento CE n. 852/2004, sono state categorizzate su base documentale. Parallelamente, è stata attuata una procedura sperimentale di categorizzazione di alcune imprese alimentari, basata sulla valutazione sul "campo" di alcuni parametri mutuati da quella prevista per gli stabilimenti riconosciuti. La fase sperimentale consentirà di valutare innanzitutto il gradiente tra la valutazione documentale e il riscontro oggettivo e sulla base dell'ampiezza di questo, decidere se estendere o meno il modello sperimentale a tutte le imprese registrate o piuttosto limitarlo ad una particolare tipologia di queste.

Nel corso del prossimo triennio sarà quindi possibile definire piani di controllo sulla base di tale categorizzazione, modulando la frequenza e le diverse modalità di intervento in funzione dei livelli di rischio riscontrati nelle diverse realtà agro – alimentari del territorio umbro.

Tale programmazione sarà quindi caratterizzata da una frequenza dei controlli ufficiali appropriata rispetto ai rischi esistenti e dall'utilizzo di procedure standard per l'esecuzione sia degli audit che delle ispezioni tradizionali.

Poiché il pacchetto igiene prevede la verifica "a cascata" dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività di controllo, a partire dal livello ministeriale fino alle Aziende USL, questa Regione ha attivato fin dal primo semestre del 2008 il meccanismo della valutazione dell'operato dei Servizi Veterinari e Medici che si occupano di sicurezza alimentare attraverso l'organizzazione di veri e propri incontri di audit.

<u>La revisione e potenziamento del sistema di allerta per alimenti e mangimi</u>

In applicazione di quanto predisposto e concordato a livello nazionale, la Regione con la collaborazione dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione procederà alla revisione dei protocolli relativi ai Sistemi di Allerta per Alimenti e per Mangimi, già operativi in Umbria rispettivamente dal 2003 e dal 2007, unificandoli in un'unica procedura operativa.

Alla luce delle criticità riscontrate e segnalate, al fine di garantire la tempestività dello scambio di informazioni, presupposto cardine del Sistema di Allerta, verranno organizzati eventi formativi a livello regionale e territoriale, sia per il personale sanitario che per i responsabili delle industrie alimentari. Dovranno comunque essere migliorati gli aspetti legati alle modalità di comunicazione e alle misure di "richiamo del prodotto" da attuarsi

da parte degli Operatori del Settore Alimentare in caso di sussistenza di un grave rischio per il consumatore finale.

5.7 Assicurare l'igiene urbana e il controllo degli animali sinantropi

La lotta al randagismo

A distanza di sedici anni dall'entrata in vigore della legge 281/91, nella nostra Regione non è ancora stato realizzato un sistema soddisfacente per contrastare l'abbandono dei cani.

Dai dati statistici regionali il gap esistente tra il numero dei cani catturati e di quelli riaffidati o restituiti ogni anno è pari al solo 45% circa, con conseguente progressivo aumento del numero dei cani randagi ricoverati presso i canili ed i rifugi pubblici e privati convenzionati, nonché degli oneri finanziari a carico del Servizio Sanitario Nazionale e degli Enti Locali.

Considerato che attualmente il fenomeno del randagismo è prevalentemente originato da cani vaganti di proprietà ma privi di identificazione (non esistono più cani randagi propriamente detti, se non limitatamente al 2/3%), per prevenire il fenomeno del randagismo, nel corso del prossimo triennio la Regione ritiene fondamentale:

- migliorare l'efficienza della banca dati dell'anagrafe canina regionale, inserita nel sistema informativo unico per i servizi veterinari, con il progressivo recupero degli archivi storici su cartaceo;
- sensibilizzare attraverso specifica campagna informativa il più ampio numero di cittadini, ma anche gli addetti di settore, quali allevatori, rivenditori di animali, ecc., sulla normativa vigente in merito alla identificazione dei cani e alla ACR;
- promuovere un maggior coinvolgimento dei medici veterinari liberi professionisti, responsabilizzandoli rispetto all'identificazione dell'animale in cura, ma anche in termini di sussidiarietà del servizio di identificazione ed iscrizione degli animali che in termini di verifica;
- potenziare l'attività di vigilanza attraverso la costruzione in ciascuna Az. USL di una rete integrata di attori, che veda accanto agli operatori dei Servizi Veterinari per esempio i vigili urbani e le guardie forestali;
- incentivare la sterilizzazione dei cani di proprietà, con il coinvolgimento dei veterinari libero professionisti;
- attivare in via sperimentale l'apertura di consultori veterinari pubblici nelle due città capoluogo.

La costruzione di un sistema di sorveglianza per la leishmaniosi canina

La Leishmaniosi Viscerale Zoonotica è una grave zoonosi causata da *Leishmania infantum*, protozoo parassita intracellulare trasmessa da flebotomi che ha nel cane infetto l'unico serbatoio.

In Italia la malattia, umana e canina, è considerata riemergente ed in espansione, sia in senso territoriale, verso Nord, sia con l'aumento di prevalenza nelle aree storicamente endemiche.

Pur essendo una malattia soggetta a notifica obbligatoria (art. 5 del Regolamento di Polizia Veterinaria, D.P.R. n. 320, 08/02/1954) tale obbligo viene molto frequentemente disatteso; è quindi intenzione della Regione mettere a punto nel corso del triennio un sistema di sorveglianza epidemiologica ad hoc che consenta di ottenere dati di incidenza dell'infezione canina.

La modifica di una procedura non appropriata: controllo cani morsicatori per la profilassi della rabbia

A fronte del mutato contesto epidemiologico del nostro Paese, indenne da rabbia dal 1996, rivedere la procedura di profilassi antirabbica post esposizione medica e veterinaria, in modo da migliorare soprattutto l'appropriatezza e l'efficienza della stessa. L'esperienza operativa evidenzia spesso situazioni nelle quali il rischio di esposizione dell'animale morsicatore al virus della rabbia è veramente minimo se non nullo, come si può ipotizzare per animali che vivono in contesto urbano all'interno di abitazioni o comunque in ambienti confinati sotto diretto controllo del proprietario e che non si sono mai spostati da quel luogo.

E' intenzione quindi della Regione mettere a punto una procedura condivisa che comporti, una volta effettuata la valutazione del rischio (indagine epidemiologica), un impegno quantitativamente minore (ma non meno efficace nel risultato) da parte del Servizio Veterinario quale per esempio l'osservazione a domicilio di tipo fiduciario affidata al proprietario detentore dell'animale morsicatore, sotto la supervisione del veterinario ufficiale.

Ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche rappresenta un fondamentale strumento tecnico scientifico a supporto dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, sia per quanto riguarda la sanità animale sia in riferimento al controllo degli alimenti di origine animale. In applicazione del D.M. 27 Febbraio 2008, inoltre, dal 2009 effettuerà anche analisi chimiche, fisiche e microbiologiche su alimenti di origine vegetale non trasformati.

È pertanto indispensabile dare grande risalto e valorizzazione alle capacità di risposta dei laboratori e alle attività di ricerca svolte dall'Istituto Zooprofilattico mediante il

rafforzamento del rapporto di collaborazione tra Regione e Istituto attraverso iniziative comuni quali:

- osservatorio epidemiologico regionale;
- messa in comune delle banche dati informatiche dell'Istituto e dei Servizi Veterinari anche ai fini della valutazione del rischio mediante la conduzione di indagini epidemiologiche;
- attivazione del Centro Regionale di Farmacovigilanza Veterinaria, collocato funzionalmente presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale in collaborazione con la facoltà di Medicina Veterinaria;
- potenziamento del Centro Regionale di Riferimento degli enterobatteri patogeni istituito presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, garantendo livelli efficienti di funzionamento
- programmi di ricerca e prevenzione, specialmente sviluppando il controllo dei contaminanti ambientali fra i quali è di grande attualità il pericolo micotossine;
- svolgimento di attività di interesse regionale dei Centri di referenza nazionale istituiti presso l'Istituto;
- collaborazione alle attività formative programmate dal Servizio Sanitario Regionale.

Molte delle attività possono realizzarsi solo con un supporto convinto e qualificato di ricerca, sperimentazione e attività dei laboratori veterinari accreditati e in particolare di quelli dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, che è chiamato ad un altrettanto intenso lavoro di rinnovamento e sviluppo.

Decisiva infine si può rivelare la collaborazione interdisciplinare medico-veterinaria, anche per integrare appieno nel bagaglio professionale degli addetti alla prevenzione le attività veterinarie ed i loro risvolti in termini di miglioramento dei livelli di salute e sicurezza alimentare.

6. Il potenziamento delle cure primarie e l'attivazione delle cure intermedie

Un importante fenomeno caratterizzante lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione dal dopoguerra in poi è rappresentato dalla transizione demografica che ha condotto l'Italia a divenire uno dei paesi a più elevato invecchiamento al mondo, quasi in assenza di ricambio generazionale.

D'altra parte, la transizione demografica, che può essere considerata un fenomeno epocale per tutte le popolazioni occidentali, è stata contemporaneamente causa ed effetto della profonda trasformazione epidemiologica e quindi della natura e dell'intensità del bisogno di cure, contraddistinta dall'aumento di soggetti anziani affetti da patologie croniche e disabilitanti.

Parallelamente, negli ultimi anni, anche le famiglie sono state investite da profondi mutamenti: è diminuito il numero medio dei membri dei nuclei familiari, per cui è ridotto il peso delle famiglie con più generazioni (quelle ad esempio in cui sono presenti almeno un figlio e un genitore, oppure un nonno e un nipote); sono aumentati i nuclei composti da sole persone anziane. Inoltre l'incremento del lavoro femminile ha comportato nuovi modelli di relazioni familiari e in particolare una minore disponibilità all'assistenza informale degli anziani presenti in casa.

A queste dinamiche di ordine demografico e sociale, si è sovrapposta la trasformazione dell'organizzazione delle strutture ospedaliere, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia o a interventi diagnostico-terapeutici di elevata specializzazione e complessità tecnologica, accompagnata dalla introduzione di sistemi di finanziamento che nel tempo hanno incentivato la massima efficienza interna e la rapida dimissione dei pazienti.

Nel contempo, a fronte di risorse sempre più limitate, la riorganizzazione ospedaliera ha comportato, in parallelo, la riduzione del numero dei posti letto, spesso ottenuta anche attraverso la chiusura dei piccoli ospedali.

A fronte, quindi, di un contesto caratterizzato dall'aumento delle persone anziane, spesso sole, dalla ridotta capacità delle famiglie ad assolvere un ruolo assistenziale nei confronti di familiari malati, dalla crescente domanda di cure che spesso è anche correlata all'accessibilità sociale, economica e culturale delle stesse, da una organizzazione ospedaliera sempre più centrata sulle cure intensive per acuti, si impone, per i servizi sanitari, la necessità di attivare e implementare modelli assistenziali innovativi rispetto ai tradizionali, in particolare sempre più orientati alla gestione di patologie cronico-degenerative sia nell'assistenza continuativa di base sia nelle fasi di riacutizzazione o scompenso.

Il sistema delle Cure Primarie rappresenta l'ambito più adeguato a gestire appropriatamente e a costi sostenibili i problemi connessi alla cronicità e all'erogazione dell'assistenza "a lungo termine", per intrinseche caratteristiche organizzative, gestionali e clinico-assistenziali centrate sulla presa in carico del paziente in base a un progetto assistenziale globale sulla persona nel suo contesto di vita, flessibile, perché i bisogni

sanitari di questi soggetti sono continuamente mutevoli nel tempo. Tale modello può identificarsi in quello che l' OMS definisce "The Chronic Care Model", efficace nel migliorare gli esiti clinici, i processi di cura e la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche. La rete distrettuale è la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione, in grado di garantire l'approccio multidisciplinare e pluripartecipativo indispensabile per affrontare in modo efficace le criticità connesse alla condizione di anziano fragile.

In tale contesto già da diversi anni, su tutto il territorio nazionale, anche se con distribuzione disomogenea e con massima incidenza nelle regioni del Centro-Italia, si sono sviluppate esperienze, realizzate con alleanze strategiche tra medici di famiglia, medici dei distretti sanitari e infermieri professionali, innovative e sostanzialmente atipiche, perché collocate tra il domicilio del paziente e l'ospedale. Sono strutture intermedie che, nate spesso come frutto di sperimentazioni più che di logiche epidemiologiche o programmatorie intese in senso classico, rispondono a bisogni emergenti di natura assistenziale e sociosanitaria provenienti dall'area della cronicità: dare in loco risposte coerenti ai bisogni particolari di una popolazione a forte prevalenza senile spesso lontana dai centri urbani e dalle aziende ospedaliere, superando la rigidità organizzativa, culturale, legislativa e di ruolo tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi; valorizzare le risorse professionali e strutturali già presenti nel territorio; integrare l'intervento sociale con quello sanitario; limitare il disagio che il trasferimento lontano dalla propria residenza comporta; trovare il soddisfacimento e quindi il consenso della popolazione e delle autonomie locali che devono sentire "protetto" il proprio stato di comunità periferica; trovare modalità erogative con rapporto costo-beneficio soddisfacente.

6.1 Il ruolo del distretto

Il Distretto Socio-Sanitario è una struttura complessa definita, con Legge regionale n. 3/98 (Ordinamento del sistema sanitario regionale), come "l'articolazione organizzativa della unità sanitaria locale per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse delle USL e degli Enti locali".

Con Legge regionale sono affidati al Distretto i seguenti compiti:

- Gestire e coordinare i servizi ubicati nel territorio di competenza;
- Organizzare l'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi;
- Assicurare un efficace orientamento e controllo della domanda sociosanitaria e promuovere la continuità terapeutica;
- Fungere da centro regolatore per le prestazioni erogate dalle proprie Unità Operative.

Con Dlgs. 229/99, il Distretto Sanitario, concepito con la L. 833/78, trova una sua più precisa e concreta definizione, che lo equipara, per importanza strategica ed autonomia funzionale alla struttura ospedaliera.

Il PSR 1999-2001 sviluppa e valorizza ulteriormente ruolo e funzioni del Distretto che diventa il perno della gestione dell'assistenza territoriale in quanto luogo di governo della domanda e di conoscenza dei bisogni, garante dell' integrazione socio-sanitaria, luogo di gestione delle cure primarie e di coordinamento con l'assistenza ospedaliera.

Il PSR 2003-2005 si propone di consolidare i macrolivelli organizzativi e assistenziali raggiunti; introduce innovazioni nei modelli gestionali ed in particolare promuove il "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.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda USL.

Il Distretto assicura :

- le attività ed i servizi per la tutela della salute mentale;
- le attività ed i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- le attività e servizi per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, comprensivi dei servizi consultoriali;
- le attività di cure primarie, comprensive dell'attività specialistica ambulatoriale;
- le attività di riabilitazione territoriale;
- le attività socio-sanitarie e socio assistenziali;
- le attività ed i servizi per le patologie da HIV
- le attività ed i servizi di cure palliative per le patologie in fase terminale (assistenza domiciliare – hospice)

<u>Organizzazione e funzioni</u>

Le funzioni che rientrano nella mission del Distretto comprendono sia attività tipicamente gestionali e di erogazione dei servizi, sia attività di programmazione strategica.

Il Distretto socio-sanitario quindi, nel corso del tempo, si è connotato sostanzialmente come sistema con funzioni sia di produzione che di committenza.

- Funzione di produzione

- di cure primarie**,** nelle sue varie sfaccettature e diversità di filiera anche specialistica, che si realizza fondamentalmente all'interno di unità territoriali subdistrettuali, quali i Centri di Salute.

- di cure intermedie, che si realizza fondamentalmente attraverso strutture di assistenza semiresidenziale (Centri Diurni) e residenziale (Residenze

Protette, Residenze Sanitarie Assistenziali, Ospedali di Distretto / Hospice).

I Centri di Salute rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che attraversano il sistema primario, facilitando una prassi comunicativa e di integrazione fra tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico dei cittadini.

I Nuclei di assistenza primaria di Medicina generale e di Pediatria di Libera scelta, al pari di altri gruppi operativi, sono componenti fondamentali di questo sistema e partecipano al miglior allineamento possibile tra domanda ed offerta garantita, oltre che dai Centri di Salute, dai Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze) e dagli altri servizi distrettuali (quali i servizi di riabilitazione e per l'età evolutiva*).*

- Funzione di committenza di servizi/prestazioni.

La funzione di committenza è posta in capo all'alta Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) affiancata, a tal fine, dai Direttori di Distretto e del Dipartimento di Prevenzione e dai Direttori di Presidio.

Alle Direzioni di Distretto, ai Direttori di Presidio e del Dipartimento di Prevenzione compete l'organizzazione della produzione sulla base delle risorse assegnate.

Il Distretto, con le sue funzioni di produzione e di committenza, può riuscire a mantenere un equilibrio, anche finanziario, solo se:

- l'offerta (soprattutto quella relativa alle prestazioni specialistiche) è subordinata alla domanda;
- la domanda viene a sua volta governata;
- Il pieno sviluppo della funzione di committenza necessita di due condizioni fondamentali;
- la partecipazione al governo del Distretto dei Medici di famiglia, attraverso processi di "clinical governance";
- la rivalutazione del ruolo dei comuni, nei processi di pianificazione strategica, di integrazione socio-sanitaria e di promozione della partecipazione dei cittadini.

<u>Pianificazione</u>

Il Direttore di Distretto, così come previsto dal D.Lgs. n. 229/99 e dagli articoli 25 degli AACCNN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta, si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, composto dai Responsabili dei Servizi distrettuali, dai Direttori dei Dipartimenti territoriali e da rappresentanti delle figure professionali operanti nei Servizi stessi.

Sono membri di diritto di tale Ufficio rappresentanti dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto (art. 3-sexies – D.Lgs 229/99).

Il Direttore di Distretto si avvale inoltre di un Responsabile per le Attività Amministrative, di un Responsabile del Servizio Infermieristico e di un Responsabile del Servizio Sociale distrettuali.

Strumento programmatorio del Distretto è il Programma delle Attività Territoriali *(P.A.T.).*

"Il P.A.T. è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

Il P.A.T., basato sulla intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- prevede la localizzazione dei servizi afferenti al Distretto;
- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Unità Sanitaria Locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, dal Direttore del Distretto; è approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale" (D.Lgs. n. 229/99 – art. 3 quater "Distretto").

<u>Distretto e Dipartimenti funzionali: ruoli e funzioni</u>

I Dipartimenti funzionali sono strutture organizzative complesse che assicurano:

- la produzione di prestazioni e servizi assistenziali centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica;
- l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse eventualmente assegnate in sede di negoziazione budgetaria.

I Dipartimenti transmurali assumono, per la parte di attività territoriale, una valenza funzionale in quanto le funzioni di gestione sono in capo al Distretto".

I Dipartimenti sono "finalizzati ad assicurare il coordinamento e l'omogeneizzazione di attività analoghe nell'intero territorio aziendale e sono organizzati con particolare riferimento alle attività dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale e dei Servizi per le Dipendenze".

Il Dipartimento assolve quindi ad una forte azione di coordinamento delle attività e delle prestazioni tra le unità operative nelle varie realtà territoriali al fine di rendere omogenee le procedure organizzative ed assistenziali e consentire un confronto permanente del personale operante nei diversi territori.

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

Il Distretto svolge la funzione di:

- programmazione delle attività e dei servizi territoriali, di concerto con i Direttori dei Dipartimenti territoriali;
- negoziazione, con l'Alta Direzione, e per il territorio di competenza, del budget (obiettivi e risorse) e delle attività ad esso connesse, avvalendosi dei Direttori di Dipartimento;
- gestione, di concerto con i Direttori di Dipartimento, delle risorse assegnate ai Dipartimenti stessi;
- verifica delle attività erogate e degli obiettivi della programmazione dipartimentale;
- coordinamento e raccordo interdipartimentale, con i servizi distrettuali e la Medicina di Base.

Il Distretto concorre inoltre con l'Alta Direzione alla valutazione dei Direttori dei Dipartimenti territoriali.

Distretto e Servizi sociali aziendali

Il Servizio Sociale Aziendale è l'articolazione organizzativa dell'Azienda USL, con competenze trasversali a tutte le strutture e servizi, deputata a garantire le seguenti funzioni:

- proporre alla Direzione aziendale azioni progettuali ed indirizzi operativi per l'integrazione socio-sanitaria;
- supportare la Direzione aziendale ed i Distretti per la stipula di convenzioni e/o accordi di programma e/o protocolli d'intesa nel campo dell'integrazione socio-sanitaria;
- coordinare, sul piano tecnico, le attività relative alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché alle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, 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 con le altre articolazioni aziendali, le attività finalizzate alla formazione e all'aggiornamento del personale sociale.

A livello di organizzazione aziendale, l'integrazione socio-sanitaria è garantita:

- *dal punto di vista gestionale, dal Distretto* quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale;

- *dal punto di vista funzionale, dal Servizio Sociale Aziendale* quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL deputata al coordinamento tecnico.

Il Servizio Sociale Aziendale ed i Distretti operano in stretta collaborazione in tutte le aree oggetto di integrazione socio-sanitaria, condividendo linee di indirizzo, strategie, azioni, strumenti e percorsi operativi rispetto ai quali le UU.OO. Servizi Sociali distrettuali rappresentano l'elemento di connessione e di garanzia.

6.2 La qualificazione delle cure domiciliari

Il peso crescente della disabilità, dell'invecchiamento della popolazione e della non autosufficienza, a fronte della riqualificazione dell'assistenza ospedaliera e la trasformazione degli ospedali in strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità, impone il trasferimento a domicilio di competenze specialistiche tipiche della degenza ospedaliera.

Il modello adottato in una prima fase è stato quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), definito come un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, aiuto psico-sociale diretto alla persona e alla famiglia), rese a domicilio e a termine. (PSN 1991-1995 e seguenti)

Attualmente, con l'uso sempre più diffuso del termine di "Cure domiciliari", si tende al superamento di un'accezione riduttiva e artificiosa dell'ADI, che implica una preselezione dei pazienti all'interno di un numero più consistente di assistiti a domicilio e a prendere atto che rendicontare l'assistenza domiciliare solo in termine di ADI significa disconoscere le numerose altre prestazioni erogate a domicilio, che non necessitano di una integrazione e di uno stretto coordinamento tra le figure professionali.

Le Cure domiciliari infatti non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili a domicilio, rappresentate anche dalle prestazioni erogate dai servizi materno infantile, psichiatrico e per le tossicodipendenze e con tale termine si vuol distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

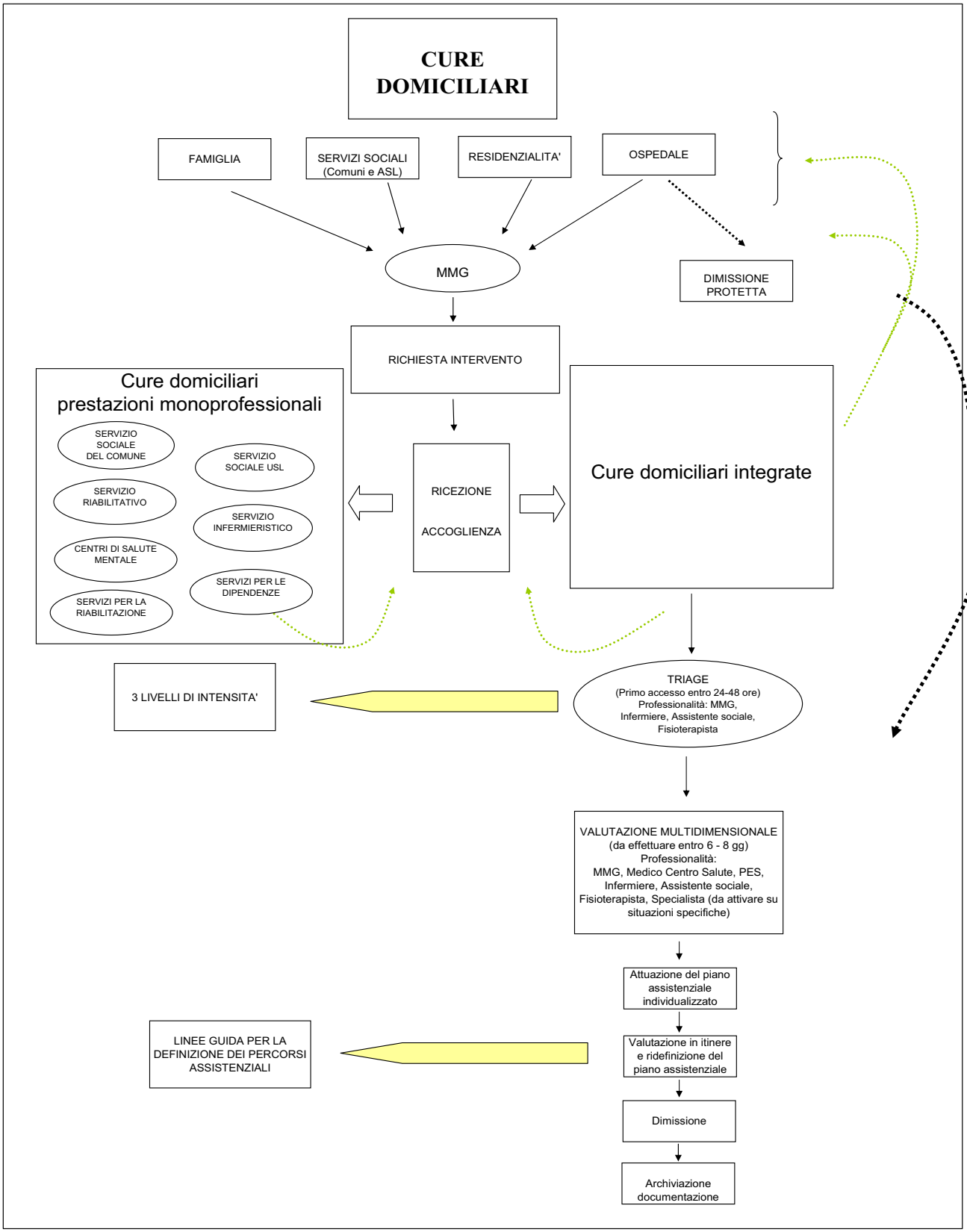
Le Cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone di tutte le età non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Dal punto di vista operativo è l'insieme dei metodi operativi e dei modelli istituzionali che mirano a fornire, nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia, servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria ai più bisognosi di cure sanitarie e a garantire la continuità terapeutica ed il coordinamento tra i diversi produttori di prestazioni sociali e sanitarie.

Gli obiettivi principali delle Cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;

- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.


CURE DOMICILIARI
FAMIGLIA
SERVIZI SOCIALI (Comuni e ASL)
RESIDENZIALITA'
OSPEDALE
MMG
DIMISSIONE PROTETTA
RICHIESTA INTERVENTO
Cure domiciliari prestazioni monoprofessionali
SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE
SERVIZIO SOCIALE USL
SERVIZIO RIABILITATIVO
SERVIZIO INFERMIERISTICO
CENTRI DI SALUTE MENTALE
SERVIZI PER LE DIPENDENZE
SERVIZI PER LA RIABILITAZIONE
RICEZIONE
ACCOGLIENZA
Cure domiciliari integrate
3 LIVELLI DI INTENSITA'
TRIAGE
(Primo accesso entro 24-48 ore)
Professionalità: MMG, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
(da effettuare entro 6 - 8 gg)
Professionalità:
MMG, Medico Centro Salute, PES, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista, Specialista (da attivare su situazioni specifiche)
Attuazione del piano assistenziale individualizzato
LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
Valutazione in itinere e ridefinizione del piano assistenziale
Dimissione
Archiviazione documentazione

Descrizione del modello che si intende applicare nel triennio:

1. la domanda di assistenza a domicilio è formulata dal Medico di Medicina Generale; eventualmente anche la famiglia, i servizi sociali, la RSA, il reparto ospedaliero, comunque sempre con il supporto del MMG, che legittima e giustifica la domanda e la conseguente richiesta di intervento, possono avere un primo contatto con le strutture sanitarie di territorio. Il MMG, individuato il bisogno di salute, formulerà la richiesta di assistenza anche se non in presenza di un bisogno esclusivamente sanitario; in questo caso si avvarrà di una modulista predefinita per attivare la UVM. Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del caso e dovrà garantire in tutte la fasi il proprio supporto, a partire dalla formulazione della richiesta di intervento fino all'attuazione del piano assistenziale personalizzato. Va governata e facilitata al massimo la modalità di rapporto fra il medico di medicina generale e il personale sanitario e sociale presente nell'ambito distrettuale, a fronte di una operatività caratterizzata dall'evidenza scientifica (cure adeguate e appropriate) e dal governo clinico dei processi di cura e di assistenza (continuità assistenziale attraverso interventi flessibili, mutabili nel tempo e a differente intensità).
2. Le cure domiciliari sono attivabili sulla base dei seguenti requisiti indispensabili:
   - condizione di non autosufficienza e fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
   - adeguato supporto familiare o informale;
   - idonee condizioni abitative;
   - consenso informato da parte della persona e della famiglia e firma del PAI;
   - presa in carico da parte del MMG (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle 8 alle 20).

   In mancanza delle condizioni suddette l'alternativa proponibile è la residenzialità o l'attivazione di cure intermedie.
3. Il ricovero ospedaliero, se da una parte rappresenta la risposta più efficace ad un bisogno sanitario immediato e urgente, dall'altra non può essere l'unica, perché di natura altamente specifica e contingente e pertanto non può protrarsi oltre i criteri di appropriatezza ed evidenza scientifica. Ad esso devono subentrare passaggi successivi, di tipo sanitario e assistenziale, di cui l'intero sistema sanitario deve farsi carico, a partire dal reparto ospedaliero che deve programmare le dimissioni. Tutta la procedura dovrà essere condivisa e codificata in specifici protocolli d'intesa tra aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali. Per facilitare questo percorso è opportuna l'attivazione di un punto unico di accesso a livello distrettuale, facilmente individuabile e accessibile da parte dell'ospedale.
4. L'erogazione delle prestazioni è di competenza del Centro di Salute, il quale si attiva o direttamente perché gestisce anche la ricezione, attraverso personale appositamente dedicato, con professionalità sanitarie o socio

sanitarie e non amministrative, o indirettamente attraverso un punto unico di accesso di ambito più ampio, che dovrà essere in grado di fornire anche le indicazioni sulle modalità delle prestazioni da erogare, sia di tipo mono professionale, sia di tipo professionale integrato.

5. Le prestazioni che possono essere erogate nell'ambito delle cure domiciliari sono sostanzialmente di tipo monoprofessionale (sociale di competenza Usl, sociale di competenza del Comune, riabilitative, infermieristiche) o professionali integrate, così classificabili:

Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato/monoprofessionali

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, presupponga comunque la presa in carico del paziente, ma non necessita di una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

La gamma di prestazioni che riguardano prestazioni monoprofessionali comprende prestazioni medico infermieristiche e socio sanitarie, riabilitative e medico specialistiche.

Cure domiciliari integrate di primo livello o bassa intensità/professionali integrate.

Sono rivolte a pazienti non autosufficienti affetti da patologie croniche di buon compenso globale che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni. Questa tipologia prevede la formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), redatto in base alla valutazione globale multidimensionale. La presa in carico è multidisciplinare e multiprofessionale. E' previsto un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

Cure domiciliari integrate di secondo livello o media intensità/professionali integrate

Sono destinate a pazienti multiproblematici con patologie croniche in labile compenso e sono previsti interventi programmati plurisettimanali sui 6 giorni, di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, sulla base del PAI e con la responsabilità clinica del Medico di Medicina Generale.

La gamma di prestazioni che riguardano sia il primo sia il secondo livello comprende prestazioni medico infermieristiche e socio sanitarie, riabilitative e medico specialistiche.

Cure domiciliari integrate di terzo livello/professionali integrate

Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni di elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche. A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e al care giver. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal Medico di Medicina Generale.

Cure domiciliari palliative a malati terminali

Per i malati terminali nell'ambito delle cure domiciliari integrate è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di competenze specifiche dedicate.

Nell'evenienza in cui, alla prima visita domiciliare del personale del Centro di Salute, il caso si riveli più complesso e più problematico, si attiverà un triage da parte dell'infermiere, dell'assistente sociale, del fisioterapista e del MMG, per la valutazione globale dello stato funzionale del paziente in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali e di stabilire l'attribuzione del caso in esame al primo, secondo o terzo livello di cure domiciliari.

Nel caso in cui le prestazione individuate siano le cure domiciliari professionali integrate, entro una settimana dovrà essere effettuata la Valutazione Multidimensionale da parte del MMG, del medico del Centro di Salute, dell'infermiere, dei servizi sociali, del fisioterapista e dello specialista per l'attuazione del piano assistenziale individualizzato e per la valutazione e l'eventuale ridefinizione dello stesso. La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione dei PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un equipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti;
- un sistema informatizzato sin dal domicilio del paziente.

E' necessario condividere gli strumenti di valutazione negli ambiti ritenuti indispensabili per le condizioni dell'assistito, che permettano di identificare e spiegare i molteplici problemi dell'individuo anziano, valutando le sue limitazioni e le sue risorse, definendo le sue necessità assistenziali ed elaborando un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi alle sue necessità. Utilizzando tutti lo stesso metodo di

valutazione si otterrà uno strumento utile ad effettuare monitoraggi corretti e confronti nel territorio regionale.

La VMD è caratterizzata dalla interdisciplinarietà, in quanto per essere applicata è necessario l'intervento contemporaneo su ciascun paziente di diverse figure professionali, rendendo così possibile la definizione di tutti i problemi e l'attivazione del Piano di assistenza individualizzato (PAI).

Le aree di valutazione sono lo stato fisico, lo stato cognitivo ed affettivo, lo stato funzionale, lo stato socio-economico, le condizioni ambientali.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PAI, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

Il case manager è il punto di riferimento per la famiglia, per il MMG e per gli altri operatori; ha la funzione di coordinare le risorse presenti nella rete dei servizi, a fronte della complessità e della frammentazione delle prestazioni, per garantire all'assistito quello di cui necessita in modo partecipato, efficace ed anche economicamente organizzato.

Ancor prima il "case manager" è una figura capace, con strumenti di valutazione obiettivi ed uniformi, di partecipare ai casi specifici di valutazione multidimensionale e in grado di risolvere i casi meno complessi. Resta comunque inteso che il "case manager" svolge il compito di "Tutor" del caso clinico vagliato dall'UVM, perché responsabile del PAI.

La Cartella Cure Domiciliari è lo strumento di rilevazione in grado di accompagnare e archiviare su supporto informatizzato tutto il percorso seguito dall'assistito, redatto per l'insieme delle cure domiciliari, qualunque sia il livello delle prestazioni. Deve essere pertanto collocata nel domicilio dell'assistito una cartella cartacea per registrare procedure e osservazioni effettuate a domicilio e aggiornata dagli operatori che si alternano nell'assistenza. Questa metodica potrebbe essere realizzata tramite dispositivi portatili in grado di garantire l'immediatezza degli aggiornamenti a livello centrale.

Le cure domiciliari hanno peculiarità proprie che necessitano l'adozione di flussi informativi specifici per consentire la descrizione dell'attività nel suo complesso e soprattutto a verificare il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati. E' necessario attivare uno specifico flusso informativo aziendale su base distrettuale che consenta al livello regionale la valutazione con criteri omogenei dell'assistenza prestata. Alcune aziende già adottano dei sistemi di archiviazione dati che vanno implementati e inseriti nella logica della rete del Servizio Informativo Regionale, anche in linea con quanto previsto dal progetto Mattoni del NSIS, in tema di assistenza territoriale.

Il sistema informatizzato permetterà di calcolare indicatori condivisi che permetteranno di monitorare in maniera continua ed esaustiva l'attività svolta, nonché di confrontare i risultati ottenuti anche tra varie realtà territoriali. I risultati saranno valutati attraverso la comparazione con standard di riferimento ritenuti validi a livello nazionale.

Fattori critici di successo

La Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è l'elemento di forza delle cure domiciliari, perché garantisce l'appropriatezza, la congruità, la personalizzazione dei provvedimenti. E' la prima istanza tecnica che deve essere attivata per poi coinvolgere, a seconda delle necessità, le unità di valutazione specifiche.

E' opportuno organizzare unità funzionale a livello distrettuale, che garantisca una unicità di riferimento per i soggetti esterni, a partire dall'Ospedale, e che nel contempo sia un momento di lettura complessiva per affidare nella maniera più opportuna ed equa le responsabilità operative della gestione dei singoli casi.

E' altrettanto opportuno organizzare un sistema informativo capace di seguire tutto il percorso assistenziale, garantito al singolo cittadino, prevedendo un sistema di raccolta dati centralizzato a livello distrettuale ed aziendale, in grado di rispondere ad esigenze di valutazione e controllo, oltre che di monitoraggio, prevedendo anche l'utilizzo della telemedicina. In coerenza con il punto 10 i sistemi utilizzati dalle aziende dovranno garantire la risposta al debito informativo richiesto dalla Regione Umbria e dal Ministero della Salute, utilizzando i sistemi di raccolta dati e di valutazione.

6.3 L'attivazione delle cure intermedie

La gestione delle patologie croniche e l'assistenza all'anziano necessita di un modello organizzativo complesso e flessibile che garantisca la continuità assistenziale attraverso l' integrazione e il coordinamento tra operatori, strutture e diversi livelli organizzativi.

In questo contesto il Distretto è lo snodo fondamentale dell'integrazione fra i diversi livelli attraverso l'implementazione delle dimissioni protette, la valutazione multidimensionale, la definizione del piano individualizzato di intervento; il percorso è finalizzato a definire l'assegnazione al regime assistenziale idoneo per la fase postacuta, con una forte responsabilizzazione del MMG.

"Le cure intermedie sono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semiresidenziali – finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti" (Maciocco, Congresso nazionale CARD 2003).

Le cure intermedie attualmente vengono erogate in strutture che in prima approssimazione sono identificate nelle RSA, come individuato nel Piano Sanitario Regionale 2003 – 2005.

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 (pz che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione, pz con necessità di osservazione sia medico infermieristica che tutelare in attesa di poter tornare al proprio domicilio dopo un evento acuto, pz terminali, ricoveri di sollievo).

La RSA è a «degenza» limitata con elevato turn over degli ospiti che fruiscono 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 può 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.

Per garantire un equilibrio dinamico tra le strutture e i servizi, che devono rispondere a bisogni complessi e mutevoli, va perseguito anche l'obiettivo del 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.

Si tratta oggi di individuare e rendere operativo un modello aggiuntivo per le cure intermedie, integrativo alle risposte assistenziali tradizionali di tipo essenzialmente ospedaliero e di renderlo operativo in una struttura che rappresenta un "presidio territoriale di comunità".

Una tale presidio è una struttura territoriale del Distretto a prevalente valenza sanitaria, che prevede la gestione diretta di posti letto da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) destinati a pazienti per lo più anziani non autosufficienti; consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali caratterizzate da alto livello di assistenza infermieristica, tutelare ed alberghiera, medio livello di assistenza medica e medio livello di assistenza riabilitativa, per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative momentaneamente scompensate o riacutizzate, che non possono essere trattate a domicilio tramite l'assistenza domiciliare, inadeguata per la complessità degli interventi o per situazioni di rischio sociale e in cui l'ospedale tradizionale appare troppo "specializzato" e un ricovero sarebbe ad alto tasso di inappropriatezza, senza rappresentare un miglioramento nella qualità dell'assistenza alla persona.

L'elemento di forza di un "Presidio territoriale di prossimità", inteso come una struttura a ponte nell'offerta assistenziale tra il territorio e l'ospedale, è il rafforzamento e il completamento dell'offerta dei servizi territoriali, affidando la gestione clinica diretta dei posti letto ai MMG.

Il MMG, non a caso indicato come medico di famiglia o di fiducia, è da sempre considerato il più idoneo ad avere un quadro globale del paziente, comprendendo non solo la storia sanitaria ma anche, per il rapporto fiduciario che s'instaura tra medico ed assistito, una conoscenza approfondita delle condizioni familiari, delle vicissitudini, dei problemi economici, insieme ad un radicamento sociale e culturale nelle comunità locali che poche altre professioni possono vantare.

Il medico di famiglia opera all'interno delle cure primarie di cui è il principale "regista", e che sono rappresentate da "quell'insieme di prestazioni essenziali, basate su tecniche scientificamente valide, socialmente accettabili, rese universalmente accettabili a tutti gli individui e a tutte le famiglie della comunità, con la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il paese possono sopportare in ogni fase del loro sviluppo, in uno spirito

di auto-responsabilizzazione e autodeterminazione" (Dichiarazione di Alma Ata - 1978). Questo settore delle cure primarie, rappresenta anche l'ambito dove queste innovative sperimentazioni hanno avuto una prima concreta realizzazione, assumendone pertanto le caratteristiche fondamentali che ne connotano i principali contenuti.

Tali esperienze, pur nella difformità dei modelli organizzativi finora sperimentati, consentono di attuare un elevato livello di integrazione nella rete dei servizi territoriali: valorizzare il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale nell'ambito delle Cure Primarie e realizzare una metodologia di lavoro in equipe socio-sanitaria funzionale ai bisogni di salute del paziente, finalizzata al raggiungimento di obiettivi prefissati.

D'altra parte consentono il recupero delle diseconomie, contribuendo a ridurre i ricoveri ospedalieri impropri, nel contempo limitando il pendolarismo assistenziale e migliorando la qualità reale e percepita dei servizi, in particolare riducendo il disagio ambientale e la spersonalizzazione propri del ricovero ospedaliero, soprattutto per pazienti anziani, e facilitando l'accesso dei familiari e del volontariato.

Le strutture per le cure intermedie si caratterizzano per la forte territorialità e l'alto livello di prossimità che permette al MMG di garantire il suo ruolo di responsabile clinico e nello stesso tempo di facilitare la continuità dei rapporti con i care givers, anche perché possano acquisire le "competenze" necessarie al rientro dell'assistito a domicilio.

Le esperienze fatte fino a questo momento in Umbria, derivano principalmente dalla riconversione di strutture ospedaliere dimesse. Del resto il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 aveva posto tra gli obiettivi la riconversione della rete ospedaliera minore verso il soddisfacimento dei bisogni più attuali della collettività, al fine di potenziare i servizi di riabilitazione e lungodegenza per i pazienti anziani e di hospice per i terminali.

Una criticità per la nostra regione, come è rilevato anche nel DVSS, è il mancato raggiungimento dei 400 pl di RSA "tramite moduli di RSA a degenza breve attivati negli Ospedali di territorio" previsti dal PSR 2003-2005; attualmente infatti risultano garantiti solo 168 pl nella regione. Analogamente non è stato raggiunto l'obiettivo del potenziamento della riabilitazione, poiché a fronte di un fabbisogno stimato nel PSR di 500 pl ne risultano attivati 201 (dati al 01.01.2006).

Obiettivo prioritario nel triennio è quindi il potenziamento delle strutture intermedie, tale da garantire la presenza di RSA a degenza breve in ogni Distretto.

La responsabilità organizzativa, infatti, fa capo al Direttore del Distretto, mentre il MMG, che propone l'inserimento nella struttura, è il diretto responsabile del progetto di cura e della gestione dei trattamenti diagnostici e terapeutici dell'assistito. Il Servizio di Continuità assistenziale garantisce l'assistenza nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive; le urgenze vengono invece assicurate dal Pronto Soccorso del presidio ospedaliero.

L'infermiere professionale, nella figura del caposala, è responsabile della operatività del piano assistenziale; l'assistenza infermieristica e alla persona è garantita con turni nelle 24 ore da personale infermieristico e socio-assistenziale.

Al bisogno sono attivabili risorse sia territoriali che ospedaliere: fisioterapisti, specialisti e assistente sociale del Distretto, risorse ospedaliere (diagnostica per immagini e specialisti).

Per ogni paziente viene elaborato dal MMG e dal Servizio Infermieristico un piano assistenziale individualizzato, che definisce gli obiettivi del ricovero, il programma di intervento medico (numero di accessi), le eventuali consulenze specialistiche, riabilitative o sociali, la durata della degenza che di norma non deve superare i trenta giorni, con un massimo previsto di sessanta giorni, su valutazione dell'equipe che segue il paziente.

Il presidio territoriale di prossimità, pur al di fuori del classico contesto organizzativo ospedaliero, è in grado di accogliere e seguire, in regime residenziale, quei pazienti che necessitano di un intervento clinico-assistenziale complesso, in particolare:

- soggetti con patologie croniche in fase di riacutizzazione;
- dimessi da reparti ospedalieri per acuti che necessitano di proseguimento di terapia o riabilitazione non effettuabile a domicilio;
- soggetti con patologie in fase terminale;
- pazienti temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale, con aggravamento del proprio stato di salute.

La Casa della Salute

La Regione Umbria ha già espresso una particolare attenzione ai servizi territoriali, in particolare le cure primarie, promuovendo scelte organizzative innovative che si sono rivelate precursori per i tempi in cui sono state realizzate e quindi utili esperienze da offrire al confronto. E' consolidato il modello distrettuale di gestione dell'assistenza territoriale e del tutto peculiare della organizzazione umbra è l'articolazione del distretto in più Centri di Salute, comprendenti una popolazione di almeno 10.000 abitanti per le zone rurali e non superiore ai 30.000 per le aree urbane, indirizzati allo svolgimento delle attività considerate ad elevato grado di decentrabilità: attività di promozione della salute, prevenzione, cure primarie e domiciliari, specialistica ambulatoriale, area sociale, consultori, attività coordinata con le RSA e case anziani, medicina legale e certificativa, area amministrativa (PSR 1999 -2001).

I Centri di Salute sono definiti dal PSR 1995 – 1996 come "… luoghi di aggregazione dei servizi di comunità. Essa recupera pertanto il precedente significato di distretto come spazio fisico presidiato da un' apposita equipe." e "…la struttura tecnico-funzionale centrale della medicina territoriale".

Un'altra specificità della organizzazione del Distretto in Umbria è l'istituzione delle équipe territoriali.

