PIANO SANITARIO REGIONALE

TRIENNIO 2002 – 2004

***giugno* 2002**

Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 24 del 30 agosto 2002, supplemento ordinario n. 7

Parte I - Principi e Governo del Sistema

1.0 Lo scenario istituzionale **1**

2.0 I principi ed i vincoli **3**

2.1 La centralità della persona **3**
2.2 L'equità **3**
2.3 La promozione della salute **4**
2.4 La qualità **4**
2.5 La trasparenza e l'accessibilità dei dati **4**
2.6 La sostenibilità economica **5**

3.0 La funzione di tutela della salute **7**

3.1 Il potenziamento dell'attività di prevenzione **8**
3.1.1 Ambiente e sanità **9**
3.2 La riqualificazione dell'assistenza ospedaliera **11**
3.3 Lo sviluppo della rete di assistenza territoriale: il ruolo centrale del Distretto **13**
3.4 L'assistenza farmaceutica **22**
3.5 La riabilitazione **24**
3.6 Medicine non convenzionali **25**

4.0 Il governo del sistema e delle risorse **26**

4.1 I rapporti tra Regione ed Aziende sanitarie e l'atto aziendale **26**
4.2 I rapporti tra Regione ed Università **29**
4.3 Autorizzazione ed accreditamento istituzionale **33**
4.4 Verifica di attuazione del Piano Sanitario Regionale **35**
4.5 Il governo della spesa **37**
4.5.1 Le risorse disponibili nel triennio 2002-2004 **37**
4.5.2 Il finanziamento delle Aziende sanitarie **39**
4.5.3 Il finanziamento delle funzioni assistenziali **39**
4.5.4 I Sistemi tariffari **40**
4.5.5 Il concordamento ed il piano strategico aziendale **41**
4.5.6 Il controllo di gestione ed il sistema budgetario **42**
4.5.7 Il budget di Distretto **45**
4.5.8 La politica degli investimenti ed il rinnovamento tecnologico **47**
4.6 Il governo del personale **50**
4.7 Ricerca, innovazione e sviluppo **52**