Nel 2002, al fine di dare avvio ad azioni tese a promuovere la strategia di lavoro della Cinical Governance e quindi rendere più salde le relazioni funzionali tra i clinici (MMG, PLS e Continuità Assistenziale) e i gestionali (responsabili dei CdS e dei servizi territoriali) e per accelerare il processo "dai servizi al sistema dei servizi", sono state istituite le équipe territoriali, definite come "Aggregazione funzionale di MMG o PLS o medici della continuità assistenziale ed operatori dei centri di salute (medici, infermieri, ass. sociali, etc), cui in determinate condizioni si aggiungono medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto (UVG, UVM, etc), professionisti degli

staff. e dei centri interaziendali di supporto, finalizzate al miglioramento della qualità della domanda di assistenza". Le funzioni delle equipe sono declinabili come:

- sviluppo delle attività di promozione della salute e di prevenzione rivolte alla persona;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, la specialistica ed i ricoveri ospedalieri;
- garanzia della continuità assistenziale per la long term care;
- autovalutazione delle scelte professionali.

Quindi in ogni territorio dell'Umbria coincidente con uno o più municipalità, a garanzia dell'interfaccia necessaria per le attività di iniziativa (prevenzione e promozione della salute) e per favorire la partecipazione attiva dei cittadini e la programmazione integrata socio-sanitaria, un nucleo di operatori affiancano l'attività MMG, PLS, CA. Le principali direzioni di lavoro sono i percorsi per la cronicità e la disabilità: anziani, disabili e terminalità.

Nell'ambito del lavoro delle équipe territoriali, al fine di arricchire di contenuti operativi e condivisi queste forme di aggregazione la AUSL 2 ha dato vita ad una iniziativa sperimentale sull'audit clinico che come metodica dovrà essere trasferito a tutte le altre ASL, per sviluppare il ruolo che il PSR affida al momento delle cure primarie: sostenere il governo clinico a livello di domanda.

Il risultato più soddisfacente delle esperienze di audit, è stato che le équipe si sono messe alla prova come luogo per mettere in pratica i principi del governo clinico: condivisione multidisciplinare, evidence-based medicine, imparare dall'esperienza e soprattutto responsabilizzare i professionisti nel documentare la qualità delle prestazioni dei servizi erogati, misurandosi con criteri di valutazione, indicatori e standard condivisi.

L'integrazione delle attività dei medici di medicina generale e dei medici di continuità assistenziale è presupposto fondamentale anche per la realizzazione delle "Unità di medicina generale" previste dal recente Disegno di legge concernente: Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale.

La Casa della Salute è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto.

E' un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro, in cui:

- si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio sanitarie che lo riguardano;
- si persegue la prevenzione orizzontale e per tutta la vita;
- si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare.

Rappresenta quindi il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-

amministrativo, infermieristico, della riabilitazione dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali.

La Casa della salute, sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme più appropriate, è una opportunità di potenziamento dei Centri di Salute. La Casa della salute quindi non è solo struttura fisica ma è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro.

Obiettivi

Gli obiettivi di una sperimentazione della Casa della Salute sono quindi sintetizzati nei punti seguenti:

- potenziare il sistema delle cure primarie, avvicinando i servizi territoriali alla popolazione, qualificando gli interventi,garantendo la continuità assistenziale e riducendo gli accessi impropri all'ospedale;
- integrare, nell'ambito del sistema delle cure primarie, varie tipologie di attività residenziali e semiresidenziali;
- utilizzare gli spazi della struttura per offrire ai cittadini attività e servizi collettivi che rispondano anche ai bisogni non strettamente sanitari.

Funzioni:

- Garantire la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore e 7 giorni su 7.
- Assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda.
- Operare per programmi condivisi, sulla base del PAT (Programma delle Attività Territoriali del Distretto), del PSZ (Piano Sociale di Zona) e del PIS (Piano Integrato di Salute) laddove adottato.
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi.
- Contribuire alla ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti ed integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.
- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone.
- Sviluppare programmi di prevenzione, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini.

- Mantenere, tramite il distretto, rapporti regolari di collaborazione con l'ospedale di riferimento, anche in relazione alla definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate e protette.
- Favorire il controllo collegiale delle attività e la valutazione degli otcomes interno ed esterno ai servizi.
- Offrire occasioni di formazione permanente degli operatori.

Articolazione

E' articolata per aree, ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio sanitaria, concentrando in un'unica struttura la gran parte dell'offerta extra-ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale.

La Casa della Salute rappresenta un'evoluzione del CdS in quanto, oltre a tutte le attività proprie del CdS, è la sede degli ambulatori dei MMG e dei PLS, che si rendano disponibili, e del servizio di Continuità Assistenziale. Tutto ciò non comporta che tutti i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta dell'area di riferimento trasferiscano il loro studio nella Casa della salute. In ogni caso, la Casa della Salute costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura per ragioni oggettive(allontanamento dagli assistiti e disagio per l'accesso).

- Rappresenta pertanto la sede elettiva di coordinamento e di attività delle equipe territoriali.
- Implica una verifica del ruolo degli specialisti ambulatoriali prevedendo, in aggiunta alla altre funzioni tipiche di servizio ambulatoriale, il lavoro interdisciplinare con il MMG e la disponibilità degli specialisti ambulatoriali per consulenze urgenti.
- Garantisce, nell'ambito delle cure primarie, un mezzo efficace e sostenibile per la continuità assistenziale sette giorni su sette, 24 ore al giorno, alla cui realizzazione contribuisco le diverse figure professionali coinvolte (medici e infermieri in primis) basato sulla capacità di assicurare risposte, in tempi brevi e certi, ai bisogni dei cittadini.

In Umbria si ritiene che nello scenario dei servizi sanitari umbri si siano concretizzate le condizioni per sperimentare le Case della Salute, che rappresenterebbero una "evoluzione" dei Centri di Salute esistenti, in cui il valore aggiunto sarebbe dato dall'integrazione degli ambulatori dei medici di MMG, PLS, CA e degli specialisti territoriali e il raccordo con l'assistenza residenziale.

A livello locale si sono già attivate le seguenti esperienze:

- nell'ambito del Distretto della Media Valle del Tevere – ASL 2, si è concretizzata l'opportunità di riconversione della sede del presidio ospedaliero di Marsciano, con il trasferimento dei servizi territoriali, in previsione dell'apertura di un Ospedale comprensoriale entro l'anno 2009, come già individuato da un Accordo di programma siglato tra Comune, ASL e Regione;

- nell'ambito del Centro di Salute di Trevi facente parte del Distretto di Foligno - ASL 3, si è concretizzata una ulteriore opportunità di avviare questo percorso in virtù del fatto che il Comune di Trevi, 8.500 abitanti con un interland complessivo di 10 – 12 mila, è proprietario di una struttura di circa 1.000 metri quadrati su tre piani, ubicata a ridosso della piazza principale della città, adiacente al centro di riabilitazione motoria, destinata a finalità socio-sanitarie per il cui completamento, finalizzato alla realizzazione di una "Casa della Salute", sono state destinate risorse adeguate.

Azioni

Sulla base delle esperienze attuate si ritiene opportuno proporre per il trienno una strategia di ampliamento della sperimentazione finalizzata alla realizzazione "a regime" di un tale servizio prevedendo le seguenti azioni:

- confronto sui bisogni della popolazione e sulla ricomposizione dell'offerta di servizi socio-sanitari;
- Attivazione di accordi di programma con i Comuni per la destinazione di immobili a servizi socio-sanitari, in particolare a Case della Salute;
- definizione di un accordo con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera scelta che operano sul territorio. La Casa della salute propone, come soluzione di riorganizzazione della medicina del territorio, una formula che in concreto potrà garantire una presenza medica nelle h24, attraverso la collocazione in una sede unica degli studi dei Medici di medicina generale e dei Medici della Continuità assistenziale all'interno della struttura stessa;
- studio di fattibilità sul miglior utilizzo degli spazi della struttura, anche rispetto ai particolari servizi da trasferire ed alla possibile suddivisione in aree funzionali, allo scopo di favorire la integrazione multidisciplinare e multiprofessionale attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori e di creare dei percorsi per l'utenza differenziati e di migliore fruibilità;
- studio di ricognizione delle risorse professionali, delle attrezzature, degli arredi, nonché della rete informatica.

7. L'integrazione socio sanitaria

7.1 Il quadro normativo di riferimento

- Rivisitazione della legge di riforma del servizio sanitario nazionale (D.lgs 229/1999) e del nuovo ordinamento degli EE.LL. (D.lgs 267/2000), i quali ridisegnano un ruolo per le Autonomie locali auspicando forme associative;
- Legge di riforma dell'assistenza (L.328/2000) che introduce per la prima volta, analogamente a quanto avviene nel comparto sanitario, i livelli di prestazione essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale e definisce il concetto di funzione sociale pubblica (la Repubblica: garantisce un sistema integrato, promuove interventi per garantire i diritti.., interviene sul bisogno, sul disagio, le difficoltà..);
- DPCM 14 febbraio 2001 che sancisce e concretizza il principio di integrazione corresponsabilizzando sotto il profilo istituzionale e finanziario i due sistemi (sanitario e sociale);
- Modifica del Titolo V della Costituzione (L.C. 3/2001) che interviene nell'allocazione del potere conferendo al Comune, sulla base del principio di sussidiarietà già presente nei provvedimenti "Bassanini", la competenza amministrativa generale;
- L.R. n. 23 del 9 luglio 2007 con la quale si assegna agli ATI (Ambiti Territoriali Integrati) la competenza in materia sanitaria e sociosanitaria.

7.2 Il modello umbro dell'integrazione

Il modello di integrazione realizzato in Umbria si basa su due parole chiave: condivisione dei processi e degli obiettivi e integrazione delle politiche

Le pratiche di condivisione/concertazione sono elemento distintivo delle politiche regionali, dal Patto per lo sviluppo con i relativi Tavoli tematici (Tavolo regionale del Welfare anche quale sede di verifica dei PSR), al Tavolo regionale degli Assessori ai Servizi sociali dei Comuni capofila fino ai Tavoli territoriali dei Piani di zona. Ne discende un'articolazione territoriale della concertazione che attiene sia al livello politico (Assemblea dei Sindaci di Distretto e Tavolo degli Assessori di Ambito), sia al livello tecnico (Distretto/Ufficio di Piano sociale di Zona e sul piano programmatico il Programma delle Attività Territoriali del Distretto ed il Piano di Zona di Ambito) che hanno richiesto il supporto di una apposita strumentazione per un loro effettivo esercizio (Regolamenti dei Tavoli, Protocolli tecnici, modelli condivisi di accreditamento e valutazione).

Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria si passa da due sistemi paralleli, con forme di coordinamento finora affidate alle Direttive della Regione, a due macro-settori, la Sanità e i Servizi sociali, caratterizzati da autonomia organizzativa, funzionale, professionale e finanziaria. Viene istituzionalizzata, non è più discrezionale ed è concepita come incontro di responsabilità.

Pertanto nel nuovo assetto l'integrazione si sposta dal livello del rapporto negoziale fra Azienda USL e Comune, a livello della programmazione territoriale (Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di Zona) quale sede dove definire, in modo condiviso e concertato, appropriati percorsi di salute/ benessere e le relative strategie di integrazione, da costruirsi con la partecipazione consapevole della persona e del gruppo di appartenenza che diventa il soggetto dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito di procedure di valutazione e di progettazione integrata e personalizzata.

7.3 Gli strumenti della programmazione integrata

L'incontro di responsabilità trova possibilità di realizzazione nell'ambito degli strumenti che disciplinano la programmazione (Piano sanitario e Piano sociale regionale; Piano Attuativo Locale, Programma delle attività territoriali del distretto e Piano di zona).

Inoltre l'unitarietà del processo programmatorio è assicurata dal recepimento del DPCM che rende tra loro compatibili le scelte previste dagli atti di programmazione sopra menzionati.

I livelli istituzionali per il raccordo a livello regionale sono:

- gli ATI che forniscono indicazioni 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. Tali indicazioni dovranno essere recepite dalla programmazione territoriale (PAT e PdZ);
- il Tavolo Alto della concertazione dell'Ambit**o** dove siede anche il livello manageriale dell'Azienda USL, che nelle aree d'intervento socio-sanitario è chiamato a delineare strategie di organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi;
- la Regione che, con il concorso della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte delle Aziende sanitarie locali e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale.

A livello territoriale la convergenza sulle scelte programmatiche si realizza attraverso gli strumenti della programmazione territoriale e che sono Il Programma delle attività territoriali del distretto (PAT), e dal Piano di zona che assume la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria previa approvazione dei Comuni dell'Ambito.

Sul livello tecnico l'integrazione viene affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale che sono rappresentate rispettivamente dall'Ufficio di Piano di zona e dal Distretto; in particolare spetta al Direttore di Distretto ed al Promotore Sociale, così come disposto dalla DGR 114/2008 la responsabilità delle proposte da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci riferite alla redazione del Piano delle attività territoriali per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria e della promozione e della verifica della gestione integrata dei servizi socio-sanitari a livello di ATI nonché la responsabilità della promozione e della verifica in ordine alla gestione integrata dei servizi socio-sanitari a livello di Ambito.

Sul piano della "coprogettazione", i relativi tavoli previsti dalla L.328/2000, art.1, comma 5 e riproposti dall'apposito Atto di indirizzo ai Comuni sui Piani di zona, adottato dalla Regione Umbria, dove siedono anche gli operatori dell'Azienda/USL.

Sotto il profilo gestionale, gli Enti locali e le Aziende USL dovranno adottare appositi Accordi di programma per le aree di integrazione di cui all'art. 31 della LR 3/1997 e all'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001.

Il modello organizzativo-gestionale: dall'accesso alla presa in carico

Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio–sanitaria alla persona, il sistema di servizi e di interventi si fonda sulla esigibilità di quei diritti alla salute e al benessere ormai riconosciuti dalla normativa nazionale ed internazionale vigente. Il concetto di salute cui si fa riferimento è quello proposto dal "modello bio-psico-sociale", che non si limita all'idea di assenza di malattia, ma di qualità della vita, in termini di attività e partecipazione ai contesti di vita.

Si rende necessario quindi un adeguamento dell'attuale sistema organizzativo e gestionale finalizzato a garantire la necessaria capacità di lettura multidimensionale dei bisogni delle persone, di programmazione e di attuazione e di valutazione degli interventi, attraverso un approccio multidisciplinare di rete che coinvolga i diversi soggetti che oggi operano in maniera frammentata.

Coerentemente con questo sistema di servizi e di interventi di assistenza socio sanitaria alla persona dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno, il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari passa attraverso l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in adeguate offerte assistenziali.

L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Ambito di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio–sanitari. attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Pertanto l'area integrata costituita dal complesso dei servizi socio-sanitari che si configura con un sistema a doppia entrata, con il Centro di Salute, da un capo, e l'Ufficio della Cittadinanza, dall'altro capo, deve necessariamente prevedere percorsi unici di valutazione, progettazione e presa in carico in modo tale da evitare inutile attese e dannosi rinvii del cittadino verso altre strade.

Il percorso assistenziale integrato si struttura:

- a livello della valutazione, con l'attivazione di nuclei di valutazione multiprofessionali e interorganizzativi (UMV, UVG, ecc.) dove la componente sociale, laddove si configura la prospettiva di una progettualità integrata, è espressione funzionale del comparto amministrativo dei servizi sociali del Comune o dei Comuni associati a livello distrettuale/ambito territoriale;
- a livello della presa in carico, prevedendo la presa in carico congiunta, da parte del comparto sanitario e socio-assistenziale, da definirsi con Protocolli fra Servizi che devono codificare:

- il lavoro interorganizzativo, ovvero come servizi diversi di amministrazioni diverse (Azienda/USL – Comuni) possono svolgere, in modo unitario, compiti rispetto a problemi di comune competenza e con quale assunzione di responsabilità;
- l'affidamento del coordinamento all'Amministrazione cui spetta la competenza istituzionale primaria;
- l'individuazione del referente di progetto;

- a livello della progettazione prevedendo la costruzione di progetti integrati dimensionati sulla persona e sui gruppi sociali, sulla base di un approccio unitario e globale, da realizzarsi con l'impiego di équipe territoriali, multidisciplinari, interprofessionali e interorganizzative.

In questo approccio la presa in carico non si configura come una fase a sé stante ma come componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale.

Presso i servizi di base come l'Ufficio della Cittadinanza che è il riferimento di contesto, dall'insorgenza del bisogno alla soluzione si possono sperimentare equipe integrate per la l'accoglienza e la definizione della complessità del bisogno.

Le funzioni di valutazione e monitoraggio della rete dei servizi socio-sanitari dedicati ai diversi target di bisogno (area della tutela infanzia e adolescenza; anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale, dipendenze, patologie da infezione da HIV), sono anch'esse funzioni integrate espletate a livello di Distretto/Ambito Territoriale da appositi Nuclei di Valutazione.

La titolarità dei servizi socio-sanitari è pubblica; la gestione può essere pubblica, privata, di privato sociale.

Gli obiettivi prioritari

Per il triennio gli obiettivi prioritari per le aree dell'integrazione sociosanitaria possono essere:

<u>Area della salute mentale:</u>

- garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni. In particolare la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale, attraverso il rafforzamento degli interventi socio sanitari integrati mediante una maggiore progettualità strategica, nella programmazione territoriale di zona;
- coinvolgere il Dipartimento di Salute Mentale nella programmazione territoriale coadiuvando gli organismi di direzione del Distretto e dell'Ambito Territoriale nella definizione e nella stesura dei relativi Piani;
- attivare il Patto per la Salute Mentale.

Area delle dipendenze:

- partecipazione del Dipartimento per le Dipendenze ai tavoli di elaborazione dei Piani di Zona e alla concertazione del programma delle attività territoriali del Distretto;
- innovazione degli aspetti organizzativi e gestionali in coerenza con l'ampliamento e l'articolazione dell'offerta preventiva, terapeutica e assistenziale;
- realizzazione di una rete della "prossimità" a livello territoriale, attraverso il coordinamento e l'interconnessione stabile dei diversi servizi e settori;
- dare piena attuazione al Patto per il benessere degli anziani, attraverso la realizzazione del Progetto Anziani 2008;
- realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Area delle persone con disabilità:

- qualificare i principi e i diritti espressi nella Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'Onu (non discriminazione, inclusione, libertà di scelta, vita indipendente);
- adottare il modello bio-psico-sociale attraverso lo strumento dell'ICF per la rilevazione dei bisogni della persona con disabilità;
- presa in carico globale al fine di garantire la centralità della persona in cui sia al contempo garantita la realizzazione del progetto individuale;
- definire accordi di programma per garantire la centralità del progetto individuale nella presa in carico;
- garantire la partecipazione con disabilità, delle loro famiglie e delle associazioni che le rappresentano nella progettazione e nella valutazione degli interventi;
- realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Area della Non autosufficienza:

- individuare percorsi certi ed uniformi per la comunicazione e l'accesso;
- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi e servizi domiciliari e semi-residenziali e di sostegno alla cura familiare;
- assicurare la continuità tra l'ospedale ed i servizi territoriali sociosanitari e sociali attraverso l'attivazione di specifici percorsi di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
- garantire una gestione integrata e unitaria delle risorse del territorio attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali;
- favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale riconosciuto mediante una regolazione pubblica;

- Realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Area materno infantile

- interventi di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;
- interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori, l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;
- interventi preventivi ed educativi volti a facilitare l'acquisizione delle competenze del bambino e degli adulti;
- interventi domiciliari di sostegno e cura rivolti al bambino ed alla famiglia.

8. La tutela dei diritti a fronte del disagio e dell'emarginazione

A partire dalla deliberazione n.1613 del 2007, di acquisizione del documento *"I diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze"*, la Giunta regionale ha posto in evidenza la tutela dei diritti della persona quale valore fondamentale nell'orientare le scelte di politica sanitaria e sociale, a partire da quei gruppi di popolazione che oggi, a causa di una serie complessa di fattori sociali, culturali, politici e legislativi, corrono il rischio di vedere limitati i propri diritti di cittadinanza.

Il documento fatto proprio dalla Giunta regionale è stato elaborato dal *Laboratorio permanente pubblico - privato sociale* attraverso un percorso di approfondimento articolato ed ampiamente partecipato ed è stato approvato dalle principali organizzazioni impegnate a livello nazionale nel campo delle dipendenze.

Questo documento contiene dei punti di rilevanza generale per tutte quelle aree dove la sofferenza individuale comporta un rischio di emarginazione.

Un primo fattore di rischio è nel processo di stigmatizzazione sociale, che, a partire dalla costruzione di "stereotipi" e "pregiudizi" all'interno di dinamiche sociali complesse, si sviluppa fino alla discriminazione e all'emarginazione. Il contrasto allo stigma e all'esclusione viene assunto, pertanto, quale obiettivo prioritario, da perseguire promuovendo, all'interno delle comunità locali, la cultura dell'accoglienza, intesa quale assunzione collettiva di responsabilità e fondamento stesso della sicurezza sociale.

Un secondo fattore di rischio è connesso all'assottigliarsi delle risorse economiche disponibili, che condiziona anche l'esigibilità dei diritti di cittadinanza e le politiche ad essi correlate. Tuttavia, benché tali problemi siano di per sé non eludibili, in un sistema di diritto occorre identificare, anche nel campo dei diritti sociali, un nucleo di diritti fondamentali ed essenziali la cui esigibilità non venga subordinata a fattori contingenti.

Un terzo fattore chiama in causa l'evoluzione degli orientamenti politici, laddove il "supporto" alle condizioni di disagio tende ad essere sostituito da politiche "contro" il disagio; in nome di malintese esigenze di sicurezza espresse dalla pubblica opinione, si privilegia una dimensione di governo dei fenomeni sociali complessi in termini prevalentemente repressivi, mentre occorre recuperare la gestione politica dei fenomeni sociali in termini di rilancio di un welfare dell'accoglienza e dell'inclusione.

Porre l'accento sulla dimensione dei diritti significa valorizzare la persona e sostenerne la centralità, promuovere l'assunzione di responsabilità verso di sé e verso gli altri, fare leva sulla capacità di mobilitare le risorse proprie, del sistema familiare e della rete sociale d'appartenenza, sviluppare forme di partecipazione e, quindi, promuovere l'assunzione, anche nei confronti dei servizi sociosanitari, del ruolo di "*cittadino competente"*.

L'applicazione del diritto alla salute nell'area delle dipendenze e nel campo della salute mentale implica da un lato l'assimilazione della persona in sofferenza a tutti gli altri cittadini in stato di disagio, dall'altro lato il riconoscimento di esigenze specifiche. Ne deriva la necessità di un sistema di risposta che, pur se imperniato su servizi specifici, sia inserito appieno in un'unica rete complessiva di opportunità, con molteplici punti di accesso e con la possibilità di invio, all'occorrenza e al pari di qualunque cittadino, a tutti gli altri servizi di base e specialistici forniti dal Sistema Sanitario Regionale.

La tutela dei diritti, infine, richiede una forte interrelazione dei servizi con la comunità locale, sostenuta da politiche di inclusione, di integrazione ed intersettorialità e di sviluppo del capitale sociale.

8.1 Contrastare la dipendenza con l'innovazione e con l'integrazione

Il quadro d'insieme

La cifra caratterizzante la vita sociale attuale è la velocità esasperata dei mutamenti, alla quale corrisponde una generale incapacità delle istituzioni a leggere nel suo dinamismo ciò che accade e a rispondere con analoga fluidità. I fenomeni di uso e abuso di sostanze e le dipendenze in genere costituiscono un'espressione emblematica di questa fenomenologia; sembrano concretizzarsi in quest'area, concentrate ed accentuate, tutte le contraddizioni della attuale realtà sociale, culturale, politica ed economica. E tuttavia proprio per questa caratteristica, e per l'urgenza di intervenire sulle problematiche connesse in maniera più incisiva rispetto a quanto fatto fino ad oggi, in quest'area potrebbero essere sperimentate modalità di approccio innovative da "esportare" poi, nel caso si dimostrino funzionali, ad altri settori dell'intervento sociosanitario.

Nella Relazione al Parlamento relativa al 2006, l'Umbria è citata tra le regioni che presentano stime maggiormente elevate per le seguenti tipologie di consumo:

- nella popolazione generale di 15-54 anni, per l'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, allucinogeni, e per il policonsumo[1];
- nella popolazione scolarizzata di 15-19 anni, per l'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, cocaina, cannabis, anabolizzanti, stimolanti di sintesi, policonsumo[2].

L'Umbria è tra le regioni che presentano contemporaneamente prevalenze maggiori di utilizzatori di eroina, di soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina, e più alti tassi di mortalità per overdose, prevalentemente da eroina3; dal 2001 si evidenzia un costante aumento dei sequestri di tale sostanza, anche se nel 2006 l'eroina sequestrata in Umbria rappresentava solo lo 0,4% di quella sequestrata a livello nazionale[4].

I dati relativi alla mortalità per overdose indicano come, a fronte di una costante diminuzione del tasso di mortalità in Italia dal 1996 fino al 2002 (anno in cui si è rilevato un tasso di 1,3 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni), con lievi oscillazioni negli anni successivi, in Umbria il tasso è rimasto costantemente elevato, con una particolare

[1] Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati IPSAD Italia 2005.

[2] Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2005.

[3] Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

[4] Rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero degli Interni - 2006.

accentuazione negli ultimi anni, mantenendo una forbice molto ampia rispetto al dato nazionale.

Esaminando le caratteristiche dei deceduti, si evidenzia come il fenomeno interessi diverse fasce di età, diverse provenienze, e veda una molteplicità di sostanze assunte; l'eroina è la principale causa di morte, ma nella maggior parte dei casi associata ad altre sostanze: cocaina, alcol, benzodiazepine, barbiturici.

E' segnalata, inoltre, un'alta prevalenza di persone eleggibili al trattamento per cocaina[5].

Si rivolgono ai servizi, infine, numeri crescenti di persone che chiedono un aiuto per problemi connessi al gioco d'azzardo problematico e altre dipendenze non da sostanze, come pure preoccupa la diffusione del doping tra gli sportivi di livello amatoriale.

Si configura, quindi, un complesso insieme di fenomeni e di problematiche correlate, non riconducibile ad una lettura univoca né ad ipotesi interpretative semplificative. I fenomeni di uso/abuso/dipendenze oggi sono frequentemente inseriti nel contesto di modelli di vita di apparente benessere e di buona integrazione sociale; interessano, oltre alle fasce giovanili, quote consistenti del mondo adulto; in molti casi l'uso della sostanza è solo uno tra i diversi elementi problematici compresenti.

Per una lettura il più possibile esaustiva del quadro regionale, occorre richiamare infine alcuni elementi di contesto.

Il territorio regionale, ed in particolare la città di Perugia, è oggetto di un narcotraffico marcatamente aggressivo, connesso ad infiltrazioni della criminalità organizzata afferenti a cosche di provenienza extra regionale.

Alcuni fenomeni in sé positivi, poi, possono comportare in alcuni casi una condizione di accentuata vulnerabilità; in primo luogo la numerosa popolazione studentesca che afferisce alle sedi universitarie presenti a Perugia, come tutte le popolazioni giovanili non esente da forme di disagio; inoltre, il rilevante fenomeno immigratorio, laddove accanto ad esperienze di positiva integrazione nel tessuto cittadino, sono identificabili aree di marginalità sociale, anche grave, connesse in genere ad esperienze di fallimento del progetto migratorio personale.

Infine, occorre dare attenzione agli elementi che caratterizzano l'evoluzione della società umbra degli ultimi decenni, esposti diffusamente in precedenti capitoli, che si riflettono anche su questa tematica specifica.

Al quadro descritto, complesso e multidimensionale, è necessario rispondere con una strategia, specularmente, "di sistema". Sul piano dei contenuti, occorre abbandonare ogni visione di tipo ideologico, mantenendo un solido riferimento nelle acquisizioni della comunità scientifica internazionale; sul piano organizzativo, occorre superare quelle dicotomie che tendono oggi ad immobilizzare il sistema di intervento, come ad esempio tra sociale e sanitario, tra settore pubblico e privato sociale, tra Distretto e Dipartimento, tra operatori ed utenti, tra professionisti e volontari.

[5] Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Gli obiettivi di salute prioritari

Sulla base del quadro regionale precedentemente descritto, e dei bisogni di salute che evidenzia, sono individuati per il prossimo triennio i seguenti obiettivi prioritari:

- potenziare gli interventi volti a ridurre la mortalità per overdose, attraverso un progetto di intervento integrato che preveda l'ampliamento delle azioni attivate negli anni precedenti;
- potenziare gli interventi di prevenzione generale e selettiva e di promozione della salute indirizzati alle fasce giovanili, sia in area scolastica che extra-scolastica, compresa l'area del divertimento giovanile, definendo un sistema di coordinamento, dal livello regionale a quello territoriale;
- potenziare gli interventi nei confronti del tabagismo, per quanto riguarda il supporto per smettere di fumare e il trattamento delle patologie correlate, strutturando una rete integrata di servizi, inclusi i Medici di base;
- potenziare gli interventi in campo alcologico, anche per quanto riguarda il trattamento anche delle patologie correlate, procedendo alla ridefinizione e potenziamento del sistema dei servizi dedicati;
- avviare e/o potenziare gli interventi diretti agli utilizzatori di cocaina e a quelle forme di uso/abuso/dipendenze che non usufruiscono agevolmente dei servizi attuali, anche sperimentando percorsi di accesso in sedi distinte dai Ser.T;
- incrementare gli interventi volti alla riduzione dei rischi e dei danni, all'interno della più ampia "rete degli interventi di prossimità", potenziando le Unità di strada e il Centro a bassa soglia già attivi ed avviando interventi analoghi in quei territori che ne sono attualmente privi;
- migliorare gli interventi di prevenzione e trattamento per le persone detenute con problemi di dipendenza, attivando percorsi di presa in carico complessiva nel contesto del più ampio passaggio dell'assistenza sanitaria penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale;
- potenziare gli interventi a supporto dell'inclusione sociale e lavorativa, in particolare per le persone a maggior rischio di emarginazione.

A livello nazionale sono stati definiti, di concerto con le Regioni, Piani di azione pluriennali sia in campo alcologico sia riguardo l'intervento indirizzato alle sostanze illegali; obiettivo del prossimo triennio, pertanto, sarà articolare Piani di azione di livello regionale, coerenti con tali indicazioni e adeguati alle specificità regionali.

Le aree dell'intervento

<u>Promozione della salute e prevenzione</u>

Il disagio non può essere considerato una malattia da curare, ma un fenomeno da accompagnare, che in alcuni casi può approdare ad esiti negativi diversi: percorsi di vita

caratterizzati da privatizzazione del malessere, pratiche di compensazione, fenomeni di marginalità sociale, patologie psichiche o fisiche. Su questi possibili esiti deve essere ripensato il composito sistema di intervento nel campo promozionale e preventivo, con proposte in grado di sostenere, più che semplificare, la complessità.

Gli interventi attuali evidenziano le maggiori criticità nella frammentazione, nell'insufficienza di una funzione di regia, nella sporadicità delle risorse economiche investite.

Sul piano strategico, quindi, dovrà essere realizzato un sistema di coordinamento interistituzionale, sviluppato dal livello regionale a quello territoriale.

L'azione preventiva può essere sviluppata efficacemente solo nell'ottica dell'integrazione, con una regia locale affidata ai Dipartimenti di Prevenzione, agli Ambiti territoriali e ai Distretti sanitari, e deve essere inserita nel Piano di Zona degli Ambiti Territoriali e nel Programma delle Attività Territoriali dei Distretti sanitari, con piani di intervento pluriennali; i servizi per le dipendenze intervengono prevalentemente laddove occorra un contributo di tipo tecnico specifico.

In quest'area sono necessari percorsi di formazione integrati, la supervisione costante dei progetti e l'individuazione di risorse economiche specifiche per l'intera vigenza dei piani o dei progetti.

I percorsi di trattamento

Le potenzialità evolutive del trattamento sono strettamente associate ad alcuni elementi fondamentali, che condizionano la qualità e l'efficacia stessa dell'intervento.

E' presupposto irrinunciabile il fondamento scientifico di qualunque intervento proposto; l'Evidence Based Medicine, approccio ormai consolidato anche in questa area, costituisce orientamento indispensabile nella scelta e nell'impostazione degli interventi.

Costituiscono elementi sostanziali, poi, l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche, l'adeguatezza (in termini di dosaggio e durata) dei trattamenti con farmaci agonisti nelle dipendenze da oppiacei, l'integrazione, sulla base dei bisogni rilevati, di trattamenti diversi ed il monitoraggio periodico costante dell'andamento e degli esiti del programma individuale.

Fondamentale il ruolo del MMG, che deve riappropriarsi della propria centralità in quanto responsabile della salute generale della persona.

Riprendendo quanto esposto nella DGR n. 1973/2004, "Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze", nel capitolo relativo al governo clinico, il Dipartimento assicura "…sia un'assistenza integrata e multidisciplinare con coordinamento stabile delle unità afferenti, sia un approccio assistenziale centrato sulla persona e sull'insieme del suo percorso diagnostico-terapeutico piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono". Sua funzione fondamentale è quella di garantire

livelli elevati ed omogenei di qualità, con l'individuazione delle dimensioni essenziali della qualità e di indicatori atti a valutare i processi e gli esiti delle funzioni assistenziali.[6].

Un primo elemento che all'attuale presenta aspetti di criticità, è l'accessibilità del sistema di intervento. E' necessario ripensare le modalità correnti, riprendendo la filosofia della "bassa soglia di accesso", secondo la quale l'accesso ai servizi deve essere configurato a misura dei bisogni e delle possibilità delle persone. In particolare, occorrono punti di accesso distinti dai Ser.T, in grado di assicurare tempestività dell'accoglienza e valutazione multidimensionale dei bisogni, e percorsi di orientamento ed accompagnamento flessibili, che integrino competenze professionali diverse. Bisogna inoltre potenziare le azioni di "uscita" dai servizi volte ad intercettare i bisogni delle persone laddove si manifestano, quali le esperienze delle Unità di strada, e strutturare una "rete dell'accesso", tempestiva e funzionale.

La fase dell'accoglienza, momento fondamentale di tutto il percorso terapeutico, necessita di attenzione sul piano relazionale, che deve garantire capacità di ascolto, di orientamento e di accompagnamento per la persona e, laddove sia presente, per la famiglia, e sul piano clinico-diagnostico, che deve garantire competenze professionali integrate, per una valutazione diagnostica multidisciplinare che porti alla formulazione del progetto personalizzato, momento di impegno condiviso tra gli operatori, la persona e la famiglia, sulla base di accordi informati e condivisi.

Assume valore fondamentale la qualità della comunicazione, intesa come processo bi-direzionale di informazione ed ascolto, tale da assicurare la dignità ed il rispetto della persona, favorire la sua autonomia decisionale, promuovere la condivisione delle scelte terapeutiche.

Dimensione fondamentale nell'orientare le azioni di governo clinico del sistema, inoltre, è l'appropriatezza, che, intesa complessivamente, coniuga obiettivi di qualità e di sostenibilità economica degli interventi, in quanto "integra efficacia, efficienza e opportunità disegnando la componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo nonché stato attuale delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie."[7]

Declinare la dimensione dell'appropriatezza nelle diverse aree dell'intervento sulle dipendenze appare allo stesso tempo di importanza fondamentale ed estremamente complesso, per una serie di fattori legati alle conoscenze tecnico scientifiche disponibili, alla diffusione di tali conoscenze, alla complessità intrinseca dei fenomeni cui ci si riferisce, alle pressioni della pubblica opinione.

Sono necessari, a partire dal livello regionale, solidi percorsi di approfondimento e di consenso, per l'elaborazione di linee guida condivise e l'individuazione e diffusione di buone pratiche.

Occorre realizzare, inoltre, un sistema di valutazione costante degli interventi, in particolare in relazione agli esiti prodotti. A tale scopo nell'ambito del Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale, è

[6] Deliberazione della Giunta Regionale 15 dicembre 2004, n. 1973,*"Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze"*, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria del 16 febbraio 2005.

[7] M. Zanetti. *Il medico e il manager.* Genova, 1996

stato definito, grazie all'impegno di un gruppo di lavoro regionale multidisciplinare, un sistema di indicatori "validi, misurabili e confrontabili per valutare l'efficacia dei trattamenti dei servizi per le dipendenze rispetto ad alcuni esiti certi"[8].

Nella fase successiva dovrà essere implementato, anche procedendo alla ottimizzazione del sistema SESIT (Standard Europei per il Sistema Informativo Dipendenze), un sistema permanente di monitoraggio interno ai servizi, inserito in un più ampio sistema informativo regionale di rete, giungendo alla costituzione di Osservatori dipartimentali, collegati in rete con l'Osservatorio regionale.

Tra le dimensioni fondamentali dell'intervento, emerge la continuità terapeutica, che assume anche un valore preventivo in relazione alla mortalità per overdose.

Garantire la continuità terapeutica è tra le funzioni essenziali dell'organizzazione dipartimentale e si realizza esclusivamente nell'ambito di una solida strutturazione di rete degli interventi, che coinvolga tutte le risorse presenti. Necessita di percorsi e protocolli integrati, definiti sia a livello regionale che dipartimentale.

E' necessario definire modalità di integrazione stabile con aree di intervento contigue, per la definizione di indirizzi condivisi e protocolli di collaborazione, a partire dall'area della Salute Mentale, quindi i Medici di base, l'area dei servizi consultoriali ed altri servizi distrettuali ed ospedalieri.

Gli interventi di prossimità

L'approccio di "prossimità" è una strategia trasversale alle diverse tipologie di intervento, che si realizza innanzitutto sperimentando metodologie di "uscita" dai servizi, volte ad intercettare in maniera più efficace i bisogni delle persone, e dando pieno rilievo al lavoro di accompagnamento.

Occorre strutturare a livello di ciascun territorio una "rete della prossimità" che coinvolga, in un'ottica sistemica, servizi, interventi, risorse formali ed informali, che sia radicata nel 'tessuto connettivo' delle comunità locali e sia coordinata a livello funzionale dal Dipartimento.

Il lavoro di prossimità include innanzitutto gli interventi finalizzati a ridurre i rischi e i danni per la salute individuale e collettiva connessi al consumo di sostanze psicoattive, che costituiscono uno dei "quattro pilastri" individuati dalla comunità scientifica internazionale e posti a fondamento della strategia europea di lotta alle dipendenze; essi assumono particolare importanza alla luce dei dati relativi alla mortalità per overdose in ambito regionale.

E' necessario ripotenziare le azioni mirate alla prevenzione primaria e secondaria delle patologie correlate; rispondere alle situazioni di grave marginalità con una gamma di misure di supporto, a partire dal soddisfacimento tempestivo dei bisogni primari; sviluppare interventi di comunità a supporto della sicurezza individuale e collettiva, basati anche sull'integrazione tra servizi e Forze dell'ordine, in un ottica di complementarietà;

[8] Collana DVSS – Vol. D "Individuazione degli indicatori di esito del DVSS", Parte 5. A cura del Servizio II e dell'Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria – Edizioni SEDES 2006.

riprendere un'azione integrata rivolta ai contesti del divertimento giovanile, anche con forme di coordinamento inter-territoriale ed inter-regionale.

Sulla base di un'effettiva integrazione tra sociale e sanitario, è obiettivo prioritario stabilizzare e potenziare gli interventi di prossimità in atto e, in secondo luogo, realizzare Unità di strada e Centri a bassa soglia nei territori che ne sono sprovvisti, tarando servizi ed interventi sui bisogni effettivi rilevati. Gli interventi devono essere estesi ad un maggior numero di utenti, aumentando gli orari/operatori a disposizione, ad un maggior numero di territori e ad una maggiore gamma di contesti, introducendo interventi appropriati in carcere, tra le popolazioni immigrate, nei contesti del consumo 'normalizzato', ecc.

E' necessario, inoltre, innovare l'intervento "in strada", sperimentando nuove forme di intervento (per es. rivolte a target più ampi e diversificati) e nuove metodologie di approccio, come ad es. l'utilizzazione di operatori pari.

Infine, la sperimentazione, in un modello di programmazione partecipata, di forme di coinvolgimento ed ascolto degli utenti e dei cittadini portatori di bisogni, può consentire l'apporto delle loro conoscenze ed istanze, in una prospettiva di riduzione dello scarto tra la manifestazione del fenomeno e le strategie messe in campo.

Il supporto all'inclusione sociale e lavorativa

Il documento su "I diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze", fatto proprio dalla Giunta regionale con DGR 1613/07, colloca il diritto ad una vita sociale attiva tra i diritti fondamentali della persona: "senza la possibilità di una partecipazione attiva alla vita sociale non esiste di fatto libertà".

Le azioni a sostegno dell'inclusione sociale e lavorativa, quindi, non possono essere considerate "un di più", ma il presupposto necessario per dare significato al trattamento; si realizzano attraverso diversi strumenti e gradi di accompagnamento.

Per le persone con problemi di dipendenza regolarmente inserite nel lavoro è necessario salvaguardare tutti quegli elementi che possono favorire la condizione lavorativa, quali il rispetto della privacy, orari compatibili con le esigenze del lavoro, l'affidamento dei farmaci.

Nei casi in cui si rileva un'obiettiva difficoltà nella relazione con il lavoro, va promosso l'accesso tempestivo a strumenti di formazione e di supporto, quali borse lavoro, borse terapeutiche, tutoring, ecc. Un'area fondamentale di intervento è il carcere: la stabilità e continuità della presenza di operatori e volontari negli istituti di pena è presupposto indispensabile per lo sviluppo di percorsi finalizzati all'inclusione socio-lavorativa che abbiano avvio ancor prima dell'uscita e coinvolgano la rete dei servizi.

E' centrale in quest'area di intervento il ruolo degli Ambiti territoriali, e l'integrazione degli interventi sanitari e sociali realizzata ai diversi livelli della programmazione e dell'operatività. E' di importanza strategica, inoltre, la costruzione di una forte interrelazione dei servizi con la comunità locale, per la messa a disposizione di opportunità variegate e lo sviluppo di un clima generale di "accoglienza inclusiva".

Se risulta ben avviata la rete dei S.A.L. e dei Centri per l'impiego, è tuttavia necessario potenziare azioni territoriali di coordinamento, di sensibilizzazione e di promozione e

sperimentare interventi innovativi, finalizzati da un lato all'ingresso in forma stabile nel mondo del lavoro delle persone in grado di sostenere un pieno inserimento, dall'altro a realizzare percorsi graduali per le persone in più grave difficoltà.

Occorre potenziare inoltre gli interventi mirati alla socializzazione e allo sviluppo di interessi personali e relazioni interpersonali nel contesto delle attività del tempo libero.

La riorganizzazione del sistema dei servizi ed interventi

La linea strategica fondamentale che indirizza la ridefinizione del sistema di offerta in tutte le sue articolazioni è quella di un avanzamento culturale e metodologico del concetto di "integrazione", con il passaggio da "un insieme di interventi integrati tra loro" ad "un sistema integrato di intervento". Le fondamenta di tale sistema poggiano da un lato sull'integrazione tra area sociale e sanitaria e dall'altro sull'integrazione del settore pubblico e del privato sociale.

Il sistema regionale complessivo di intervento si configura, quindi, come un sistema sociosanitario integrato ed unitario, pubblico, in cui sono inseriti, in condizioni di pari dignità, sia servizi gestiti direttamente dall'ente pubblico, sia servizi gestiti dal privato sociale, entrambi inclusi nel sistema dell'accreditamento istituzionale. Ciò al fine di sperimentare percorsi nuovi di approccio alle dipendenze, secondo gli attuali indirizzi scientifici internazionali che li identificano come malattie del comportamento, incrementando le terapie domiciliari in affido e potenziando i servizi a bassa "soglia", che possano intercettare le fasce di popolazione dipendente più debole ed esposta, al fine di ridurre i danni gravi di tipo fisico e sociale. Inoltre attivando, mediante la stesura di specifici protocolli in collaborazione con i dipartimenti delle dipendenze il massimo coinvolgimento del privato sociale, principale gestore dei programmi residenziali di trattamento di durata breve e media.

Come avviene per ogni altro settore dell'intervento sociale e sanitario, peraltro secondo orientamenti supportati a livello legislativo, occorre inoltre promuovere un ruolo attivo delle persone utenti, compresi i familiari, uscendo dalla passività indotta anche dai modelli organizzativi e dalle filosofie di intervento diffuse soprattutto in passato.

Le esperienze di auto mutuo aiuto, che hanno avuto un ruolo primario nell'intervento alcologico, necessitano di essere valorizzate ed allargate ad altre aree di intervento; occorre avviare percorsi finalizzati alla formazione ed utilizzazione di operatori pari e promuovere esperienze di associazionismo e di cittadinanza attiva che interagiscano con le comunità locali.

L'integrazione sociosanitaria nell'intervento sulle dipendenze

Sulla base di un confronto strategico costante tra la Regione ed i territori, occorre configurare in questa area di intervento un Forum permanente dell'integrazione sociosanitaria, che preveda ambiti di coordinamento interistituzionale dal livello regionale a quello territoriale.

L'elemento strategico fondamentale è individuato nella centralità della programmazione territoriale, al cui livello è possibile realizzare il coordinamento ottimale delle politiche di intervento in una logica intersettoriale, il governo coordinato della domanda e dell'offerta di servizi, fino all'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte da ASL e Comuni, e il contrasto all'isolamento e alla stigmatizzazione, attraverso strategie di inclusione e di cittadinanza attiva.

La partecipazione del Dipartimento per le dipendenze nelle sedi della programmazione territoriale, quale soggetto in possesso di conoscenze e competenze specifiche, è lo strumento, da un lato, per coniugare la completezza ed organicità degli interventi programmati complessivamente a livello di territorio, garantite da Distretto ed Ambito territoriale, con gli elementi di specificità resi necessari dalla complessità e rapida evoluzione dei fenomeni, assicurati dal Dipartimento; e dall'altro, per integrare analisi multiorientata dei fenomeni, modulazione complessiva delle risposte, valutazione dell'impatto prodotto dagli interventi sugli utenti dei servizi e sulla comunità.

A livello della programmazione territoriale assumono un ruolo strategico, inoltre, il Terzo Settore e le espressioni della cittadinanza attiva, comprese le rappresentanze dei cittadini utenti e portatori di bisogni, in funzione di compartecipazione alla regia delle politiche locali nell'area specifica.

Un secondo livello dell'integrazione sociosanitaria è collocato sul piano strategico e progettuale, con la riorganizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze di seguito descritta. Il riassetto dei Dipartimenti prevede la presenza stabile dei rappresentanti degli Ambiti e dei Distretti nel momento decisionale, costituito dal Comitato di Dipartimento, quale strumento per assicurare la convergenza su obiettivi e programmi comuni, inclusa l'impostazione dell'intervento sanitario specifico, non più isolato in una logica settoriale, ma pienamente inserito in un'azione di comunità.

Un terzo livello, di snodo operativo, è individuato nei Gruppi territoriali integrati che, avviati nel 2007 nel contesto di una progettazione specifica, assumono la funzione di coordinamento operativo su progetti comuni, protocolli operativi, gestione integrata di casi clinici complessi.

Infine, a livello operativo la compresenza di referenti sia di area sanitaria che sociale all'interno di gruppi di lavoro specifici (come ad esempio nell'esperienza dei SAL) assicura la gestione comune dei processi assistenziali; tale modello organizzativo è di riferimento per ulteriori aree di lavoro integrato.

La riorganizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze

I Dipartimenti per le dipendenze in Umbria sono stati istituiti con la DGR 4 agosto 1999 n.1115, di recepimento dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 21 gennaio 1999, ed ulteriormente definiti con gli Atti di indirizzo allegati ai Piani sanitari 1999-2001 e 2003-2005. Ad una valutazione ad oggi, da un lato si rileva la strutturazione di sistemi di intervento ormai consolidati, che nei contesti territoriali costituiscono punti di riferimento riconosciuti, dall'altro emergono elementi di evidente criticità, che rendono necessario il rinnovamento degli assetti organizzativi.

Il modello che è stato individuato per il sistema regionale di intervento, anche sulla base delle esperienze in atto in altre regioni, e ritenuto adeguato alla sua necessaria complessità, è quello di un dipartimento integrato, funzionale nei confronti dei servizi di vicinanza e strutturato nei confronti delle unità operative afferenti.

Il modello si definisce integrato poiché include, in un unico sistema pubblico di intervento, sia i servizi gestiti direttamente dall'ente pubblico che quelli autorizzati gestiti da enti del privato sociale; questa caratterizzazione rappresenta un passaggio ulteriore nel rapporto di integrazione tra pubblico e privato sociale già consolidato in ambito regionale ed è finalizzata alla sperimentazione di modalità innovative di sinergia ed integrazione, sviluppate nella dimensione territoriale ed indirizzate in particolare ai bisogni oggi emergenti.

E' un modello di tipo funzionale laddove l'organismo decisionale, rappresentato dal Comitato di Dipartimento, include, accanto al Direttore di Dipartimento ed in un rapporto tra pari, le Direzioni dei Distretti sanitari e i rappresentanti degli Ambiti territoriali incidenti sul territorio aziendale, oltre ai responsabili delle Unità operative.

Al Dipartimento per le Dipendenze sono attribuite le seguenti funzioni:

- programmazione degli interventi indirizzati all'uso/abuso/dipendenze;
- rilevazione e monitoraggio dei bisogni di salute e dei dati epidemiologici secondo quanto previsto dal Sistema informativo regionale;
- realizzazione e monitoraggio degli interventi nelle aree della prevenzione generale e selettiva, del trattamento, della riduzione dei danni, del supporto all'inclusione sociale e lavorativa; valutazione sistematica degli interventi attuati, sia riguardo ai processi attivati che agli esiti prodotti, anche in relazione al rapporto costi/benefici;
- promozione, sviluppo, manutenzione di una rete territoriale di intervento;
- definizione, sulla base delle indicazioni regionali, di protocolli operativi per la realizzazione integrata degli interventi;
- coordinamento tecnico scientifico dei servizi ed interventi, assicurandone l'accessibilità, l'appropriatezza, la continuità terapeutica;
- sperimentazione e valutazione di approcci innovativi in relazione al mutare dei bisogni, secondo modelli scientificamente fondati e con successiva stabilizzazione degli interventi valutati positivamente;
- realizzazione di percorsi partecipativi degli utenti nell'ambito della progettazione, attuazione, valutazione degli interventi; valutazioni di soddisfazione dell'utenza;
- promozione, manutenzione e miglioramento della qualità del clima interno e del livello di soddisfazione degli operatori; formazione, aggiornamento, supervisione, attività per leggere e prevenire il rischio di burn out; coinvolgimento degli operatori nelle scelte strategiche;
- partecipazione ad iniziative di studio, ricerca, sperimentazione, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali, internazionali.

La struttura del Dipartimento è composta da diversi organismi.

Il *Comitato di Dipartimento* costituisce l'organo decisionale ed è composto da: il Direttore del Dipartimento; i Direttori dei Distretti territorialmente incidenti; i rappresentanti nominati dagli Ambiti territoriali; i responsabili delle Unità operative, sia aziendali che gestite da enti del privato sociale; un referente nominato dal Gruppo operativo integrato.

In seno al Comitato si struttura un *Osservatorio dipartimentale*, con l'obiettivo di realizzare un monitoraggio costante dei fenomeni che si sviluppano sul territorio, dei bisogni di salute, delle risposte implementate, degli esiti prodotti; si avvale delle competenze epidemiologiche presenti nella ASL. Gli *Osservatori dipartimentali* nel loro insieme sono parte integrante dell'Osservatorio regionale.

Il Direttore costituisce l'organo esecutivo del Dipartimento; coordina tra pari il Comitato di Dipartimento, pone in atto quanto necessario per l'attuazione degli indirizzi ivi definiti ed elabora proposte da sottoporre al Comitato. Il Direttore viene nominato dalla Direzione aziendale, attraverso le modalità previste dalla normativa vigente, sulla base non solo di competenze cliniche specifiche, ma innanzitutto di comprovata esperienza e capacità nella gestione dei servizi sociosanitari territoriali, nella gestione delle relazioni e dei sistemi organizzativi.

L'Assemblea costituisce un organo con funzioni consultive; integra, oltre ai componenti del Comitato di Dipartimento, i referenti dei gruppi professionali del Dipartimento, il Direttore del DSM, il Responsabile del Servizio aziendale di assistenza sociale, i Responsabili di Dipartimenti e Servizi distrettuali contigui, il Referente aziendale per l'educazione sanitaria, rappresentanti dei MMG, i Responsabili di servizi contigui afferenti agli Enti Locali, i referenti di gruppi di lavoro stabili su temi attinenti, i Direttori degli Istituti penitenziari, i Responsabili degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, rappresentanti delle istituzioni scolastiche, il Responsabile del NOT della Prefettura, i referenti di associazioni di utenti e di familiari, i referenti di associazioni di cittadinanza attive nel territorio.

Nel contesto dell'innovazione organizzativa del sistema di intervento, si individuano sul piano funzionale, in prima approssimazione, le seguenti macro-aree: *Area dipendenze illegali:* Ser.T ed Unità per target specifici (es. cocainomani); *Area dipendenze legali:*Servizio di Alcologia, Centro AntiFumo, Unità per il gioco d'azzardo ed altre dipendenze non da sostanze; *Area interventi di prossimità:* Unità di strada e Centri a bassa soglia, comprese Unità mobili; *Area interventi residenziali e semiresidenziali*, sia a gestione pubblica che del privato sociale; *Area pratiche medico-legali; Area assistenza alle persone detenute*, o in esecuzione penale in forma alternativa.

Il sistema delle relazioni

In ambito ASL, al Distretto sono attribuite, tra le altre competenze, la rilevazione dei bisogni di salute ed il governo della domanda; il Dipartimento concorre a queste funzioni nello specifico delle aree di propria competenza.

Le Unità gestite da Enti del privato sociale afferiscono al Dipartimento in un rapporto di sussidiarietà orizzontale; partecipano a pieno titolo al Comitato di Dipartimento, in condizioni di pari dignità rispetto alle Unità operative aziendali, contribuendo alle attività di

programmazione e di valutazione, alla definizione di orientamenti e procedure, allo sviluppo di progetti ed attività comuni finalizzati in particolare ad assicurare la massima rispondenza tra bisogni rilevati ed offerta; assumono l'impegno di applicare quanto stabilito in sede di Comitato.

Ai fini dell'innovazione del sistema di intervento è necessario, inoltre, rivedere non soltanto le tipologie di servizi attualmente definite dalla DGR n. 1057 del 2002, di recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 5 agosto 1999, ma, nel contesto del nuovo sistema di relazioni a livello dipartimentale, monitorare costantemente il rapporto tra bisogni rilevati e offerta disponibile, realizzare modalità innovative di gestione integrata di servizi ed interventi, realizzare modalità innovative di gestione integrata e flessibile dei percorsi terapeutici individuali, attivare strategie di miglioramento continuo della qualità monitorando costantemente i livelli di qualità degli interventi offerti.

Per sostenere tali obiettivi, oltre ad una definizione puntuale dell'organizzazione, delle funzioni e delle responsabilità, sono necessari sistemi di raccolta e diffusione dei dati, sistemi di lettura dei fenomeni, tempestivi e multiorientati, sistemi di ampia diffusione delle comunicazioni, sistemi di monitoraggio e valutazione permanente, inseriti nell'ambito dell'Osservatorio dipartimentale.

Sono necessarie, infine, iniziative costanti di formazione integrata, di supervisione integrata e l'implementazione di tutti gli strumenti utili a sviluppare una cultura unitaria, un linguaggio comune, modalità di approccio condivise, procedure e percorsi omogenei.

Al di là dei modelli organizzativi, assumono un'importanza fondamentale le risorse, professionali e personali, messe in campo in primo luogo dagli operatori. Il lavoro di equipe in questo campo costituisce uno strumento insostituibile, che necessita di un investimento specifico e di una manutenzione costante.

La cura del clima e delle relazioni interne, la valorizzazione delle competenze personali, la partecipazione di tutti gli operatori alle scelte strategiche, l'attenzione a tutti quegli elementi che sostengono la motivazione e la gratificazione professionale, la realizzazione costante di attività finalizzate a leggere e prevenire il rischio di burn out, sono funzioni essenziali dell'organizzazione dipartimentale e compiti specifici del Direttore e degli operatori con funzioni dirigenziali e di responsabilità.

La formazione continua, all'interno di una pianificazione di livello dipartimentale, e la supervisione costante delle equipe costituiscono in questo senso strumenti indispensabili ed irrinunciabili.

Pur nei limiti imposti dalla generale contrazione delle risorse, inoltre, occorre porre attenzione al mantenimento di un equilibrio sostenibile tra livelli prestazionali richiesti e forza/lavoro disponibile.

Il supporto regionale al processo di riorganizzazione

La realizzazione del piano complessivo di riordino del sistema regionale di intervento sulle dipendenze sarà supportata da un gruppo regionale di coordinamento, istituito presso la Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali per svolgere funzioni di definizione degli Atti di riordino necessari, inclusa l'attivazione di percorsi di confronto volti ad una

elaborazione ampiamente condivisa; di supporto al percorso di implementazione; di predisposizione e realizzazione di un piano di monitoraggio e valutazione, con individuazione di indicatori, strumenti e metodologie adeguate.

Il gruppo di coordinamento regionale sarà composto da: i quattro Direttori dei Dipartimenti per le dipendenze; due rappresentanti dei Direttori di Distretto; due rappresentanti dei Promotori sociali di Ambito territoriale; tre rappresentanti del privato sociale, di cui due per l'area dei trattamenti residenziali ed uno per l'area degli interventi di prossimità; due referenti della Direzione regionale Sanità e Servizi sociali, afferenti al Servizio II e al Servizio IX.

Sarà nominato un coordinatore, individuato tra i partecipanti.

Per supportare il processo di innovazione e riqualificazione del sistema di intervento, è inoltre necessario prevedere una serie di strumenti attivati e/o coordinati a livello regionale, che affianchino quanto posto in atto allo stesso scopo a livello locale. Essi comprendono:

- piano di formazione regionale, articolato per anno in relazione alle tappe di innovazione del sistema di intervento e ai bisogni formativi segnalati dagli operatori, finalizzato allo sviluppo di una rinnovata cultura comune;
- monitoraggio dei fenomeni connessi alle dipendenze, basato sulla messa in rete e sul coordinamento degli Osservatori dipartimentali attraverso un Osservatorio regionale, con funzioni di monitoraggio costante del quadro regionale, realizzazione di ricerche su temi specifici, diffusione "circolare" e costante delle informazioni;
- sistema informativo regionale, attraverso il perfezionamento ed ampliamento del sistema SESIT già presente nelle quattro ASL;
- Laboratorio permanente pubblico-privato sociale per la tutela del diritto alla salute nell'area dell'uso/abuso/dipendenze da comportamenti e sostanze legali ed illegali.

8.2 Garantire alle persone con sofferenza mentale la più ampia presa in carico e la inclusione sociale

Le conclusioni della "Conferenza Ministeriale Europea dell'O.M.S. sulla salute mentale" (Helsinki 12 – 15 gennaio 2005) e il "Libro verde sulla salute mentale" della Commissione delle Comunità Europee (Bruxelles, 14/10/2005)[9] nonché le Linee di indirizzo nazionali per

[9] Documenti di riferimento: Regionali, Nazionali, Europei
Regionali
PSR 1985 – 87; 1989 – 91; 1999 – 2001; 2003 – 2005.
DGR n.219, 28/1/97
DCR n. 372 del 7/7/97
DGR n 548 12/5/04
DGR n. 1974 15/12/2004
DCR n. 481 16/1/2005
DVSS Valutazione del PSR 2003 – 2005 (Perugia, Aprile 2007)
Nazionali

la Salute Mentale proposte dal Ministero della Salute costituiscono una legittimazione delle linee di politica per la salute mentale seguite in Italia a partire dalla legge 180 del 1978. In particolare esse sono in accordo con lo spirito e la lettera della normativa regionale umbra in questa materia, compresi i contenuti del presente documento.

Nella conferenza di Helsinki l'affermazione "non c'è salute senza salute mentale" porta a riconoscere la salute mentale come "una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni". Essa "deve pertanto essere considerata come parte integrante e fondamentale di altre politiche d'interesse pubblico, quali quelle relative ai diritti umani, all'assistenza sociale, all'educazione e all'impiego". Ne scaturisce l'esigenza di adottare politiche per la Salute mentale, basate su esaustive evidenze scientifiche, "il cui obiettivo è l'ottenimento del benessere mentale e l'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale".

Il "Libro verde" (Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea), collegandosi agli atti della Conferenza di Helsinki, mette in evidenza i punti critici dell'attuale situazione della salute mentale:

- un cittadino su quattro è affetto da patologie mentali, che possono portare al suicidio, causa di troppe morti;
- le patologie mentali comportano perdite significative ed oneri per il sistema economico, sociale, educativo nonché giudiziario e penale;
- stigmatizzazioni, discriminazioni e il mancato rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone con patologie mentali o in situazioni di svantaggio si verificano ancora, in contrasto con i valori europei fondamentali.

Nella ricerca di risposte il documento sottolinea che "i soli interventi medici, sebbene indispensabili per far fronte al problema, non possono modificare i determinanti sociali". "Occorre pertanto un'impostazione globale, che riguardi le cure e l'assistenza da fornire ai singoli, ma anche un'iniziativa destinata alla popolazione al fine di promuovere la salute mentale, prevenire le patologie mentali e affrontare le sfide connesse a stigmatizzazioni e diritti umani".

Ci troviamo pertanto in una fase dello sviluppo di cultura della salute nella quale, per quanto riguarda la cura dei disturbi psichici, si sta imponendo l'idea che la psichiatria, oltre ad essere fondata su pratiche di provata efficacia (nell'ambito di una medicina basata sulle evidenze scientifiche) sia saldamente ancorata al rispetto dei valori umani fondamentali. E' in coerenza con questi principi che il PSR definisce i propri obiettivi a partire dalla tutela dei diritti e avvia tale difesa da una presa in carico di qualità perché solo così l'esclusione dalla società, conseguenza non rara della sofferenza psichica, può essere impedita: ne

---

Leggi 180 e 833 del 1978
DPR 14/1/97: Requisiti strutturali e tecnologici per ,le strutture del DSM
Piani Sanitari Nazionali e progetti obiettivo
PSN 1998-2000 (capitolo dedicato alla Salute mentale)
DPR 10/11/99, Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000
UE
Conferenza Ministeriale Europea dell'OMS sulla salute mentale (Helsinki 12 – 15 febbraio 2005)
Commissione delle Comunità Europee, *Libro verde sulla salute mentale* (Bruxelles 14/10/05)

deriva che accoglienza, sostegno e socializzazione sono contemporaneamente obiettivi della cura e condizioni per una cura efficace.

Esiste un consenso sul fatto che nei disturbi mentali è prevalente l'incidenza dei fattori extraclinici nel determinare l'esito degli episodi di malattia e il destino dei pazienti.

Per la psichiatria non è possibile, quindi, porre l'attenzione sulla disponibilità di cure efficaci senza fare riferimento alle situazioni di vita che influenzano potentemente la praticabilità della cura e ne condizionano l'efficacia. Una pratica tesa a migliorare la situazione di vita dei pazienti non può essere a carico dei soli servizi di salute mentale, ma deve utilizzare risorse aggiuntive rispetto a quelle sanitarie.

La Conferenza programmatica regionale ha steso un *Manifesto per le "buone pratiche"*[10] che offre la possibilità, in un solo sguardo, di aver presenti temi, obiettivi, strategie centrali di una politica di salute mentale.

Promuovere la salute, pensare le città a misura dei bisogni dei cittadini, e così l'ambiente, le relazioni tra le persone, le condizioni abitative, rispettare le diversità, sono condizioni indispensabili per una buona salute mentale di tutti i soggetti della Comunità prevedendo forme di sostegno ed in particolare l'attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto.

La storia della psichiatria umbra, irrinunciabile patrimonio di civiltà per la Regione e per tutto il territorio nazionale, testimonia una ricerca continua e dinamica di una reale alternativa alla ghettizzazione ed alla segregazione annullante il malato.

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono servizi sanitari finalizzati alla promozione della salute mentale e alla prevenzione, cura, e riabilitazione della malattia mentale. Non sono e non possono essere in alcun modo adibiti al controllo sociale.

La psichiatria di comunità, di cui il DSM è la modalità organizzativa oggi irrinunciabile, è la risposta più adeguata ai problemi connessi alla malattia mentale; richiede la stabile definizione d'una rete integrata di strutture e servizi (ambulatoriali, di ricovero ospedaliero, domiciliari, territoriali, residenziali e semiresidenziali) e la collaborazione di attori diversi (Associazioni dei familiari e utenti, Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali). In tale contesto operativo, la centralità dell'intervento è sempre rappresentata dal rapporto con la persona con malattia mentale e con la sua famiglia.

Vanno garantiti livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale.

Il primo diritto della persona con malattia mentale è il diritto alla cura. La persona con malattia mentale non è "diverso", lo diventa solo se si nega la sua malattia. Dobbiamo tutti lavorare nella consapevolezza che una cura della malattia mentale è possibile e va costantemente perseguita.

La cura non può che essere multidisciplinare: la psicoterapia ne è parte fondamentale e perciò rappresenta un "obbligo istituzionale" dei DSM e va garantita nell'organico una presenza adeguata di psicoterapeuta. La complessità dell'intervento deriva dalla complessità dell'individuo; pertanto la necessaria differenziazione delle risposte non può essere disgiunta dall'unitarietà del percorso terapeutico.

[10] A cura del Comitato Scientifico della Conferenza Programmatica Regionale

I minori e i giovani rappresentano oggi il problema emergente più grande della psichiatria, la sfida più difficile. Occorre potenziare le politiche d'intervento precoce (sia nel campo delle psicosi, sia nei sempre più frequenti disturbi di personalità, sia infine nel disagio nevrotico, come nei disturbi del comportamento alimentare) e i modelli d'integrazione tra l'area sanitaria e quella sociale.

Bisogni nuovi e differenziati vanno a caratterizzare sempre più spesso l'area della salute mentale e i servizi – psichiatrici e non – debbono essere messi in grado di fornire risposte adeguate alle problematiche emergenti. I disturbi che si manifestano nei contesti di gruppi di migranti, i disturbi di confine con le "dipendenze", le patologie della persona anziana, richiedono interventi complessi che possono svilupparsi solo attraverso la stretta integrazione tra i diversi servizi specialistici e tra questi e la medicina distrettuale e di base (MMG).

La formazione è pilastro fondamentale in ogni momento del nostro percorso. Riguarda tutte le figure professionali dei DSM e della Cooperazione Sociale impegnate in quest'area. E' formazione professionale, continua ed integrata (Università/Servizi territoriali). E' formazione psicoterapica.

Le famiglie delle persone con malattia mentale e le loro associazioni sono una grande risorsa, in quanto agenti di sostegno e di cambiamento e non solo titolari del "prendersi cura"; dobbiamo sostenere i familiari a che tornino visibili, agli altri e a se stessi, "*care givers"*, ma non sostituti di altri soggetti tenuti nel prendersi cura delle persone con malattia mentale.

Va ricostruita l'unitarietà dell'intervento tra l'area della psichiatria infantile e quella degli adulti.

La ricerca scientifica sulla qualità, sulla efficacia dei trattamenti farmacologici e psicoterapici, sugli esiti degli interventi complessi, sui costi, ha come setting privilegiato il contesto dei servizi di salute mentale di comunità e rappresenta una leva fondamentale per il miglioramento dei servizi. Essa deve integrare il punto di vista degli utilizzatori.

La cronicità, in salute mentale, esiste e, in gran parte, come esito del fallimento del curare e del prendersi cura. Pertanto va tenuta viva la sfida della dismissione da un circuito psichiatrico istituzionalizzante e la costruzione di concrete politiche riabilitative e di reinserimento sociale. Il recupero della fruizione di reali diritti di cittadinanza presuppone la collaborazione attiva di tutti i soggetti – tecnici e politici – che costituiscono il "capitale sociale" di quel territorio. Impegno costante dei DSM, delle Istituzioni (sanitarie e sociali), della Cooperazione sociale e delle associazioni è quello di promuovere il potenziamento di questo "capitale" ai fini di sempre più valide politiche per la Salute Mentale.

La stigmatizzazione (in qualsivoglia forma si esprima) della malattia distrugge ogni possibilità di cambiamento e di guarigione; condanna le persone con malattia mentale al puro "controllo" o, nei casi migliori, al semplice assistenzialismo. Va pertanto combattuta attraverso azioni integrate di promozione indirizzate a tutti i cittadini; in special modo ai giovani.

La sfida per la salute mentale: l'integrazione

L'elemento innovativo di questo PSR sta nel porre al centro dell'operatività, nel prossimo triennio, una ricomposizione della rete di salute mentale che non può tradursi in un più o meno meccanico riordino dell'esistente ma deve dar conto del fatto che ci troviamo in un delicato punto di transizione in cui i servizi di territorio, soprattutto la rete di tutela della Salute Mentale, dovranno adattarsi alla Comunità ed utilizzare, in modo più significativo oltre che più ampio, le sue risorse sociali, che vengono oggi rappresentate con la metafora del "Capitale Sociale".

La parola d'ordine di una tale innovazione è oggi *integrazione*.

Ne sono specificazioni il coordinamento, la collaborazione, la condivisione di progetti e di responsabilità, il consenso ad una strategia ben definita, all'interno di un ancoraggio ai contesti e con tutte quelle precauzioni che evitano l'autoreferenzialità.

Il modello che meglio esprime questo tipo di *integrazione* è quello indicato con il termine *rete*, a rappresentare una realtà le cui varie parti possono mostrare differenze ed avere specificità.

Per favorire l'integrazione è necessario creare comunicazione prima che stabilire i livelli di subordinazione. La premessa è innanzi tutto lo sviluppo di un consenso degli operatori (afferenti al DSM e afferenti agli altri servizi del Distretto e alla Cooperazione sociale) intorno a salute mentale, strategie per la sua tutela, competenze generaliste e competenze specialistiche nel lavoro di salute mentale e psichiatrico.

Senza di che ogni soluzione organizzativa rischia di attivare conflitti e aumentare le incomprensioni, invece che costituire la cornice, per un miglioramento della qualità degli interventi e per una ottimizzazione dell'uso delle risorse.

Le criticità della rete

Si metteranno in evidenza le criticità tenendo conto dei rilievi presentati nella "Valutazione del PSR 2003-2005" e di quelli emersi dai resoconti dei lavori di gruppo nella Conferenza regionale di Terni (ottobre 07).

Rete regionale

Benché in alcune aree della salute mentale si siano creati collegamenti e coordinamenti interaziendali, mancano, a livello regionale, organismi che garantiscano scambi, interelazioni, sinergie e integrazioni.

Manca anche un Sistema informativo regionale che permetta di condividere agevolmente i dati provenienti dalle diverse ASL. La mancanza di omogeneità tra i sistemi operativi adottati dalle ASL costituisce un ostacolo alla libera circolazione dell'informazione e impedisce di svolgere confronti e raccogliere dati complessivi a livello regionale e rendendo meno agevole lo scambio di dati a livello nazionale.

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Il DSM è la parte della *rete* che avendo il mandato specifico della cura dei disturbi mentali si trova in una posizione delicata perché la sua centralità rischia di essere ridotta all'esercizio di una delega per la soluzione di tutti i problemi di salute mentale che sono di pertinenza dell'intera rete e senza il cui coinvolgimento le soluzioni saranno vanificate. Se appare opportuno privilegiare l'organizzazione nella quale il DSM aggrega tutti i servizi che hanno a che fare con la cura dei disturbi psichici, e per tutta la popolazione, è necessario anche riconoscere che non sempre sono indicate con chiarezza le priorità e distribuite con equilibrio le risorse tra i diversi settori; si rileva anche una notevole disomogeneità tra le diverse Aziende e tra i vari Servizi della stessa Azienda.

In particolare si riscontrano difficoltà di raccordo soprattutto rispetto ai Distretti.

Centri di salute mentale (CSM)

I punti critici di particolare rilievo rimangono:

- il rapporto con le residenze per i trattamenti comunitari dei casi complessi, per cui il progetto terapeutico complessivo, anche quando definito, rischia di andare in fumo e non solo per le difficoltà del caso ma anche per le difficoltà del servizio inviante e di quello accogliente a dialogare tra loro, con il rischio di un prolungamento dei tempi di inserimento residenziale che spesso gioca contro il paziente;
- mancata riqualificazione dell'assistenza domiciliare come percorso terapeutico verso l'inserimento sociale che rischia di essere considerata come ultima risorsa invece di essere valorizzata anche per il suo importante ruolo nel percorso dell'inserimento sociale;
- il rapporto tra l'équipe di territorio e i medici di medicina di base. Nonostante qualche pregevole iniziativa manca una strategia condivisa per coinvolgere i MMG in un politica di salute mentale. Essi costituiscono quindi una risorsa mal utilizzata, con il rischio di una indebita medicalizzazione dei disturbi psichici comuni (come sembra dimostrare un aumento del consumo di psicofarmaci antidepressivi);
- la gestione dei casi condivisi con il Dipartimento delle Dipendenze presenta ostacoli che derivano dal disaccordo sulle interpretazioni delle determinanti causali, nei casi a doppia diagnosi, dal conflitto nella individuazione di un progetto di cura, ecc.;
- i Centri di giorno sono una opportunità ancora poco utilizzata per l'attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi multifocali, nei casi complessi, in alternativa al ricovero ospedaliero.

Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)

La loro mancata integrazione nella rete dei grandi ospedali umbri costituisce uno dei limiti maggiori per la pratica psichiatrica, con riduzione dell'efficienza complessiva e non solo nei casi di urgenza, ma in tutte quelle situazioni in cui le competenze sanitarie generaliste e specialistiche costituiscono un necessario complemento di quelle specialistiche psichiatriche nel trattamento dei soggetti con patologie mentali. Inoltre le carenze attuali, con l'isolamento professionale e culturale che ne deriva, portano ad una sottoutilizzazione, in ambito ospedaliero, delle competenze psichiatriche disponibili.

Servizi per l'età evolutiva

I servizi di salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, anche se hanno messo in atto, negli ultimi anni, processi di rinnovamento delle proprie modalità organizzative ed operative, presentano tuttavia rilevanti criticità:

- disomogeneità dei modelli organizzati e dei percorsi diagnostico-terapeutici e della loro collocazione nell'ambito delle Aziende USL;
- mancanza di consenso sull'età di passaggio dei casi al servizio adulti: la questione della competenza riguarda soprattutto la prima adolescenza giacché già i servizi dedicati agli adulti si occupano ordinariamente di tarda adolescenza e di famiglie di adolescenti in difficoltà;
- mancanza di una forma strutturata di collaborazione con il pediatra di libera scelta ed il medico di medicina generale, che dovrebbero comunque mantenere il ruolo di principale referente per la salute complessiva del minore;
- difformità nella organizzazione dei rapporti con il servizio sociale e con gli altri attori della rete di supporto alla crescita, con conseguente carenza nella gestione dei casi complessi, per i quali è decisivo il coordinamento delle azioni nei diversi contesti;
- carenza generale di risorse umane e strumentali, non solo rispetto ai bisogni prevedibili dai dati epidemiologici ma rispetto al numero degli utenti che, rivolgendosi ai servizi, esprimono una domanda sempre più articolata e specifica, nonché all'esigenza di una più stretta collaborazione con le istituzioni educative;
- mancanza di un collegamento organico e sistematico tra le agenzie sanitarie, sociali, educative ecc. per la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e formazione volte alla promozione della salute psichica in età evolutiva;
- carenza nella organizzazione della componente ospedaliera della rete dei servizi con un elevato tasso di ricoveri presso strutture ospedaliere di altre regioni;
- messa in atto di azioni generiche di sostegno, trascurando la specificità e l'urgenza del bambino e della famiglia;
- persistere della contrapposizione tra trattamenti psicoterapici ed interventi di riabilitazione funzionale;

- carenza di “spazi” e luoghi di ascolto e di rilevazione del disagio e della sofferenza psicologica della popolazione adolescenziale.

Azioni del triennio

Le azioni di seguito elencate rappresentano le linee di programmazione strategica, a cui viene affidato il compito di individuare le scelte e le priorità fondamentali e di identificare le esigenze di innovazione della legislazione sanitaria regionale nel campo della Tutela della Salute Mentale.

Le peculiarità di tale area, richiamate nella parte introduttiva del presente paragrafo, richiedono però che sia garantito lo stretto collegamento con la programmazione attuativa, attraverso uno strumento che declini in contenuti utilizzabili annualmente a livello di Documento Annuale di Programmazione (DAP), e della Agenzia Umbria Sanità (AUS) per i suoi rapporti con le singole aziende sanitarie, le azioni stesse, in modo da bilanciare disequilibri territoriali e fornire garanzia di standard e modelli operativi omogenei, mantenere un livello adeguato delle risorse umane alle crescenti esigenze di cura e di assistenza.

Tale strumento è rappresentato dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale regionale 2009-2011. In esso, le linee di sviluppo individuate nel PSR saranno descritte da obiettivi annuali, dalla individuazione di un piano graduale di reintegro di risorse e di meccanismi di verifica per le aziende, articolati per le singole aree territoriali.

Il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale viene elaborato, a partire dalla definitiva approvazione del PSR 2009-2011, da un organismo tecnico composto da rappresentanti della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, dalla consulta dei responsabili dei DSM, dai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie, da idonea rappresentanza della Agenzia Umbria Sanità e dal Coordinamento Tecnico Regionale per la salute mentale.

A. Riordino dei servizi nella prospettiva dell’integrazione

Strumenti generali di integrazione

L’integrazione richiede condizioni e strumenti, che facilitino il monitoraggio, la valutazione, la promozione, il coordinamento. Per farvi fronte è necessario:

- attivare una consulta permanente dei responsabili dei DSM, integrata dagli uffici regionali;
- costituire un organo collegiale di coordinamento tecnico per la salute mentale, presso la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, per fornire i

risultati del monitoraggio dello stato dei Servizi; valutazioni del governo clinico; proposte per garantire una omogeneità della rete; suggerimenti su forme di collaborazione inter Azienda USL; indicazioni sulle iniziative formative; il fabbisogno di ricerca per la programmazione e la valutazione dei servizi, composto dai responsabili dei CSM, dei SPDC, dei servizi per l'età evolutiva, da una rappresentanza delle strutture intermedie, della Cooperazione sociale, dell'associazionismo e del volontariato;

- implementare un flusso regolare di dati dalle aziende sanitarie alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali da integrare con la rete del sistema informativo sanitario regionale;
- realizzare periodicamente una Conferenza di coinvolgimento della comunità regionale per la restituzione dei risultati di attività e degli esiti di salute.

Distretto e DSM

Il Distretto deve saper utilizzare le prerogative di coordinamento del DSM; il DSM deve potersi rapportare correttamente al Distretto. A tal fine occorre ridisegnare un modello che combini la molteplicità dei Distretti, in cui si articola l'ASL, e la unicità del DSM. Una volta risolte queste difficoltà si può attribuire al DSM la funzione di luogo centrale della rete di salute mentale, con i compiti di tenerla in piedi, curarne la manutenzione, sollecitarla, ampliarla, arricchirla, proteggerla.

A tal fine un contributo può venire dalla costruzione di "Linee guida" per le aree più importanti della salute mentale, che costituiscano un utile strumento di verifica della pratica corrente.

La stessa costruzione sarà occasione per discutere strategie condivise.

SPDC in ospedale

Ribadendo quanto costantemente affermato nei precedenti PSR e in altri documenti regionali è necessario che i SPDC siano collocati negli ospedali dell'emergenza, con ciò ottimizzando la fruibilità di tutte le competenze specialistiche utili ad un paziente ricoverato e tutte le opportunità di intervento rapido in caso di necessità; d'altra parte la presenza di un servizio stabile, funzionante a tempo pieno, garantisce ai Reparti e ai Servizi dell'Ospedale consulenza e collaborazione psichiatrica, senza la necessità di trasferire i pazienti da un reparto all'altro.

Le convenzioni interaziendali e i protocolli intraaziendali, ispirati al principio della integrazione, regoleranno i rapporti tra SPDC e gli altri servizi ospedalieri, garantendo l'inserimento del SPDC nel DSM.

I Servizi dedicati alla salute mentale in età evolutiva

- Definizione univoca di un modello organizzativo dei Servizi di *Neuropsichiatria e Psicologia Clinica dell'Età Evolutiva*, altrimenti denominati di *Salute Mentale e Riabilitazione dell'infanzia e dell'adolescenza*[11] (denominazioni entrambe presenti in Umbria, ma interpretate diversamente ed a cui non corrisponde nella realtà regionale una definita entità gestionale) che si occupano delle patologie neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche e sensoriali dell'Età Evolutiva. E' cruciale l'assetto unitario di tali Servizi, affinché possano rispondere compiutamente, nel corso della crescita, a bisogni di cura complessi e mutevoli. E' auspicabile almeno una Unità Operativa Complessa per ogni Azienda U.S.L. ed una Unità Operativa semplice per ogni ambito distrettuale. La dotazione di risorse va determinata in base a criteri univoci correlati al bacino di utenza ed alle competenze necessarie per affrontare i compiti assegnati. Il collegamento funzionale con i servizi per gli adulti sia di salute mentale che di riabilitazione è necessario per garantire la continuità delle cure nelle età di passaggio, favorire il coordinamento degli interventi diretti a membri di uno stesso nucleo familiare e perseguire strategie di promozione della salute mentale univoche ed integrate.
- Afferenza dei servizi per l'età evolutiva ai Dipartimenti di Salute Mentale e, a discrezione di ogni singola AUSL, anche ad altri dipartimenti di competenza, purché venga salvaguardata l'autonomia e la unitarietà dell'area. In questo modo si intende sia facilitare il coordinamento su base regionale che uniformare, attraverso protocolli analoghi, l'integrazione funzionale con tutte le figure primariamente dedicate all'assistenza dei minori (pediatri, assistenti sociali) e con le Strutture Ospedaliere (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Pediatria, Neurologia, Neurofisiopatologia ecc.). Al fine di migliorare le *Sinergie di Sistema* estese oltre l'ambito socio-sanitario, andranno definiti percorsi uniformi di collaborazione con le Istituzioni Educative, Giudiziarie, le associazioni di familiari e di volontariato.
- Attuazione in via sperimentale di almeno una Struttura Intermedia, della tipologia Centro diurno, dedicata primariamente alla cura e alla riabilitazione di gravi disturbi psicopatologici in età adolescenziale.
- Istituzione di Unità Operative Ospedaliere di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza inserite in una delle Aziende Ospedaliere o collegata ad una Unità Operativa Complessa Territoriale, al fine di evitare la dispersione di risorse impegnate in ricoveri fuori Regione ed implementare percorsi di cura integrati ospedale-territorio utili in numerose condizioni cliniche, ma assolutamente indispensabili in caso di emergenze psichiatriche in età evolutiva.
- Dare continuità al Progetto Regionale sull'Autismo (Progetto per promozione della salute dei minori affetti da autismo e sperimentazione dei trattamenti educativo-

[11] Vi è una sostanziale convergenza nella attribuzione di una autonomia gestionale e nella definizione delle figure professionali necessarie, ambiti operativi (mission) e strategie di collegamento con soggetti esterni nei documenti di indirizzo a valenza nazionale (*Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1998-2000 e Progetto Obiettivo Materno Infantile collegato al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*), nei documenti di indirizzo emanati da altre Regioni e dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

comportamentali nella cura dei bambini autistici. D.G.R. n.1994 del 22.11.2006) con la costituzione di un Centro di Riferimento Regionale per l'Autismo in grado di:

1. offrire consulenza e supporto operativo ai servizi territoriali per l'attuazione di trattamenti di provata efficacia;
2. promuovere una sperimentazione sull'impiego di strategie innovative volte a garantire una migliore continuità assistenziale estesa all'età adolescenziale ed adulta, sostenendo attivamente l'inclusione sociale e forme appropriate di residenzialità protetta e di inserimento lavorativo;
3. collaborare con agenzie educative ed associazioni di utenti nell'attuazione di iniziative di sensibilizzazione e formazione sul tema dell'autismo.

- Rendere pienamente operativi i Centri di Riferimento Regionale per l'ADHD garantendo: consulenza e collaborazione ai servizi territoriali per l'attuazione di percorsi diagnostici e terapeutici appropriati sulla base delle indicazioni emanate dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana del Farmaco.
- Contrastare il maltrattamento e l'abuso all'infanzia dando piena attuazione alle linee di indirizzo già emanate (D. G. R. 559/'98, D.G.R. 810/'00 e Delibera Consiglio Regionale 20/2000 *indirizzi per azioni in materia di maltrattamento , violenza ed abuso sessuale verso le donne e l'infanzia)* , anche attraverso un adeguamento dei compiti propri di ciascun soggetto istituzionale coinvolto: rendere accessibili su tutto il territorio regionale le competenze tecniche specifiche necessarie al trattamento dei minori ed al supporto alle famiglie e garantire consulenza multidisciplinare ai Servizi Sociali e Sanitari del territorio e dell'area ospedaliera attraverso Centri di Riferimento provinciali o regionali; elaborazione di strategie complessive per il contrasto al fenomeno che coinvolgano anche Organi Giudiziari, Forze dell'Ordine ed Agenzie Educative.
- Attivazione su tutto il territorio regionale, per la popolazione adolescenziale, di "spazi" di ascolto e di rilevazione del disagio e della sofferenza psicologica. In questa prospettiva l'ambito sanitario può agire primariamente in forma indiretta, attraverso la collaborazione con le agenzie educative e sociali del territorio. Complemento indispensabile alla rete di ascolto è la costruzione di canali di accesso alle cure, differenziando i luoghi di erogazione in funzione delle esigenze cliniche specifiche e delle fasce d'età; vanno anche valorizzati luoghi di cura non connotati in senso psichiatrico (consultori e centri di salute) e privilegiate, quando possibile, modalità di gruppo, sia per il trattamento dei ragazzi che per la sensibilizzazione ed il sostegno ai loro interlocutori adulti.

B. Garantire una presa in carico efficace

<u>Presa in carico delle persone con problematiche complesse e gravi, a rischio di cronicizzazione e di socializzazione, con trattamenti di lunga durata. Tali persone</u>

richiedono un'attenzione maggiore e, per evitare l'abbandono, va previsto un coordinamento tra i diversi CSM e con gli altri soggetti della rete, al fine di trovare idonee soluzioni.

Favorire la disponibilità, nei singoli CSM, di programmi di supervisione del lavoro di équipe, quale contributo al consolidamento delle buone pratiche e del miglioramento continuo della qualità, per facilitare la stabilità della presa in carico e il superamento della conflittualità interprofessionale.

Favorire e sostenere l'assistenza domiciliare, anche con risorse adeguate, come strumento valido nel recupero e mantenimento delle relazioni con il proprio ambiente di vita (famiglia, contesto sociale…) per prevenire l'inserimento in strutture ad alta protezione assistenziale e l'allontanamento da una rete sociale che va valorizzata. L'assistenza domiciliare è anche un importante sostegno alle famiglie nel supportare la convivenza con persone affette da malattia mentale. Si caratterizza infatti come intervento unitario e globale, integrato con le attività sanitarie, svolto presso il domicilio dell'utente, nonché in tutti gli ambiti comunitari utili al processo riabilitativo e di risocializzazione.

Affido etero familiare di persone adulte con disagio psichico

L'affido etero familiare ha lo scopo di offrire al paziente psichiatrico un contesto relazionale idoneo a promuovere il suo benessere psico-fisico , qualora il paziente non sia in grado di vivere da solo e sia la famiglia che i parenti siano assenti o nell'impossibilità di provvedere a lui.

L'affido eterofamiliare si colloca nell'ambito del progetto riabilitativo individuale elaborato dall'equipe del servizio psichiatrico territoriale ed è finalizzato a favorire : un successivo percorso di autonomia; il reinserimento nella famiglia di appartenenza o in una struttura residenziale; interventi alternativi alla istituzionalizzazione precoce.

Sanità penitenziaria

1. Riformulazione dei programmi del DSM per quanto riguarda la sanità penitenziaria

In applicazione della deliberazione della Giunta regionale del 9 giugno 2008, n. 682, secondo le modalità esecutive che saranno a suo tempo predisposte dalle Direzioni generali delle ASL, i DSM riorganizzeranno i propri progetti di intervento a favore di detenuti e internati sottoposti a provvedimento penale, avendo presenti le valutazioni di efficacia e di efficienza messe a disposizione dall'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria. Immetteranno anche, nella realizzazione dei programmi il personale transitato dall'Amministrazione penitenziaria a quella sanitaria, applicando i protocolli di pertinenza che saranno eventualmente stesi dalla conferenza stato – regioni, garantendo

la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica ai detenuti e internati, secondo gli schemi di riferimento trasmessi dalla Regione.

2. Superamento graduale della utilizzazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

L'Assessorato alla sanità si impegna a promuovere una ricerca wsull'attuale internamento di cittadini umbri in OPG in modo da giungere a una valutazione dell'entità del fenomeno. Costituirà anche un Gruppo di studio sulle soluzioni alternative all'internamento in OPG e di collocazione in caso di dimissione anticipata, soluzioni che garantiscano la cura adeguata dei disturbi psichici che hanno portato, in sede giudiziaria, al proscioglimento dell'imputato e garantiscano anche una neutralizzazione della pericolosità sociale eventualmente esistente. Il gruppo di studio, costituito da operatori dei DSM della Regione, si attiverà, in una seconda fase, come gruppo operativo per formulare progetti individuali e monitorarne l'attuazione. Si ritiene che problemi di questo tipo, in cui oltre le caratteristiche personali dei pazienti psichiatrici, hanno importanza le reazioni ambientali che il gesto criminoso ha prodotto, debbano trovare una soluzione di socializzazione che non necessariamente deve coincidere con quella di provenienza. Pertanto è necessario attivare una collaborazione tra i DSM delle diverse Aziende.

<u>Emergenza e urgenza</u>

Giungere a definire procedure omogenee in tutto il territorio regionale per:

- sviluppare attenzione alla prevenzione delle urgenze (monitorando i programmi di cura, avvicinando le persone poco motivate, e con programmi di informazione atti a permettere interventi più precoci senza attendere manifestazioni eclatanti e drammatiche);
- precisare le modalità di intervento dei CSM nelle situazioni di urgenza psichiatrica;
- precisare i compiti di medici di continuità assistenziale, 118 insieme o in sostituzione dei CSM;
- definire l'applicazione corretta le procedure di ASO e TSO;
- prevedere opportunità assistenziali post-ricovero da utilizzare in continuità della dimissione dal SPDC, anche per rendere la più breve possibile la permanenza in esso;
- prevedere protocolli condivisi (tra i Servizi di Pronto soccorso degli ospedali e DSM sulle modalità di intervento in consulenza e nelle fasi post-consulenza). La stesura dei protocolli dovrebbe essere preceduta da una formazione comune a tutti i professionisti che intervengono nell'urgenza;
- coordinare l'intervento dei CSM, in casi di richiesta di intervento di urgenza per persone non conosciute dal servizio, con operatori sociali, per evitare l'indebita psichiatrizzazione di comportamenti abnormi, con o senza componenti aggressive, sono manifestazioni di situazioni socialmente intollerabili;

- porre particolare attenzione al le acuzie manifestate da soggetti con dipendenza da sostanze che presentano difficoltà superiori a quelle dei pazienti psichiatrici o di pazienti organici per i quali gli ospedali sono attrezzati o comunque hanno una prassi consolidata.

Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali

Per superare il punto critico riscontrato nella collaborazione tra CSM e Strutture residenziali appare di primaria importanza una strategia di DSM, finalizzata alla costituzione in rete delle strutture residenziali, al fine di colmare eventuali squilibri territoriali e di qualificare ciascuna di esse per specificità di programmi e di bisogni, con una differenziazione della intensità assistenziale finalizzata a favorire l'esercizio della acquisita autonomia da parte dei pazienti, fino alla dimissione anche dal SPDC o all'avvio verso una domiciliarità protetta e supportata.