Parte II - Strategie e Sfide

1.0 Gli indirizzi strategici **54**

1.1 Partecipazione consapevole del cittadino **54**

1.2 Contrasto alle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria **57**

1.3 Promozione della qualità degli interventi sanitari **60**

1.4 Appropriatezza ed efficacia degli interventi sanitari **62**

1.5 Continuità ed integrazione dell'assistenza **65**

1.6 Sistemi Informativi **68**

1.7 Formazione ed aggiornamento professionale **71**

1.7.1 Educazione Continua in Medicina **73**

1.7.2 Le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative **74**

2.0 Gli interventi e le azioni **76**

2.1 Gruppi di popolazione e soggetti deboli **76**

2.1.1 Salute materno-infantile **76**

2.1.2 Salute in età evolutiva **82**

2.1.3 Persone anziane **88**

2.1.4 Immigrati **92**

2.1.5 Persone disabili **96**

2.1.5.1 Persone con ipovisione **100**

2.1.6 Persone con disagio psichico **103**

2.1.7 Persone detenute **107**

2.2 Patologie critiche **114**

2.2.1 Malattie del sistema circolatorio **114**

2.2.1.1 Cardiopatia ischemica e malattie del sistema vascolare periferico **114**

2.2.1.2 Malattie cerebrovascolari **119**

2.2.2 Tumori **122**

2.2.3 Malattie respiratorie croniche **125**

2.2.3.1 Broncopneumopatia cronica ostruttiva **125**

2.2.3.2 Asma bronchiale **129**

2.2.4 Insufficienza renale cronica **132**

2.3 Problemi di salute specifici **136**

2.3.1 Diabete mellito **136**

2.3.2 Malattie infettive **139**

2.3.2.1 Le persone con malattia da HIV **147**

2.3.3 Malattia di Alzheimer **151**

2.3.4 Dipendenze **155**

2.3.4.1 Il tabagismo **155**

2.3.4.2 Tossicodipendenze **156**

2.3.4.3 Alcol dipendenze **157**

2.3.5 Trapianti d'organo **160**

2.3.6 Tutela igienico sanitaria degli alimenti e disturbi dell'alimentazione **163**

2.3.7 Sanità Pubblica Veterinaria **167**

3.0 Le sfide prioritarie **172**

3.1 Emergenza **172**

3.2 Tempi e liste d'attesa **189**

3.3 Qualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare **197**

3.4 Programmi di prevenzione **204**

3.5 Evoluzione dell'ospedale per acuti **225**

Allegati

A. Lo stato di salute della popolazione

B. La descrizione dell'offerta

C. Osservazioni recepite a seguito delle consultazioni

PARTE I
PRINCIPI E GOVERNO DEL SISTEMA

1.0 LO SCENARIO ISTITUZIONALE

Il settore pubblico è investito da profonde trasformazioni determinate dal passaggio di competenze dal livello centrale alle Regioni ed agli Enti locali, in una logica di sussidiarietà, di federalismo, di solidarietà istituzionale e comunitaria.

La legge costituzionale 18 0ttobre 2001 n.3, modificando le disposizioni del Titolo V della Costituzione, fa chiarezza in tema di competenze dello Stato e delle Regioni in materia di tutela della salute, esplicitando un assetto che si era già andato formando attraverso la giurisprudenza.
L'innovazione maggiore consiste nell'elencazione positiva delle competenze statali e regionali.
In particolare si esplicita che, tra le materie oggetto di legislazione concorrente per le quali spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione dello Stato, è inclusa la tutela della salute.

La legge 133/99 "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale" ha definito i principi ed i criteri per l'avvio del federalismo fiscale, prevedendo la sostituzione dei trasferimenti erariali a favore delle Regioni, in particolare di quelli destinati alla spesa sanitaria corrente, con l'aumento dell'aliquota di compartecipazione all'addizionale regionale all'IRPEF, l'aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la istituzione di una compartecipazione all'IVA, da assegnarsi con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali, e la creazione di un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA ed eventualmente ad una quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina.
Il Decreto Legislativo (D.lgs) n.56/00 ha stabilito l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale - FSN (art.12, comma 1 del D.lgs 502/92 e successive modificazioni) e la compensazione con le fonti suddette, prevedendone il relativo ammontare percentuale e le modalità di attribuzione alle Regioni.
Il vincolo per ciascuna Regione, previsto dall'art.8 del D.lgs 56/00, a destinare fino al 2003 per l'erogazione delle tipologie di assistenza, delle prestazioni e dei servizi individuati dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), una spesa corrente pari al fabbisogno finanziario per il Servizio Sanitario Regionale (SSR), definito in funzione della quota capitaria di finanziamento, determinata tenendo conto delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-sanitarie di ciascuna Regione, è stato abrogato dalla legge 23 dicembre 2000, n.388.
Questa, recependo l'Accordo tra Governo e Regioni del 3 agosto 2000, prevede che ciascuna Regione sia tenuta per il triennio 2001-2003 a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
La stessa legge prevede che, nel rispetto degli adempimenti assunti dal Paese con l'adesione al patto di stabilità e crescita, a decorrere dall'anno 2001, le singole regioni, contestualmente all'accertamento dei conti consuntivi sulla spesa sanitaria da effettuare entro il 30 giugno dell'anno successivo, siano tenute a provvedere alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione attivando nella misura necessaria l'autonomia impositiva mediante l'incremento di una o più aliquote dei tributi regionali.
L'Accordo Governo-Regioni del 3 agosto 2000 è stato rinegoziato l'8 agosto 2001.
In tale sede si è riconosciuta la sottostima del fabbisogno del SSN, per la prima volta il Governo ha condiviso l'impegno ad attestare nel tempo il finanziamento del SSN al 6% del PIL e sono state quantificate le risorse destinate alla Sanità per il triennio, rispettivamente in € 74564 milioni (£ 144.376 mld) per l'anno 2002, € 77532 milioni (£ 150.122 mld) per l'anno 2003, € 80501 milioni (£ 155.871 mld) per l'anno 2004.
Il finanziamento del SSN per il 2001 è stato rideterminato in € 71271 milioni (£ 138.000 mld) ed è stata confermata la responsabilità delle Regioni a far fronte con risorse proprie ad eventuali disavanzi.
Parte dei contenuti dell'accordo è già recepito nel D.L. del 18 Settembre 2001 n. 347, convertito nella legge 16 novembre 2001 n.405. L'ammontare delle spese per l'assistenza sanitaria resta regolato dall'accordo dell' 8 agosto 2001, gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati nel rispetto dell'accordo, sono coperti dalle Regioni con modalità che prevedono alternativamente o cumulativamente: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale sull'IRPEF, altre misure idonee a contenere la spesa.