E' indispensabile la collaborazione tra i MMG e le équipe dei Servizi territoriali, soprattutto sfruttando le opportunità organizzative dei "centri di salute".

E' altresì fondamentale instaurare una integrazione interdipartimentale per i casi complessi in cui la fruizione coordinata delle competenze psichiatriche, farmacologiche nonché infettivologiche, dovunque siano presenti nei servizi, è necessaria per il progetto terapeutico e per la gestione del caso, al fine di migliorarne la presa in carico. Una tale collaborazione faciliterebbe una maggiore utilizzazione dei servizi a bassa soglia, di cui i SerT hanno fatto esperienza, e che sarebbero utili anche per azioni preventive e curative del disagio mentale.

C. Favorire l'inclusione sociale e la difesa dei diritti di cittadinanza

Inclusione

Un'idea forte di una politica della salute mentale è la partecipazione dei cittadini per definire e condividere priorità, modalità di far emergere il bisogno, strategie di intervento precoce. Con ciò si costruisce, a partire dalla realtà locale, una nuova cultura ma anche si accumula nuovo capitale sociale, spendibile in azioni correttive, di sostegno, di integrazione.

Le dimensioni del problema salute mentale hanno portato la comunità umbra attraverso un'iniziativa della Giunta Regionale, a proporre un "Patto per la Salute Mentale", da stipularsi con i protagonisti e i responsabili delle azioni socialmente rilevanti, per superare l'autoreferenzialità e l'autosufficienza del sistema sanitario, nella tutela e promozione della Salute Mentale.

La logica del patto richiede azioni concrete e non solo adesioni ai principi. Il "Patto" non è un modo per deresponsabilizzare il sistema sanitario rispetto ai suoi compiti nella tutela della Salute Mentale. Il "Patto" avrà una maggiore credibilità politica se le istituzioni metteranno a disposizione e renderanno accessibili servizi di qualità.

L’attivazione del “Patto per la Salute Mentale” fa parte delle raccomandazioni di questo Piano Sanitario.

Inserimento lavorativo

Come affermato ancora una volta dalle “Linee di indirizzo per la salute mentale”, il DSM costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale che garantisce il percorso personalizzato per l’utente, anche per quanto riguarda l’area lavoro.

In particolare l’organizzazione dipartimentale deve “esercitare un’opera di promozione da parte delle Agenzie locali competenti affinché operino per la concreta realizzazione del diritto al lavoro per tutti i fruitori dei propri servizi”. L'inserimento nel mondo del lavoro e l'autonomia economica sono fattori estremamente importanti per l'integrazione sociale delle persone con disabilità come riaffermato anche nella DGR 21/2005 al punto “Programmi di formazione e inserimento lavorativo di supporto ai percorsi terapeutici”.

Elemento critico è il mercato del lavoro: i più deboli sono quelli che rischiano di divenire oggetto di sfruttamento economico e sono anche i primi ad essere espulsi da questo.

La legislazione italiana in tema di persone con disabilità ha avuto un’evoluzione significativa con la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

L’esperienza umbra è molto variegata e instabile pur evidenziandosi un sempre maggiore utilizzo di strumenti specifici per l’area lavoro a fronte di una sempre maggiore difficoltà nell’occupazione.

Il Piano Sociale Regionale prevede i SAL, servizi finalizzati a promuovere e favorire percorsi di accompagnamento al lavoro personalizzati a favore delle fasce deboli (dal perseguimento di obiettivi socio assistenziali fino alla formazione professionale mirata alla occupazione). La collaborazione con tali servizi permette di attivare percorsi individualizzati ed efficaci perché strutturati in modo da coinvolgere l’intera rete in cui sono inseriti i soggetti coinvolti nel caso affrontato. La sopraccitata DGR 21 prevede una stretta integrazione con il comparto sanitario

I SAL hanno costruito e standardizzato percorsi e strumenti (tirocinio formativo, borsa lavoro, ILSA, oltre alla funzione di orientamento). Possono contare su una crescente professionalità di operatori competenti degli ambienti lavorativi, ed in grado di coinvolgere tutti gli altri servizi nel trattamento del caso.

Il SAL è dunque uno strumento privilegiato per favorire l’accompagnamento al lavoro dei pazienti dei servizi psichiatrici.

Per garantire efficacia all’inclusione lavorativa sono necessari:

- stretta integrazione tra servizi invianti e SAL;
- continuo monitoraggio congiunto dei casi in carico in modo da favorire la personalizzazione e la ridefinizione tempestiva del progetto;
- utilizzo dello strumento ”alternanza scuola lavoro” (D.Lgs.77 del 15.4.05);
- progetti privilegiati per persone inserite in programmi residenziali psichiatrici;
- integrazione tra i diversi percorsi (Centri per l’impiego, Sportello L.68, SAL e Servizi Psichiatrici) con condivisione delle informazioni;
- buone prassi tra Centro per l’Impiego, SAL, e lo sportello provinciale L. 68;

- necessità di individuare adeguati percorsi di uscita dal progetto SAL in modo da evitare il rischio di saturazione;
- necessità di obbligo reale di assunzione per le aziende una volta terminato il progetto condiviso;
- promozione e sostegno alle COOP B;
- progetti specifici di inclusione sociale come evoluzione delle ILSA;
- stabilità del personale dei SAL e dei Centri per l'impiego.

Benché ci sia la consapevolezza che il lavoro rappresenta un obiettivo imprescindibile di qualsivoglia progettualità d'inserimento sociale, a tutt'oggi, pur all'interno dei significativi risultati raggiunti, l'inserimento lavorativo rimane limitato e con una forte impronta assistenzialistica; con percorsi poco evolutivi e scarsa o nulla contrattualità sociale.

Da qui l'esigenza, in questo Piano, di prevedere, a fianco delle esperienze d'integrazione sopraccitate, un ulteriore superamento delle forme socio assistenziali verso nuove ipotesi progettuali.

Un concetto a cui far riferimento è quello dell'impresa sociale. In senso lato l'impresa sociale è un lavoro di attivazione di risorse, di sinergie, di trasformazione culturale, di connessione tra mondi di norma separati che, concretamente, avvia l'accesso materiale al mondo del lavoro ed al diritto di cittadinanza; un'impresa che:

- crei valore sociale aggiunto;
- abbia un carattere imprenditoriale economico, ma anche d'imprenditorialità sociale;
- promuova nuove reti e nuovi rapporti tra soggetti sociali.

D. Formazione

Si sottolinea la necessità, in questa fase, di interventi strutturali sulle risorse professionali. E' indispensabile garantire formazione ed aggiornamento al personale di ciascun profilo professionale, anche della Cooperazione sociale, in modo da promuovere lo sviluppo e la crescita delle competenze necessarie nel contesto specifico dei servizi di salute mentale di comunità. Ciò riguarda sia le competenze professionali di ciascun profilo, declinate in accordo con le evidenze e le pratiche della psichiatria di comunità, sia le competenze relative al lavoro di équipe, che le competenze organizzative volte alla migliore gestione ed utilizzazione del sistema dipartimentale.

Ciò comporta una più stringente collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia, Facoltà di Medicina.

E. Ricerca e Valutazione

Le attività di ricerca relative all'epidemiologia dei disturbi psichici nella popolazione, all'utilizzazione dei servizi di salute mentale, all'efficacia nella pratica di trattamenti specifici ed alla valutazione degli esiti dei sistemi di cura, hanno mostrato importanti potenzialità se svolte nel contesto reale di attività dei servizi di salute mentale. Anche nella nostra regione, nell'ambito della realizzazione del DVSS (Documento di Valutazione sui

determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale), sono stati individuati indicatori di esito delle attività dei servizi psichiatrici e sono stati analizzati i risultati derivanti dall'utilizzo di flussi di dati amministrativi, in particolare relativi alle risposte di ricovero ospedaliero. E' necessario dare continuità e sviluppo a tali esperienze per la importante ricaduta valutativa sul lavoro e sulla crescita dei servizi di salute mentale, per la loro rilevante funzione formativa e perché consentono un confronto all'interno della comunità scientifica nazionale ed europea.

F. Accreditamento dei servizi di salute mentale ed attività di Miglioramento di Qualità

Tale area è connessa ad una duplice esigenza.

Da un lato c'è necessità di un perfezionamento delle norme, e di una migliore determinazione delle procedure, nell'ambito delle attività di accreditamento istituzionale.

Questo implica la necessità di sviluppare la definizione dei requisiti ulteriori (di struttura e di processo) per i servizi di salute mentale territoriali ed ospedalieri (pubblici e privati).

Ciò risulta di particolare rilevanza per le strutture residenziali e semiresidenziali, ovvero per quegli ambiti della attività psichiatrica di comunità in cui è più necessario, per il rischio di riprodurre marginalità e separatezza, l'attività di verifica dei requisiti di qualità strutturale, assistenziale, di integrazione con i presidi di cura, di inserimento nei contesti sociali.

Su di un altro versante, si tratta di promuovere attività di Miglioramento Continuo di Qualità nei servizi di salute mentale, sia territoriali che ospedalieri, e nelle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali.

Le metodologie dell' "accreditamento tra pari", e l'utilizzazione di Manuali di Qualità, prodotti attraverso sistemi di validazione fondati sul consenso tra professionisti, si prestano a tale scopo.

La partecipazione degli utenti e dei familiari e l'integrazione del loro punto di vista in tali attività valutative e di promozione di qualità, è di centrale importanza.

La adesione ad attività formative in questo campo, e ad attività di visite reciproche, promosse da società scientifiche, dovrà essere favorita da parte dei DSM umbri.

9. La salute delle donne

La promozione del diritto alla salute delle donne, inteso come diritto forte che promuove tutti gli altri diritti, economici e sociali, civili e politici per tutti i cittadini/e, è quindi uno dei temi fondanti per una sanità che ponga attenzione all'equità e alle tante differenze legate al *genere* che esistono anche nella salute.

Le differenze di 'genere' danneggiano la salute fisica e mentale di un numero incalcolabile di donne, causa della disparità legate alle minori risorse, potere, autorità e controllo (WHO, 2007).

Il 'genere' è una costruzione a più facce.

E' composto dal ruolo sociale, dai comportamenti, da valori e attitudini, da fattori legati all'ambiente sociale oltreché biologici e fisici.

Una delle interessanti conseguenze di questa compresenza di variabili socio-culturali e biologiche è che, sino a pochi anni orsono, l'aspetto biologico era considerato essere il 'predittore' per eccellenza degli outcome di salute (Anderson, 2006).

Non si è valorizzato il fatto che il 'sesso' si correla quasi sempre ad una serie di comportamenti, modelli e stili di vita che producono 'il genere' e che sono per lo più i responsabili dei livelli raggiunti e raggiungibili di salute.

Benché fattori biologici e relativi agli stili di vita giochino un ruolo importante nel determinare le differenze di 'genere' nella salute, la letteratura mostra come, pur aggiustando per tutti i fattori di rischio noti, rimangano delle sostanziali differenze tra uomini e donne quando il solo l'indicatore usato è la mortalità (Wingard, 1984).

In letteratura si ipotizza che la maggior morbosità nel sesso femminile derivi dalla combinazione di stipendi più bassi, molto tempo dedicato alla gestione della casa ed alla cura dei figli e minor tempo dedicato allo svago; alcuni studi (Bird, 1991; Gove, 1979) dimostrano che, quando si controlli per l'effetto delle variabili citate, le differenze tra i sessi in termini di morbosità scompaiono, a differenza di quanto osservato per la mortalità.

Infine, uno studio condotto in Australia (Sayer, 1996) giunge alla conclusione che i differenziali di morbosità, oltre a riflettere differenze biologiche, suggeriscono che la differente percezione del proprio stato di salute, la diversa attitudine alla prevenzione e alla richiesta di aiuto, siano fattori importanti nella storia naturale delle malattie.

Da queste evidenze emerge come il 'genere' sia, quindi, di per sé un determinante chiave della salute (Cohen, 1998).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act a testimonianza di come l'equità sia un principio che si applichi non solo all'accesso ma anche all'appropriatezza della cura, a poter disporre cioè della terapia più consona al singolo genere. Per troppo tempo, infatti, la ricerca in medicina ha lavorato pensando esclusivamente al maschile: i trial sono sempre stati condotti su popolazioni composte prevalentemente da uomini, gli argomenti, i metodi, le successive analisi sono state condotte utilizzando una prospettiva maschile e sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne.

Sempre il WHO nel 2002 ha tracciato un importante rapporto sulla Violenza e sui rapporti con la salute, segnalando come la violenza proprio contro le donne, sia un problema così rilevante da considerarlo un problema di salute pubblica, che richiede quindi un approccio multidisciplinare ed osservando come gli operatori sanitari siano spesso i primi entrare in contatto con le vittime della violenza, e debbano possedere capacità tecniche uniche poiché all'interno della comunità sono in una posizione particolarmente favorevole per aiutare i soggetti a rischio .

E' stata individuata anche in Europa come priorità la raccolta dei dati sulla violenza in ogni paese attraverso specifiche ricerche ed in Italia l'ISTAT nel 2006 ha pubblicato una indagine su 24.000 donne intervistate in tutte le regioni italiane che mostrava la grave diffusione del fenomeno nel nostro paese. Infatti rivela che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000; che circa un milione di donne ha subìto stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subìto almeno una violenza fisica o sessuale dal partner, ma solo il 7% lo denuncia. Il fenomeno pertanto resta sommerso, specie per ciò che avviene nelle mura domestiche. Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l' hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite.

Studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali croniche a seguito della violenza, che oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile. Sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastroenterologiche, sui disturbi alimentari, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'OMS alla presenza patologie mentali e alla depressione, fino al suicidio.

Da non dimenticare che differenze di genere sono presenti tra le numerose migranti che partoriscono in Italia contribuendo ad aumentare il numero dei nati, che nel nostro Paese è altrimenti scarso. Tra i nati delle donne immigrate c'è una significativa maggior percentuale di parto pre-termine, con basso peso alla nascita. Anche la natimortalità pesa per un 4 per mille rispetto un 3 per mille delle italiane ed inoltre il dato rispetto alla mortalità neonatale precoce, che mostra un 8 per mille rispetto 2 per mille delle italiane, è un elemento preoccupante, che richiede interventi mirati. Una attenzione particolare dovrà pertanto essere posta nello sviluppo della mediazione culturale.

Per la frequenza e la gravità dei problemi di salute correlati alla scarsa attenzione posta alle differenze di genere, pare quindi oggi prioritario sottolineare quanto l'attenzione ai diritti delle donne alla salute sia uno degli strumenti più potenti e diretti per ridurre le disuguaglianze.

Un recente documento del WHO (WHO, 2007) elenca alcune 'azioni essenziali' che, se perseguite, possono contribuire a ridurre tali diseguaglianze.

1. Lavorare sulle dimensioni strutturali delle differenze di genere (leggi, risorse ed infrastrutture, etc), in particolare utilizzare efficacemente lo strumento legislativo per

garantire l'uguaglianza di genere anche in situazioni di radicali cambiamenti dal punto di vista economico ed utilizzare l'educazione come strumento per l'*empowerment*.

2. Sfidare gli stereotipi di genere e adottare strategie multilivello per modificare le pratiche che danneggiano direttamente le donne.

3. Ridurre il rischio sulla salute considerando maggiormente le esposizioni proprie di genere, ma valutando accuratamente anche il contesto socio economico che determina tali esposizioni (politiche per la famiglia, per l'occupazione).

4. Migliorare l'accesso ai servizi sanitari rendendoli più consoni alle esigenze delle donne, in particolare garantendo l'uguaglianza di accesso a parità di bisogno.

5. Aumentare le evidenze sulle differenze di genere attraverso la ricerca, costruendo un set di indicatori 'genere sensibili'.

6. Supportare le organizzazioni che danno voce alle differenze di genere.

Se le azioni essenziali forniscono indubbiamente un punto di riferimento per i singoli Paesi, l'aspetto cruciale è attraverso quali 'attività strategiche' esse vengano perseguite

Proprio partendo da queste considerazioni e dalle indicazioni del WHO, che derivano dai principi stabiliti dalla conferenza mondiale di Pechino (1995) e quindi dalle indicazioni delle Nazioni Unite con i Millennium Goals del 2000, è stata istituita dal Ministero della Salute nel 2007, una Commissione Nazionale per la Salute delle Donne, formata da più di 80 soggetti di tutte le professionalità, con il compito di analizzare i dati italiani e di dare indicazioni al Ministero e alle Regioni , partendo da una visione di genere.

E' nato così il "I° Rapporto sullo Stato di Salute delle donne in Italia" dove notevole è il contributo in termini di dati e di bibliografia. (vedi allegato) e di raccolta di Buone Pratiche, per arrivare a dare indicazioni e proposte.

Infatti vengono scelti come temi principali su cui dovranno essere concentrate le azioni da sviluppare :

Il Percorso nascita
La Salute sessuale e riproduttiva
La Salute in tutte le età della vita /la medicina di genere
La Prevenzione dei tumori nelle donne
La Violenza contro le donne

Si evincono pertanto da questo Rapporto Nazionale come indicazioni per il Triennio

Nel PERCORSO NASCITA, ripartendo dalle indicazioni del POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000):

- l'umanizzazione di tutto il percorso con l'adeguamento tecnico e scientifico del personale coinvolto per mantenere criteri di efficacia e di equità con la massima integrazione con i Consultori Familiari nell'organizzazione dipartimentale;
- l'informazione e l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa attraverso corsi di accompagnamento alla nascita;
- la riduzione dei tagli cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello (l'Umbria è sopra la media italiana con 31.4% nel 2004);

- la prevenzione delle situazioni di emergenza ostetrica-neonatologica attraverso la regionalizzazione dell'assistenza perinatologica integrata tra i vari livelli e l'attivazione ed organizzazione del Servizio di Trasporto Assistito materno e neonatale con criteri di trasferimento della gravida e neonato;

- il miglioramento del benessere psico-fisico della puerpera e del neonato anche attraverso l'offerta attiva di visite domiciliari;

- la promozione dell'allattamento materno e in particolare dell'allattamento al seno nelle strutture intensive e subintensive neonatali, dove assume il ruolo fondamentale di "Safe Life" con riduzioni significative di quadri patologici e di ricoveri impropri nonché di abbassamento del rischio metabolico nell'età adulta. In riferimento a questo specifico obiettivo vanno create le condizioni ottimali per l'allattamento al seno, con la possibilità per i genitori di accedere nei reparti 24h/24h, e risoluzione degli ostacoli logistici e di organizzazione assistenziale.

.

Per la SALUTE SESSUALE e RIPRODUTTIVA

- prevenzione delle Interruzioni Volontarie della Gravidanza (IVG) favorendo in vario modo l'ancora scarsa diffusione della contraccezione (anche attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale) e politiche attive di prevenzione per le donne immigrate;
- migliore organizzazione dei reparti per l' IVG , attraverso finanziamenti adeguati . Se l'intervento rimane tra i primi DRG (3° nella nostra Regione), i reparti spesso non usufruiscono né di locali né di strumentazione né di operatori legati alle richieste reali, spesso ritardando o impedendo l'accesso all'intervento;
- protezione della fertilità sia attraverso la prevenzione e la terapia delle malattie sessualmente trasmesse sia attraverso l'informazione e la formazione, utilizzando i fondi già previsti nella legge 40/04.

Per la SALUTE in TUTTE le FASI della VITA

- porre una attenzione particolare alla Medicina di Genere con il sostegno e la promozione della ricerca e della formazione che tengano sempre conto della variabile " essere donna" in ogni ambito della salute;
- costruire un set di indicatori 'genere sensibili' e servizi capaci di ascolto;
- supportare le organizzazioni che danno voce alle differenze di genere.

Per la PREVENZIONE dei TUMORI nelle DONNE

- mantenere alta la vigilanza rispetto ai tumori del polmone, del colon retto e della cute che stanno crescendo tra le donne, favorendo corretti stili di vita sia rispetto all'uso di alcool che del tabacco che delle abitudini alimentari e dell'esposizione agli UVA;
- integrare con i nuovi programmi di prevenzione primaria ed aumentare il livello di risposta alle chiamate attive per le prevenzione secondaria attuata con gli screening per Ca cervicale oltre che per la mammella.

Per la VIOLENZA contro le DONNE

Poiché la violenza (fisica, sessuale, psicologica ed economica) contro le donne è un problema complesso e diffuso, ma non abbastanza individuato ed espresso.

Si propone :

- piano di formazione regionale, rivolto non solo ad operatori sanitari dell'emergenza ma anche alle forze di polizia, servizi sociali, istituzioni giuridiche;
- apertura di almeno uno sportello regionale con personale formato nei Pronto Soccorsi, legato ad un Centro antiviolenza e sportelli anche nei Consultori Familiari;
- raccolta omogenea dei dati (DRG a livello nazionale) e raccolta delle prove adeguate per fase giudiziaria.

A questi obiettivi già individuati a livello nazionale, partendo da ciò che è stato possibile evidenziare dalle informazioni raccolte, è necessario specificare nella attuale situazione regionale, in particolare per quanto riguarda i servizi territoriali ed i collegamenti con tutti i successivi livelli, le seguenti:

AZIONI individuate per il triennio

Azioni specifiche contro la VIOLENZA sulle DONNE

Per rispondere ad una problematica estremamente complessa, è opportuno realizzare interventi articolati ed integrati, che coinvolgano le strutture socio- sanitarie, gli enti istituzionali, l'autorità giudiziaria, le forze dell'ordine e la rete del volontariato.

E' necessario pertanto prevedere:

- sensibilizzazione di tutti gli operatori socio sanitari affinché imparino a identificare segnali anche minimi che identifichino situazioni di violenza;
- attivazione di punti di accoglienza 24h/24h qualificati, almeno a livello provinciale, che sappiano ascoltare ed accogliere le vittime in modo empatico e che garantiscono un ambulatorio dedicato, assicurino la privacy e la mediazione culturale, un kit adeguato, l'attivazione di procedure giuridiche e le prestazioni di varie figure professionali, preferibilmente donne;
- costruzione di protocolli interaziendali per l'attivazione di sistemi di rete interistituzionale in grado di accogliere le vittime della violenza e permettere loro l'allontanamento dai luoghi della violenza (collegamento con rete nazionale antiviolenza);
- attivazione di un sistema informativo per la raccolta ed il monitoraggio dei dati in collegamento con quelli della Questura e del Telefono Donna;
- messa a punto di una campagna d'informazione in collaborazione con il CPO regionale, gli assessorati ed i Comitati per le Pari Opportunità .

<u>Piano di priorità organizzative</u>

- ribadire l'importanza, ai fini del governo clinico, che i Servizi Consultoriali afferiscono al Dipartimento Materno Infantile;
- rivedere gli assetti organizzativi e le piante organiche dei Consultori familiari, sia come numero di operatori in relazione alla popolazione di riferimento, che come articolazione di professionalità dedicate (assistente sociale, psicologa, ginecologa, ostetrica, mediatrice culturale);
- prevedere strumentazione ecografia (eco I° livello) all'interno dei Servizi Consultoriali al fine di garantire una reale accessibilità alle utenti, in collegamento con i II livelli;
- mantenere e sviluppare gli screening per i carcinomi mammella e cervice uterina, tramite la collaborazione con la rete dei Servizi e del privato sociale, migliorare e diffondere le esperienze di aiuto all'adozione di nuovi stili di vita per la prevenzione degli altri tumori in aumento (polmone, colon retto);
- ribadire l'importanza di portare a termine nelle ASL accordi di programma con i Comuni per le aree a forte integrazione socio-sanitaria che riguardano il materno infantile (mediazione familiare, sostegno alla maternità e paternità responsabile, violenza).

<u>Sistemi operativi professionali</u>

- revisione ed aggiornamento delle "Linee guida Regionali per la gravidanza fisiologica" DGR n. 308 del 28.01.97;
- definizione di un progetto regionale per la riduzione dei tagli cesarei con adozione di linee guida specifiche;
- definizione di un programma regionale per l'assistenza perinatologica integrata tra i vari livelli e l'attivazione ed organizzazione del servizio di trasporto assistito materno e neonatale con criteri di trasferimento della gravida e neonato;
- definizione di linee guida e protocolli in merito all'IVG e strategie di prevenzione (es. IUD post-IVG per recidive) e all' aborto medico;
- definizione di un "Protocollo regionale per la gestione delle donne vittime di violenza" in collegamento con tutti i progetti regionali in atto;
- definizione di Linee guida per la Contraccezione (comprensiva di quella d'emergenza) con riferimento anche ad esenzioni e obiezioni di coscienza;
- definizione di un nuovo Piano per la Promozione dell'allattamento materno.

<u>Formazione</u>

- formazione integrata tra operatori ospedalieri e consultoriali al fine di condividere linee guida e protocolli per la gravidanza ed il parto fisiologici e formazione condivisa con i Medici di Medicina generale sulla Contraccezione;

- formazione specifica negli Ospedali per l'implementazione di linee guida per una riduzione dei tagli cesarei;
- formazione degli operatori (non dedicati) dei servizi di primo impatto (P.S., Ost./Gin. e Consultori) e dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta sulla Violenza contro le donne.

10. La riabilitazione

Il termine riabilitazione è un termine generale per definire l'insieme di processi interventi finalizzati ad ottenere il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità residue e il miglioramento della partecipazione.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, psicologico, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia.

10.1 La Riabilitazione in età adulta

La riabilitazione come strumento per migliorare la disabilità e promuovere l'autosufficienza

La riabilitazione rappresenta un processo che agisce sul miglioramento dell'autonomia della persona attraverso specifici programmi capaci di intervenire sulle componenti che la condizionano. La valutazione riabilitativa stabilisce, sulla base delle caratteristiche anagrafico-cliniche e del tipo e complessità della disabilità, il suo grado di modificabilità nel tempo. L'intervento riabilitativo va graduato in base alla prognosi riabilitativa ed alle caratteristiche e complessità della disabilità. Su questa base viene impostato l'intero percorso riabilitativo che viene nel tempo rivalutato, aggiornato ed eventualmente modificato in base al grado di raggiungimento degli obiettivi.

In definitiva l'intervento riabilitativo è un processo finalizzato al miglioramento dell'autonomia.

Lo sviluppo della riabilitazione in Umbria passa attraverso le seguenti idee-guida:

- *Riabilitazione come medicina della disabilità.* L'intervento sanitario sulla disabilità è tipicamente riabilitativo ed agisce a livello fisico, cognitivo, emozionale ed ambientale allo scopo di fornire la massima autonomia e la miglior qualità della vita;
- *Equità di accesso alle prestazioni.* E' necessario che ogni cittadino possa avere uguale possibilità di accesso alle cure riabilitative a seconda della gravità della propria disabilità, della sua modificabilità e del setting più appropriato;
- *Intervento multidisciplinare.* Coinvolge un team fatto dal medico fisiatra o specialista competente in riabilitazione, responsabile del progetto, dal fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale responsabili dei programmi riabilitativi e dal personale infermieristico e OSS;
- *Intervento di qualità.* La qualità dell'intervento deve essere garantita con la precocità, l'adeguata intensità e l'appropriatezza dell'intervento.

Passare dalla valutazione delle prestazioni alla valutazione dell'esito

La nuova classificazione sullo stato di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) introducendo un

innovativo concetto di disabilità[12] supporta l'importanza della valutazione dell'outcome in medicina.

La valutazione dell'*outcome* in riabilitazione è stato uno dei temi sviluppati nel DVSS[13] attraverso un'analisi degli strumenti disponibili e la messa a punto, con relativa sperimentazione, di uno specifico sistema di valutazione dell'*outcome*. Più in generale l'outcome research ha ampiamente dimostrato quali elementi di provata efficacia dell'attività di riabilitazione, la precocità, i livelli d'intensità dell'intervento e la multidiciplinarietà.

Azioni:

1. implementare un sistema di raccolta dati basata sull'outcome;
2. diffondere l'applicazione dell'icf come linguaggio da usare nello stilare i progetti riabilitativi, i piani socio-sanitare e socio assistenziali.

Consolidare la rete riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera

Attualmente le strutture riabilitative e di lungodegenza della regione sono insufficienti generando piani di dimissione inappropriati dai reparti per acuti e talvolta un prolungamento eccessivo della degenza. La carenza di strutture riabilitative produce un carico assistenziale ed economico per le famiglie sia a livello domiciliare che residenziale di difficile sostenibilità.

Gli approfondimenti dell'analisi campionaria condotta nell'ambito della ricerca del DVSS[14] hanno chiaramente dimostrato questo fenomeno valutando i tempi di attesa per avere una adeguata collocazione riabilitativa. Oltre al potenziamento è necessario che le strutture siano tra loro messe in rete per garantire la continuità del percorso terapeutico-riabilitativo e assistenziale.

Nel triennio per sostanziare questa rete riabilitativa va applicato un modello che identifichi con puntualità le funzioni del Dipartimento di riabilitazione stabilendo con chiarezza il suo mandato e le relazioni con le direzioni ospedaliere e di distretto. Inoltre occorre omogeneizzare, su scala regionale, le tipologie di professionalità che intervengono nel processo riabilitativo. Occorre inoltre attivare l'informatizzazione strutturata dell'intera rete riabilitativa in modo da poter attuare il monitoraggio delle attività.

La rete riabilitativa è articolata in un sistema ospedaliero e uno extraospedaliero.

[12] Definito dall'OMS nel 1980 nella classificazione ICIDH, di cui ICF (2001) è l'evoluzione

[13] "Valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria in Umbria" Vol. B - Parte 3 – Risultati e Misurazioni di esito cap. 8 Outcome dei servizi di riabilitazione p. 375 e seg.

[14] "Valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria in Umbria" Vol. B - Parte 3 – Risultati e Misurazioni di esito cap. 8 Outcome dei servizi di riabilitazione p. 375 e seg.

La riabilitazione ospedaliera

Lo scenario di prospettiva è quello di una riabilitazione ospedaliera caratterizzata da un intervento precoce in tutte le forme di disabilità nei reparti per acuti e in un passaggio precoce, laddove appropriato, nei reparti di riabilitazione ospedaliera.

La riabilitazione ospedaliera deve sviluppare una presa in carico riabilitativa precoce, appropriata ed intensiva per garantire l'appropriatezza della presa in carico migliorare il turnover dei reparti per acuti.

Attualmente esiste una disomogeneità tra le strutture ospedaliere che operano secondo standard di struttura e di personale diversi, e per quanto riguarda le procedure riabilitative, le tipologie e la gravità di disabilità ed i percorsi riabilitativi.

La situazione della riabilitazione ospedaliera in Umbria alla fine del triennio di validità del Piano Sanitario 2003-2005 rappresenta una disomogeneità di dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione residente (da 0,11 a 0,43 posti letto per 1000 abitanti, a secondo delle aziende sanitarie).

Analizzando la casistica dei ricoveri in riabilitazione nell'anno 2006 si osserva che il 41% dei ricoveri è rivolto mediamente a cittadini residenti nel territorio della stessa Azienda con una differenza notevole tra le quattro aziende USL (62% dei residenti trattati dalla azienda USL 3 e 19% dei residenti trattati dalla azienda USL 4).

Riferimenti normativi nazionali[15] e internazionali definiscono il numero massimo di posti letto ospedalieri di riabilitazione compresi tra lo 0,5‰ e lo 0,7‰. Nel triennio va raggiunto lo 0,5‰.

Al 1 gennaio 2006 la situazione dei posti letto riabilitativi in Umbria si assesta su un dato medio del 0,23 x 1000 abitanti con un range da 0,43 x 1000 (ASL1) a 0,11 x 1000 ASL 4.

La riabilitazione ospedaliera è articolata secondo la seguente codifica:

- Cod. 28 per l'Unità Spinale Unipolare: dedicata a persone con lesione midollare;
- Cod. 75 per la Neuroriabilitazione: dedicata a persone con grave cerebro lesione acquisita di origine traumatica e non traumatica;
- Cod. 56 per la Riabilitazione Ospedaliera Intensiva: dedicata alle patologie che richiedono un intervento riabilitativo intensivo multidisciplinare (almeno 3 ore al giorno);
- Cod. 60 per la Riabilitazione Ospedaliera Estensiva: dedicata alle persone che non tollerano una riabilitazione intensiva o deve il trattamento intensivo è controindicato.

Il day hospital riabilitativo, che afferisce ad un'Unità Operativa di riabilitazione intensiva ospedaliera, rappresenta un nodo essenziale della rete riabilitativa.

Nel caso del reparto per acuti delle Aziende Ospedaliere si prevede l'istituzione di uno specifico servizio di riabilitazione che ha lo scopo di intervenire in modo multidisciplinare nello stilare il progetto riabilitativo in acuto nei vari reparti. Per gli ospedali territoriali il progetto riabilitativo è l'equipe del Polo di Riabilitazione Territoriale di riferimento. Ove non

[15] Come recita la Legge 405/2001, art. 3, c. 4, "le regioni adottano lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie".

presente l'equipe multidisciplinare nell'azienda ospedaliera potrà essere prevista la continuità del percorso riabilitativo tramite gli operatori del territorio.

Azioni:

1. Strutturare uno specifico servizio di riabilitazione nelle Aziende Ospedaliere;
2. Aumentare il numero dei posti letto di riabilitazione uniformandone la dotazione nel territorio regionale;
3. Applicare gli standard organizzativi, strutturali e di qualità della riabilitazione ospedaliera in base alle indicazioni regionali.

La riabilitazione extraospedaliera

La riabilitazione extraospedaliera è articolata in attività ambulatoriale, domiciliare e residenziale specifica. Essa svolge anche una attività di supporto nelle RSA e nelle residenze disabili (RD).

L'attività territoriale assume un'importanza strategica garantendo una continuità del processo riabilitativo iniziato in ospedale. Per questo occorre prevedere uno specifico potenziamento con aumento di posti letto extraospedalieri che si accompagni allo sviluppo della rete ospedaliera.

La riabilitazione extraospedaliera di tipo territoriale si articola nell'attività dei poli di riabilitazione territoriale (PRT) organizzati in specifici nuclei multidisciplinari all'interno dei principali centri di salute. Essi effettuano interventi ambulatoriali e domiciliare. La riabilitazione extraospedaliera viene ricollocata all'interno delle residenze disabili con specifico valore riabilitativo.

Le strutture residenziali si caratterizzano per il differente peso che assume l'intervento riabilitativo rispetto a quello assistenziale.

Azioni:

1. Identificare un modello di valutazione dei servizi erogati;
2. Applicare gli standard strutturali e organizzativi delle strutture residenziali e semi-residenziali in base alle indicazioni regionali;
3. Riqualificare le attività ambulatoriali e le cure domiciliari e tutelari.

Garantire la continuità assistenziale

I percorsi assistenziali

La Delibera della Giunta Regionale 1985/2006 relativa ai "percorsi assistenziali tra i reparti per acuti della rete ospedaliera regionale e strutture riabilitative" garantisce l'appropriatezza della dimissione nei pazienti che necessitano di un percorso riabilitativo.

L'attuazione della delibera prevede l'attivazione almeno 48/72 ore dall'ingresso in ogni reparto ospedaliero un'unità di valutazione riabilitativa (UVR) propria, che ha lo scopo di definire il percorso riabilitativo e socio-assistenziale più idoneo. La delibera inoltre

ribadisce la necessità di dotarsi di strumenti uniformi per la misurazione della disabilità e di adeguare il personale alla pratica di tale modalità di lavoro.

Azioni:

1. Attivare le UVR nelle Aziende Ospedaliere e nei Presidi Ospedalieri (DGR 1985/2006);
2. Utilizzare su tutto il territorio regionale di una unica scheda di Progetto Riabilitativo individuale elaborata in equipe multidisciplinare;
3. Garantire la disponibilità di trattamento nei vari setting di riabilitazione per permettere dimissioni precoci dai reparti per acuti.

Integrare l'assistenza protesica nei progetti riabilitativi

L'assistenza protesica assume una particolare rilevanza sanitaria e sociale nel contesto epidemiologico riveniente dall'invecchiamento della popolazione.

L'entità delle risorse impegnate, così come si evince dall'ultimo monitoraggio regionale della spesa relativo all'anno 2007, l'amplia platea di riferimento, l'attenzione rivolta a tale settore di intervento dalla normativa nazionale (legge finanziaria 2008, nuovi LEA) ivi compreso il monitoraggio della spesa inducono a ribadire che l'assistenza protesica debba sempre di più corrispondere a criteri di :

- appropriatezza correlata al progetto riabilitativo / assistenziale;
- equità correlata a pari modalità di accesso in ambito regionale;
- trasparenza correlata alle modalità di individuazione degli erogatori.

Tali considerazioni hanno rappresentato il filo conduttore dell'azione regionale in materia che si è estrinsecata in una serie di atti di coordinamento (DGR n. 790/2005, n. 321/2006, n. 648/2006, n. 679/2006, n. 777/2007 e la n.. 657/2008) la cui attuazione deve essere costantemente monitorata.

La Regione ha inoltre predisposto un elenco regionale di medici specialisti prescrittori autorizzatori per garantire l'appropriatezza delle prescrizioni.

Per questo motivo diventa indispensabile che ogni ASL si doti di una struttura di riferimento per l'assistenza protesica, superando eventuali parcellizzazioni presenti, che sia punto di riferimento per una gestione unitaria all'interno delle Aziende Sanitarie e punto di riferimento per un coordinamento regionale professionale e tecnico, non gestionale, fra le Aziende medesime.

Il Centro Ausili, di cui dovrà dotarsi ogni azienda USL rappresenta un centro di informazione e consulenza finalizzato ad indirizzare utenti, famiglie ed operatori sanitari verso la conoscenza, la scelta e l'utilizzo degli ausili promuovendo nello stesso tempo adattamenti ambientali e culturali per favorire la persona disabile nel raggiungimento della migliore attività e partecipazione possibile compatibile con il grado della propria menomazione.

Nell'ambito dei rapporti con l'Università degli Studi di Perugia va richiesto l'inserimento di un insegnamento specifico riguardante ausili e protesi sia nell'ambito della Scuola di Specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitazione che nella Scuola per Fisioterapisti.

L’informatizzazione del Servizio Ausili e Protesi va resa omogenea sul territorio regionale integrando il flusso dati con il Sistema Informativo Integrato Regionale e con i Servizi Informativi Aziendali.

Azioni:

1. Attuare la DGR n. 777/2007 “Revisione DGR n. 333/2003. Documento vincolante sulla strutturazione dei percorsi prescrittivi ausili e protesi”;
2. Richiedere l’inserimento di insegnamento specifico nella Scuole di specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitazione e nei corsi di laurea di Fisioterapia e Logopedia;
3. Realizzare l’informatizzazione dei Servizi di assistenza protesica e dei Centri ausili.

Rafforzare il Dipartimento a garanzia della rete dell’intervento

Il Dipartimento di riabilitazione rappresenta l'elemento fondamentale per garantire il funzionamento della rete riabilitativa. Si connota come momento di coordinamento dell’attività di riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera con una strutturazione transmurale. Il Dipartimento, funzionale per la parte territoriale e gestionale per la parte ospedaliera, deve avere le caratteristiche per garantire il funzionamento della rete riabilitativa ponendosi a tutela dell'appropriatezza dell'intervento riabilitativo, dell'ottimizzazione delle risorse e della qualità del servizio. Va quindi attivato in tutte le aziende territoriali e in quelle ospedaliere anche in forma interaziendale.

Azioni:

1. Istituire il Dipartimento di riabilitazione in tutte le aziende definendone i rapporti con le direzioni ospedaliere e di distretto;
2. Implementare il Governo Clinico nel Dipartimento di riabilitazione;
3. Garantire la continuità del percorso assistenziale per ottenere un intervento più efficace nel favorire il recupero dell’autonomia;
4. Affidare al Dipartimento l’applicazione del sistema di valutazione e monitoraggio dell’outcome.

Modello organizzativo della riabilitazione rivolta alla disabilità conseguente a specifiche patologie

La disabilità, secondo la classificazione ICF è un termine ombrello che riguarda la persona nel suo complesso ed è conseguente ad una serie di patologie, spesso multiple che limitano lo stato di salute della persona. Da questo punto di vista l’intervento riabilitativo non può essere frazionato in singoli interventi d’organo o apparato. Possono esistere comunque delle competenze specifiche di specialisti dedicati alla riabilitazione che determina peculiarità dell’intervento riabilitativo in specifiche aree.

Disabilità conseguente a patologie del sistema cardiovascolare

La cardiologia riabilitativa è riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post-acuta o cronica ed in particolare costituisce il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata a lungo termine.

Le analisi economiche ed la letteratura sull'argomento suggeriscono che la cardiologia riabilitativa rappresenta un intervento costo-efficace almeno sovrapponibile ad altri interventi terapeutici come la cura dell'ipertensione, delle dislipidimie, dell'infarto miocardio acuto (trombolisi ed angioplastica).

I modelli organizzativi della cardiologia riabilitativa che si rifanno alla Classificazione dell'OMS si articolano in tre livelli e in Italia si sono sviluppati, in coerenza con le Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione[16] e con il supporto delle Linee Guida delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali[17] nel modo seguente:

- CR Intensiva in regime demenziale;
- CR Intensiva in regime di day hospital;
- CR Estensiva.

Da un recente censimento risulta che i centri attivi al 2007 in Umbria sono tutti strutturati a modello ambulatoriale e non vi sono al momento reparti dotati di posti letto per cardiologia riabilitativa.

Le principali e crescenti indicazioni alla riabilitazione cardiologica degenziale sono attualmente costituite da patologia post-cardio-chirurgica e da scompenso cardiaco[18] per il 90% dei casi[19]**.** Altre indicazioni emergenti sono costituite da pazienti post-infartuati o sottoposti a procedure di rivascolarizzazione interventistica (il 20% di questi può avere potenziale necessità di riabilitazione in degenza) e da pazienti candidati o sottoposti a trapianto o impianto di cuore artificiale.

Il modello ambulatoriale della riabilitazione cardiologica consente, oltre all'intervento riabilitativo in post-acuzie, la presa in carico dei pazienti cronici, l'attuazione di strategie specifiche di Prevenzione Primaria e Secondaria, la gestione di qualificata attività diagnostica. Una razionale distribuzione del modello ambulatoriale sul territorio permette ai residenti eleggibili per questo tipo di riabilitazione di usufruire dell'intervento riabilitativo senza disagi e spostamenti.

Il modello degenziale, al momento assente in Umbria, si rende particolarmente necessario nel contesto regionale per decongestionare le cardiologie e le cardiochirurgie

[16] idem nota [3.]

[17] Le indicazioni alla CR intensiva degenziale ed alla CR intensiva ambulatoriale ed i rispettivi standard sono descritti in maniera specifica e dettagliata nel documento Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari pubblicate sul sito Programma Nazionale Istituto Superiore di Sanità Dicembre 2005.

[18] Secondo le Linee Guida nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari pubblicate sul sito Programma Nazionale Istituto Superiore di Sanità.

[19] Secondo le stime del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa.

ospedaliere oltre che per assolvere al compito precipuo di offrire un servizio specifico costo-efficace.

La carenza di strutture riabilitative degenziali ha fin qui portato ad un incremento della mobilità passiva extraregionale o all'interruzione dei percorsi riabilitativi.

Il numero di posti letto per le necessità regionali viene computato in base alla epidemiologia delle malattie cardiovascolari ed in base all'attività delle cardiochirurgie di Perugia e Terni, i principali potenziali fruitori della cardiologia riabilitativa.

Azioni

- Istituzione di Unità di Cardiologia Riabilitativa dotata di maggior complessità organizzativa e di maggior numero di posti letto nelle città di Perugia e Terni e all'interno dell'Aziende Sanitarie Locali n. 2 e n. 4;
- Istituzione di un numero più limitato di posti letto in aree non limitrofe alle cardiochirurgie e di utilità per i residenti di quelle zone, da realizzarsi in aree territoriali diverse presso strutture ospedaliere dotate dei necessari requisiti;
- Le U.O. di Cardiologia che svolgono attività di riabilitazione cardiologica e le U.O. di Cardiologia riabilitativa afferiscono ai Dipartimenti di Malattie Cardiovascolari e laddove assenti in quelli di Medicina. Funzionalmente afferiscono anche ai Dipartimenti di Riabilitazione con i quali condividono filosofia di impostazione e obiettivi. Per le Unità di Cardiologia riabilitativa di Perugia e Terni va previsto, ai fini di una più razionale collaborazione interaziendale, una partecipazione ad attività dipartimentale trasmurale.

Disabilità conseguente patologie neurologiche

Nelle Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione[20] per due tipologie specifiche è stato ritenuto necessario indicare un intervento di alta specializzazione articolato nei codici 75, per le gravi cerebro lesioni acquisite, e 28 per le lesioni spinali.

Oltre a questo tutta una serie di altre patologie richiede l'intervento come: ictus, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, polineuropatie, miopatie, neoplasie, infezioni del sistema nervoso centrale, malattie degenerative (Sclerosi Laterale Amiotrofica, miopatie …) ecc…

L'ictus cerebrale è la principale causa di invalidità nel mondo occidentale è la più frequente patologia trattata in riabilitazione neurologica. Con una popolazione di 867.878 abitanti al 1 gennaio 2006, sono prevedibili in Umbria circa 2200 nuovi casi all'anno, il 25-50% dei quali presenteranno una disabilità permanente che necessita di riabilitazione. Sono disponibili evidenze scientifiche che indicano che il trattamento riabilitativo è ormai considerato efficace nel ridurre la disabilità post-ictale. L'efficacia della riabilitazione è

[20] idem nota [3]

legata al tipo di setting considerato[21], alla presa in carico da parte di un'équipe multidisciplinare[22], alla precocità[23] e all'intensità del trattamento[24].

Nell'area del perugino è prevedibile un'incidenza di oltre 300 casi/anno di ictus cerebrale che necessitano di riabilitazione intensiva che potrà essere svolta in regime di ricovero anche nelle strutture della provincia. Molti di questi pazienti risiedono nella città di Perugia e presentano un'indicazione al trattamento riabilitativo intensivo anche in regime di Day Hospital sia in diretta continuità rispetto all'ospedale per acuti che in continuità con il ricovero riabilitativo per cui è ragionevole pensare allo sviluppo di questo tipo di strutture.

La sclerosi multipla ha una prevalenza in Umbria di circa 600 casi, probabilmente sottostimata, in particolare per le persone con disabilità minimale o assente. E' universalmente riconosciuto che questa tipologia di disabilità necessita di un costante monitoraggio e intervento riabilitativo. Tutta la rete riabilitativa deve contribuire a tale supporto.

Oltre a questo tutta una serie di altre patologie richiede l'intervento come: morbo di Parkinson, polineuropatie, miopatie, neoplasie, infezioni del sistema nervoso centrale, malattie degenerative (Sclerosi Laterale Amiotrofica, miopatie, ecc).

Azioni:

1. Sostenere i percorsi di continuità assistenziale nelle strutture di alta specializzazione a valenza regionale ed extraregionale;
2. Aumentare i posti letto di riabilitazione intensiva sia in degenza continuativa che in ospedale diurno;
3. Implementare linee guida dei percorsi riabilitativi delle persone con sclerosi multipla;
4. Individuare e implementare i criteri di appropriatezza di intervento per le malattie degenerative.

Disabilità conseguente a patologia oncologica

I dati epidemiologici più recenti indicano che in Italia 1 persona ogni 3-4, nel corso della propria vita, va incontro ad un tumore. L'aspettativa di vita è migliorata in questo gruppo di pazienti e l'intervento riabilitativo acquisisce un valore sempre crescente.

L'obiettivo è pertanto la strutturazione di percorsi integrati tra i servizi ospedalieri e i poli di riabilitazione territoriale per la presa in carico riabilitativa del paziente oncologico.

Il Dipartimento di Riabilitazione si pone a garanzia della rete di intervento sviluppando protocolli anche in collaborazione con le associazioni e le strutture del volontariato.

Le sedi principali dove la persona con malattia oncologica può usufruire di trattamento riabilitativo sono:

- Degenza per acuti;

[21] Gladman JR et al. 1994
[22] Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001
[23] Paolucci S. et al, 2000
[24] Kwakkel G. et al. 2004

- Degenza riabilitativa;
- Strutture ambulatoriali;
- Cure domiciliari;
- Hospices;
- RSA.

I Dipartimenti di Riabilitazione Aziendali si coordinano con i dipartimenti di oncologia aziendale e con il Centro di riferimento oncologico interaziendale della Regione Umbria per sviluppare i protocolli e i percorsi di cura regionali.

Il processo di cura della persona con neoplasia ha necessità di mantenere l'autonomia in rapporto alla prognosi e allo stadio della malattia per cui il progetto riabilitativo necessita del contributo delle varie professionalità.

Problemi specifici

La patologia mammaria

I tumori della mammella costituiscono un esempio significativo e di grande rilievo della necessita di una pianificazione a lungo termine della riabilitazione in senso ampio tenendo conto delle implicazioni emotive, fisiche e sociali che tale malattia implica in un numero crescente di donne che affrontino chirurgia chemio, radioterapia e ormonoterapia per lunghi anni con l'obiettivo di guarire o di sopravvivere a lungo e che quindi devono essere sostenute per ottenere la miglior qualità di vita possibile.

La riabilitazione deve essere applicata precocemente e deve monitorizzare l'andamento a lungo termine problemi che implicano gravi limitazioni fisiche e funzionali, come il linfoedema del braccio, o sindrome del braccio grasso, la rigidità della spalla, i problemi posturali ed il conseguente dolore cronico, le lesioni dei nervi intercostali e toracici, l'aumento di peso spesso assai rilevante, conseguenza della chemiormonoterapia.

L'azione coordinata di un team multidisciplinare e multiprofessionale è fondamentale al supporto di tali problematiche.

Trattamento delle stomie

Spesso la chirurgia delle neoplasie intestinali e urologiche comporta di necessità il confezionamento di stomie temporanee definitive che costituiscono uno stravolgimento complesso e grave dell'integrità fisica individuale e che va affrontato con competenze tecniche specialistiche ed adeguato supporto psicologico, con la determinante integrazione di numerose figure professionali, medici, infermieri, fisioterapisti e psicologi.

<u>Azioni</u>:

1. Integrare i percorsi per la riabilitazione oncologica sostenuti dalle associazioni ed il dipartimento di riabilitazione;
2. Realizzare una rete tra i diversi poli oncologici e le struttura riabilitative territoriali ospedaliere ed extraospedaliere;

3. Definire i criteri di appropriatezza di intervento nelle varie condizioni e stadi clinici oncologici;
4. Omogeneizzare le attività tramite utilizzo degli stessi strumenti di lavoro per la valutazione riabilitativa, della prognosi funzionale e degli esiti;
5. Sviluppare in ogni azienda specifiche attività di riabilitazione per problemi specifici come la neoplasia mammaria e le stomie.

Disabilità conseguente patologie ortopediche

L'attività Ortopedica-Traumatologica nella Regione Umbria si caratterizza per le evidenze che seguono:

- aumento costante del numero dei traumatizzati che necessitano di trattamento ortopedico in regime di ricovero;
- incremento dei traumi ad alta energia e dei politraumatizzati, che spesso necessitano di periodi prolungati di ospedalizzazione;
- incremento della traumatologia geriatrica specie delle fratture prossimali di femore, che necessitano del trattamento chirurgico, soprattutto a causa dell'aumento dell'età media della popolazione;
- percorso terapeutico, soprattutto negli anziani, spesso esteso per problematiche internistiche pre-esistenti o concomitanti, che richiedono una gestione multidisciplinare, con frequente prolungata ospedalizzazione sia nel pre che nel post operatorio;
- frequente necessità di utilizzare per il ricovero dei traumatizzati acuti i posti-letto nel reparto di ortopedia programmata, con conseguente allungamento e difficoltà gestionale delle liste di attesa per interventi chirurgici ortopedici programmati;
- difficoltà di collocazione di questo gruppo di pazienti (specie traumatizzati anziani) nei centri di riabilitazione territoriali, per insufficienza di posti letto dedicati.

In dati dei ricoveri nella Clinica Ortopedica di Perugia per l'anno 2007 evidenziano:

1. 1.572 interventi chirurgici per traumatologia acuta (fratture prossimali di femore in età geriatria);
2. 485 interventi chirurgici di ortopedia programmata - protesi (anca, ginocchio e spalla).

Per affrontare il problema della riabilitazione ortopedica nel territorio regionale è necessario aumentare la disponibilità di posti letto di riabilitazione, soprattutto estensiva, attualmente insufficienti. L'obiettivo è di assicurare una continuità dei programmi riabilitativi sia a livello ospedaliero, che ambulatoriale che domiciliare. Tenuto conto che attualmente la traumatologia geriatrica rappresenta una delle maggiori problematiche si ipotizza la strutturazione di alcuni moduli dedicati.

Azioni*:*

1. garantire la continuità terapeutica realizzando percorsi assistenziali condivisi con tutte le strutture riabilitative appartenenti alla rete regionale con l'obiettivo di garantire l'accesso dei pazienti in centri riabilitativi dedicati;

2. garantire setting di trattamento riabilitativo intensivo/estensivo a seconda della patologia che lo determina;
3. razionalizzazione i posti disponibili per i traumatizzati acuti attraverso la riduzione dei tempi di ricovero nell'ospedale per acuti;
4. Un intervento riabilitativo precoce e la conseguente riduzione dei tempi di attesa per interventi chirurgici di ortopedia programmata, in particolare la chirurgia protesica, potrebbe essere raggiunta attraverso:
   a) programmi gestionali avanzati a livello regionale che prevedano la creazione di moduli dedicati negli Ospedali del territorio;
   b) integrazione tra il pubblico ed il privato, che preveda tra l'altro la creazione di un osservatorio sanitario regionale con linee guida comuni, stilate ed aggiornate sulla base di precisi criteri scientifici, sia dal punto di vista delle indicazioni che del management delle patologie ortopediche.

Disabilità conseguente a patologia respiratoria

Nella nostra Regione attualmente vi sono solamente due servizi dedicati alla riabilitazione respiratoria:

- Il servizio di riabilitazione respiratoria presso la Unità Operativa Complessa di Pneumologia dell'ospedale di Foligno;
- Il polo di riabilitazione respiratoria territoriale presso il Distretto del Perugino dell'Azienda USL n 2/Azienda Ospedaliera di Perugia.

Queste strutture sono dotate di un medico responsabile e di personale tecnico della riabilitazione dedicato, nonché di strumentazione specifica.

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia vengono effettuati interventi di riabilitazione respiratoria nei reparti per acuti da parte dei fisioterapisti dell'Azienda. La riabilitazione respiratoria nell'Azienda ospedaliera di Terni viene effettuata da personale del servizio di riabilitazione aziendale all'interno della generale attività riabilitativa dell'ospedale. Negli altri poli di riabilitazione territoriale dell'Azienda USL 2 non esiste attività strutturata di riabilitazione respiratoria. Allo stesso modo non viene effettuata attività strutturata di riabilitazione respiratoria nelle altre Aziende sanitarie.

I servizi di riabilitazione respiratoria devono avere collocazione sia all'interno degli ospedali che nel territorio.

I programmi di riabilitazione respiratoria possono essere effettuati nei reparti per acuti ed in reparti dedicati alla riabilitazione (day hospital riabilitativo e degenza continua dedicata). Nei reparti per acuti (pneumologia - UTIR[25]) devono essere presenti fisioterapisti dedicati. La riabilitazione respiratoria in degenza continua è parimenti indicata per i pazienti più complessi ma che per gravità clinica non sono in grado di sopportare il trasporto da e per il proprio domicilio.

Si propone pertanto il seguente schema organizzativo:

[25] Unità di Terapia Intensiva Respiratoria

- Fase acuta: nella fase acuta si ravvede la necessità di istituire unità posti letto di riabilitazione respiratoria in acuto nella pneumologia-UTIR: 4 per ogni modulo di 20 posti letto. In tale unità il trattamento pneumologico in acuzie si accompagna ad un intervento di riabilitazione respiratoria individuale finalizzato alla stabilizzazione clinica del paziente ed al contenimento dei danni legati all'immobilità. La suddetta unità deve essere dotata di personale della riabilitazione dedicato.
- Degenza riabilitativa respiratoria (cod. 56): si caratterizza per una presa in carico riabilitativa respiratoria intensiva rivolta a pazienti provenienti dal reparto di pneumologia-UTIR dopo la stabilizzazione clinica, o da altri reparti per acuti (chirurgia toracica, medicina interna, neurologia, rianimazione, ecc.) per i quali esiste un'importante limitazione dell'autonomia modificabile con specifici interventi di riabilitazione respiratoria. Tale reparto, per la dotazione di personale e di strutture/attrezzature fa riferimento agli standard della riabilitazione respiratoria intensiva cod. 56 previsti dalle linee guida ministeriali ed alle più recenti acquisizioni delle società scientifiche[26]. Per la suddetta tipologia di ricoveri, sulla base dei dati dell'epidemiologia[27], si ritiene necessario l'attivazione di un modulo 10-20 posti letto nella provincia di Terni (nosocomio di Amelia) e 20-25 posti letto per Perugia.
- Le attività territoriali possono essere suddivise in day hospital riabilitativo ed ambulatorio. Il day hospital riabilitativo è indirizzato ai malati che necessitano di un complesso di servizi diagnostici, multispecialistici e multiprofessionali tipici dell'ospedale. Esso ha una organizzazione in spazi ed attrezzature propria.
- Per i pazienti con livello di autonomia ancora sostanzialmente conservato e per i quali non è ancora necessario un tipo di intervento multispecialistico e multidisciplinare è possibile l'accesso a prestazioni di riabilitazione respiratoria ambulatoriale.
- Per quanto riguarda le attività territoriali, è necessario prevedere almeno un Servizio di Riabilitazione Respiratoria per ogni Azienda sanitaria nel quale viene effettuata attività ambulatoriale (screening pneumologico, valutazione di flollow-up e fisioterapia respiratoria specifica) e domiciliare (gestione dei pazienti in ventilazione meccanica e in dimissione protetta).
- L'intervento di organizzazione della rete riabilitativa respiratoria sarà ovviamente efficace, in termini di risposta adeguata alle crescenti necessità, se prevederà una inderogabile implementazione del personale specialistico dedicato in tutti i livelli assistenziali indicati.

Azioni:

1. Istituire i posti letto ospedalieri di riabilitazione respiratoria;
2. sostenere i percorsi per la riabilitazione respiratoria a salvaguardia della continuità assistenziale e del recupero dell'autonomia;

[26] Rassegna Malattie Apparato Respiratorio-AIPO, vol VI 2007
[27] DVSS 2007 - Regione Umbria, Vol C pag 293 e seg

3. Costruire una rete pneumologica territoriale di diagnosi, cura e controllo dei pazienti BPCO;
4. Stimolare in tale ambito le sinergie necessarie con i centri di alta specializzazione presenti in Regione (SC Pneumologia-UTIR dell'A.O. di Perugia e SC Pneumologia-UTIR dell'A.O. di Terni) e la rete riabilitativa generale delle Aziende sanitarie;
5. Ottimizzare le risorse di personale attualmente in servizio presso strutture ospedaliere di degenza ordinaria inserendoli nella rete riabilitativa oggi estremamente carente;
6. Prevedere l'inserimento di fisioterapisti specificatamente formati nella riabilitazione respiratoria.

Disabilità conseguente a patologie internistiche

Anche patologie internistiche producono disabilità che richiede uno specifico trattamento. Queste includono malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide ed altre. Anche condizioni disturbi del metabolismo possono essere invalidanti anche se spesso diventano riferibili ai vari danni d'organo (Vasculiti, osteoporosi etc.).

La riabilitazione come supporto alle condizioni di disabilità permanente

La disabilità permanente conseguente alle condizioni di patologie croniche richiede una presa in carico globale compresa quella riabilitativa ed è necessario una periodica valutazione per stabilire la necessità di specifici interventi riabilitativi attraverso un progetto individuale. Non occorre, quindi, stabilire a priori dei cicli periodici di trattamento riabilitativo ma è utile intervenire quando è necessario, su obiettivi specifici. La disabilità cronica richiede comunque un'attività di "mantenimento" per evitare il peggioramento dell'autonomia. Questa attività deve essere quotidiana e quindi necessariamente inserita nella comune vita della persona disabile. A questo proposito gioca un ruolo importante l'educazione del paziente a mantenere uno specifico stile di vita e l'addestramento di coloro che lo assistono a stimolare uno stile di vita attivo compatibilmente con la tipologia del livello di disabilità.

Uno strumento recentemente posto all'attenzione della realtà italiana ed internazionale è l'Attività Fisica Adattata (AFA). Questa attività consiste nello strutturare gruppi con specifiche attività basate sul tipo di patologia, gestita in ambito extra sanitario, capace di mantenere attività fisica costante mirata allo specifico problema di prevenzione secondaria.

Questa attività si configura come extrasanitaria ed è svolta a livello territoriale in accordo con l'ambito sociale comunale. Il Dipartimento di riabilitazione ne supervisiona la qualità e ne indirizza i processi.

Azioni:

1. Definire i processi di presa in carico delle persone disabili in termini di modalità e frequenza di valutazione;
2. Sviluppare il percorso extrasanitario di prevenzione secondaria con specifiche attività di gruppo (Attività Fisica Adattata).

10.2 La Riabilitazione neuropsicomotoria e sensoriale in età evolutiva

Secondo le linee guida del Gruppo Italiano delle Paralisi Celebrali Infantili, che nell'art. 1 e art. 10 del manifesto per la riabilitazione del bambino, redatto su mandato del Ministero della Sanità, individua e definisce gli obiettivi della Riabilitazione dell'Età Evolutiva: ”La riabilitazione è un processo complesso, teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile. Con azioni dirette e indirette essa si interessa dell'individuo nella sua globalità, fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale, coinvolgendo il suo contesto familiare e ambientale. Si compone di interventi integrati di rieducazione ed assistenza. Il gruppo di lavoro deve essere composto da personale specializzato (medici, psicologi, terapisti), in un rapporto numerico adeguato ai bambini presi in carico, essere dotato di spazi dedicati e di attrezzature adatte, disporre del tempo necessario. Il gruppo di lavoro deve garantire la gestione unitaria e complessiva dell'intervento, (globalità), attraverso programmi selettivi e mirati (specificità), erogati tempestivamente (efficienza) e per il tempo necessario (efficacia), sin dalla prima infanzia, quando maggiori sono le possibilità di influenzare favorevolmente lo sviluppo del bambino.”

I servizi devono svolgere attività di prevenzione, diagnosi e cura dei seguenti disturbi:

- neuromotori;
- del linguaggio;
- dell’apprendimento;
- disgnosie, disprassie;
- cognitivi;
- sensoriali(visivi-uditivi).

La precocità degli interventi è fondamentale in quanto permette di utilizzare spazi riabilitativi maggiori.

È importante l'integrazione interaziendale per due patologie: bambini prematuri e con sofferenza perinatale e sordi.

Poiché questi disturbi sono complessi e spesso compresenti nel bambino è richiesto l’intervento in team multidisciplionari e multiprofessionali. Il progetto riabilitativo deve essere personalizzato con presa in carico globale che si articola in interventi diretti sul bambino e sul contesto ambientale.

Pertanto va data priorità ad una serie di interventi riabilitativi sulla presa in carico di alcune condizioni in cui la precocità dell’azione riabilitativa è cruciale ai fini della prognosi:

- Prematuri;
- Audiolesi con impianto coclearie;
- Disturbi specifici di apprendimento.

Prematuri e sofferenze perinatali

Negli ultimi 20 anni, il miglioramento dell'assistenza medica in gravidanza e nel periodo pre-perinatale, ha determinato principalmente due conseguenze:

- notevole riduzione della mortalità dei bambini pretermine, con conseguente aumento della morbilità rappresentata prevalentemente da diplegie;
- riduzione del numero dei bambini a termine con sofferenza pre-perinatale, e di conseguenza dei casi di tetraparesi spastiche gravi.

Da qui l'importanza nel neonato a rischio di una presa in carico precoce. Quest'ultima non significa medicalizzazione, ma attento follow-up per individuare al loro insorgere delle disarmonie dello sviluppo neuropsichico del bambino, che deve essere valutato nella globalità delle sue funzioni (comunicative, affettivo-relazionali, cognitive, motorie) nel suo contesto familiare e sociale, nel tempo, considerando che le funzioni del bambino hanno un tempo di emergenza, e quindi vanno osservate in quel periodo critico, nel loro specifico sviluppo e nella loro interazione armonica e funzionale.

Per "care" s'intende l'insieme delle cure, delle sollecitudini che si possono offrire al prematuro per ridurre al massimo gli aspetti negativi collegati alla nascita pretermine. E' ormai dimostrato che una care adeguata faciliti la maturazione del sistema nervoso del neonato, la stabilità delle sue funzioni neurovegetative, riduca le complicanze vascolari e di conseguenza gli esiti neurologici, di conseguenza vengono pertanto ridotti i giorni di degenza ed i costi sanitari. Un'attenta care ha anche come obiettivi altrettanto importanti la prevenzione ed il contenimento delle complicanze psicopatologiche del bambino e della sua famiglia, spesso segnata per sempre da una esperienza così drammatica. Appare pertanto importante continuare anche dopo la dimissione dalla TIN una "cura" del bambino ed un sostegno al nucleo familiare.

L'integrazione di interventi già all'interno dell'azienda ospedaliera, con un follow-up continuato sia in D.H che presso il servizio territoriale permette la presa in carico immediata del bambino a rischio, la riduzione significativa delle sequele neurologiche e dei costi sanitari.

Audiolesi

Anche per questa patologia è importante sviluppare la collaborazione interaziendale tra l'Aziende Ospedaliere e le Aziende Territoriali, per garantire una presa in carico multidisciplinare precoce ed altamente specializzata, soprattutto per gli audiolesi con impianto coclearie.

La riabilitazione per i soggetti in età evolutiva con disturbo specifico di apprendimentio (DSA)

I disturbi specifici di apprendimento (DSA) denominati dislessia, disortografia e disgrafia, discalculia sono sottesi da specifiche disfunzioni neuropsicologiche, isolate o combinate e si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali e pertanto non possono essere assimilabili

all'handicap. I DSA impediscono l'utilizzo in maniera automatica e strumentale delle capacità di lettura, scrittura e calcolo e possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana e scolastica delle persone che ne sono affette.

L'incidenza di tali disturbi è molto elevata, le ultime ricerche (Stella 2000; Savelli 2002) indicano che circa il 5% della popolazione scolastica presenta un DSA, in altre parole un bambino in ogni classe.

Il mancato riconoscimento del disturbo o la sua inadeguata considerazione costituiscono un'importante causa di abbandono scolastico, inducono a scelte scolastiche di basso profilo e di conseguenza condizionano il futuro dei ragazzi anche da un punto di vista sociale comportando importanti ricadute a livello personale quali: bassa autostima, depressione e talora comportamenti a rischio.

Pertanto è necessario a livello regionale garantire i necessari supporti ai soggetti con DSA, in modo particolare nel periodo evolutivo dell'infanzia e dell'adolescenza, al fine di ridurre i disagi formativi ed emozionali, assicurando una formazione adeguata e lo sviluppo delle loro potenzialità. Tali obiettivi possono essere perseguiti solo attraverso una reale integrazione e collaborazione tra il sistema dei servizi socio-sanitari e di quello sociale ed educativo che assicurino adeguate possibilità di diagnosi e riabilitazione, attraverso la collaborazione tra servizi socio-sanitari, scuola e famiglia, attivando le risorse sociali necessarie a garantire nella vita lavorativa e sociale pari opportunità a tali soggetti.

Obiettivi e azioni

1. *Identificazione precoce*
    - *Sviluppare screening psico-diagnostici di gruppo* per individuare precocemente segni di difficoltà di apprendimento attraverso l'utilizzo di strumenti educativi, atti ad individuare aspetti maturativi delle abilità cognitive e delle funzioni neuropsicologiche costituenti i prerequisiti di letto-scrittura e calcolo.
    - *Somministrazione di prove standardizzate* per la valutazione di lettura, scrittura e calcolo, al fine di individuare difficoltà specifiche di apprendimento.

2. Creare un sistema informativo regionale per monitorare l'andamento del fenomeno, individuando incidenza, prevalenza, decorso clinico ed esiti di trattamento

3. *Migliorare la qualità dell'intervento dei servizi socio-sanitari regionali*
    - utilizzare protocolli diagnostici di base nazionali per la valutazione dei disturbi di apprendimento;
    - rendere operative le équipe multidisciplinari, composte da neuropsichiatria infantile, neuropsicologo, psicologo, logopedista;
    - incentivare collaborazione fra neuropsichiatri infantili e pediatri per la definizione di linee di intervento precoce;

- definire programmi di riabilitazione individualizzati, in stretta collaborazione con la scuola.

4 Integrare i sistemi sanitario, educativo, sociale

- divulgazione della conoscenza dei DSA e sensibilizzazione del settore educativo scolastico e delle famiglie;
- accompagnamento e sostegno alle famiglie, come risorsa nell'identificazione del problema e nell'approccio riabilitativo e scolastico;
- formazione ed aggiornamento d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale degli insegnanti, genitori e operatori della Cooperazione sociale a partire dai progetti di formazione già avviati nella Regione Umbria con la collaborazione dell'Associazione Italiana Dislessia, e nel rispetto delle indicazioni ICF;
- favorire l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo postscolastico dei soggetti con DSA;
- promuovere l'uso di strumenti compensativi e dispensativi per garantire maggiore autonomia nell'apprendimento e nello studio, nell'ottica di un corretto inserimento scolastico e nel mondo del lavoro.

11. Assistenza residenziale e semiresidenziale

11.1 La residenzialità e semiresidenzialità nei disabili adulti e in età evolutiva

La definizione delle condizioni delle persone disabili che necessitano di un approccio prevalentemente assistenziale o riabilitativo assume un ruolo strategico. In una visione esemplificativa, per quanto riguarda le condizioni acute, l'indirizzo verso un percorso assistenziale o riabilitativo è determinato dalla definizione delle potenzialità di recupero della persona stessa.

Nel caso in cui non si ipotizzino possibilità di recupero viene attivato un percorso a prevalenza assistenziale che si attua sia a domicilio sia in strutture residenziali o semiresidenziali. La scelta del percorso si basa sulla gravità della disabilità e sulla possibilità o meno di mantenere la persona a domicilio.

In linea di principio la gestione domiciliare della persona disabile rimane l'obiettivo auspicabile in tutte le situazioni, purtroppo ci sono delle condizioni di disabilità che richiedono un'assistenza specialistica finalizzata a mantenere le funzioni.

Esiste inoltre il problema di condizioni gravi in età evolutiva che richiedono un approccio complesso e qualificato per fornire una adeguata riabilitazione ed assistenza. Le condizioni di gravità possono inoltre presentarsi come esito di patologie acquisite che si stabilizzano dopo un processo riabilitativo.

Sulla base di queste considerazioni si rende necessaria la strutturazione di una rete residenziale e semi-residenziale che possa rispondere a tali bisogni.

Si rende necessario inoltre il riequilibrio dell'offerta regionale di strutture extraospedaliere in grado di erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a persone disabili, non assistibili a domicilio, all'interno di nuclei accreditati per la specifica attività.

La rete si articola in strutture che si differenziano per il peso sanitario e sociale e per i diversi rapporti tra componente riabilitativa e componente assistenziale.

1. Per prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione e trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale e per soggetti non autosufficienti, l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Strutture per la Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in regime di post-acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo *(Linee Guida: art. 2.2. comma a/1)*.

Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie

invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli. *(Linee Guida: art. 2.2. comma a/2).*

Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 240 giorni, in base alla permanenza degli obiettivi riabilitativi da perseguire.

Tale tipologia di struttura è rivolta a pazienti stabilizzati nelle funzioni vitali con disabilità gravi importanti, a lento recupero, per le quali è applicabile un progetto riabilitativo individuale da parte di un'équipe riabilitativa multidisciplinare dedicata suscettibili di miglioramenti ma che non possono sostenere una riabilitazione intensiva per condizioni di scarsa resistenza all'esercizio, di compromissione delle capacità cognitive o di comorbilità a fronte della necessità di un elevato supporto assistenziale ed infermieristico.

Strutture per i soggetti a Responsività Minimale

Trattamenti di mantenimento per i soggetti a responsività minimale con problemi ad alta intensità assistenziale, con necessità di assistenza continuativa e globale 24h su 24h e programmi riabilitativi.

Tale strutture erogano trattamenti specialistici ad alto impegno, ad alta intensità assistenziale con progetti a termine non gestibili a domicilio o in Struttura socio-riabilitativa o in Residenza Protetta (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive etc.).

L'ammissione avviene con progetto a termine e verifiche periodiche, non oltre 240 giorni, da parte della competente UMV.

Deve essere comunque previsto un piano di reinserimento domiciliare attuabile in base alle condizioni del nucleo familiare.

2. Per prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva affetti da minorazioni plurisensoriali, l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Strutture per l'assistenza residenziale e semi-residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico *DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b)*

Strutture per disabili ad alta valenza sanitaria per soggetti non autosufficienti con minorazioni plurisensoriali gravi in età evolutiva

Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a

persone non autosufficienti, in età evolutiva, affette da minorazioni plurisensoriali. *(DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a).*

Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.

L'ammissione in questo tipo di struttura avviene con progetto a termine e verifiche periodiche, non oltre 240 giorni, da parte della UMV per l'età evolutiva.

Il progetto abilitativo/riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi di norma contenuti entro 1 anno.

Per prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, in regime residenziale e semi-residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Residenziale

Si comprendono nella fattispecie le prestazioni di assistenza **residenziale** ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone disabili adulte gravi, non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane. (*DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) gravi)*

L'ammissione in tale struttura avviene con progetto **a termine** e verifiche annuali da parte della UMV disabili adulti.

Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Semi-Residenziale diurno

Si comprendono nella fattispecie le prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone disabili gravi di norma dai 16 ai 55 anni di età, non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane. (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) gravi)

L'ammissione in tale struttura avviene con progetto a termine e verifiche annuali da parte della competente UMV.

Comunità Alloggio per persone disabili gravi

Si comprende nella fattispecie il servizio tutelare di residenzialità anche permanente per la cura di soggetti adulti con disabilità grave di norma al di sopra dei 50 anni.

Per le persone con disabilità grave o gravissima oltre i 50 anni di età, non assistibili in questa tipologia di struttura o nella tipologia "Dopo di noi", in quanto necessitano di assistenza e cure di più elevato carico e impegno organizzativo, non garantito da queste strutture, si può derogare all'inserimento in Residenza Protetta prima del compimento del 65° anno.

L'ammissione in tale struttura avviene con progetto individuale soggetto a verifiche periodiche da parte della competente UMV.

Per prestazioni tutelari per disabili privi del sostegno familiare l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Famiglie comunità per il "Dopo di noi"

Servizio tutelare di residenzialità permanente per la cura di soggetti adulti con disabilità privi del sostegno familiare.

Le prestazioni offerte da tale tipologia di struttura mirano a garantire la continuità assistenziale e la cura della persona con disabilità successiva alla perdita dei familiari che ad essi provvedevano.

11.2 Le residenze protette per anziani

Conseguentemente all'andamento demografico, le strutture residenziali per anziani hanno avuto in Italia un rapido sviluppo nel corso degli ultimi 15 anni, con un incremento progressivo dei posti letto fino ad una stima attuale di circa 270.000, pari a circa il 2% della popolazione anziana. All'interno di questa tipologia assistenziale va ricompresa anche l'assistenza di tipo semiresidenziale, rappresentata essenzialmente dai Centri Diurni.

Nell'ambito delle strutture residenziali si registra, nelle diverse regioni italiane, una notevole variabilità nella classificazione, nei modelli autorizzativi e organizzativi, nell'utilizzo di strumenti di valutazione e nella modalità di erogazione del servizio. Tale problematica è segnalata dalla relazione finale elaborata dal gruppo di lavoro del Mattone 12 e dal documento sui livelli essenziali per le cure residenziali e semiresidenziali della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza del Ministero della Salute, che recentemente sono stati definitivamente recepiti come legge.

In tali documenti viene preso atto del fatto che i dati sulle quantità e sulla qualità delle prestazioni erogate all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali sono di fatto inesistenti a livello nazionale, e spesso parzialmente disponibili e carenti anche a livello delle singole regioni, in assenza di un flusso informativo che dalle strutture residenziali e semiresidenziali afferisca in maniera regolare agli organismi regionali e nazionali deputati al controllo e verifica dei risultati. La mancanza di informazioni relative alle caratteristiche cliniche e funzionali degli ospiti, al numero e caratteristiche delle prestazioni erogate così come agli esiti in termini di salute e di autonomia funzionale rappresenta un ostacolo insuperabile alla possibilità di costruire indici di case-mix assistenziali delle persone assistite e di valutare in maniera adeguata l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi sanitari ed assistenziali attuati.

In Umbria esistono due principali tipi di strutture residenziali per l'assistenza alla popolazione anziana disabile, le residenze Protette (RP) e le Residenze Sanitarie assistenziali (RSA).

Le RP sono destinate a pazienti cronici stabilizzati che non possono essere assistiti a domicilio.

Per quanto riguarda le RSA esse rientrano nell'ambito delle cosiddette cure intermedie, quelle cioè che sono situate tra l'ospedale da una parte e l'assistenza domiciliare o residenziale permanente dall'altra, dovendo garantire una serie di prestazioni che consentono il passaggio dei pazienti dall'ambito ospedaliero a quello territoriale senza soluzione di continuità.

Negli ultimi anni è avvenuto anche nella Regione Umbria, ed è tuttora in corso, un progressivo incremento dei posti letto in ambito residenziale e semiresidenziale, anche se essi sono ancora oggi di poco superiori all'1% della popolazione anziana residente, con un numero particolarmente ridotto per quanto riguarda i posti in RSA (DVSS volume C, relazione sul progetto esiti di continuità assistenziale). Dal momento che la necessità di tali servizi è in continua crescita, in accordo anche con l'obiettivo stabilito nel documento sui LEA relativamente ai posti residenziali e semiresidenziali, che è notevolmente superiore rispetto all'offerta attuale, nei prossimi anni sarà necessario un progressivo incremento della disponibilità di tali servizi.

L'accesso alle RP e alle RSA avviene tramite il Distretto (o le sua articolazioni territoriali) in quanto sede responsabile della qualificazione della domanda e della regolazione dell'offerta dei servizi territoriali. Il Distretto ha anche il compito di garantire la trasparenza delle procedure, al fine di evitare situazioni di prevaricazione. La verifica della necessità di attivare prestazioni residenziali e la classificazione dell'urgenza di tale accesso deve essere effettuata, in base anche alle indicazioni del Ministero (documento del mattone 12), attraverso una valutazione multidimensionale che utilizzi strumenti validati scientificamente, a livello nazionale o internazionale, come indicato nel paragrafo successivo.

Per quanto riguarda i servizi semiresidenzali questi comprendono i centri diurni, che hanno la funzione di fornire ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali, riabilitative ed alberghiere a pazienti disabili con polipatologia croniche, in particolare, ma non solo, affetti da demenza, che dispongano di un'assistenza almeno sufficiente a garantire la loro permanenza a domicilio durante le ore notturne e nei giorni festivi. Tale modello assistenziale deve essere reso maggiormente disponibile sul territorio al fine di sostenere la politica di mantenimento degli anziani al proprio domicilio.

Gli standard assistenziali

L'aumento della età media e quindi della complessità e della fragilità dei pazienti anziani che afferiscono ai servizi residenziali e semi-residenziali rappresenta un fenomeno che ha caratterizzato gli ultimi due decenni. Pertanto da servizi di tipo prevalentemente sociale si è passati a strutture che assistono anziani gravemente disabili, con patologie croniche multiple e clinicamente instabili, tra le quali presenta una prevalenza particolarmente elevata la demenza.

Tale scenario pone l'esigenza che gli standard assistenziali dei servizi residenziali e semiresidenziali vengano costantemente mantenuti adeguati alle crescenti esigenze degli ospiti, attraverso un processo continuo di sempre maggiore qualificazione e miglioramento della qualità.

Il VAOR è lo strumento indispensabile per consentire una corretta VMD dei soggetti presenti all'interno delle Residenze.

Esso è composto di due parti:

scheda di Valutazione Elementare del Residente (SVER);

sequenze di Identificazione dei Problemi (SIP).

LA SVER è così definita in quanto esplora, con una estesa serie di domande (oltre 300), le 18 aree che comprendono il 90% delle problematiche degli anziani ospiti in residenza, consentendo così di ottenere il minimo di informazioni necessarie (Minimum Data Set) alla successiva elaborazione del programma assistenziale con l'obiettivo di raggiungere e/o mantenere il massimo livello possibile di funzione fisica, mentale e psico-sociale del paziente. Ciò è reso possibile dal fatto che, per ogni problema individuato, la SVER rimanda l'operatore a protocolli specifici (SIP) per ogni problema che lo guidano alla ricerca dei fattori responsabili, la cui conoscenza è indispensabile per la elaborazione del piano individualizzato di assistenza. E' necessario inoltre che la valutazione venga effettuata non solo al momento della ammissione, ma periodicamente, al fine anche di valutare i risultati dell'assistenza e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. La rivalutazione dell'ospite va quindi effettuata almeno ogni novanta giorni, e comunque in tutte le situazioni in cui risultino significativamente modificate le sue necessità assistenziali o quando si verifichi il trasferimento ad altro servizio assistenziale.

Si effettueranno quindi valutazioni in diverse fasi del ricovero che saranno codificate secondo le seguenti modalità:

A – Ammissione;

R – Rivalutazione periodica;

M – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale;

D – Dimissione o trasferimento;

E – Exitus.

La necessità di imperniare l'assistenza erogata agli anziani in ambito residenziale e semiresidenziale sulla valutazione multidimensionale è indicata da tutta la letteratura internazionale e nazionale ed è stata recepita dalla commissione che ha lavorato al progetto Mattone 12.

Il gruppo di lavoro attivato nell'ambito del Progetto Mattone 12 è giunto alla determinazione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di VMD, purché scientificamente validati in Italia o a livello internazionale, ed in grado di consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/ o della "fragilità". Tali strumenti devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

Gli strumenti riconosciuti idonei per realizzare la valutazione multidimensionale sono i seguenti:

- MDS (VAOR-RSA)/RUG;
- SOSIA;
- SVAMA;

- AGED.

Una serie di elementi indicano che la graduale adozione del VAOR-RSA è la più indicata per la Regione Umbria:

- da alcuni anni è in atto una sperimentazione che ha condotto all'implementazione del sistema RUG III in tutte le Residenze Protette autorizzate dalla Regione, la quale ha effettuato una periodica attività di formazione del personale delle strutture all'utilizzo di tale strumento e dispone della relativa banca dati. Il RUG, algoritmo che consente di ricavare il fabbisogno assistenziale, è costituito da un sottoinsieme delle voci che compongono il VAOR-RSA;

- il VAOR-RSA fornisce una valutazione completa degli ospiti che può essere utilizzata per migliorare la gestione clinica degli anziani malati. Infatti il VAOR è l'unico tra gli strumenti indicati dalla commissione del mattone 12 per il quale siano disponibili studi che ne dimostrano la capacità di migliorare la qualità dell'assistenza all'anziano ed anche le modalità di lavoro degli operatori. Dopo l'implementazione negli Stati Uniti del RAI, è stato documentato un miglioramento dello stato di salute e degli esiti clinici degli ospiti (riduzione del tasso di declino funzionale nelle attività di base della vita quotidiana, del peggioramento delle funzioni cognitive, della prevalenza di incontinenza urinaria e di prevalenza delle ulcere da decubito, diminuzione di malnutrizione e disidratazione con riduzione del tasso di ospedalizzazione), un miglioramento dei processi di cura (riduzione dell'uso di mezzi di contenzione, del posizionamento di cateteri urinari a permanenza; aumento dell'utilizzo di programmi per la prevenzione delle lesioni da decubito e del numero di ospiti che partecipano alle attività della residenza) ed infine una maggiore partecipazione delle varie figure professionali al lavoro di team ed una maggiore cooperazione tra queste nella identificazione dei PAI, nonché un maggior coinvolgimento dell'ospite e dei suoi familiari. Più recentemente anche esperienze condotte in Residenza per anziani in Italia hanno confermato i benefici di un'assistenza basata sul VAOR;

- le informazioni ottenute mediante VAOR possono consentire di verificare la appropriatezza della ammissione dell'anziano all'interno delle strutture residenziali.

Strettamente collegata con l'adozione di una metodologia di lavoro basata sulla valutazione multidimensionale è la tematica della professionalità del personale medico, sanitario ed assistenziale che opera all'interno dei servizi residenziali e semiresidenziali. Affinché sia possibile implementare e sviluppare una efficace assistenza agli ospiti di questi servizi è necessario che il personale medico abbia una adeguata formazione in ambito gerontologico e geriatrico, prevedendo di norma un'attività di direzione sanitaria e/o consulenza da parte di medico specialista in geriatria, così come un programma di formazione continua dei MMG che operano all'interno di questi ambiti assistenziali. Altrettanto importante è garantire una adeguata formazione ed un costante aggiornamento in ambito gerontologico e geriatrico al personale sanitario ed assistenziale, che rappresenta certamente uno degli elementi fondamentali che concorrono a determinare la qualità dell'assistenza fornita agli anziani ospiti, come indicato da un'ampia letteratura scientifica.

Ulteriori elementi necessari per migliorare gli standard assistenziali sono la esatta definizione dei livelli essenziali di assistenza per le prestazioni residenziali e semiresidenziali e la realizzazione di nuclei all'interno delle strutture residenziali, come ribadito dal documento sui LEA.

Per quanto riguarda il primo punto la recente proposta di modifica dei LEA definisce per la prima volta in maniera esatta le prestazioni di tipo residenziale e semiresidenziale. Si intende con tale denominazione indicare il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata. La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazione di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

In considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza. Valutando la prestazione non come "*episodio di ricovero*" ma come "*giornata di assistenza*" si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale viene erogato in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il *panel* dell'assistenza residenziale.

Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione. La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quel livello assistenziale.

Per quanto riguarda il "nucleo", esso è definito come l'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni residenziali, ed è inteso come area all'interno delle degenze autonoma per dotazioni e servizi, articolato di norma su 20 posti letto. Il modello di erogazione di prestazioni omogenee per "nuclei" organizzativi deriva dal D.P.R. 14 gennaio 1997 che aveva come presupposto originario il D.P.C.M. 22 dicembre 1989: "l'organizzazione per nuclei consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo".

D'altra parte il documento sottolinea come un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e quindi le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero. Pertanto la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza.

In considerazione della relativa variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, in relazione ai differenti bisogni degli ospiti, è opportuno prevedere

diversi livelli di organizzazione ed accreditamento dei “nuclei” coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali. Inoltre, poiché non è possibile effettuare il trasferimento del paziente ad ogni variazione sostanziale dei suoi bisogni assistenziali, il nucleo non deve essere interpretato come una struttura rigida, ma piuttosto come una unità organizzativa strutturata per fornire determinati livelli di assistenza nella quale è ragionevole che venga assistita anche una certa percentuale (10-20%) di pazienti appropriati per altri livelli, ma il cui numero ed intensità assistenziale sia tale da non mettere in crisi l’organizzazione interna del nucleo stesso. Parallelamente è auspicabile che ogni struttura residenziale ottenga l’accreditamento per più livelli assistenziali e quindi sia organizzata in più nuclei.

All’interno dei nuclei vengono erogate prestazioni che sono individuate da codici di attività, come definito dalla recente proposta di modifica dei LEA delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

I“codici di attività” individuati sono i seguenti :

- R1 Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti:stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegerative progressive, etc.);
- R2 Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.;
- R2D Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell’affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico”;
- R3 Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento);
- SR Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni;
- SRD Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di “cure intensive o estensive” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “assistenza e terapie di mantenimento”, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

La qualità nelle strutture residenziali

L'adozione di uno strumento di VMD validato all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali può consentire di valutare e monitorare una serie di parametri che a livello internazionale sono riconosciuti come indicatori della qualità assistenziale. A fronte di una richiesta crescente di tali prestazioni e dell'inevitabile incremento della spesa sanitaria ad esse destinata è sempre più necessario poter verificare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi. Anche in questo ambito lo strumento VAOR è l'unico per il quale sono stati condotti lavori scientifici volti a selezionare le informazioni che potessero rappresentare indicatori della qualità assistenziale. Negli ultimi cinque anni sono state elaborate e validate una serie di Misura di Qualità (Quality Measure). Il vantaggio di tali parametri è il fatto che non si tratta di misure grezze ma nel loro calcolo vengono tenuti in considerazione una serie di informazioni che consentono un aggiustamento in funzione delle caratteristiche degli ospiti della residenza, ed in particolare del livello di rischio presentato dagli ospiti per un particolare esito, rendendo tali misure confrontabili tra residenze diverse che possono ospitare popolazioni di soggetti anche piuttosto differenti.

Esse forniscono una serie di parametri obiettivi che consentono di determinare qual è la gestione di una residenza nei vari aspetti di cura offerti agli ospiti. Le misure di qualità sono valide e riproducibili. Nella versione originale sono state elaborate e validate dodici misure di qualità, delle quali nove sono misure di prevalenza e tre sono misure di cambiamento di condizione. Nelle misure di qualità che esprimono la prevalenza di un determinato evento, ad esempio le lesioni da decubito, vengono esclusi dal calcolo quegli ospiti che sono appena entrati in residenza, in quanto la condizione potrebbe essere preesistente all'ingresso in struttura. Delle 12 misure in uso, alcune sono misure del processo di cura (ad esempio utilizzo di mezzi di contenzione e di cateteri), mentre altre misurano l'esito del paziente (peggioramento della disabilità nelle ADL, incontinenza urinaria, lesioni da decubito).

Le misure di qualità da implementare sono le seguenti: la percentuale di ospiti che ha passato la maggior parte del tempo nel letto o su una sedia nei 7 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che era portatrice di un catetere a permanenza nei 14 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che è stata sottoposta a contenzione fisica nei 7 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti a basso rischio (quindi con esclusione dei dementi e dei disabili di grado severo) che ha sviluppato incontinenza urinaria e/o fecale nei 14 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che ha presentato una infezione delle vie urinarie nei 30 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che ha perso > 5% del peso corporeo nei 30 giorni precedenti la valutazione o > 10% nei 180 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che ha lamentato dolore da moderato a severo nei 7 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti, divisi in alto (soggetti in coma o che non riescono a spostarsi da soli) e basso rischio, che presentava lesioni da decubito; percentuale di residenti la cui mobilità nella loro camera o negli ambienti circostanti la loro stanza è peggiorata rispetto alla valutazione precedente; percentuale di residenti che necessita di

un maggiore aiuto nelle attività della vita quotidiana rispetto alla valutazione precedente; percentuale di residenti che è più depressa o ansiosa rispetto alla valutazione precedente.

Inoltre a partire dal 2006 sono state inserite altre due misure che fanno riferimento alla vaccinazione degli ospiti: la percentuale di ospiti eleggibili e favorevoli che sono stati vaccinati annualmente per l'influenza e la percentuale di ospiti eleggibili e favorevoli che hanno una vaccinazione valida per pneumococco. Per la rilevazione di tali dati è stata aggiunta una apposita sezione al RAI-MDS.

La rilevazione trimestrale delle misure di qualità rappresenta un obiettivo importante per continuare il processo di miglioramento della assistenza nelle RP ed RSA dell'Umbria. Tale dato può infatti non solo consentire alle residenze di valutare l'efficacia degli interventi assistenziali, ma rappresenta anche la base per la definizione di obiettivi concreti di intervento all'interno di un percorso di qualificazione sempre più elevata delle prestazioni residenziali, nell'ambito di un processo che si prefigga di premiare i risultati dell'assistenza e non solo la quantità di prestazioni erogate.