Lo stesso decreto prevede, inoltre, alcune misure di contenimento (per gli acquisti di beni e servizi, per la farmaceutica, l'ospedaliera, etc.).
Il completamento del processo di regionalizzazione del governo della sanità attraverso la definizione delle funzioni delle Regioni, assieme al nuovo ruolo dei Comuni previsti dal D.lgs 229/99, le norme sul federalismo fiscale succitate, evidenziano una forte accelerazione del processo di autonomia e di responsabilizzazione a livello regionale ed interregionale, sia per gli aspetti finanziari che per quelli organizzativi.
Il decentramento delle responsabilità amministrative sulla organizzazione dei servizi, ha essenzialmente per oggetto l'autonoma determinazione delle Regioni della combinazione ottimale dei livelli di assistenza (ridefiniti dal PSN 1998-2000 in: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e dei relativi fattori, entro un modello generale di funzionamento del sistema, definito per quanto riguarda le funzioni ed il ruolo dei principali soggetti. Particolarmente rilevante la forte valorizzazione della funzione di indirizzo, verifica e controllo delle attività delle Aziende sanitarie attribuita agli Enti locali.
Il decentramento fiscale implica, invece, la responsabilizzazione delle Regioni relativamente al finanziamento di tutte le funzioni trasferite, inclusa la sanità, attraverso la compartecipazione al gettito fiscale (con una limitata autonomia nella modulazione delle aliquote nazionali), anziché per la tradizionale via di trasferimenti statali vincolati.
Il quadro emergente è l'evoluzione del SSN verso un Sistema Sanitario Interregionale, la cui unitarietà rispetto al sistema nazionale delle garanzie è assicurata dall'omogeneità dei servizi offerti, dal livello di finanziamento "adeguato" e dal modello di funzionamento del sistema.
Il modello generale di funzionamento del SSN è quello di un sistema in cui la funzione di produzione dei servizi è programmaticamente subordinata alla funzione di committenza esercitata dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) nei confronti di erogatori pubblici o privati, accreditati secondo i medesimi, uniformi criteri, in esecuzione del mandato fondamentale della tutela della salute della popolazione.
L'elemento più innovativo che emerge dalla lettura dello scenario istituzionale è il forte richiamo alle esigenze di intersettorialità sia nella programmazione degli interventi per la salute sia nella organizzazione dei Servizi sanitari.
Tali esigenze si esprimono almeno a tre livelli:

1. l'elaborazione di politiche per la salute con l'obiettivo di contrastare i suoi determinanti più ampi, che richiede programmi estesi ben oltre il campo di intervento dei Servizi sanitari e pone, quindi, il problema del raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale, con particolare riguardo a quella ambientale;
2. l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali, particolarmente per quanto riguarda gli interventi per i soggetti "fragili", che da un lato rinvia alla definizione di strumenti di raccordo fra le competenze del SSR e quelle proprie degli Enti locali, mentre dall'altro richiama i temi della sussidiarietà orizzontale, con la sempre più marcata ed organizzata presenza di associazioni no-profit e del volontariato;
3. l'organizzazione del sistema dei Servizi sanitari secondo reti integrate, che si fondano necessariamente sul principio della collaborazione fra i servizi e fra le Aziende sanitarie.

La necessità della collaborazione intersettoriale fra politiche sociali e politiche sanitarie e, più in generale, di un raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale, associata alla generale tendenza alla devoluzione delle responsabilità organizzative e finanziarie verso i livelli più prossimi alla formazione della domanda ed alla utilizzazione dei servizi, ripropone la necessità di un nuovo concetto di programmazione.
Oggetto specifico della nuova programmazione è creare lo scenario per la composizione degli interventi della pluralità dei soggetti, istituzionali e non, interessati alla salute ed alla produzione di Servizi sanitari. Compito principale è, quindi, definire i ruoli e connettere i luoghi della sussidiarietà verticale (i livelli di governo istituzionali, nazionale, regionale e locale) e di quella orizzontale (il raccordo fra i programmi di intervento del servizio pubblico, del privato, del privato sociale e del volontariato).
La programmazione sanitaria regionale accanto alle indicazioni nazionali, rispetto ad obiettivi di salute e strategie del cambiamento del SSN ed al nuovo sistema delle autonomie deve, quindi, tenere conto:

- delle scelte politiche generali della Regione;
- delle implicazioni sulla organizzazione del sistema dei servizi della distribuzione della popolazione regionale e delle sue tendenze evolutive, nonché delle aspettative e delle preferenze dei cittadini;
- dello stato dei Servizi sanitari regionali e delle loro tendenze evolutive;
- delle esigenze proprie della programmazione sanitaria.