D'altra parte la valutazione della qualità non può fare unicamente riferimento a parametri oggettivi, ma deve necessariamente prendere in considerazione anche il punto di vista dell'individuo che viene assistito, sia in termini di qualità della vita che di soddisfazione per l'assistenza ricevuta. L'inclusione di queste tematiche tra quelle valutate riveste una assoluta rilevanza e priorità, come espressione della consapevolezza che la riduzione di eventi negativi, quali ad esempio le lesioni da pressione, l'incontinenza o le cadute ed il declino funzionale, pur testimoniando una buona efficienza degli interventi assistenziali non equivale certamente ad assicurare una buona qualità di vita, ancor più in una condizione, come quella della residenzialità, nella quale la presenza di regole ed orari spesso rigidi comporta una forte soluzione di continuità con la vita condotta al proprio domicilio e presenta inevitabilmente il rischio che l'anziano percepisca di essere vincolato al rispetto di un codice di comportamento che risponde alle esigenze di chi lo assiste piuttosto che non alle proprie. L'assistenza in ambito residenziale deve invece tendere a costituire un ambiente percepito per quanto possibile come di tipo domestico, nel quale la privacy, la dignità, il confort ed il benessere dell'ospite siano elementi centrali, dal momento che per molti anziani la residenza è la sede nella quale trascorreranno gli ultimi mesi o anni della loro esistenza. Il processo che è necessario fare in tutti i servizi sanitari ed a maggior ragione in quelli che assistono a lungo termine soggetti anziani fragili, che hanno minori capacità di esprimere e di difendere il loro punto di vista, è quello di mettere al centro i bisogni, espressi e non, dell'anziano ospite, che ha il diritto di vivere un'esistenza che sia ancora percepita come significativa e tale da rispondere a quelle che sono le sue legittime aspettative.

La soddisfazione espressa dagli ospiti in merito ad alcune caratteristiche dell'assistenza ricevuta si presta a considerazioni analoghe a quelle fatte per la qualità di vita. Essa sta acquistando crescente rilevanza in relazione al fatto che gli utenti dei servizi sanitari sono i primi a dover essere soddisfatti di quanto viene loro offerto. La soddisfazione dell'ospite rappresenta un altro modo per avere un'indicazione sulla qualità dell'assistenza fornita e sulla qualità di vita all'interno delle strutture.

Per tali motivi sia la qualità della vita che la soddisfazione sono parametri che dovrebbero essere rilevati periodicamente all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali della regione. Tuttavia, mentre per quanto riguarda la soddisfazione è possibile fare riferimento ad un questionario utilizzato nell'ambito del progetto regionale sulla valutazione degli esiti degli ospiti in residenza (volume C del DVSS), per la qualità della vita la raccomandazione è che ulteriori ricerche siano condotte per elaborare e validare degli strumenti che siano utilizzabili nella maggior parte degli ospiti in residenza, in particolare quelli con importante deterioramento cognitivo.

Azioni per il prossimo triennio

- Collegamento in rete dei servizi socio sanitari dedicati all'anziano, sia a livello ospedaliero che territoriale, fino a prefigurare una Rete clinica regionale con relativo Dipartimento funzionale interaziendale, almeno su base provinciale.
- Incremento del numero dei posti letto in residenza protetta, in RSA degenza breve e nei servizi semiresidenziali.
- Valorizzazione della professionalità geriatria disponibile nei servizi dedicati all'anziano, con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale in geriatria.
- Potenziamento delle competenze geriatriche dei medici di medicina generale e degli operatori socio-sanitari che operano all'interno dei servizi dedicati all'anziano, mediante adeguati programmi di formazione.
- Miglioramento della qualità assistenziale all'interno delle residenze protette e delle RSA degenza breve tramite l'implementazione della valutazione multidimensionale e il monitoraggio regolare delle misure di qualità ricavate dal VAOR.
- Creazione di una banca dati informatica che raccolga i dati dei pazienti inseriti nei servizi per anziani.

11.3 Residenzialità e salute mentale

Nella Regione Umbria già alla fine degli anni 60 venivano applicati modelli di intervento di tipo residenze comunitarie in parallelo alla chiusura progressiva degli Ospedali Psichiatrici e lo sviluppo di strutture territoriali di Salute Mentale.

La successiva creazione di una rete di strutture residenziali e semiresidenziali non ospedaliere, di supporto alla attività territoriale erogata dai Centri di Salute Mentale, ed afferente ai Dipartimenti di Salute Mentale, era mirata a garantire una presa in carico appropriata ai pazienti con maggiori bisogni clinici, maggiori disabilità, o maggiore fragilità dei contesti sociali di provenienza..

La DCR n.372 del 7/07/1997, "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della Salute Mentale" definiva, nel quadro delle attività e delle caratteristiche dei servizi costituenti i Dipartimenti di Salute Mentale, anche le missioni e gli obiettivi delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali.

Le strutture intermedie, semiresidenziali e residenziali costituiscono parte integrante della rete delle risorse e servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale. Esse operano in

integrazione e continuità di cura con i Centri di Salute Mentale, garantendo la realizzazione di parti del programma terapeutico-riabilitativo individuale.

Si definiscono anche strutture intermedie in quanto realizzano la propria peculiarietà nello svolgere la propria funzione nello spazio tra il servizio inviante, il Centro di Salute Mentale, ed il contesto di vita di provenienza dell'ospite. Esse rispondono a bisogni complessi, riconducibili al tipo di patologia presentata, all'età dell'utenza, alla presenza di altri bisogni connessi con il contesto sociale e familiare di provenienza, ovvero a variabili cliniche ed extracliniche, che richiedono risposte di cura e riabilitazione parimenti complesse, di cui l'inserimento in struttura, residenziale o semiresidenziale, è parte integrante.

Questi bisogni non possono essere soddisfatti con interventi isolati e settoriali, ma richiedono un contesto relazionale globale, la continuità dei trattamenti, una pluralità di interventi e di figure differenziate per affrontare le diverse esigenze emergenti.

La limitazione temporale dell'intervento costituisce un'altra caratteristica fondamentale in quanto le strutture residenziali non si presentano come soluzioni definitive, ma come parte di un percorso di riorientamento terapeutico e riabilitativo.

La presenza di strutture diversamente articolate secondo profili riconoscibili quali grado di protezione, dimensione, finalità garantisce l'attivazione di modalità cliniche, terapeutiche e riabilitative, e di inserimento degli utenti secondo regole di coerenza tra le caratteristiche dell'utente stesso, il progetto individualizzato e l'assetto della struttura.

Cardinale è anche qui il significato del lavoro di equipe: la multidisciplinarietà delle figure, il carattere collettivo delle professionalità applicate concorrono a caratterizzare le capacità complessive dell'equipe stessa e le potenzialità del contesto in cui si esplicano.

Le strutture residenziali si configurano quindi come campo relazionale facilitante la crescita e il cambiamento degli utenti e come parti di un sistema più complesso in cui gli utenti stessi, i curanti, i familiari, il contesto istituzionale e sociale contribuiscono a facilitare il funzionamento del dispositivo di cura.

Sono state identificate diverse tipologie:

- comunità terapeutico-riabilitativa: di tipo 1 e di tipo 2;
- unità di convivenza;
- gruppo appartamento.

Esse si collocano in un gradiente di protezione, legato alla presenza di personale socio-sanitario e di "intensità assistenziale", che va dalla presenza di personale sulle 24 ore, fino ad una presenza per fasce orarie.

In esse sono inoltre garantite sia prestazioni ed attività caratterizzate da particolare rilevanza terapeutico-riabilitativa ed elevata intensità di assistenza, riconducibili alla fase intensiva dell'accoglienza, sia attività volte a garantire, in una fase di lungoassistenza, il sostegno alla qualità di vita, alla salute, alla prevenzione di situazioni di crisi, all'esercizio dei diritti di cittadinanza e di integrazione sociale degli ospiti.

Le Comunità terapeutico-riabilitative (CTR) di tipo 1 e di tipo 2 sono destinate a soddisfare bisogni di cura di persone con patologie gravi, e prevedono una presenza continuativa del personale socio-sanitario nelle 24 ore.

In una ulteriore differenziazione, le CTR di tipo 1 accolgono persone con patologie gravi, ma stabilizzate, e per cui permangono bisogni di cura connessi con il sostegno allo svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e sociale.

In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne in articolazione con le altre strutture dipartimentali, come ad esempio il Centro Diurno, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali utili al processo di integrazione sociale, ed alle relazioni interpersonali delle persone ospiti.

Le CTR di tipo 2 sono destinate a persone con grave patologia psichiatrica, con una storia recente di malattia, ed anagraficamente più giovani, con necessità di trattamenti intensi ed articolati e da svolgersi, per necessità terapeutiche, al di fuori dell'abituale ambiente di vita, per un periodo di tempo definito e rivalutabile in corso di trattamento, e della durata, in media, tra i 12 e i 24 mesi. La finalità del trattamento è il recupero di competenze individuali e di autonomia in stretta integrazione con i programmi individualizzati di cura (psicoterapici e psicofarmacologici). Le attività terapeutico-riabilitative svolte da tali strutture debbono utilizzare le risorse ed opportunità che i normali contesti sociali offrono per il tempo libero, per il lavoro e per l'istruzione.

Le Unità di Convivenza prevedono la presenza di operatori nelle 12 ore diurne e sono destinate a persone che presentano buoni livelli di autonomia, pur avendo necessità di sostegno nella organizzazione della loro vita quotidiana, interna ed esterna alla struttura.

Esse sono destinate anche a pazienti con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale.

I gruppi appartamento prevedono la presenza degli operatori per fasce orarie (circa 6 ore al giorno) e sono strutture destinate a persone con capacità preservate, o recuperate, nella cura di sé e del proprio spazio abitativo, e nelle proprie attività di lavoro o tempo libero. Le funzioni principali consistono nel supportare gli ospiti nel compimento di atti quotidiani significativi per la gestione della giornata come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne in genere svolte in autonomia o in rete con le altre strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale.

Le aree dell'intervento terapeutico-riabilitativo nelle strutture intermedie residenziali sono le seguenti:

- gestione della propria salute psichica;
- cura di sé e del proprio abbigliamento;
- cura della propria salute fisica;
- cura del proprio spazio di vita;
- collaborazione nelle attività domestiche;
- attività produttive e socialmente utili;
- partecipazione alla vita della struttura;
- partecipazione alla vita familiare;
- vita affettiva;
- gestione dell'aggressività;
- cura dei figli minori;
- frequenza e tipo dei rapporti sociali esterni;

- relazioni d'amicizia e aiuto;
- livello d'istruzione, percorsi di recupero scolastico;
- gestione del denaro, acquisti e commissioni;
- spostamenti, uso dei mezzi di trasporto e uso del telefono;
- sicurezza e fronteggiamento delle emergenze;
- reddito e richiesta di pensioni e sussidi;
- inserimenti lavorativi con i Servizi di Accompagnamento al Lavoro;
- supporto nelle questioni di segretariato sociale;
- affiancamento nella ricerca e nella strutturazione di soluzione abitative autonome.

Punti critici

- inadeguatezza dei requisiti di qualità strutturale, assistenziale, di integrazione con i presidi di cura, di inserimento nei contesti sociali;
- sottodimensionamento degli standard quantitativi (n. posti letto/popolazione) di riferimento rispetto a quanto previsto dalla normativa, e a quanto emerge dal confronto con le medie nazionali;
- scarse verifiche nelle strutture private convenzionate;
- difficoltà da parte dei DSM, in ragione della riduzione delle risorse di personale, a garantire il necessario supporto, l'integrazione e la supervisione alla rete residenziale e semiresidenziale.

Le azioni del triennio

- perfezionamento delle norme e migliore determinazione delle procedure, nell'ambito delle attività di accreditamento istituzionale. Questo implica la necessità di sviluppare la definizione dei requisiti ulteriori (di struttura e di processo) per le strutture residenziali e semiresidenziali, in quanto ambiti della attività psichiatrica di comunità in cui è più necessario, per il rischio di riprodurre marginalità e separatezza, l'attività di verifica dei requisiti di qualità strutturale, assistenziale, di integrazione con i presidi di cura, di inserimento nei contesti sociali;
- verifica che i contenuti dei capitolati di gara per la gestione, o la cogestione di strutture residenziali o semiresidenziali psichiatrici siano in linea con le funzioni e le integrazioni delle medesime strutture, previste dalla normativa regionale;
- puntuale manutenzione da parte dei DSM della loro rete di strutture residenziali, al fine di colmare eventuali squilibri territoriali e di qualificare ciascuna di esse per specificità di programmi e di bisogni, con una differenziazione della intensità assistenziale finalizzata a favorire l'esercizio della acquisita autonomia da parte dei pazienti, fino

alla dimissione o all'avvio verso una domiciliarità protetta e supportata, così come previsto dalla normativa regionale sopra citata;

- attuazione di un monitoraggio costante dell'operato delle strutture, sia pubbliche che private, attraverso convenzioni e protocolli adeguati, con il concorso delle associazioni, con una verifica costante dei risultati, delle prassi e degli interventi;
- promozione di attività di Miglioramento Continuo di Qualità nelle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali. Le metodologie dell'"accreditamento tra pari" e l'utilizzazione di Manuali di Qualità, prodotti attraverso sistemi di validazione fondati sul consenso tra professionisti, si prestano a tale scopo;
- la partecipazione degli utenti e dei familiari e l'integrazione del loro punto di vista in tali attività valutative e di promozione di qualità è di centrale importanza;
- l'adesione ad attività formative in questo campo, e ad attività di visite reciproche, promosse da società scientifiche, dovrà essere favorita da parte dei DSM umbri, così come la partecipazione ad attività di ricerca.

11.4 I Centri Diurni per malati di Alzheimer

Il Centro Diurno è un servizio di tipo semiresidenziale, a supporto della domiciliarità, che si propone di garantire un supporto assistenziale ad un soggetto affetto da patologie cronico degenerative disabilitanti ed un valido aiuto alla sua famiglia attraverso l'offerta di attività a valenza socializzante e riabilitativa.

Il percorso assistenziale per l'Alzheimer e i disturbi cognitivi

Considerando che la demenza è una patologia rara prima dei 65 anni di età e che, a causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che si avrà un incremento dei tassi di demenza di 5 volte nei prossimi 30 anni, appare evidente l'interesse da parte dei servizi sanitari nei confronti di questa patologia.

In particolare la demenza di Alzheimer può essere considerata come una vera e propria malattia sociale: costituisce infatti il 50-70% di tutte le demenze; in Italia si stima che esistano circa 600.000 malati di Alzheimer, essendone colpiti l'1% dei 65enni e il 30% degli 80enni. Risulta che più dell'80% dei pazienti vive al proprio domicilio, accudito prevalentemente da un sistema di supporto informale, rappresentato da familiari e amici.

Infatti la demenza è oggi considerata una "malattia sociale", perché non coinvolge solo l'individuo malato, ma anche la rete sociale in cui è inserito. Le famiglie sono infatti profondamente coinvolte nel processo di cura e di assistenza, e si trovano ad affrontare enormi stress fisici e psicologici, legati alla malattia ed ai cambiamenti che essa determina nella persona colpita. Considerando la durata di tale patologia, che è stimata intorno ai dieci anni circa - ci si rende conto del forte impatto sociale che tale condizione impone e di

quanto sia importante cercare degli interventi che mirino a contrastare il decorso del deterioramento cognitivo e migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

Il Distretto rappresenta il livello territoriale ove si realizza il coordinamento con i servizi socio-assistenziali del Comune e l'integrazione gestionale e organizzativa delle risorse e dei servizi socio-sanitari secondo principi di multidisciplinarietà e flessibilità.

Deve attuare azioni volte a migliorare la qualità degli interventi per la presa in carico dei malati con demenza di Alzheimer nelle aree di intervento considerate prioritarie:

- consolidamento e potenziamento di servizi esistenti: Cure Domiciliari, Cure Intermedie (Ospedale di Comunità, Centro Diurno);
- promuovere una rete dei servizi socio-sanitari integrata con i servizi della cooperazione sociale e del volontariato formale e informale così definita: AMBULATORI TERRITORIALI DEDICATI (per la diagnosi precoce coinvolgendo i MMGG)

LABORATORI ALZHEIMER;
CENTRI DIURNI ALZHEIMER;
RICOVERI DI SOLLIEVO;
NUCLEI ALZHEIMER IN R.S.A.;
RESIDENZA PROTETTA DEDICATA (Alzheimer);
ASSISTENZA DOMICILIARE DEDICATA;
CENTRI DI ASCOLTO.

.

Obiettivo della rete è quello di sostenere le famiglie attraverso le azioni di:

- promozione e sostegno delle attività delle Associazioni;
- sviluppo di programmi di formazione rivolti a familiari e assistenti;
- istituzione di Centri di Ascolto.

Il PSR 2003 – 2005 definisce le prestazioni del Centro Diurno "ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere", secondo criteri di finanziamento che per il 50% sono a carico del S.S.R. e per il 50% a carico del Comune.

Il CD è una struttura di tipo semiresidenziale destinata ad anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti bisognosi di programmi di riabilitazione globale di mantenimento e di socializzazione.

Si ritiene, per le considerazioni fatte, che il fabbisogno assistenziale del CD sia principalmente sostenuto dagli anziani affetti da demenza.

Allo stato attuale risultano attivi nella regione n. 9 CD Alzheimer:

ASL1: Città di Castello, Gubbio, Gualdo Tadino;
ASL2: Madonna Alta, San Mariano di Corciano, Bettona;
ASL3: Spoleto, Foligno;
ASL4: Terni.

Il CD per l'Alzheimer rappresenta una soluzione efficace sia per il paziente sia per il nucleo familiare rispetto al quale costituisce un'azione di sollievo e di sostegno.

Pertanto l'obiettivo del triennio è di attivare almeno un CD Alzheimer in ogni Distretto, collegato e integrato nella rete dei servizi socio-sanitari dedicati ai soggetti affetti da demenza, quali un centro di ascolto e un ambulatorio specialistico dedicato alle demenze e ai disturbi cognitivi.

Occorre anche considerare la possibilità di inserire tra le attività anche dei laboratori di "stimolazione cognitiva", completando così un percorso di presa in carico precoce, continuativo e integrato nella rete dei servizi già disponibili.

La stimolazione cognitiva è un tipo di intervento di gruppo, non farmacologico, rivolto alle persone affette da demenza che mira a rallentare il declino cognitivo che la malattia comporta. Si basa sulla stimolazione delle funzioni cognitive non ancora compromesse, tendendo al loro mantenimento e rallentando così il decorso della malattia, il peggioramento dei sintomi cognitivi e del loro impatto funzionale, agendo in questo modo anche sulla qualità della vita della persona malata e dei suoi familiari.

Le esperienze sin qui attivate, in particolare hanno permesso di individuare le seguenti azioni volte a migliorare la qualità dell'assistenza ai malati con demenza di Alzheimer, promuovendo una rete di servizi socio-sanitari integrata con le attività del terzo settore e di volontariato formale e informale:

- attivazione di Corsi "Assistere il malato di Alzheimer", rivolti a familiari, assistenti ed operatori socio-assistenziali del Cooperazione sociale, con la collaborazione dei Comuni e dell'Associazione Malattia di Alzheimer-Umbria (AMA-Umbria) e del Centro Servizi per il Volontariato, con l'obiettivo di fornire competenze nella gestione del malato ed educare all'uso appropriato dei servizi;
- promozione della metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto tra i familiari partecipanti ai corsi, con costituzione di un gruppo AMA Alzheimer;
- potenziamento, in collaborazione con l'AMA-Umbria, delle attività dei "Centri di Ascolto Alzheimer", quale punto di riferimento per i familiari e nodo di raccordo con la rete dei servizi socio-sanitari del territorio, fornendo materiale informativo sulla malattia, sui servizi e modalità di accesso, offrendo ascolto ai familiari, aiutandoli a far emergere i problemi reali ed individuando possibili soluzioni, indirizzando alle specifiche competenze;
- potenziamento del Centro di Ascolto, con l'attivazione in via sperimentale di un "Consultorio per l'Alzheimer e i disturbi cognitivi – Unità Valutativa Alzheimer" (Co.A.Di.UVA) rivolto ai pazienti affetti da demenze degenerative e vascolari ed ai loro familiari, in collegamento con il medico di medicina generale. Il servizio comprende un ambulatorio dove viene effettuata una visita neurologica, la valutazione cognitiva, funzionale e comportamentale del paziente, oltre l'attività di counseling per i familiari.

  L' obiettivo di questo servizio consultoriale è di costituire un centro unico di riferimento dove si realizza la presa in carico del paziente e della sua famiglia, sia per la competenza medica (diagnosi precoce e monitoraggio) che per tutte le indicazioni utili a rispondere alle varie problematiche associate sia di carattere psico-relazionale che socio-assistenziale.

11.5 I Centri Diurni per adulti con patologie psichiatriche

I Centri Diurni, sono servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL regionali, svolgono il loro operato nella rete dei servizi aziendali, a partire dagli anni ottanta. Dopo aver costruito, nel corso del tempo le qualità necessarie al raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso una continua ridefinizione delle offerte riabilitative rimodulate in base alle esigenze degli utenti, oggi viene affidato a questo servizio il compito di rendere praticabile il percorso di cura, in modo particolare per le tipologie di utenti con grave patologia psichiatrica, previsti dalla D.C.R. n°372 del '97 e dal Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998/2000 in stretta integrazione con i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati messi in atto dai Centri di Salute Mentale, per favorire la valutazione clinica ed intervenendo per prevenire nuove cronicità.

Come specifiche attività standard si individuano le seguenti:

- garantire la piena presa in carico degli utenti afferenti;
- potenziare ed integrare i programmi di terapia messi in atto dai Centri di Salute Mentale;
- favorire la valutazione clinica;
- collocare l'intervento a supporto del progetto terapeutico - riabilitativo individuale;
- promuovere l'integrazione sociale;
- valorizzare le competenze e le abilità degli utenti;
- garantire lo sviluppo delle autonomie personali;
- lavorare al fine di prevenire meccanismi di marginalità sociale;
- lavorare per diminuire i conflitti interpersonali e intra-familiari;
- promuovere attività di tempo libero;
- supportare gli utenti nelle attività lavorative, in collaborazione con i Servizi di Accompagnamento al Lavoro;
- costruire relazioni significative per il reinserimento nella collettività;
- monitorare costantemente le esigenze e i bisogni degli utenti;
- garantire la libera espressione e la comunicazione degli utenti.

Criticità

1. Strutturali e strumentali:
    - non tutti i centri diurni hanno locali adeguati per lo svolgimento delle attività;
    - in molti centri sono presenti barriere architettoniche;
    - non tutti i centri diurni sono dotati di strumenti atti allo svolgimento delle attività (cucine attrezzate, mezzi di trasporto idonei, fax, computer, etc.).

2. Le risorse finanziarie (orari di apertura non adeguati agli standard nazionali previsti dal Progetto Obiettivo 1998/2000 e regionali dal DCR 372/'97). L'orario di apertura è legato alle convenzioni tra ASL e Cooperative Sociali e non sempre si riesce a rispondere ai vincoli imposti dal DCR 372 del 97 e dal Progetto Obiettivo. Infatti benché l'orario

previsto nel DCR 372 imponga le 48 ore settimanali di apertura all'utenza, non tutti i centri diurni riescono ad ottemperare a tale richiesta.

Altri centri diurni pur ottemperando al limite imposto dal DCR, riducono il personale sbilanciando il rapporto operatore/utente, rischiando di conseguenza di ledere la qualità del servizio alla persona.

Manca l'entità e la dimensione delle risorse economiche da utilizzare per gli inserimenti lavorativi e le borse lavoro.

3. Regolamentazione della rete:

Non sempre la rete sembra seguire ordinatori logici, spesso, troppo spesso si agisce per conoscenza diretta, facendo venir meno il concetto che la rete sia una risorsa univoca. In altri termini la percezione che si ha della rete è quella di uno strumento non ben conosciuto e quindi poco impiegato o impiegato in modo unidirezionale.

Azioni:

- promuovere investimenti dalle aziende sanitarie atti a mantenere l'eccellenza di alcuni centri diurni, in altri a creare le condizioni affinché essi possano divenire di eccellenza;
- applicare una modalità di apertura e di orari condivisi su tutto il territorio regionale che rispecchi maggiormente le esigenze dell'utenza;
- sviluppare e sostenere la rete di Centri Diurni in ambito regionale per una analisi condivisa dei bisogni e delle risposte.

11.6 I Centri Diurni per minori e adolescenti affetti da autismo

1. Premessa

I Centri Diurni per minori e adolescenti affetti da autismo svolgono un ruolo rilevante nel Percorso Assistenziale per l'Autismo anche alla luce della Delibera della Giunta Regionale 1994 del 22-11-2006 che ha consentito l'attivazione del Progetto della Regione dell'Umbria indirizzato alla *Promozione della salute per minori affetti da Autismo* e alla *Sperimentazione dei trattamenti educativo-comportamentali nella cura della patologia* (Delibera Giunta Regionale 1994 del 22/11/2006). Il modello assistenziale che si propone ha come base il *Documento Tecnico* che raccoglie le evidenze disponibili in materia (anche esso inserito nella DGR 1992 del 22/11/2006) e gli *esiti della sperimentazione effettuata nel biennio 2006-2007.*

Non ripetendo in questa sede le evidenze e raccomandazioni già segnalate nei documenti sopra citati relativamente ad individuazione precoce, percorso diagnostico, valutazione funzionale ed interventi terapeutici è necessario ribadire che le azioni di cura vanno tuttavia integrate in quello che è la presa in carico e l'azione educativa complessiva che vede coinvolti, oltre il sistema sanitario, l'ambito sociale, le strutture scolastiche e naturalmente la famiglia.

2. Il Centro Diurno

La sperimentazione di interventi precoci di provata efficacia per i minori autistici, ha trovato espressione anche nella progettazione ed attivazione di un Centro Diurno per minori autistici (fino all'età di 14 anni) nel Distretto n.1 dell'ASL n. 2. Tale struttura assume in sé le prerogative logistiche ed organizzative delle strutture semiresidenziali (spazi dedicati, personale stabile organizzato in équipe e specificatamente formato, stretto collegamento con i Servizi Specialistici), ma declina la propria funzione terapeutico-riabilitativa attraverso programmi fortemente personalizzati e improntati alla massima flessibilità in termini di obiettivi, tecniche, tempi e luoghi di attuazione, gli interventi infatti vengono realizzati presso il centro, presso il domicilio o in altri contesti sociali.

Le opportunità offerte da una organizzazione stabile sono così rese funzionali allo sviluppo dei massimi livelli di autonomia e di integrazione sociale, mantenendo alcune delle prerogative positive delle forme di cura realizzate in Umbria attraverso lo strumento dell'Assistenza Domiciliare.

Gli esiti favorevoli dell'attività svolta inducono a sollecitare l'estensione di tale modello sperimentale anche all'età adolescenziale. In altre regioni vanno nascendo strutture semiresidenziali per autistici, adolescenti e giovani adulti, che possono costituire modelli con cui confrontarsi e da cui mutuare nuove prospettive di ricerca. Si andrebbero così ad accogliere le legittime richieste avanzate dalle Associazioni di genitori di soggetti autistici indirizzate a garantire continuità e coerenza nei percorsi di cura oltre l'età infantile.

In una fase di avvio, che avrebbe una valenza ancora sperimentale, possono essere individuate strutture semiresidenziali interamente dedicate a ragazzi autistici; in altri contesti, ove ciò non risultasse opportuno, strutture semiresidenziali indirizzate ad una utenza più diversificata potrebbero assolvere alla funzione di cura garantendo analoghi requisiti organizzativi e funzionali: educatori adeguatamente formati, una équipe clinica di riferimento competente e stretto collegamento con la rete dei servizi socio-assistenziali ed educativi.

Il centro diurno in questa accezione è parte integrante della rete dei servizi che deve fornire supporto alla crescita del soggetto autistico: la équipe clinica di riferimento, i Pediatri di Libera Scelta, i Servizi Sociali, l'Ufficio Scolastico Regionale ed i Comuni.

Azioni:

- promuovere, anche attraverso progetti sperimentali, la diffusione dei Centri Diurni per soggetti autistici minori, adolescenti e giovani adulti sul territorio regionale in base ai bisogni espressi e alle risorse disponibili;
- promuovere l'utilizzo di strutture semiresidenziali già esistenti destinate ad un'utenza più diversificata assicurando l'adeguamento delle caratteristiche strutturali, organizzative e tecniche ai soggetti autistici;
- promuovere la formazione degli operatori dei servizi e degli educatori delle Cooperative Sociali che lavorano con soggetti autistici sulle strategie di intervento per il trattamento dei disturbi autisitici e la gestione delle problematiche sociali inerenti.

Strutture residenziali e semiresidenziali nell'area delle dipendenze

Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali rivolto all'uso/abuso/dipendenze da sostanze psicoattive costituisce uno spaccato specifico, in cui si estrinsecano esperienze pluriennali, consolidate, che, nate spesso sull'impegno del volontariato, sono approdate negli anni ad interventi a carattere terapeutico e professionale, supportati scientificamente, senza peraltro perdere un patrimonio di saperi e culture di valore unanimemente riconosciuto.

Tale sistema a livello regionale è regolamentato dalla DGR n. 1057/2002 "Nuovo sistema dei servizi nell'area delle dipendenze", che fissa i requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e le tariffe regionali di riferimento, e dalla DGR n. 548/2004 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM del 14 febbraio 2001", che stabilisce i rapporti tra sistema sanitario e sociale compresi i percorsi di accesso agli interventi.

Con la legge regionale n. 1 del 22 gennaio 2007 "Accesso ai trattamenti terapeutici per i cittadini consumatori di sostanze psicoattive o in stato di dipendenza", che stabilisce responsabilità e competenze riguardo le modalità di invio degli utenti ad appropriati trattamenti terapeutici, si configura, infine, un sistema di intervento unitario, pubblico, in cui sono inseriti, in condizioni di pari dignità e con ruoli complementari, sia i servizi gestiti direttamente dall'ente pubblico, sia i servizi autorizzati gestiti dal privato sociale, entrambi inclusi nel sistema dell'accreditamento istituzionale.

L'obiettivo attuale è giungere ad un sistema maggiormente dinamico e flessibile, in grado di cogliere le variazioni dei fenomeni e di rispondere, con tempestività e attraverso un ventaglio variegato di opportunità, ai bisogni di salute dell'individuo e della comunità, migliorando quindi il rapporto tra bisogni effettivamente rilevati ed offerta e, in una fase di generale contrazione delle risorse, ottimizzando l'utilizzazione delle opportunità a disposizione.

Occorre attivare interventi innovativi, alternativi sia al modello ambulatoriale prevalente nei servizi pubblici, sia al modello "classico" di comunità residenziale, che siano profondamente radicati nelle realtà territoriali ed offrano risposte soprattutto alle problematiche oggi emergenti.

In particolare si rileva la richiesta di percorsi terapeutici specifici per cocainomani, giocatori d'azzardo problematici, adolescenti; interventi di pronta accoglienza di breve-medio periodo; programmi residenziali brevi; programmi a supporto dell'inserimento sociale e lavorativo modulati sulle capacità di autonomia della persona; programmi residenziali di supporto a trattamenti farmacologici a lungo termine; gruppi famiglia; gruppi appartamento a basso livello di supporto; interventi residenziali specifici per persone alcoldipendenti.

E' necessario, pertanto, attraverso percorsi partecipati, non soltanto rivedere le tipologie di servizi attualmente definite dalla DGR n. 1057 del 2002 e promuovere una rimodulazione dei servizi esistenti verso una maggiore rispondenza ai bisogni del territorio, ma sopratutto, nel contesto di un riordino complessivo del sistema di intervento sulle dipendenze, giungere ad una definizione rinnovata dei rapporti nel nuovo sistema di

relazioni a livello dipartimentale affinché siano orientati ad una maggiore integrazione. Occorre approntare modalità comuni e strumenti idonei per monitorare costantemente il rapporto tra bisogni rilevati nel territorio e offerta disponibile, monitorare i livelli di qualità degli interventi offerti, realizzare modalità innovative di gestione integrata di servizi ed interventi, realizzare modalità innovative di gestione integrata e flessibile dei percorsi terapeutici individuali, attivare strategie di miglioramento continuo della qualità.

La sostenibilità economica dei servizi gestiti dal privato sociale va sostenuta sia attraverso una valutazione comune dei bisogni effettivi e quindi la strutturazione di servizi ed interventi maggiormente rispondenti alla domanda dei servizi regionali, sia assicurando il pagamento tempestivo delle rette.

Sono necessarie, infine, iniziative costanti di formazione integrata, di supervisione integrata e l'implementazione di tutti gli strumenti utili a sviluppare una cultura unitaria, un linguaggio comune, modalità di approccio condivise, procedure e percorsi omogenei.

A livello di ciascun utente, costituiscono elementi nodali per una gestione coordinata degli interventi l'individuazione del referente del caso, con responsabilità e competenze definite, il passaggio di comunicazioni (con modalità idonee) tra i diversi servizi coinvolti nel programma terapeutico, la definizione congiunta del progetto terapeutico personalizzato, strutturato per obiettivi aderenti al quadro dei bisogni e delle risorse, personali e di contesto, presenti al momento e rimodulato nel tempo attraverso valutazioni periodiche congiunte.

12. L'assistenza specialistica

12.1 La specialistica ambulatoriale e le reti di servizi

L'attività specialistica ambulatoriale erogata da specialisti convenzionati interni o da strutture esterne accreditate è funzionalmente integrata con l'attività specialistica ambulatoriale che i presidi ospedalieri assicurano a consulenza o supporto del MMG.

A queste tipologie di assistenza specialistica vanno aggiunte le attività ambulatoriali di pre e post ricovero, strettamente connesse in realtà alla degenza e le prestazioni ambulatoriali nell'ambito dell'attività terapeutica specialistica che rientrano più strettamente nelle competenze proprie del presidio ospedaliero.

Oggi l'assistenza specialistica registra aumenti vertiginosi di domanda, spesso inappropriata, e rende ancor più evidente la crisi delle politiche sociali e le incertezze delle riforme sanitarie, che trovano origine in realtà da profonde modificazioni socioeconomiche e socioculturali.

I modelli sanitari sembrano non riuscire a fronteggiare questo rapido evolversi della domanda, che si esprime sempre di più come *"bisogno di significare il proprio malessere"* piuttosto che come *"bisogno di cura"* in un contesto nel quale l'acquisizione di consapevolezza da parte del cittadino, della essenzialità di una *"diagnosi prima della cura"*, si tramuta in un'esigenza ancor più importante della stessa richiesta di benessere.

Coerentemente con questo nuovo contesto, in parte assecondandolo e in parte promuovendolo, l'industria delle biotecnologie, sta investendo consistenti risorse mettendo a disposizione dei professionisti e dei cittadini "informati" sempre più sofisticate metodiche e tecnologie.

L'investimento riguarda soprattutto i *test* diagnostici, un pò perché la ricerca in queste direzioni è meno complessa e costosa (e minori le norme da rispettare), ma soprattutto perché il bisogno (mercato) potenziale (quello dei *sani*) è molto più ampio.

Si ritiene, ma erroneamente, che le difficoltà attuali siano il risultato della incoerenza di sistemi sanitari organizzati per rispondere alla acuzie a fronte di una decisa transizione epidemiologica verso la cronicità. In realtà non c'è alcuna differenza biologica tra malattia acuta e cronica: sono diversi soltanto i tempi di osservazione della malattia, peraltro definiti per finalità ed interesse di natura assicurativa.

Il vero problema è che, in questo periodo storico, coesistono tutte e due le fenomenologie. Una evidente transizione epidemiologica verso la cronicità, coerente peraltro con una altrettanto evidente transizione demografica, convive con un nuovo bisogno di salute, de-massificato, individualizzato: il singolo cittadino, consapevole della capacità terapeutica della scienza medica, ma anche dei suoi limiti, delega al medico *"la diagnosi"*, riservandosi una propria scelta/competenza nel percorso di cura successivo.

Il trend di crescita quasi incontenibile della diagnostica per *imaging*, l'alta percentuale di referti negativi, o parafisiologici, suggestiva di scarsa appropriatezza, ben rappresentano il fenomeno della delega *alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica*: in

questi ultimi anni non è aumentato il ricorso alla *visita specialistica* o, comunque, non con pari intensità all'incremento di indagini strumentali e si è, invece, decisamente modificato il ruolo della tecnologia di *imaging* nel processo clinico decisionale.

La variabilità dei comportamenti prescrittivi, cercando di evincere la disponibilità della offerta delle tecnologie considerate, impone di intervenire con modelli, anche concettuali, più vicini al prescrittore che al produttore.

Come diminuire la forbice tra domanda ed offerta di prestazioni diagnostiche, e soprattutto, il "temibile" indicatore rappresentato dal relativo tempo di attesa, rappresentano una sfida che, se non affrontata all'interno di una interpretazione originale, si rileverà perdente per i sistemi sanitari.

La soluzione più immediata dell'aumento della offerta si configura, oltre che costosa, poco utile a ridurre il fenomeno, perché finisce con il promuovere la separazione, fisica e culturale, tra diagnosi clinica e diagnosi strumentale; devono essere, quindi, progettati percorsi di avvicinamento almeno parziale, se non, ove possibile, di ricongiunzione.

L'appropriatezza

E' necessario prospettare un piano di appropriatezza complessivo, disegnato su entrambi gli aspetti considerati: il primo come processo di comunicazione strutturato, ora non presente, tra clinica e diagnostica, che espliciti l'utilità del test diagnostico per i successivi interventi clinico-terapeutici, utilità che diviene il piano della razionalità clinica condivisa con il cittadino, perché finalizzata a soddisfare, con il minor rischio, il suo interesse di salute; il secondo come ricomposizione, anche parziale, delle capacità cliniche, dotando la Medicina Generale e la Specialistica almeno di competenze di diagnostica strumentale di primo livello, ove già non presenti.

Non ultimo sarebbe auspicabile che il processo clinico così ipotizzato, ora tariffato come somma delle prestazioni (visita e prestazione diagnostica), fosse da subito valorizzato come unica prestazione, con una tariffa intermedia, premiando i professionisti capaci di privilegiare la competenza clinica e/o i test diagnostici a minor costo.

Se non è automatica la associazione "grandi volumi di prestazioni erogate … grande inappropriatezza attesa" è verosimile che un progetto che induca una maggiore "auto-riflessione" nel prescrittore ed una maggiore attinenza a "linee guida" o "protocolli diagnostico-terapeutici" concordati possa risultare in una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, liberando inoltre risorse per indagini diagnostiche che possono essere collegate a più intensi e "urgenti" bisogni assistenziali.

Alcuni studi che hanno coinvolto i medici di medicina generale (quali principali prescrittori) condotti attraverso questionari, hanno potuto constatare come le linee-guida siano nel complesso considerate meno utili per affrontare e risolvere quello che di fatto è un problema di appropriatezza, rispetto ad altre fonti di informazioni, quali l'esperienza personale, i congressi, il parere dei colleghi, gli articoli pubblicati sulla letteratura medica, Internet ed i manuali di medicina. Questo soprattutto se la produzione di linee guida non scaturisce da un processo di coinvolgimento del professionista e di condivisione. La

maggior parte dei medici è del parere che le linee-guida siano preparate allo scopo di limitare la spesa; allo stesso tempo, ha manifestato perplessità sulla possibilità di trasferire le raccomandazioni delle guidelines nella pratica clinica di ogni giorno. Questi dati sono confermati dall'esperienza della relativa insoddisfacente ricaduta della elaborazione e diffusione di Linee Guida concordate sui volumi e la appropriatezza delle richieste di prestazioni in vari ambiti di specialità.

E' vero ancora che le analisi dei volumi e dei tassi di prescrizione di molte prestazioni ambulatoriali mostrano una variabilità territoriale così marcata non spiegabile con specifici comportamenti professionali "razionali" e "culturali", evidenziando quindi fenomeni che debbono essere spunto di riflessioni di sistema insieme sia agli erogatori che ai prescrittori.

L'elemento essenziale e prioritario per la specialistica ambulatoriale é quindi sviluppare il progetto di razionalizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali contestualmente a:

- attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi dei servizi e dei programmi offerti;
- valutazione delle aspettative e delle preferenze della popolazione rispetto ai servizi sanitari e del loro gradimento da parte degli utilizzatori;
- omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

In questa logica trova giusta collocazione anche la descritta metodica del Raggruppamento di Attesa Omogeneo (RAO) di cui si è parlato nell'affrontare il tema strettamente collegato della gestione dei tempi di attesa.

Un governo efficiente della domanda si realizza attraverso lo sviluppo di un programma di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche, garantendone l'appropriatezza quale rispetto delle indicazioni cliniche per le quali le prestazioni si sono dimostrate efficaci, nel momento più giusto e secondo le più opportune modalità organizzative.

Le reti dei servizi

Anche la riforma sui livelli essenziali di assistenza, impone di agire sulle attività delle Aziende sanitarie, sviluppando azioni organizzative che incidano sulla razionalizzazione, eliminino inutili duplicazioni di servizi ed attività, ed assicurino nel contempo prestazioni più appropriate, specializzate e più economiche.

E' così che viene ad assumere una forte rilevanza la definizione di un sistema integrato in rete delle strutture erogatrici che devono rappresentare la risposta al bisogno espresso del cittadino-utente, avendo come ambito di intervento il territorio di riferimento, inteso come contesto territoriale ottimale all'interno del quale la qualità e l'efficienza gestionale trova migliore attuazione e sviluppo.

La costituzione di reti di servizi porta necessariamente al confronto e alla qualificazione dei servizi, all'ottimizzazione delle risorse anche attraverso azioni di riorganizzazione e razionalizzazione che sviluppino sinergie aziendali.

Alcuni percorsi nella nostra regione sono stati già delineati, altri ne deriveranno: qualitativamente ed economicamente ottimizzati, saranno, come già precisato, disegnati all'interno della più complessiva messa in Rete del Servizio Sanitario Regionale.

Lo sforzo organizzativo e la rilevanza degli investimenti, che tale progetto comporta, è notevole, ma oggi, nell'ambito dei Servizi di diagnostica lo stato dell'arte delle tecnologie e soprattutto gli ultimi sviluppi nel campo dell'Information & Communication Technology rendono possibile l'avvio di questi importanti processi riorganizzativi, che si dimostrano compatibili con i vincoli economici e con i principi fondamentali fin qui enunciati.

Progettare e realizzare, nel breve e medio periodo, reti diagnostiche (laboratori, radiologie, anatomie patologiche) di dimensione regionale, tali cioè da essere considerate come unico strumento di integrazione, di fatto porta al raggiungimento di obiettivi strategici per la programmazione regionale:

- ottimizzare le risorse disponibili (umane, professionali e tecnologiche);
- migliorare e standardizzare i percorsi clinici e diagnostici al fine di conseguire maggior appropriatezza clinica;
- disporre di efficienti strumenti di controllo e gestione dell'offerta;
- integrare i sistemi Informativi ospedalieri e territoriali;
- consentire il consolidamento delle basi di dati in unici archivi centrali;
- rendere l'archivio storico di immagini e referti accessibile da tutti i servizi, garantendo l'archiviazione sicura e la consultazione degli stessi;
- favorire lo sviluppo di servizi di tele consulto e second opinion.

La necessità di realizzare un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie realtà produttive nasce quindi non solo sotto la spinta di logiche economiche, ma al fine di garantire qualità tecnica, diffusione razionale dei servizi, per facilitarne l'accesso, realizzando così la risposta programmatoria all'esigenza di coniugare qualità, diffusione e costi dei servizi.

Lo sforzo di modernizzazione del sistema sanitario è legato anche alle nuove opportunità offerte dalle tecnologie dell'informazione, prevedendo uno sviluppo programmato delle attrezzature di alta tecnologia in campo diagnostico e clinico.

In questo contesto si inserisce la necessità di definire ed impostare un piano di programmazione specifico in materia di prestazioni ad alta tecnologia considerati alcuni elementi peculiari quali la rapida evoluzione tecnologica, le lunghe liste d'attesa e l'assenza di criteri espliciti per le priorità di accesso alle prestazioni, l'inappropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, nonché la rilevanza dei costi d'investimento e d'esercizio.

E' chiaro che gli sviluppi tecnologici e l'organizzazione in rete del settore ambulatoriale potranno essere valutati solo in presenza di un consolidamento dell'organizzazione aziendale, in un contesto di raggiunto equilibrio tra esigenze di efficienza e qualità delle prestazioni e di accessibilità da parte dei cittadini.

L'esperienza maturata dalla Regione Umbria nella creazione del laboratorio unico virtuale, nella rete delle anatomie patologiche e in quella per la diagnostica per immagini, rende credibili e raggiungibili gli obiettivi delineati nel capitolo degli sviluppi del sistema informativo regionale.

12.2 Il day service ambulatoriale (DSA)

L'attività di degenza di day hospital in particolare quello diagnostico annida una grossa fetta di inappropriatezza organizzativa in quanto spesso con questa modalità di erogazione dell'assistenza si effettuano una serie di prestazioni ambulatoriali in tempi contenuti con uno o più accessi alla struttura senza oneri per il paziente che non ha però alcuna necessità di essere ospedalizzato.

Al fine di ridurre la quota di inappropriatezza nel day hospital proponendo una alternativa assistenziale al ricovero si è scelto di favorire nelle aziende l'attivazione di day service ambulatoriali.

Definizione del modello assistenziale

Il day service ambulatoriale è una innovativa modalità di assistenza, ricompresa nel livello territoriale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dalle quali si differenzia per la presa in carico del paziente da parte di un medico specialista.

E' finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione; richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice.

Deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura erogatrice delle prenotazioni, in coerenza con l'iter diagnostico ed in modo da ridurre il numero di accessi all'utente.

Ambiti di attivazione

E' un modello assistenziale finalizzato a razionalizzare l'assistenza ospedaliera che consente di migliorare l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale, rendendo possibile il trasferimento di una consistente quota di attività dal regime di ricovero, in particolare di day hospital, ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

L'assistenza ambulatoriale in day service potrà essere erogata dagli ambulatori di istituti di cura e da poliambulatori territoriali che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte (o almeno larga parte) le discipline interessate dal percorso assistenziale.

Aspetti organizzativi generali

Il day service ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero o del poliambulatorio al quale si rivolge il cittadino, su specifica richiesta avanzata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che formula un primo quesito diagnostico.

Lo specialista della struttura a cui si rivolge il cittadino assume la gestione clinico-organizzativa del paziente.

Il day service ambulatoriale è un processo organizzativo cui partecipano discipline differenti; ne consegue che occorrerà prevedere una funzione di coordinamento e sintesi clinica (il clinico che prende in carico il paziente decide l'iter diagnostico da realizzare, ed

effettua la sintesi diagnostico-terapeutica). La funzione di coordinamento organizzativo, da riferirsi a figure professionali sanitarie, consente di seguire il paziente lungo tutto l'iter diagnostico previsto dallo specialista all'interno del P.A.C.C. (agenda, impegnative, tempistica, raccolta dei referti, ecc.).

Definizione dei P.A.C.C. (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati)

I quesiti diagnostici per i quali, in questa prima fase, sono stati definiti i P.A.C.C. (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) sono emersi dall'analisi della casistica di day hospital che, pur estremamente dispersa, ha dato qualche indicazione, e dalle necessità evidenziate dal gruppo di lavoro per il day service ambulatoriale, che ha studiato in ambito nazionale e regionale quali fossero le patologie per le quali è stata sperimentata questa nuova modalità di risposta.

I P.A.C.C. vanno esplicitati a priori e costituiscono gruppi ragionati di prestazioni, incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che devono essere erogati in risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie; all'interno dello specifico "percorso" ambulatoriale.

Lo specialista che ha la responsabilità della gestione clinica del paziente, verificata la necessità di attivare un day service, caso per caso individua, tra le prestazioni comprese nel relativo pacchetto, quelle da utilizzare, tramite opportuna prescrizione.

I P.A.C.C. sono stati condivisi dagli specialisti e validati a livello regionale.

L'intero iter previsto dal P.A.C.C. deve concludersi, di norma, entro 30 giorni dall'accettazione del paziente. Casi particolari possono prevedere un tempo superiore ma solo con esplicitazione nella cartella delle motivazioni che hanno portato al prolungamento dell'iter.

L'organizzazione del day service ambulatoriale prevede la redazione di una cartella ambulatoriale contenente la raccolta della documentazione di seguito elencata:

- Richiesta di visita specialistica del medico inviante;
- Scheda identificativa (comprensiva del codice sanitario/fiscale) e clinico-anamnestica del paziente;
- Consenso informativo con preventivo massimo di spesa;
- Richiesta di prescrizione degli esami indicati dallo specialista all'inteno del P.A.C.C.;
- Copia dei referti delle prestazioni erogate;
- Ricevuta del pagamento del ticket, ove previsto;
- Relazione clinica riassuntiva finale.

13. Riconfigurazione della rete ospedaliera regionale

13.1 I fenomeni evolutivi del sistema ospedaliero

Il contesto nazionale e internazionale

L'analisi comparata dei dati disponibili consente di evidenziare alcuni fenomeni evolutivi relativamente comuni nei sistemi ospedalieri europei (cfr. Mc Knee et al., 2002; N.Edwards et al., 2004):

- graduale ma costante declino del numero di posti letto disponibili;costanza o addirittura incremento del numero totale di ricoveri ospedalieri per acuti;
- sostanziale riduzione della durata della degenza per i pazienti acuti;
- la degenza media negli ospedali per acuti nei Paesi dell'Unione Europea è diminuita da giorni 16,5 nel 1970 a 8,6 nel 1996 a 6,8 nel 2004; stabilità nel tasso di utilizzo dei posti letto: i tassi di occupazione sono pari al 75% nei Paesi europei;
- gli ospedali rappresentano ancora la quota più significativa delle spese sanitarie generali e sebbene la loro quota non sia stata significativamente ridotta negli ultimi decenni nei Paesi dell'Europa occidentale, la crescita di queste spese è stata sostanzialmente contenuta.

Non sono disponibili serie storiche per tutti i Paesi, tuttavia i dati disponibili consentono di sostenere che gli ospedali dell'Europa orientale assorbono una quota più rilevante (generalmente maggiore del 70%) dei budget sanitari in confronto all'Europa occidentale, in cui gli ospedali assorbono tra un terzo e la metà delle risorse sanitarie complessive.

I fenomeni qui riassunti sono in gran parte attribuiti a tre processi che si sono realizzati, dagli anni Sessanta in poi, in risposta alla pressione sui costi ed ai cambiamenti intervenuti nei modelli assistenziali: lo spostamento fuori degli ospedali sia dei pazienti psichiatrici lungodegenti, sia degli anziani non autosufficienti, nonché la erogabilità in regime ambulatoriale dei trattamenti meno complessi.

Occorre, tuttavia, precisare che in tutti i Paesi la riduzione dei posti letto si è accompagnata in misura molto marginale alla chiusura di ospedali: la semplice riduzione dei posti letto non comporta significative riduzioni dei costi, poiché i costi ospedalieri sono prevalentemente associati alle strutture ed ai costi fissi. Le principali eccezioni sono rappresentate dal Regno Unito e dall'Irlanda, che hanno ridotto i propri ospedali di circa un terzo fra gli anni Ottanta e Novanta.

Negli USA, negli ultimi due decenni, si è realizzata una radicale ristrutturazione della rete ospedaliera, soprattutto attraverso la fusione di piccoli ospedali no profit. La forte competizione indotta dalla introduzione della "managed care" ha spinto i pazienti verso gli erogatori più efficienti, per cui le fusioni fra ospedali sono continuate fino alla fine degli anni Novanta.

Le principali lezioni che sembrano emergere dalla storia ospedaliera degli ultimi decenni sono le seguenti:

- i dati internazionali non offrono una risposta semplice alla domanda: quanti posti letto sono necessari in un Paese?

- laddove la capacità degli ospedali sia considerata eccessiva, bisognerebbe ricorrere a strategie pianificate, piuttosto che lasciare il processo alle forze del mercato. La semplice chiusura di singoli ospedali può non rappresentare una risposta efficace ed esaustiva al problema, mentre potrebbero essere necessari cambiamenti caratterizzati dalla creazione di nuove entità organizzative e anche nuove strutture. Per questo, più che il "ridimensionamento" sembra necessaria una "riconfigurazione". Limitarsi a chiudere alcune fra le strutture esistenti non garantisce che le altre strutture siano preparate a gestire le sfide future.

A livello nazionale (fonte: Rapporto CEIS 2007), si sono registrati gli stessi mutamenti strutturali nella rete ospedaliera già evidenziati a livello europeo:

- riduzione del numero complessivo di Istituti di cura (-7,5% dal 2000 al 2005), per effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture; in particolare, questo fenomeno ha riguardato solo le strutture pubbliche (-14,8% dal 2000 al 2005) a fronte di un incremento (+3,2%) del numero di strutture private accreditate;
- riduzione della dotazione di posti letto: nel periodo 2000-2005 il numero di posti letto complessivamente disponibili per il SSN è diminuito del 10,3%, con una distribuzione del fenomeno disomogenea sul territorio nazionale; in particolare, i posti letto di degenza ordinaria sono diminuiti del 13,2%, mentre i posti letto di ricovero diurno sono aumentati del 24,0%. Sono, quindi, complessivamente disponibili a livello nazionale 4,6 posti letto ogni 1000 abitanti, di cui 4 destinati ai ricoveri acuti e 0,6 ai ricoveri non acuti.

Vi è un ampio consenso relativamente alla definizione dell'ospedale quale luogo per le cure intensive delle patologie a più elevata complessità: la traduzione di questo modello generale in specifici modelli operativi, invece, è ancora oggetto di posizioni differenziate, che sono sintetizzabili in tre modelli di riferimento:

a) L'Ospedale "specialistico e separato": è questo il modello prevalente; l'ospedale per acuti si priva di tutto quello che non riguarda l'assistenza specialistica di breve periodo, ed eroga solo le prestazioni che i medici di medicina generale e gli specialisti che operano in comunità non sono in grado di erogare;

b) L'Ospedale "globale": l'ospedale eroga assistenza primaria, secondaria e terziaria;

c) L'Ospedale "hub": è l'ospedale integrato nella rete sanitaria di un definito bacino di utenza; l'ospedale è coinvolto nella pianificazione, nella amministrazione, nella supervisione e nel finanziamento (ma non nell'erogazione) delle prestazioni di assistenza primaria. Il rischio di questo modello è la trasformazione dell'ospedale in "dominante", che monopolizza il personale competente e le attrezzature e consuma la maggior parte delle risorse. Paradossalmente, mentre la maggior parte dei Paesi sono orientati verso il modello "separato" di ospedale per acuti, molti erogatori negli USA stanno ritornando ad un modello globale in cui gli ospedali e le altre strutture sanitarie sono di proprietà e sono gestiti dalla stessa organizzazione (integrazione verticale).

La crescente subspecializzazione sta rendendo sempre meno definita la classica differenziazione fra gli ospedali di terzo livello, di secondo livello e di comunità. Ad

esempio, un ospedale di distretto potrebbe aver sviluppato un team chirurgico specializzato in chirurgia gastrointestinale o vascolare o endocrina, o altro ed essere quindi dotato di personale di supporto specializzato. Del resto, le specialità ospedaliere si riferiscono a bacini di utenza di differenti dimensioni in base alla prevalenza dei casi nella popolazione; per esempio, una unità di neurochirurgia deve riferirsi ad una popolazione di dimensioni molto maggiori rispetto ad un'unità di oncologia.

Quindi l'Ospedale nei sistemi sanitari contemporanei è sottoposto ad alcuni fenomeni che ne stanno condizionando il cambiamento:

- la specializzazione sempre più spinta dei professionisti tende a limitare il numero di condizioni che un singolo specialista è in grado di diagnosticare e di trattare; una delle conseguenze di queste tendenze è che il team specialistico spesso deve essere disponibile per 24 ore al giorno e quindi sono necessari team di specialisti più grandi che in passato;
- l'introduzione dei sistemi di remunerazione fondati sul case-mix induce a migliorare la produttività ed a ridurre i costi attraverso processi di reingegnerizzazione che eliminino i servizi duplicati e riducano i costi fissi;
- il presupposto che esista una forte relazione fra volumi ed esiti è stato il maggior impulso alla centralizzazione; le prove di questo non sono ancora del tutto univoche, mentre sono più forti le prove a favore degli approcci multidisciplinari, che producono i migliori risultati, anche se richiedono team più grandi;
- i progressi nella diagnosi, nell'anestesia, nell'imaging, nella comunicazione a distanza e nella robotica stanno rendendo l'ospedale virtuale una probabilità sempre meno remota e possono portare l'assistenza ospedaliera anche fuori dell'ospedale;
- nell'area della diagnostica, la riduzione dei costi e la miniaturizzazione stanno rendendo possibile la decentralizzazione di attività che erano, in precedenza, concentrate in laboratori centrali, mentre per le attività che richiedono interpretazioni più approfondite, come l'anatomia patologica, una singola struttura può essere in grado di fornire prestazioni a diversi ospedali. Le immagini ed altre informazioni possono essere trasmesse a distanza, premettendone la disponibilità a prescindere dalla collocazione spaziale del professionista.

Questi fenomeni, considerati nel loro insieme, promuovono sia la centralizzazione, sia la decentralizzazione: più semplicemente, promuovono un forte cambiamento del ruolo e dell'organizzazione dell'Ospedale.

Il contesto regionale

Un possibile errore nella valutazione d'impatto della riorganizzazione ospedaliera sarebbe quello di decontestualizzarla dal complessivo percorso di presa in carico del paziente.

Fino a non molto tempo fa l'assistenza si strutturava in un percorso, per certi versi semplice, quando non semplificato; essa si articolava su due livelli:

- il domicilio/MMG- tutti i bisogni di salute che non raggiungevano la soglia critica del ricovero, venivano gestiti dal MMG;
- l'ospedale- livello di offerta indistinta di cure specialistiche.

L'evoluzione della nosologia, che ha registrato un forte aumento delle patologie croniche combinata con il progressivo invecchiamento della popolazione hanno determinato l'entrata in crisi del sistema così come si era venuto strutturando.

Con l'affermarsi di questa prospettiva le possibili scelte del legislatore si restringevano a due possibilità:

- l'ospedale cresce a dismisura e si differenzia al proprio interno (l'ospedale globale descritto sopra);
- l'ospedale si concentra sulle cure dell'acuzie (ospedale specialistico e separato).

La Regione Umbria ha optato per il secondo modello, prevedendo e strutturando, però, una organizzazione che vedesse una stretta cooperazione con le strutture intermedie di assistenza.

La via di rinnovamento e sopravvivenza degli ospedali umbri passa per l'irrobustimento delle cure intermedie.

Nella valutazione quindi degli standards di dotazione di posti letto si dovrà andare al superamento della dotazione ospedaliera, "sic et simpliciter", per definire standards dei posti per acuti e standards dei posti per le cure intermedie.

Le strutture ospedaliere umbre si sono quindi strutturate, pur all'interno della connotazione di ospedali per l'acuzie, in un "continuum" che va dall'altissima specializzazione agli ospedali di territorio.

Nella nostra Regione le scelte compiute dall'amministrazione regionale d'intesa con quelle comunali ha fatto si che non avvenissero chiusure indiscriminate di presidi ospedalieri senza che adeguati servizi territoriali potessero rispondere alle mutate esigenze sanitarie delle popolazioni locali.

Ciononostante sono stati compiuti notevoli sforzi sul versante della razionalizzazione e dell'efficienza senza diminuire gli standard di qualità ed efficacia dei servizi ospedalieri che si è tradotto in:

- Riduzione del numero dei posti letto per acuti;
- Riduzione della degenza media;
- Aumento del tasso di utilizzo dei posti letto.

Tale processo ha comportato da un lato la riconversione di piccoli ospedali inserendoli e valorizzandoli all'interno di un'offerta sanitaria su base aziendale (ed anche sovraziendale), dall'altro sono stati previsti accorpamenti che hanno permesso di dare dignità di presidio dell'emergenza o di territorio ad ospedali che inevitabilmente avrebbero, in caso contrario, intrapreso la via del declino esponendo i cittadini a gravi rischi e gli operatori ad una frustrante deprofessionalizzazione; esempi evidenti di tali lungimiranti vedute sono l'ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, già in funzione, Todi – Marsciano, in via

di completamento, a cui si aggiungeranno Castiglione del Lago – Città della Pieve e Narni-Amelia, per i quali è stata ultimata la progettazione esecutiva.

Contemporaneamente è stato realizzato un radicale aggiornamento dei presidi dell'emergenza con il rinnovamento degli ospedali di Orvieto, Città di Castello, Foligno, il completamento del Polo Unico di Perugia e la totale ristrutturazione dell'ospedale di Spoleto.

Il nuovo sistema ospedaliero umbro

Il punto di partenza

Dal punto di vista strutturale la Rete Ospedaliera regionale viene delineata in base ai principi previsti dalla Legge Regionale n° 3 del 1998 che prevede che gli Ospedali, non costituiti in Aziende Opedaliere, dislocati in una unica Azienda Sanitaria Locale sono accorpati in un unico presidio e che, comunque, sono costituiti in presidio ospedaliero autonomo gli Ospedali sede di Dipartimento per l'Emergenza ed Accettazione-DEA (Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale - Delibera Consiglio Regionale n. 311 del 3 febbraio 1997 e Piano Sanitario Regionale 2003/2005 - Deliberazione del Consiglio Regionale n. 314 del 23 luglio 2003).

Gli ospedali sono stati quindi classificati sulla base del ruolo che erano chiamati a svolgere all'interno della rete dell'emergenza.

Il presente Piano non modifica la suddetta classificazione degli Ospedali, ma concentra il suo intervento su una incisiva azione di messa in rete delle risorse, evitando duplicazioni e valorizzando le vocazioni di ogni struttura.

Il progetto delle reti cliniche

Una promettente risposta alle sfide, che la specializzazione e la ricerca di un equilibrio tra centralizzazione e decentramento pongono all'ospedale, è rappresentata dall'organizzazione in rete.

Una rete può essere definita come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continuative di vario tipo. La concettualizzazione della rete è fondata sulla specializzazione: se ciascun nodo della rete si concentra sulle attività nelle quali è più abile, si migliorano sensibilmente sia la qualità del prodotto, sia i costi di produzione. Pertanto, una rete si caratterizza per la specializzazione del ruolo di ciascuno dei nodi che la compongono e per la messa in comune di alcuni servizi che si possono sensibilmente avvantaggiare delle economie di scala.

Il senso della rete è produrre sinergie tali da realizzare un risultato superiore alla semplice somma delle parti: in una rete efficace tutti guadagnano dall'essere inseriti nella rete ed è la capacità di saper individuare il proprio ruolo e di esercitarlo in modo coerente a consentire il successo della rete.

Le reti cliniche sono gruppi di professionisti od organizzazioni sanitarie, legati fra loro, che lavorano in maniera coordinata e non sono costretti da legami istituzionali, con

l'obiettivo di fornire prestazioni di alta qualità e clinicamente appropriate ed efficaci. L'assenza di legami formali fra le parti del sistema reticolare sposta l'attenzione dalle organizzazioni ai pazienti.

Le reti cliniche possono essere specifiche per patologia (ad esempio, tumori), per specialità (ad esempio, chirurgia vascolare) o per funzione (ad esempio medicina dell'emergenza). Le reti cliniche supportate dalla "information technology" offrono l'opportunità di integrare più strettamente l'assistenza ospedaliera e l'assistenza primaria. Il cuore delle reti cliniche è costituito dalla condivisione di percorsi assistenziali coordinati ed integrati.

Generalmente per percorso clinico si intende una sequenza di trattamenti medici da fornire in presenza di specifiche patologie; il percorso assistenziale, invece, è un percorso clinico inserito in un insieme di relazioni organizzative ed, eventualmente, istituzionali, ovvero l'insieme delle azioni, delle relazioni e delle transazioni che possono garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato.

Un percorso assistenziale che risponda ai caratteri della multiprofessionalità e che garantisca l'integrazione e la continuità dell'assistenza deve comporsi dei seguenti elementi:

- la definizione esplicita degli obiettivi assistenziali attesi;
- l'insieme delle azioni necessarie, ordinate temporalmente;
- l'individuazione dei professionisti da coinvolgere ed i loro rispettivi ruoli e contributi;
- i criteri e le misure per la valutazione della sicurezza, dell'appropriatezza e della efficacia del trattamento.

Quindi, la rete clinica deve garantire un'organizzazione dell'assistenza disegnata intorno al paziente e prevenire la frammentazione e la dispersione che spesso caratterizzano l'attuale organizzazione dei servizi sanitari.

Il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza devono riguardare, perciò, sia la fase intra-ospedaliera del trattamento, sia, dove necessaria, quella extra-ospedaliera; le reti cliniche, conseguentemente, devono articolarsi sia all'interno, sia all'esterno dell'ospedale.

Il valore aggiunto delle reti cliniche è che si focalizzano sui problemi clinici e creano un'organizzazione organica e flessibile, che è in grado di rispondere bene ai cambiamenti ambientali.

Le reti possono essere organizzate secondo tre direttrici:

A. RETE AD INTEGRAZIONE VERTICALE (HUB AND SPOKE)

Le reti ad integrazione verticale sono insiemi coordinati di strutture sanitarie che operano in differenti livelli assistenziali con l'obiettivo di pianificare il percorso assistenziale del paziente ed assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni previste dal suddetto percorso nell'ambito delle strutture che fanno parte della stessa rete; la rete integrata verticalmente ha due obiettivi prioritari: fornire delle economie di scala che derivano dalla

condivisione di servizi ed assicurare la continuità assistenziale, poiché tutti i nodi della rete condividono linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici.

La traduzione organizzativa del modello di rete sanitaria ad integrazione verticale è il cosiddetto sistema " hub and spoke'', che prevede la concentrazione della assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (hub), supportati da una rete di servizi (spoke) cui compete il primo contatto con i pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Il concetto che sta alla base di questo modello è che i legami all'interno della stessa specialità in diversi ospedali sono più importanti dei legami fra differenti specialità all'interno dello stesso ospedale. Il modello implica una gerarchia ed è, quindi, adatto a prestazioni di assistenza altamente specialistica. Le unità periferiche (spoke) partecipano alla gestione globale del paziente, garantendone il primo trattamento, l'eventuale invio all'hub e la ripresa in carico per il follow-up. La condivisione fra hub e spoke di protocolli assistenziali uniformi garantisce che il percorso assistenziale sia erogato in modo unitario e integrato, anche se le prestazioni sono erogate da strutture differenti.

Il principio teorico di riferimento cui ispirarsi è rappresentato dal governo del percorso clinico (in particolare la selezione e l'invio dei pazienti), esso deve prevedere protocolli a garanzia dell'appropriatezza d'intesa tra hub e unità periferiche (spoke); il paziente, dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up (l'osservazione).

Si dovranno individuare:

- i criteri di ammissione dei pazienti e le priorità di accesso;
- i tempi e le liste di attesa differenziate per gli hub e spoke;
- i criteri di dimissione e re-invio allo spoke;
- le modalità di gestione integrata della documentazione relativa al paziente.

Il modello hub and spoke in Umbria va sviluppato in particolare nelle seguenti aree di alta complessità che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie coinvolte:

- Emergenza/urgenza;
- Patologia cardiovascolare;
- Patologia neurocerebrovascolare;
- Patologia traumatica;
- Oncologia.

Tali reti ad integrazione verticale si avvalgono naturalmente delle strutture di alta specialità delle Aziende Ospedaliere, cioè di quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza e sono, per loro natura, fortemente specialistiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, etc.).

B. RETE AD INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

le reti ad integrazione orizzontale sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso setting assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative.

Tale modello prevede, al fine di sfruttare la massima potenzialità dei servizi presenti nel territorio, di mettere in rete tutte le differenti tipologie di prestazioni all'interno di una stessa branca o area di attività che le differenti realtà aziendali attualmente erogano in maniera frammentata o disomogenea in modo da offrire a tutti i cittadini della nostra regione lo stesso livello di servizi e con la stessa qualità.

La rete ad integrazione orizzontale è quindi la rete:

- dell'offerta di vocazione storica di ogni U.O. Le U.O. si sono strutturate autonomamente seguendo una linea vocazionale spesso legata a professionisti specifici o ad offerte di particolare qualità dei servizi, queste realtà andranno riconosciute, connotate specificamente e inserite nell'offerta dei servizi di rete;
- dell'offerta di servizi non ridondanti. La configurazione dei servizi in rete orizzontale regionale deve essere ispirata a criteri di compatibilità con le evidenze epidemiologiche, va quindi rigettato ogni tentativo di ipotizzare spazi teorici di attrazione verso bacini extraregionali che giustifichino offerte ipertrofiche;
- dei servizi di standard qualitativi predefiniti. I requisiti di ogni nodo della rete debbono essere condivisi ed ispirarsi alle evidenze scientifiche nazionali ed internazionali relativamente alla dotazione tecnologica, di personale e di volumi di attività compatibili con una offerta qualitativamente elevata;
- dell'equità di accesso a cure appropriate. La rete dei servizi ad integrazione orizzontale deve garantire ad ogni cittadino di poter trovare risposte ai suoi bisogni di cure ospedaliere all'interno della Regione, i nodi della rete devono, quindi anche tenere conto della distribuzione geografica della rete evitando concentrazioni o duplicazioni in ambiti territoriali ristretti.

In sintesi tale modello valorizza le singole realtà tecnico-professionali e assicura un maggior livello di equità di accesso a prestazioni appropriate.

Risulta inoltre il modello più funzionale per la necessaria implementazione delle attività di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera.

Questo modello andrà applicato nelle seguenti aree:

- rete delle cure materno/infantili;
- rete delle cure chirurgiche;

- rete delle cure nefrologiche;
- rete delle cure epatogastroenteriche;
- rete delle cure immunotrasfusionali.

In particolare per la rete delle cure immunotrasfusionali si ribadisce quanto già sancito dai precedenti PP.SS.RR., nonchè dalla “Valutazione del P.S.R. 2003-2005 “, la Regione Umbria, sulla scia della oramai consolidata e proficua collaborazione con la Consulta Regionale per il Sistema Sangue, intende implementare, quanto più possibile, le prestazioni di “ medicina trasfusionale “, in previsione, di un probabile aumento dei volumi di attività, soprattutto da parte dei presidi ospedalieri, non solo regionali, ma anche per l’incremento *dell’alta specialità* (cardiochirurgia, trapianti, oncoematologia) e per l’invecchiamento della popolazione e relative patologie associate e per la mobilità attiva.

Atti specifici di indirizzo, concretizzeranno il cosiddetto “Sistema Sangue” con la previsione di un apposito *Piano Regionale Sangue, caratterizzato da obiettivi principali quali l’Autosufficienza Regionale e una contribuzione a quella Nazionale, la sicurezza e la validazione del sangue, un Sistema di Accreditamento per i Servizi Trasfusionali, il consolidamento dei rapporti di fiducia tra Operatori Sanitari e Volontari* e con il consolidamento delle numerose iniziative promosse sia a livello regionale che a livello aziendale, non ultimo la realizzazione dei sistemi informativi aziendali per il sistema sangue (SISTRA), quale strumento indispensabile ai fini della programmazione, ma soprattutto con la messa in cantiere di quelle che sono da realizzarsi in ottemperanza del rispetto della normativa nazionale ed europea, sempre con la costante collaborazione dell’AVIS, della CRI, della G.di F. e delle restanti associazioni facenti parte dell’ANPAS e del Volontariato in generale.

C. RETE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

Il modello con presenza di uno o più Centri di Riferimento clinico-assistenziale è strutturato per l’erogazione di particolari prestazioni il cui percorso-clinico assistenziale può esaurirsi in un unico presidio indipendentemente dalla tipologia di ospedale.

Si definisce quindi un sistema di centri che, per l’expertise professionale di alto livello e di alta qualificazione, sviluppato nel tempo in un rapporto sinergico tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Perugia, costituisce riferimento per patologie ad impatto epidemiologico basso e quindi trattabili in un numero ridotto di centri che esauriscono al loro interno il percorso diagnostico terapeutico.

Si prevede quindi una ristrutturazione dei Centri di Riferimento Regionali (CRR) in base ai seguenti criteri:

- analisi epidemiologica del bisogno sanitario da soddisfare;
- documentazione delle attività svolte;
- conformità agli standard regionali, nazionali ed internazionali.

I centri di riferimento saranno quindi il nodo regionale di una più vasta rete nazionale e a questa si rapporteranno nel rispetto, comunque, della programmazione regionale.

D. IL RUOLO DELL'IRCS

Al trasferimento di risorse ai livelli assistenziali della prevenzione e del territorio, deve corrispondere un alleggerimento dell'attività ospedaliera per le patologie ed i pazienti meno complessi, a favore di una qualificazione specialistica sia delle professionalità che delle tecnologie dell'ospedale per la fase acuta dei trattamenti.

Il processo di specializzazione deve riguardare tutti i presidi della rete, pur individuando una specificità di ruoli per le Aziende Ospedaliere, che devono configurarsi sempre più come poli di eccellenza per le alte specialità per l'intero ambito regionale, cercando di rappresentare, in specifici settori, anche un riferimento sovraregionale.

A tal fine va completato il percorso intrapreso con la costituzione della Fondazione fra il Ministero della Salute, la Regione Umbria, l'Università degli Studi di Perugia, il Comune di Perugia, il Comune di Terni, l'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'Azienda Ospedaliera di Terni, espletando le procedure per il riconoscimento quale istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sulle biotecnologie trapiantologiche.

La realizzazione dell'Istituto porterà l'Umbria all'avanguardia nel settore dell'assistenza, della didattica e della ricerca in uno dei settori più innovativi della medicina, che già oggi offre risposte determinanti per la cura di numerose patologie e che fa intravedere sviluppi molto promettenti per il prossimo futuro.

La costruzione della rete degli ospedali in Umbria

La definizione dei modelli delle reti cliniche suesposta non può prescindere dalla concreta collocazione di ogni nodo della rete, a prescindere dalla natura della rete, all'interno di un presidio ospedaliero.

La complessiva strutturazione della rete dei presidi deve quindi ispirarsi ai seguenti obiettivi:

- determinare la valenza di ogni ospedale all'interno della rete, quale sommatoria del peso specifico dei nodi che si strutturano al suo interno;
- determinare il numero dei posti letto negli ospedali per acuti;
- disporre investimenti che rendano le nuove strutture nosocomiali ecosostenibili dal punto di vista dell'edilizia ed energeticamente autonome con l'impiego di fonti rinnovabili;

- affrontare il preoccupante, progressivo incremento della mobilità passiva, soprattutto per alcune specialità (ortopedia, neurochirurgia, cardiologia–cardiochirurgia, urologia).

I quattro obiettivi sono complementari dal momento che la corretta collocazione di ogni singolo presidio all'interno della rete degli ospedali per acuti non può prescindere dal rispetto di un tetto programmatorio che, a livello regionale è stabilito in 3,5 posti letto per mille abitanti, escludendo i posti letto per riabilitazione che vengono quantificati in 0,5 posti letto per mille abitanti. In fase di programmazione attuativa, all'interno della dotazione stabilita a livello regionale, andranno specificate le dotazioni specifiche per ogni rete clinica; si dovrà determinare il ruolo delle strutture sulla base dell'analisi delle potenzialità e vocazioni di ogni singolo presidio procedendo poi alla individuazione delle specifiche dotazioni di risorse umane, strutturali e tecnologiche.

La programmazione dell'assistenza in regime di ricovero extraospedaliero è oggetto di analisi e programmazione in altre sezioni del piano. Vale la pena, comunque, ribadire che anche il numero dei posti letto in assistenza extraospedaliera deve rispondere a criteri di proporzionalità con la popolazione generale (standardizzata per età), essendo essi in linea di continuità con l'assistenza per acuti.

Anche in questo caso in sede di programmazione attuativa andranno stabiliti parametri numerici per la dotazione delle RSA e degli hospice, come quote trasferite da posti letto per acuti e con il vincolo del tetto del personale.

Il modello organizzativo a sostegno delle reti per l'erogazione dell'assistenza sanitaria: i coordinamenti Regionali

I Coordinamenti Regionali vengono individuati come "funzionali" e sono tipicamente orizzontali rispetto all'organizzazione. La loro finalità primaria consiste nel massimizzare i processi clinici in rapporto al conseguimento di obiettivi di efficacia e di qualità degli interventi sanitari diretti ai pazienti.

I Coordinamenti Regionali si distinguono quindi dai dipartimenti tipici delle aree ospedaliere che sono verticali rispetto all'organizzazione ed hanno la finalità di ottimizzare l'efficienza di utilizzo delle risorse specifiche del dipartimento stesso.

I Coordinamenti Regionali sono inseriti all'interno di un modello di "rete regionale" con i compiti di promuovere le interazione fra strutture ospedaliere e strutture territoriali, con particolare riferimento alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende USL compresenti su uno stesso territorio; valutare la congruità degli interventi anche per l'innovazione tecnologica; attivare programmi didattici e formativi per medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri ed altre professionalità sanitarie; condividere con le agenzie di ricerca programmi e progetti; sostenere l'applicazione di Linee Guida per specifici percorsi assistenziali, nell'ottica della multidisciplinarietà.

I Coordinamenti Regionali sono presenziati da un referente della rete e costituiscono l'ossatura su cui costruire il nuovo organismo delle reti cliniche e dovranno svilupparsi secondo due direttrici.

La prima è rappresentata dall'approfondimento scientifico-culturale su tutti i temi ricompresi nell'ambito di riferimento dipartimentale.

Sarà quindi opportuno costituire un comitato tecnico-scientifico.

Tale comitato elaborerà:

- piani di formazione per tutti i membri del dipartimento. Essi costituiscono elemento di armonizzazione delle conoscenze interne al Coordinamento Regionale;
- piani di sviluppo e ricerca scientifica. La dimensione sovraaziendale del Coordinamento Regionale consente di raggiungere una massa critica di conoscenze tale da costituire terreno fertile per la produzione scientifica e la ricerca, non escludendo che possa essere soggetto di attuazione di piani specifici di ricerca finalizzata promossi dalla Regione.

La seconda direttrice di sviluppo del Coordinamento Regionale è quella di promuovere l'operatività della rete delle cure. Si concretizzerà nella costituzione di un comitato di coordinamento della rete regionale incaricato di formulare:

A) Proposte di modelli organizzativi che chiariscano:

- il piano della rete. Ogni Coordinamento dovrà individuare, sulla base delle evidenze epidemiologiche e sulla base del sedimentato storico le caratteristiche organizzative generali della rete e il ruolo che è chiamato a svolgere ogni nodo della rete, comprese le strutture territoriali di primo e secondo livello;
- i requisiti che ogni nodo della rete deve possedere in ordine al ruolo che viene chiamato a svolgere, evitando ridondanze o carenze organizzativo strutturali. Per far fronte all' adeguamento strutturale il Coordinamento Regionale, sulla base di una approfondita analisi della dotazione di personale e tecnologica, dovrà predisporre piani di sviluppo e investimento.

B) Proposte di un sistema di regole di funzionamento della rete, che individui:

- come si sviluppino le relazioni fra i singoli nodi della rete, chiarendo gerarchie o aree di esclusiva competenza;
- quali siano le modalità di accesso alla rete e come si dipani all'interno della rete il percorso clinico del paziente, comprendendo nel percorso anche i servizi territoriali delle cure intermedie e delle cure primarie;
- quali siano le possibilità di messa in comune delle competenze professionali presenti nei singoli nodi della rete, individuando modalità di circolazione dei professionisti.

I rapporti con le Aziende sanitarie regionali

I Coordinamenti Regionali costituiscono una rete funzionale finalizzata alla qualità delle cure efficaci. Ogni singola unità funzionale resta comunque strutturalmente incardinata nell'organizzazione delle singole aziende e delle loro articolazioni siano esse presidi ospedalieri o distretti sanitari.

Questa struttura a matrice che vede ogni singola unità funzionale avere contemporaneamente un riferimento strutturale alla singola azienda sanitaria e un riferimento funzionale al proprio specifico Coordinamento Regionale è la vera sfida del rinnovamento della rete delle cure nella Regione Umbria.

Sulla base delle presenti linee, la programmazione attuativa procederà alla complessiva ridefinizione dell'attuale impianto dei Coordinamenti Regionali.

L'Agenzia Umbria Sanità svolge la funzione di un organismo centrale regionale di "coordinamento delle reti", con il compito di armonizzare il lavoro delle singole reti e di verificare la compatibilità dei singoli programmi dipartimentali con gli obiettivi e i vincoli complessivi della programmazione regionale.

I dipartimenti strutturali continueranno a costituire, all'interno di ogni singola azienda, il luogo del confronto sul modello di funzionamento integrato di ogni singolo presidio o distretto.

I dipartimenti strutturali costituiscono la base della contrattazione aziendale di budget, condividendo l'uso di risorse comuni siano esse di personale o di apparecchiature.

Azioni da sviluppare e/o potenziare

Sperimentare in alcune aree l'istituzione di Coordinamenti Regionali, valorizzando l'attività svolta finora dai Centri di Riferimento Regionali e sviluppando le esperienze tracciate nel precedente ciclo programmatorio, nonchè agli accordi interaziendali attivati tra azienda territoriali e aziende ospedaliere con le finalità di:

- Ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico, con particolare riferimento alla continuità assistenziale, mettendo in rete i servizi;
- Predisporre un piano integrato per la formazione, l'aggiornamento del personale, la ricerca clinica;
- Acquisire di un sistema informativo comune a livello regionale.

13.2 Promuovere la revisione e/o la riconfigurazione dell'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione interna dell'ospedale deve essere ridefinita alla luce delle nuove esigenze assistenziali ed in particolare deve tendere a far coincidere la struttura organizzativa con il processo di trattamento dei pazienti. I dipartimenti sono stati strutturati secondo divisioni tradizionali fra specialità mediche, chirurgiche e specialità dei servizi,

piuttosto che in base alle necessità dei pazienti. Il raggruppamento dei servizi per sistema corporeo permette agli specialisti con differenti competenze e formazione, ma interessi simili, di lavorare insieme. Quindi, i nuovi modelli tendono a prevedere che i servizi centralizzati come imaging, radiologia interventistica e sale operatorie siano forniti all'interno di questi dipartimenti in stanze flessibili multi-uso.

I servizi possono essere raggruppati secondo la severità dei casi e il percorso assistenziale del paziente, piuttosto che per specialità, in modo tale che i reparti vengano raggruppati in critici, acuti, post-intensivi e assistenza ambulatoriale. Se si riesce a prevenire i ricoveri non necessari ed a promuovere le dimissioni precoci, la severità delle condizioni dei pazienti rimanenti aumenterà. Questo significa che l'assistenza critica necessiterà di essere sempre più diffusamente disponibile nell'ospedale e non essere confinata alle sole unità specialistiche. Inoltre, il rapporto sale operatorie/posti letto deve cambiare, con un numero maggiore di sale e meno letti dato il ridimensionamento dei tempi di recupero post-intervento.

Il Piano sanitario regionale 2003-2005 definiva il dipartimento come la struttura organizzativa centrale nella riorganizzazione e qualificazione dell'offerta assistenziale e nella promozione della "clinical governance" quale strumento per la promozione di nuove relazioni funzionali tra potere professionale e potere amministrativo/manageriale.

Questa "centralità" del dipartimento diviene tanto più rilevante in relazione alla scelta di base operata dalla presente pianificazione di promuovere uno sviluppo organizzativo del sistema regionale basato sulle reti cliniche, ossia sulla promozione di nuove relazioni funzionali tra professionisti e organizzazioni, centrate sul percorso del paziente.

L'approccio definito implica, relativamente al dipartimento quale forma organizzativa peculiare in quanto basata sul coordinamento, una riflessione su almeno due livelli:

- la modellistica, da definirsi in relazione alla tipologia di livelli organizzativi interessati e alle relazioni supportate;
- gli strumenti, da individuarsi in relazione al diverso mix di obiettivi/finalità di programmazione e controllo, coordinamento, standardizzazione delle conoscenze.

Particolare attenzione sarà rivolta all'organizzazione dipartimentale degli ospedali sia come fattore di miglioramento in sé che con l'obiettivo di definire modelli funzionali ai processi di integrazione tra ospedale e reti cliniche del bacino di riferimento.

Stato dell'arte - I dipartimenti in Italia

Per un adeguato inquadramento del problema si ritiene opportuno riportare alcune considerazioni sullo stato di attuazione/sviluppo dell'organizzazione dipartimentale nel SSN, con la raccomandazione che taluni risultati deludenti, non debbono condizionare la riflessione finalizzata all'esercizio della programmazione.

Da una recente indagine condotta dal Ministero della Salute (si veda il sole 24 ore/sanità, n.7/2008) dei 1805 dipartimenti censiti, appartenenti a 233 strutture emerge quanto il processo di implementazione dei dipartimenti sia lento (attivati solo nel 52%

delle ASL e nel 41,5% di A.O.), con un forte squilibrio geografico (maggiore concentrazione al Nord).

L'indagine del Ministero sottolinea inoltre quanto la scelta delle tipologie di dipartimento sia basata più su aspetti formali, rispondenti quindi a logiche di adempimento con situazioni dove si registrano estreme frammentazione delle tipologie fino a dipartimenti che contengono una sola Unità Operativa. Non mancano inoltre problemi legati al budget unico in quanto strumento utile nella scelta degli obiettivi e nella negoziazione delle risorse; problemi legati alla gestione condivisa delle risorse tecnologiche e umane, ed infine difficoltà nella partecipazione a tutti i livelli e di tutti i professionisti coinvolti al fine della condivisione degli obiettivi che costituisce una priorità.

Stato dell'arte - I dipartimenti in Umbria.

La ricerca "Dipartimenti sanitari e governo clinico in Umbria – Rapporto 2004" (in I Quaderni, n.7, Giugno 2005) sintetizza i risultati di una indagine basata su interviste e questionari affermando che "la dipartimentalizzazione sanitaria in Umbria è ancora in notevole ritardo, anche se a certi livelli si incomincia da intravedere l'aratura del terreno".

In particolare emergono una serie di carenze a diversi livelli delle strutture concernenti i dipartimenti che si riconoscono a deficit formativi dei dirigenti medici su aspetti legati al governo clinico e sanità pubblica, resistenza a superare il tradizionale modello organizzativo - contrattuale legato alla singola struttura, permanenza di vecchie logiche di autonomia territoriale e labilità organizzativa

Una successiva analisi effettuata nel DVSS, aggiornata al gennaio 2006, completa il quadro complessivo dei dipartimenti sia ospedalieri che del territorio valutandone aspetti sia anatomici che funzionali. Secondo il documento il quadro che emerge in termini di capacità funzionale ed organizzativa dei dipartimenti è in lenta evoluzione e descrive situazioni variabili da ambiti in cui la conoscenza è scarsa per carenza di dati fino ad circostanze dove le problematiche a vari livelli sono di notevole complessità.

La necessità di riorganizzazione

La buona riuscita di un processo di riorganizzazione costituisce una sfida importante e richiede uno sforzo notevole da parte dei protagonisti coinvolti i quali, e importante sottolineare, hanno ambizioni e obiettivi molteplici, spesso frammentati, di dimensioni variabili e spesso in contrasto tra di loro. A ciò vanno tenuti in considerazione fattori ambientali, culturali e comportamentali in quanto hanno un peso specifico nel contesto della organizzazione e portano in sé una forte e complessa interazione.

Come accade in tutte le organizzazioni aziendali, le strutture sanitarie possono presentare una serie di problematiche che possono essere legate alla carenza di coordinamento per le difficoltà di standardizzazione delle loro prestazioni, per problemi legati alla discrezionalità che pongono difficoltà di controllo esterno delle proprie prestazioni in caso di incompetenza o errori ed, infine, riluttanza alla innovazione dovuto all'attaccamento ai propri metodi o abitudini e la resistenza a sperimentare nuovi.

La modellistica

Azioni da sviluppare e\o potenziare

Rivedere o riconfigurare l'organizzazione dei dipartimenti ospedalieri in modo da far coincidere maggiormente la dimensione organizzativa con il processo di cura del paziente.

Il raggruppamento delle strutture per sistema corporeo o per nosologia piuttosto che per specialità affini, appare sicuramente più idoneo a garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato.

Tra le altre caratteristiche si ritiene che tali strutture debbano essere strettamente collegate con il territorio, attraverso forme di integrazione trasmurale, che si modellano sul percorso assistenziale.

Il numero ed il tipo di dipartimenti per sistema corporeo attivabili nelle varie aziende è in funzione del ruolo svolto da queste, e della loro collocazione nella rete clinica integrata. Questo tipo di Dipartimento può rappresentare il modello di elezione per le aziende ospedaliere e la modalità più adatta a spingere verso l'integrazione con le aziende territoriali

La realizzazione di dipartimento d'organo comporterà comunque, anche nelle realtà di maggiori dimensioni, il persistere di alcuni dipartimenti "strutturali", aggregati per specialità affini, nella stessa azienda.

Si ritiene che rimarrà comunque necessario mantenere gli attuali dipartimenti dei "servizi", quali Diagnostica per immagini, Laboratorio analisi o – in talune realtà – quelli di area chirurgica o area medica, ove la loro funzione di gestione delle risorse comuni a più dipartimenti risulterà indispensabile per l'utilizzo ottimale delle risorse. Condizione che comporterà la necessità di continuare a prevedere per una stessa struttura complessa due modalità contemporanee di integrazione dipartimentale, strutturale per la gestione delle risorse comuni (ad esempio una neuroradiologia nel dipartimento diagnostica per immagini per la gestione delle risorse strumentali e umane comuni) e funzionale per la promozione, condivisione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali.

Là dove la realtà operativa non suggerisca l'opportunità di attivare dipartimenti d'organo, ma dipartimenti strutturali, sarà comunque necessario spingere verso una organizzazione dipartimentale "gestionale" che comunque preveda la realizzazione di gruppi multiprofessionali, pluridisciplinari, interdipartimentali aggregati per percorsi diagnostico terapeutici, collegati con la realtà territoriale.

13.3 Ridefinire il Sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria - Umbria Soccorso 118

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 (Deliberazione del Consiglio Regionale n.314/03) prevedeva, al punto 7.5.4.4., la riorganizzazione dei Servizi per la Emergenza-Urgenza.

A tre anni dalla attivazione del Sistema di Emergenza Sanitaria " Umbria Soccorso", il PSR evidenziava una serie di problemi organizzativi che riguardavano essenzialmente la razionalizzazione delle risorse assorbite, per ridurre possibili sprechi, anche a fronte della possibilità di utilizzo di nuove tecnologie e garantire prestazioni appropriate ed uniformi su tutto il territorio regionale.

Dalla data di attivazione del Sistema "118", la Programmazione Sanitaria Regionale si è posta, i seguenti obiettivi di salute :

- evitare l'errore in Emergenza-Urgenza;
- abbattere le morti evitabili;
- ridurre la disabilità evitabile;
- garantire l'equità di accesso.

Conseguentemente la programmazione sanitaria ha posto una particolare attenzione nel definire e controllare "i percorsi clinico-assisitenziali" delle patologie causa più frequente di morte improvvisa e invalidità permanente.

Tali percorsi vanno intesi come l'insieme di relazioni organizzative ed eventualmente, istituzionali, ovvero l'insieme delle azioni, relazioni e transazioni che possono e devono garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato che nel sistema di emergenza-urgenza per la severità dei quadri cimici e per la complessità delle tecnologie.

In ambito regionale sono stati già individuati i Percorsi clinico-assisitenziali relativi a:

1. le insufficienze cardiocircolatorie in emergenza-urgenza (STEMI e SCA) per le quali sono già stati realizzati alcuni percorsi clinico organizzativi quali:
    - il Tosca (Trattamento Ottimale Sindromi Coronariche Acute) in atto fra ASL2 e AO di Perugia che con la trasmissione dell'ECG dalle postazioni ed ambulanze alla Utic di riferimento ha permesso e permette un sempre maggiore, tempestivo e facilitato accesso alle emodinamiche;
    - i protocolli sulla defibrillazione precoce che, coinvolgendo anche interlocutori laici quali il Volontariato (CRI, ANPAS, Misericordie..), le FFOO, i Vigili Urbani, i VVFF, alcuni Centri Commerciali, le Piscine, hanno migliorato le sopravvivenze dopo un arresto cardiocircolatorio;
    - il progetto regionale di rilevazione dati sui pazienti STEMI a cui partecipano tutte gli operatori del 118, del Pronto Soccorso, delle Cardiologie, delle Medicine Generali e delle Unità di Emodinamica di tutta la Regione al fine di monitorare il trattamento in urgenza di tale patologia e permettere una migliore scelta organizzativa per tutta le Regione secondo principi di appropriatezza, equità ed efficienza.
2. il politrauma o il trauma maggiore la cui ricerca finalizzata voluta dalla Regione ha dimostrato come la rilevazione di alcuni indicatori possa essere il primo riferimento per la istituzione di un Sistema Trauma Regionale secondo una rete Hub&Spoke in grado di rispondere in modo compiuto al Trauma Maggiore e di stabilire le procedure nel trasporto dal luogo del trauma e/o da altre strutture. Gli ospedali di riferimento per il trauma non possono che essere le sedi di un DEA preferibilmente di 2 livello in quanto sede anche di

Neurochirurgia e la C.O. deve essere la sola funzione che, gestendo i trasporti primari e secondari, ne definisce le destinazioni, mentre le funzioni operative periferiche (DEA di 1 livello, PS, Postazioni di primo intervento presidiali e mobili del 118) devono avere chiari i protocolli di triage pre-ospedaliero in accordo con quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni del 4 aprile 2002 nelle Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato per i pazienti traumatizzati con organizzazioni funzionali (trauma team) per acuti.

3. le insufficienze cerebro-vascolari acute la cui letteratura medica internazionale, alla quale ci si ispira, conviene ormai sul fatto che i pazienti con ictus cerebrale in fase acuta necessitino di una assistenza specialistica integrata fin dall'inizio con un percorso riabilitativo e che imposti fin da subito la prevenzione secondaria. Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo d'assistenza all'ictus secondo le linee guida nazionali ed internazionali codificate dallo SPREAD definendone i centri neurologici H&S, con specifici parametri che vanno monitorati periodicamente per verificarne l'efficacia pratica.

Centrali Operative 118

La Centrale Operativa 118 è la struttura deputata a porsi come interlocutore unico e qualificato per l'utenza e le strutture collegate, in termini di ricezione e valutazione delle richieste e come momento di coordinamento, gestione e verifica della attività.

Questi primi anni di attività hanno consentito una notevole attività di monitoraggio e una consistente raccolta di dati che rende possibile oggi una valutazione dell'originaria scelta di tre Centrali, perseguita per l'avvio del sistema. Già allora la normativa individuava su base provinciale l'organizzazione ottimale della Centrale, se non addirittura, per Province di dimensioni ridotte, su base sovraprovinciale, se non addirittura regionale ed oggi l'esperienza consolidata suggerisce Centrali di Coordinamento con enormi bacini di utenza e Centrali Operative Uniche, intendendo con ciò il fatto che tutti gli enti proposti alla emergenza (sanità, ordine pubblico, vigili del fuoco, protezione civile) siano presenti nella gestione di una stessa unità direzionale dell'emergenza. La dimensione regionale è una scelta obbligata in tal senso.

A supporto della tesi regionale va considerato il fatto che le organizzazioni dell'emergenza non sanitaria (112,113,115, Prot. Civile) si sviluppano di norma su base regionale e questo consente un più facile interfacciamento operativo tra le strutture che devono concorrere a formare il più complessivo sistema delle emergenze. Questa è la prospettiva del "numero unico dell'emergenza 112", che presto anche l'Italia sarà obbligata ad adottare. E' stato infatti emanato, (G.U n 191 del 18 Agosto 2006), il D.M. (27 Aprile 2006), che ha autorizzato il convogliamento delle chiamate in arrivo oggi alle numerazioni d'emergenza 112,113,115, e 118, alle istituende Centrali Operative Uniche del **"**112" europeo (Numero Unico Europeo di emergenza).

Pertanto non è più procrastinabile per la realtà umbra la scelta di una Centrale Operativa 118 su base regionale, posta all'interno di un DEA di secondo livello, facendola diventare parte integrante del medesimo, nonché il braccio operativo, in attesa delle disposizioni che vincoleranno al " Numero Unico Europeo di Emergenza".

L'esperienza consolidata propone Centrali di Coordinamento con enormi bacini di utenza e Centrali Operative Uniche, intendendo con ciò il fatto che tutti gli enti proposti alla emergenza (sanità, ordine pubblico, vigili del fuoco) vengano coinvolti nella gestione di una stessa unità direzionale dell'emergenza come fa presumere la prospettiva europea del "numero unico dell'emergenza 112".

I tempi e le tecnologie consentono, oggi, di guardare sempre più ad una Centrale Operativa Unica, che governi la rete territoriale del soccorso in Umbria, garantendo una uniformità delle prestazioni all'insegna di protocolli condivisi e che, essendo il fulcro del Sistema di allarme 118, preveda che :

1. la stessa CO 118 abbia da un lato funzioni di "regia" avendo conoscenza in tempo reale con il sistema informatico in rete dell'agibilità ed operatività del percorso ospedaliero: Posti Letto, Sala Operatoria d'urgenza, altro… e dall'altro di "braccio operativo" potendo gestire il sistema di trasporto (ambulanze e elisoccorso) verso le sedi più idonee al trattamento in regime di urgenza, in particolare per le patologie più gravi (politraumi, sindrome coronarica acuta, patologia cerebro-vascolare acuta, eventi emorragici gravi, lesioni del midollo spinale).

2. gli Ospedali Territoriali ("spoke" territoriali) facciano riferimento ai DEA di 1 e 2 livello in linea con le competenze assistenziali definite da protocolli e linee guida condivise a livello regionale;

3. DEA di 1 livello, "hub territoriali Città di Castello, Gubbio, Foligno, Spoleto, Orvieto" costituiscano il riferimento del territorio di competenza sia nel trasporto dai punti di primo intervento e/o dagli ospedali territoriali dovendo disporre di un "area assistenziale critica" capace di accogliere e trattare pazienti in emergenza urgenza nei tempi e modalità giuste;

4. i DEA di 2 Livello "hub provinciali Azienda Ospedaliera di Perugia ed Azìenda Ospedaliera d Terni" costituiscano il riferimento provinciale nel trasporto dai punti di primo intervento e/o da altre strutture secondo protocolli e linee guida condivise a livello regionale dovendo e potendo disporre di un'area assistenziale critica capace di accogliere e trattare pazienti in emergenza urgenza nei tempi e modalità giuste.

5. il Sistema di integrazione informatico deve potere:

a. garantire una diagnostica telematica con trasmissione delle immagini (consulto interaziendale tra specialisti) e di laboratorio senza far spostare, talora anche inutilmente, il paziente;

b. tutelare la attività di donazione di organi e tessuti ai fini dei trapianti;

c. istituire un registro regionale dele emergenze (trauma grave, SCA, Ictus,….).

L'"area assistenziale critica" dovrebbe essere all'interno dell'ospedale funzionalmente integrata alle aree assistenziali competente delle cure di pazienti in emergenza urgenza con:

a. area del Pronto Soccorso con sala rossa, sala gialla e sala di diagnostica per immagini;

b. area di Rianimazione e Terapia Intensiva generale e specialistica (Cardiochirurgica, Coronarica, Neurologica, Pneumologica, Neonatale Pediatrica);

c. area Vasta di Medicina d'urgenza;

d. area Chirurgica Generale e Specialistica con sale Operatorie dedicate alla Ugenza-Emergenza;

e. Laboratorio di Emodinamica e di Elettrofisiologia; Stroke Unit e Unità Spinale;

f. area radiologica diagnostica ed interventistica;

g. area diagnostica di Laboratorio Clinico e Trasfusionale.

Personale del Sistema "118"

Un Sistema della Emergenza-Urgenza deve vedere valorizzata ogni componente che vi partecipa, al fine della sua migliore funzionalità e con la consapevolezza che qualsiasi modello organizzativo non possa prescindere dalla piena considerazione delle competenze e della capacità individuali. La scelta e la formazione del personale da impiegare all'interno del Sistema dell'Emergenza–Urgenza è pertanto uno dei momenti strategici su cui operare scelte definitive.

Le indicazioni che sono emerse dai vari lavori e passaggi esperiti sono quelle di andare verso la creazione di una professionalità specifica che, partendo da una formazione sanitaria specializzata, sia in grado di sviluppare competenze nuove, che dovrà trovare riscontro anche in percorsi formativi universitari.

Rispetto alla programmazione precedente infatti si profila in modo consistente la possibilità di attivare, anche per la Regione Umbria, del Sistema di Elisoccorso.

Questo dovrà comportare Il coordinamento di tale Sistema con il Sistema dell'Emergenza-Urgenza, assicurato da una Centrale Operativa Unica, con del personale, all'interno della Centrale, appositamente formato.

D'altra parte la dotazione di personale sanitario "imbarcato" dovrà essere composta prioritariamente da un medico, specialista in anestesia e rianimazione o altro specialista che possieda comunque comprovata esperienza e formazione nel campo della emergenza con competenze tali da attuare le procedure indicate nell'Allegato 2 dell'Accordo 3 febbraio 2005, "Linee guida per la organizzazione dei Servizi di Soccorso Sanitario con elicottero" e nella fattispecie "Caratteristiche e competenze del personale sanitario impiegato in servizi HEMS/HSR/HAA, individuato nell'ambito dell'autonomia regionale e delle caratteristiche del servizio nelle singole Regioni e Province Autonome" e da un infermiere con documentata esperienza e formazione e/o da altro personale qualificato da stabilire in sede regionale.

La competenza richiesta al personale impiegato in un servizio di Elisoccorso non può prescindere da una esperienza di lavoro maturata in reparti di area critica e/o dove vi sia stata la possibilità di acquisire la conoscenza delle manovre indispensabili, per garantire la sopravvivenza di pazienti in condizioni critiche.

In ogni caso, il personale medico ed infermieristico impiegato in questi Servizi dovrà essere preparato e formato al compito da svolgere.

Anche l'"Operatore di Centrale", è preferibile che sia un Infermiere Professionale, proveniente, magari, dai reparti di Area Critica, capace di coniugare la sua competenza sanitaria con una buona preparazione, riguardante anche l'interfaccia con l'utenza, che

presenta problemi di comunicazione spesso critici, tale da permettergli la assegnazione dei codici-evento quanto più appropriata possibile.

Il cittadino è bene che trovi, già alla risposta telefonica, un Professionista della Sanità, in grado di valutare il problema, con il compito di interpretare correttamente i protocolli e le procedure necessarie e di attivare le risposte quanto più pertinenti possibile al caso specifico.

Il personale medico, dal Responsabile di Centrale, ai "Centodiciottisti", deve riuscire ad "esaltare" la sua professionalità nella prestazione sanitaria d'urgenza, muovendosi su terreni operativi diversi e con situazioni patologiche tra le più varie e complesse e dovendo pertanto sviluppare le proprie conoscenze ed il "proprio allenamento" in questo specifico settore.

Risulta pertanto di importanza fondamentale il processo di selezione, formazione e di aggiornamento permanente.

L'Elisoccorso

Il servizio di "Eliambulanza-Elisoccorso (HEMS-SAR)" appartiene a pieno titolo al Sistema dell'Emergenza-Urgenza con lo scopo principale di offrire assistenza e pronta e specialistica a chiunque colpito da un evento a rischio per la propria sopravvivenza si trovi in un area territoriale troppo lontana dall' ospedale più idoneo e ai pazienti per i quali un trasporto su ruota potrebbe peggiorare la loro situazione clinica.

Nella Regione Umbria tale servizio potrebbe venire attuato come un servizio per area vasta interregionali e istituito con convenzioni interregionali che ne permettano la realizzazione contenendone i costi di gestione e definendone l'ubicazione delle basi eliportuali per le quali la Regione ha già avviato l'iter per la individuazione di una "rete di elisuperfici sanitarie o occasionali " con l' obiettivo di:

- portare rapidamente una equipe specializzata nel soccorso primario dal luogo dell' evento al presidio più idoneo del paziente critico sul luogo dell' emergenza con riduzione dell'intervallo di terapia per incidenti del traffico, infortuni sul lavoro, sportivi e del tempo libero o comunque a seguito di situazioni o patologie che mettano a rischio la sopravvivenza di una singola persona o di una collettività con trasporto primario;
- trasporto secondario (trasferimento di pazienti critici verso i DEA: codici gialli-rossi e dei pazienti con compromesse le funzioni vitali) e di neonati a rischio o verso altre regioni per specialità mancanti (cardioch. Infantile, centro ustioni…);
- coprire un territorio vasto con una sola equipe garantendo un livello adeguato di esperienza con possibile risparmio nel numero delle postazioni di soccorso;
- garantire in tempi rapidi una risposta qualificata anche in collaborazione con gli Enti Autorizzati su territori che rimarrebbero altrimenti scoperti dal sistema per le caratteristiche oro-geografiche o per la scarsa densità di popolazione in occasione di emergenze di massa e catastrofi;

- trasporto di equipe del trapianto, di sangue e farmaci salvavita.

Il modello "Hub and Spoke"

Ai fini di una prima ed elementare riflessione, appare utile ricordare come il modello " Hub and Spoke " parta dal presupposto che per determinate situazioni e complessità di malattie siano necessarie competenze rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio.

In Umbria possono essere individuate un insieme di strutture altamente specializzate, distribuite su tutto in territorio regionale, con funzioni diversificate nell'ambito del percorso assistenziale e di sistemi strutturati di comunicazione e di integrazione fra i Centri. E' prevista una gerarchia funzionale tra i Centri di riferimento (Hub) e le strutture sotto-ordinate (Spoke), secondo specifici e condivisi protocolli.

Secondo questo modello i pazienti vengono inviati dai centri spoke a quelli hub nel momento e solo per il tempo necessario all'erogazione di prestazioni di elevata complessità, per essere successivamente ritrasferiti nei rispettivi centri spoke per il completamento del percorso diagnostico-terapeutico.

In tal modo è possibile erogare prestazioni appropriate, con operatori dotati di sufficiente esperienza e competenza, secondo principi di equità e sostenibilità economica.

Tale modello ha l'obiettivo di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, la garanzia di adeguati livelli di cura e di continuità di cura, l'equità nelle condizioni di accesso e di fruizione e presenta i vantaggi, sul piano clinico-assistenziale, della centralizzazione dei pazienti.

Appositi atti di indirizzo provvederanno ad individuare i requisiti strutturali ed operativi che le diverse strutture, sede di Hub and Spoke, dovranno garantire.

La Telemedicina nell'Emergenza-Urgenza

Una componente avanzata di informatizzazione è ormai elemento da considerarsi irrinunciabile per qualsiasi Sistema della Emergenza-Urgenza, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari, facilitare la formazione professionale dei medici ed infermieri ed ottimizzare il trasferimento qualificato di dati ed esperienze tra le diverse realtà.

La Telemedicina è l'integrazione, il monitoraggio e la gestione dei pazienti, nonché l'educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono.

Ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l'esercizio delle attività cliniche, assistenziali e didattiche, con particolare riferimento ai servizi di telediagnostica, teleassistenza sanitaria e teledidattica.

Applicare la telematica in ambito medico, e specificamente all'interno del Sistema della Emergenza-Urgenza, significa una condivisione dinamica di informazioni, cartelle cliniche, digitali, tracciati diagnostici, immagini biomediche che si muovono in

tempo reale e con la massima definizione. Ne consegue una concreta interrelazione tra le strutture minori e quelle specialistiche con ricadute circa la ottimizzazione della gestione del Sistema.

Tutto ciò può tradursi in un sensibile miglioramento sia della qualità dei servizi per il cittadino sia delle condizioni di lavoro del personale, che accede più facilmente alle informazioni. Nell'ottica di una congrua riorganizzazione del Sistema della Emergenza-Urgenza, viene confermato come non siano più rinviabili scelte concrete circa l'utilizzo delle tecnologie informatiche, con particolare riferimento e priorità per la Telemedicina. Snellendo le procedure e migliorando i Servizi offerti, si contribuisca anche a garantire un contenimento della spesa sanitaria.

Trasporti in Emergenza-Urgenza

La complessità della materia e la molteplicità degli Enti ed Associazioni con le quali Aziende Sanitarie della Regione hanno stipulato una convenzione per l'attività di Soccorso Sanitario, collegato ai Servizi di Emergenza, hanno prodotto una variabilità delle soluzioni organizzative e funzionali che deve essere superata nel corso del triennio al fine di garantire gli stessi livelli di servizio su tutto il territorio regionale.

A tal fine è necessario:

- definire il modello operativo e standardizzare il servizio per quanto riguarda l'organizzazione, i mezzi/strumenti e il personale;
- individuare le fasi del servizio che è possibile esternalizzare e quelle che devono essere garantite tramite la gestione diretta;
- acquisire i servizi standardizzati attraverso procedure accentrate a livello regionale.

Una volta ridefinito il modello organizzativo del sistema dei trasporti in emergenza urgenza sarà cura della Regione rendere omogenei i rapporti contrattuali tra le associazioni di volontariato presenti sul territorio e le singole ASL.

Linee operative aggiuntive

- Il Comitato Regionale Sanitario per la Emergenza, (di seguito solo CRES) istituito in prima istanza nel lontano 1996 e successivamente rinominato nell'anno 1999, abbisogna, oggi, di una nuova ridefinizione, sia nella sua composizione, sia nelle proprie competenze;
- Il sistema di emergenza sanitaria costituisce un sistema organizzativo di integrazione funzionale fra strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere finalizzato ad attuare interventi al verificarsi di urgenze e di emergenze sanitarie. Tale sistema si articola in due fasi fondamentali: la fase ospedaliera e la fase extra-ospedaliera. La fase ospedaliera è caratterizzata dai Dipartimenti di Emergenza-Accettazione. Poiché tali

Dipartimenti costituiscono il fulcro dell'emergenza nella fase ospedaliera, si impone la necessità di ridefinire, la struttura e la loro articolazione;

- Il sistema informativo, deve riuscire a dare una corretta fotografia della realtà (elaborazione statistico-epidemiologica tra la situazione operativa e gli obiettivi da raggiungere, con il monitoraggio di tutti i vari aspetti della attività);
- Risulta altrettanto indispensabile che il Sistema della Emergenza-Urgenza Sanitaria intrattenga nuovi rapporti con tutti gli altri Soggetti Istituzionali (Prefettura, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, VV.FF, Protezione Civile, etc. con il coordinamento della Regione) che a diverso titolo sono interessati alla Emergenza in senso lato.

14. La gestione delle liste di attesa

La Regione Umbria ha da tempo avviato attività integrate di gestione e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e loro tempi di attesa e nelle conseguenti attività programmatiche garantite dalle proprie Aziende Sanitarie.

Il Piano Sanitario Regionale, prendendo spunto da quanto stabilito dal Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) adottato nel giugno 2006, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del marzo dello stesso anno, intende garantire i seguenti aspetti:

Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;

Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie;

Gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;

Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;

Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;

Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;

Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006;

Promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

Tempi massimi di attesa

La Regione Umbria continuerà a monitorare l'offerta complessiva delle prestazioni di primo accesso necessarie alla formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree considerate come prioritarie dall'accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006, per le quali sono stati stabiliti i tempi massimi ammissibili.

Gestione e governo della domanda

La unica vera leva a disposizione per migliorare l'offerta delle prestazioni garantendo tempi di attesa accettabili per tutti i cittadini, leva su cui la regione intende dirigere gli sforzi per superare le criticità esistenti, è quella della corretta gestione della domanda.

Il modello della prioritarizzazione (Approccio per Raggruppamenti di Assistenza Omogenei - RAO) per l'accesso alle prestazioni nel corso di vigenza del presente Piano dovrà essere gradualmente implementato in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, con la differenziazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare quelle che dai monitoraggi emergono come più critiche, in base ai livelli di priorità. Il Distretto deve avere un ruolo centrale nello sviluppo dei percorsi assistenziali e nella promozione ed introduzione dell'Approccio RAO.

I percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi devono garantire la presa in carico del paziente, realizzare l'integrazione tra i professionisti e livelli di cura, la continuità degli interventi e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Le strutture devono essere in grado di programmare e prenotare l'intero iter assistenziale e semplificare gli accessi dopo la prima visita con la prescrizione e prenotazione degli accertamenti successivi e delle visite di controllo direttamente da parte della struttura sanitaria.

Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere pacchetti di prestazioni/percorsi nel rispetto dei seguenti criteri: efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza e in base a linee guida accreditate in materia.

L'obiettivo è quello di fornire ai pazienti un'assistenza efficace nella migliore sequenza spazio-temporale possibile.

Prioritariamente va attuata il percorso per la gestione del paziente con diabete mellito, e del paziente oncologico o con sospetta neoplasia, garantendo un iter diagnostico-terapeutico basato sulle evidenze scientifiche e linee guida. Lo standard normativo (Accordo 11 luglio 2002) prevede la conclusione dell'iter diagnostico entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva (compresa la stadiazione della malattia - 15 giorni per la consegna del referto istologico).

Le neoplasie con maggiore incidenza e con programmi regionali di screening attivati per i quali si devono definire, approvare, adottare e monitorare i percorsi sono quelli per i tumori di mammella, utero e colon-retto.

Informazione e comunicazione

L'informazione e la comunicazione sui tempi e sulle liste di attesa delle prestazioni specialistiche e degli interventi pianificati, devono essere comunicate attraverso modalità appropriate e differenziate a seconda del destinatario (cittadino, utente, associazioni, mmg, pls, …), prevedendo, ove necessario tavoli di confronto con organizzazioni sindacali e rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori.

Parallelamente dovranno essere previsti analoghi momenti di confronto fra le Direzioni Aziendali e le Organizzazioni Sindacali del comparto, della dirigenza medica e i Rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori.

Le Aziende Sanitarie, anche in un contesto interaziendale, dovranno definire modalità e strumenti per garantire ai cittadini un'informazione corretta e una comunicazione efficace, coinvolgendo gli URP Aziendali, aggiornando la carta dei servizi e i siti web aziendali, rilevando la soddisfazione degli utenti.

E’ indispensabile attivare, con un controllo anche regionale, rilevazioni periodiche e continuative della percezione della qualità dei servizi sanitari da parte dei cittadini – utenti, quale strumento per il monitoraggio dei bisogni, l’individuazione di obiettivi e l’attivazione di processi di miglioramento continuo nelle Aziende Sanitarie, basati sulla valorizzazione dell’apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano.

Le informazioni dovranno riguardare: il corretto utilizzo dei servizi sanitari, l’articolazione dei tempi di attesa anche per priorità clinica, l’accesso alla “libera professione intramuraria”, l’importanza della disdetta in caso di impossibilità di usufruire della prestazione.

Nei siti web aziendali e regionale dovranno essere visibili: i tempi massimi delle prestazioni, le strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi di attesa, i report periodici semestrali dei monitoraggi con almeno la percentuale delle prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti, i tempi medi di attesa e le sospensioni delle erogazioni.

Inoltre nel sito web di ciascuna Azienda dovranno essere visibili le attività complessive periodiche per ciascuna prestazione erogate in istituzionale e in libera professione intramuraria.

Il Sistema Informativo Regionale prevederà soluzioni tecniche, omogenee su tutto il territorio regionale, per la gestione dei dati da rendere visibili all’utenza e per la reportistica da predisporre, nonché per la tempistica, adottando implementazioni dei software di gestione e assicurando la formazione agli operatori interessati.

Monitoraggi

La Regione definisce, anche in base alle indicazioni nazionali, le modalità con cui le Aziende devono effettuare il corretto monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, tramite rilevazioni riproducibili e confrontabili garantendo l’uniformità e la trasparenza delle stesse.

Per le prestazioni in libera-professione intramuraria deve essere previsto un apposito flusso informativo.

Ciò per le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostico/terapeutica, mentre si dà mandato agli Specialisti di prescrivere e prenotare gli esami di controllo successivi alla prima visita, facilitando in tal modo l’identificazione delle visite di controllo. Per quanto sopra detto le postazioni dei prescrittori dovranno essere collegate al CUP Integrato Regionale.

I sistemi di monitoraggio previsti dal Piano Nazionale e recepiti dal Piano regionale sono:

• Monitoraggio di sistema: misura il tempo prenotato. Il sistema informativo deve permettere il calcolo dei tempi d’attesa per le rilevazione nei giorni indice (inizialmente una giornata ogni tre mesi, per arrivare progressivamente ad una rilevazione su una settimana) e per le prestazioni stabilite sia di specialistica ambulatoriale che di ricovero (anche queste progressivamente in aumento in base alle indicazioni che saranno fornite dall’ASSR e dal Ministero). Il sistema comunque dovrà prevedere la differenziazione per priorità.

L’indicatore da utilizzare è la percentuale dei cittadini che ottiene la prestazione di specialistica ambulatoriale entro i tempi definiti o l’ammissione al ricovero programmato

entro i tempi massimi indicati a partire dal giorno dell'inserimento nell'Agenda dei ricoveri programmati.

Anche per le classi di priorità, l'Accordo dell'11 luglio 2002 definisce indicatori e soglie.

Per quanto attiene alla rappresentazione dei risultati dei monitoraggi, si utilizzeranno le metodologie già validate dal Gruppo Tecnico istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

• Monitoraggio specifico: si riferisce ad un controllo puntuale presso le strutture indicate dalle Aziende Usl come luoghi dove è garantita l'erogazione entro i tempi massimi regionali. Per queste strutture si richiedono anche informazioni sui volumi complessivi erogati. Il flusso dovrà essere trimestrale. Il sistema dovrà consentire la misurazione del tempo complessivo fino alla stesura del referto e il numero delle prestazioni erogate, considerando tra l'altro che per alcune prestazioni la redazione del referto è contestuale alla erogazione della prestazione. E' da prevedere un sistema informatizzato che consenta di calcolare la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti.

• Monitoraggio della sospensione dell'erogazione di prestazioni: in attuazione del comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, la Regione ribadisce il divieto alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Eventuali sospensioni dell' attività di erogazione delle prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa verranno gestite secondo quanto contenuto nelle apposite Linee Guida approvate e recepite dal Piano regionale e dai singoli Piani aziendali. Stabilite le modalità per la sospensione delle prestazioni, è necessario istituire un flusso ad hoc che permetta la trasmissione dell'elenco delle sedi che hanno interrotto l'erogazione delle prestazioni all'Assessorato alla Sanità con cadenza semestrale. La Regione provvederà poi alla trasmissione al Ministero secondo le modalità dettate. Il tracciato record e le relative modalità tecniche saranno comunicate ai Servizi Informativi Aziendali/CUP.

• Prestazioni erogate in libera professione intramuraria: anche queste prestazioni devono essere portate a CUP e prenotabili con lo stesso sistema, che dovrà permettere la differenziazione della tipologia di prestazione, e il relativo calcolo dell'erogato e dei tempi di attesa.

Cup

Il modello di CUP Integrato Regionale è quello che risulta più adeguato a rispondere alle esigenze aziendali e regionali. Le prestazioni prenotabili saranno distinte in due categorie, quelle di alta e quelle di media-bassa complessità.

Le prestazioni di specialistica e diagnostica strumentale di alta complessità, potranno essere prenotate tramite il sistema CUP da parte del cittadino/utente direttamente scegliendo tra tutte le strutture erogatrici del territorio regionale.

Sperimentalmente si intenderanno per prestazioni di alta complessità:

quelle che attualmente (considerato che il sistema CUP è ancora esclusivamente aziendale) vengono erogate in pochi selezionati centri regionali e per le quali è finora prevista la prenotazione direttamente presso le strutture stesse;

quelle che nel nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contrassegnate dalla lettera R (prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti) e/o H (prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti).

Le prestazioni di specialistica e diagnostica strumentale di media-bassa complessità sono tutte le altre e potranno essere richieste scegliendo tra le strutture presenti nel bacino di utenza dell'Azienda su cui si chiede la prenotazione.

Saranno altresì prenotabili, al di fuori dell'Azienda di residenza, prestazioni, di medio-bassa complessità, se specificamente previste da accordi contrattuali interaziendali per l'erogazione di prestazioni sanitarie, definendo criteri di accesso e di remunerazione. In questo caso la valutazione dei tempi massimi di attesa dovrà tenere conto anche dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni effettuate in tali sedi extraaziendali.

Per i ricoveri sono da intendersi di alta complessità quelle attività che la programmazione regionale assegna alle Aziende Ospedaliere (di norma) e caratterizzati da particolare complessità e utilizzo di tecnologie innovative (32 DRG).

Si ribadisce che tutte le prestazioni debbono essere prenotate tramite CUP, sia per facilitare le modalità di monitoraggio, che per esigenze di trasparenza e omogeneizzazione delle procedure, facilitando nel contempo i cittadini.

Per quanto riguarda la riduzione del tempo per la refertazione, premesso che per la maggior parte delle prestazioni la refertazione è contestuale alla erogazione della prestazione stessa, si fa presente che il progetto Sistema Informativo Integrato della Sanità della Regione Umbria, prevede l'automazione di servizi rivolti al cittadino al fine di facilitare l'accesso e ottimizzare gli iter amministrativi e burocratici. In tale ottica l'introduzione della Carta Nazionale dei Servizi (CNS) per Operatori Sanitari e l'uso della firma digitale, in essa contenuta, consentirà un'ulteriore semplificazione delle procedure trasformando i documenti elettronici in documenti a valenza legale, migliorando il servizio reso e ottenendo una più ampia fruibilità e circolarità delle informazioni con una contestuale riduzione di tempi e utilizzo di documenti cartacei. Il progetto di ricerca a cui si fa riferimento è quello per la Diffusione Firma Digitale Operatori Sanitari, che prevede l'utilizzo della CNS con firma digitale nel contesto sanitario, garantendo l'autenticità e la integrità dei documenti prodotti, in accordo con il processo di semplificazione delle procedure sanitarie e amministrative, previsto dalla legislazione nazionale ed europea.

Agende di prenotazione dei ricoveri

Per quanto riguarda la tenuta delle agende di prenotazione ricovero, le Aziende umbre in applicazione di quanto previsto dalle "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" prodotte dall'ASSR, hanno dato indicazioni appropriate per la gestione delle agende. Nel periodo di vigenza del piano le aziende dovranno:

1) attivare l' "Agenda di prenotazione", possibilmente su supporto informatico. Essa deve contenere tutti i "campi" inerenti il paziente: anagrafica, codice paziente, diagnosi, procedura, classe di priorità ed informazioni gestionali: data di prescrizione della richiesta, data di inserimento del paziente in agenda, data prevista per il ricovero, data reale del

ricovero, motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.

2) definire la procedura operativa per la modalità di inserimento del paziente in agenda in relazione allo stato clinico presente coinvolgendo i Dipartimenti interessati; nella procedura vanno inoltre definiti le modalità di inserimento di questi dati nella SDO e il relativo monitoraggio;

3) definire i "criteri clinici" delle classi di priorità ed i relativi tempi di attesa, per i quali si fa riferimento a quelli descritti nell' Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e ad altri eventuali documenti scientifici, specifici per patologia.

Le Aziende, inoltre, devono stabilire le modalità per una revisione periodica dell'appropriatezza d'uso delle classi di priorità, coinvolgendo i professionisti e attivando l'audit clinico.

Come precedentemente affermato sarà istituito un flusso specifico per monitorare il fenomeno.

Gestione dell'offerta

Le Aziende Sanitarie, in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti dal PRCTA, dovranno in particolare:

- Analizzare le criticità dell'organizzazione per ogni prestazione che superi i tempi massimi di attesa;
- Riorganizzare i servizi e/o aumentare le sedute di erogazione delle prestazioni anche nei prefestivi e festivi prevedendo contratti ad hoc;
- Analizzare la corretta applicazione della libera professione intramuraria;
- Analizzare la criticità di eventuali sospensioni dell'erogazione;
- Analizzare le motivazioni del rifiuto del cittadino della struttura indicata per l'erogazione della prestazione.

Le Direzioni Aziendali saranno tenute a monitorare e valutare le prestazioni erogate dai propri professionisti in regime istituzionale e di libera professione intramuraria fornendo alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, periodicamente, i dati relativi ai volumi di attività per ciascuna prestazione (sia in regime istituzionale che in libera professione intramuraria) per ciascun professionista.

Indicatori di mancata o parziale applicazione:

- Mancata erogazione delle prestazioni entro i tempi stabiliti per il 90% delle prenotazioni;
- Mancata garanzia della erogazione della prestazione entro i tempi stabiliti per il 100% delle prenotazioni nelle strutture individuate a tal fine;
- Mancata trasmissione dei flussi informativi previsti nei tempi e nei modi stabiliti;

- Mancata o insufficiente comunicazione alla cittadinanza dei tempi massimi delle prestazioni garantite, delle strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi di attesa per il 100% delle prenotazioni, dei tempi medi di attesa e delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni;
- Utilizzo delle agende chiuse, fatti salvi i casi previsti dai Piani Attuativi Aziendali.

15. La salute in carcere

A partire dal 2008 la tutela della salute dei detenuti attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria, l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'assistenza sanitaria ai reclusi deve pertanto essere organizzata secondo i principi di globalità d'intervento, unitarietà dei servizi e delle prestazioni, integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e garanzia della continuità terapeutica. Tra le prestazioni da erogare sono inclusi anche il sostegno del disagio psichico e sociale, l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, l'assistenza pediatrica e servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Il Servizio Sanitario Regionale e l'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile debbono lavorare in stretta sinergia per assicurare la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. Un obiettivo a cui concorrono anche le azioni ed i programmi delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato che operano nel settore.

In attuazione del D.C.P.M. 1 aprile 2008 pubblicato in G.U. n. 126 del 30-05-08 concernente : "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" è stato adottato, dalla Giunta regionale dell'Umbria, l'atto di indirizzo in materia di medicina penitenziaria al fine di garantire ai detenuti ed internati prestazioni sanitarie pari a quelle erogate ai cittadini in stato di libertà. La DGR n. 682 del 9 giugno 2008 pubblicata nel B.U.R. n. 41 del 10/09/08, serie generale, oltre a recepire il DCPM, predispone degli adempimenti non solo a carico della Regione ma anche per le Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio ricadono per competenza gli Istituti e servizi penitenziaria a seguito del trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria dai Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile al servizio sanitario nazionale.

Contestualmente è stato istituito, **l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria** di cui fanno parte rappresentanti della Regione Umbria, delle Aziende Sanitarie Locali e dell'Amministrazione penitenziaria, quale strumento che consente di concertare i programmi di intervento, di monitorarne e valutarne l'efficienza, e di garantire, al tempo stesso, adeguate misure di sicurezza al fine di definire le migliori modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario in ciascun Istituto di pena.

Principi di riferimento

1) Riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
2) Necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile;
3) Gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il

concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato; l'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita;

4) Gli Istituti penitenziari, gli Istituti di pena per minori e i Centri di Prima Accoglienza, le Comunità e i Centri clinici devono garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali;
5) La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

1) promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;
2) promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;
3) prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;
4) promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;
5) riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Azioni per il triennio

- Predisporre un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate che metta a disposizione conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti ed elementi informativi sulle condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche;

- attivare le strutture organizzative aziendali per la tutela della salute in ambito penitenziario, al fine di demandare ad esse le competenze relative alle funzioni trasferite in materia di medicina penitenziaria, secondo quanto indicato nell'allegato A del DPCM 1 aprile 2008;

- redigere apposita Carta dei servizi sanitari da garantire all'interno degli istituti penitenziari per adulti nonché nei centri di prima accoglienza, per assicurare gli interventi del SSN nei confronti dei detenuti adulti e minori;

- prendere in carico, ai sensi dell'art. 3 del DPCM suddetto, il personale dipendente di ruolo in servizio alla data del 15 marzo 2008 che esercita funzioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari e dei servizi minorili ubicati nell'ambito del territorio aziendale di riferimento, provvedendo a mettere in atto tutti gli adempimenti necessari per l'inquadramento nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale, sulla base della tabella B Allegata al DPCM stesso;

- prendere in carico i rapporti di lavoro del personale sanitario, instaurato ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, operante all'interno degli istituti penitenziari e dei centri di giustizia minorile ubicati nell'ambito del territorio aziendale di riferimento, al fine di mettere in atto le procedure necessarie al mantenimento dei rapporti di lavoro in essere che continuano ad essere disciplinati dalla normativa di riferimento su citata con le modalità previste dall'art. 3 del DPCM richiamato;

- prendere in carico le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia;

- definire modalità organizzative e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale che prevedano, anche in presenza di modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità;

- porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad es. tossicodipendenza e patologie correlate, HIV; malattie mentali), con il concorso di più figure professionali, sanitarie e sociali, (in caso di pene alternative o di scarcerazione e di misure proprie del settore minorile);

- attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia);

- attivare programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria e socioeducativo;

- attivare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della Giustizia minorile, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie).

16. Le azioni trasversali per la sostenibilità.

Nel paragrafo relativo alla analisi delle risorse disponibili nel triennio di piano si è fatto riferimento anche alla difficoltà di valutare "il rapporto tra scenario economico e scelte di piano, nonché i termini della relativa sostenibilità".

La logica del sistema, fissazione di livelli di assistenza e risorse correlate, determinate non a costi standard ma in quota percentuale sul PIL, individua nella variabile organizzativa la leva su cui agire per tendere all'equilibrio economico del sistema.

Questa evidenza pone l'esigenza di individuare una serie di azioni di tipo trasversale, che devono ispirare complessivamente l'attuazione del Piano e le singole azioni programmatiche.

16.1 L'Agenzia Umbria Sanità come strumento delle azioni.

Con il precedente ciclo programmatorio è stato delineato l'impianto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale articolato su quattro Unità sanitarie locali, due Aziende Ospedaliere, e l'Agenzia Umbria Sanità, struttura sovraziendale, istituita per la gestione integrata e unificata delle funzioni tecnico–amministrative.

Compito del presente atto di programmazione consiste nel definire le linee strategiche per la messa a regime della Agenzia Umbria Sanità.

L'Agenzia Umbria Sanità è nata ereditando le attività della disciolta Soc. consortile Aziende Umbre per la salute e della soppressa Agenzia Sedes. L'assorbimento delle competenze di quest'ultima hanno determinato un ripensamento del ruolo e delle funzioni assegnate all'AUS, nel senso che non si configura più solamente come "centro servizi" per le aziende sanitarie regionali che fornisce procedure tecnico amministrative in forma centralizzata, ma allarga le sue competenze al settore sanitario.

Il presente ciclo programmatorio indica come prioritario le azioni volte a rafforzare il ruolo della Agenzia nel processo di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali, attraverso lo sviluppo di progetti di innovazione organizzativa e gestionale del governo clinico ed economico finanziario delle aziende sanitarie regionali, considerando fra i temi prioritari l'attuazione di politiche per la qualità dei servizi, lo sviluppo dei processi di accreditamento, la definizione di piani e programmi per la prevenzione, l'umanizzazione delle cure e la sicurezza dei pazienti.

A tal fine l'Agenzia è chiamata a :

- favorire, promuovere e sostenere la cooperazione tra le aziende sanitarie regionali, sostenendo opportune collaborazioni e utili sinergie con gli altri enti che operano nel settore sanitario, ottimizzando l'impiego delle risorse attraverso una omogenea e corretta attuazione della programmazione regionale, attraverso una condivisa pianificazione delle strategie, attraverso una efficiente, efficace ed economica attivazione di processi comuni;

- svolgere le funzioni di centro unico di supporto per i dipartimenti interaziendali, avvalendosi di operatori e clinici delle aziende sanitarie regionali, della Direzione regionale Sanità e Servizi sociali e dell'Università nella predisposizione di indirizzi organizzativi e di processo per i servizi ospedalieri e territoriali, di indirizzi scientifici per la corretta adozione dei modelli assistenziali, indicazioni sui percorsi prescrittivi appropriati avendo l'autorità del soggetto regionale tra gli operatori delle aziende sanitarie regionali;
- promuovere l'implementazione di reti collaborative e informative per l'adozione di innovazioni significative per quanto riguarda la razionalizzazione e la qualificazione del sistema sanitario regionale;
- sostenere le aziende sanitarie regionali e la Direzione regionale Sanità e Servizi sociali, nello svolgimento di attività tecnico-amministrativo-operative e di supporto essenziali al processo di attuazione, sviluppo e modernizzazione del Sistema sanitario regionale come definito nel nuovo Piano Sanitario regionale;
- sviluppare modelli per la valutazione e il monitoraggio del servizio sanitario regionale ;
- concorrere con le aziende sanitarie regionali e la Direzione regionale Sanità e Servizi sociali allo sviluppo del sistema di accreditamento;
- sviluppare progetti per il miglioramento delle strategie e delle tecnologie informative all'interno del sistema sanitario, nonché dei sistemi e delle attività di promozione, educazione, informazione e comunicazione per la salute dei cittadini;
- svolgere la funzione di segreteria tecnico-scientifica qualificata del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria per la sperimentazione clinica sull'uomo avvalendosi di operatori specializzati.

16.2 Le azioni

Nel rispetto dell'articolazione di competenze previste al capitolo 3. fra Direzione regionale sanità e servizi sociali, Agenzia e livello aziendale, la programmazione attuativa dovrà concentrarsi su:

- Il governo delle reti – Lo sviluppo della logica di rete come schema organizzativo dei servizi dovrà essere supportato dalle seguenti azioni:
    - Individuazione dei sistemi da organizzare a rete e delle priorità di attivazione;
    - Definizione di strumenti di regolazione delle reti;
    - Monitoraggio e valutazione dei risultati dell'attività delle reti.
- La promozione dell'appropriatezza - L'appropriatezza va considerata lo strumento principale per la riconduzione delle dinamiche di spesa verso le risorse di volta in volta disponibili. Per quanto riguarda lo sviluppo di strumenti specifici a supporto dell'incremento dell'appropriatezza vanno sviluppate le seguenti azioni:
- Appropriatezza ricoveri :
    - Conferma dell'utilizzo del PRUO;

- Introduzione del metodo APPRO e desease staging;
- Gestione del rischio e sicurezza del paziente;

- Appropriatezza prescrittiva farmaceutica:
  - Gestione del rischio e sicurezza del paziente;
  - Farmacovigilanza;
  - Formazione permanente;
  - Gestione centralizzata degli acquisti;
  - Implementazione dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni;
  - Integrazione ospedale-territorio;
- Appropriatezza prescrittiva specialistica:
  - Diffusione del metodo RAO;
- Sviluppo dell'ICT - Nel prossimo triennio l'obiettivo strategico è quello di promuovere l'integrazione e le reti di servizi a supporto dell'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo di innalzare la sicurezza e la qualità delle attività, le fruibilità dei servizi da parte dei cittadini, la conoscenza dei fenomeni da parte dei livelli di governo e gestione del sistema - azioni:
  - Migliorare l'infrastruttura di rete a supporto dell'interoperabilità;
  - Migliorare l'accesso ai sistemi e l'informazione per il cittadino;
  - Consolidare i sistemi di monitoraggio e controllo;
  - Completare i sistemi operativi professionali del territorio e dell'ospedale;
- La gestione delle risorse umane – Il settore è fortemente normato e oggetto di vincoli di tipo finanziario e legislativo, a partire dalle manovre finanziarie statali annuali. Azioni:
  - sviluppare politiche del livello regionale tendenti alla razionalizzazione nell'applicazione degli istituti contrattuali decentrati, sulla base di un vero e proprio sistema direzionale di gestione del personale del SSR;
- I sistemi di remunerazione – I sistemi di remunerazione rappresentano uno strumento efficace per spingere le organizzazioni sanitarie al conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione. L'esperienza già consolidata nel settore dei ricoveri ospedalieri, per i quali sono stati sviluppati nel tempo sistemi tariffari allineati ai costi di produzione e regole per la verifica e promozione della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, deve essere estesa ad ulteriori ambiti assistenziali. - azioni:
  - procedere alla manutenzione dei sistemi, in corrispondenza del riordino delle classificazioni delle strutture, mettendo in campo sistemi tariffari basati sul costing, correlati con sistemi di classificazione del case-mix (es.classificazione RUG);
  - Introdurre modalità sistematiche di verifica della corretta classificazione dei pazienti assistiti e della corrispondente appropriatezza dei trattamenti erogati;
- Le politiche degli acquisti - E' necessario continuare e rafforzare azioni già avviate per Razionalizzare/Ottimizzare l'acquisizione di beni e servizi**,** sviluppando strumenti e soluzioni innovative quali:
  - gli strumenti di *E-procurement*, orientati a consentire la modernizzazione e la riorganizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi in termini

di nuove modalità gestionali, ma anche, e soprattutto, in termini di contributo al risparmio;
    - formule contrattuali con piena responsabilità dei risultati da parte dell'assuntore dell'appalto;
    - sviluppo di reti collaborative con le altre amministrazioni al fine di stipulare convenzioni quadro;

- La valutazione della performance – L'effettivo conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione e la qualità ed efficienza dei processi attivati verranno monitorati e valutati tramite un sistema in grado di permettere la valutazione ad ogni livello di governo (locale, aziendale, sovraziendale, regionale) - Azioni:
    - Il sistema dovrà permettere, attraverso un sistema di indicatori articolato per processi di erogazione delle prestazioni e livelli essenziali di assistenza la valutazione delle seguenti dimensioni:
        - Esiti di salute;
        - Qualità delle prestazioni erogate;
        - Appropriatezza della erogazione;
        - Efficienza dei processi assistenziali;
        - Equità di accesso;
        - Soddisfazione dei cittadini;
        - Utilizzo delle risorse.