2.0 I PRINCIPI ED I VINCOLI

Il principio etico che ispira il Piano è l'impegno a perseguire un obiettivo ambizioso, ma possibile, e cioè quello di orientare il sistema e l'organizzazione del servizio sanitario verso la copertura del diritto alla salute, affinché ogni cittadino del Lazio possa esprimere la piena potenzialità del proprio essere ed aggiungere tempo e qualità alla propria vita.
Questo principio implica lo sviluppo di un sistema sanitario sostenibile che faccia fronte con equità ai bisogni delle persone e delle generazioni a venire.
Tenendo conto dei vincoli esistenti e delle risorse disponibili, è necessario adottare una pianificazione a medio e lungo termine ed un diverso modo di operare, improntato alla cooperazione tra il sistema sanitario regionale e le forze sociali presenti nella Regione.
Le azioni del sistema dovranno, comunque, esplicarsi in un'ottica di vocazione di servizio verso gli altri, nel rispetto dell'autonomia del paziente e nella valorizzazione della dignità umana di fronte ad ogni situazione della vita.
Per sostenere questo impegno cinque sono i punti rilevanti.

2.1 LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA

La finalità principale del "sistema salute", cioè il mantenimento del migliore livello possibile dello stato di salute della popolazione, è stata perseguita con una visione d'insieme che non sempre ha considerato che la collettività è costituita da individui, ovvero da persone.
È necessario, quindi, che il SSR sia "centrato sulla persona", creando intorno ad essa un sistema sensibile che ne segua il percorso nell'approccio ai servizi.
L'ottica prevalente, nella costruzione della risposta al bisogno sanitario, deve essere quella dell'utente piuttosto che quella dell'operatore-gestore.
Tale ottica deve informare anche le azioni da attuare nei riguardi di quegli elementi di natura psico-sociale ed ambientale che incidono in negativo sullo stato di salute delle persone.
Pertanto:

- l'informazione relativa all'offerta di servizi deve essere chiara, completa e facilmente accessibile per consentire a tutti una scelta consapevole;
- quella relativa allo stato di salute deve essere idonea a coinvolgere l'utente nel processo di soluzione dei suoi problemi;
- gli utenti debbono essere resi edotti dei propri diritti, ma anche dei doveri che essi hanno nei riguardi degli erogatori di prestazioni;
- l'organizzazione e le modalità di coordinamento dei diversi livelli di risposta di servizio debbono essere costruiti sulla base del bisogno reale;
- l'erogazione delle prestazioni deve essere appropriata, avvenire con riservatezza, nel rispetto della persona e porsi l'obiettivo di ottenere il migliore esito possibile.

2.2 L'EQUITÀ

I bisogni delle persone, più che i vantaggi derivanti dai fattori socio-economici e culturali, devono guidare la distribuzione delle opportunità per la salute e delle risorse disponibili del SSR.
Poiché la salute è il risultato di complesse interazioni tra fattori genetici, biologici, ambientali, sociali ed economici e la povertà continua ad essere uno dei principali determinanti della morbosità e della mortalità prematura, il sistema sanitario deve promuovere i principi di solidarietà e di giustizia sociale e favorire politiche in grado di aumentare il benessere dell'intera società.
Un buon stato di salute della popolazione è parte integrante di uno sviluppo socio-economico armonico e, nel contempo, salute e prosperità economica tendono a sostenersi vicendevolmente, mentre le diseguaglianze minacciano la coesione stessa della società.
Benché nella nostra Regione le condizioni di salute della popolazione, negli ultimi decenni, siano indubbiamente migliorate, diseguaglianze marcate delle condizioni di salute continuano a persistere e talora ad allargarsi. La riduzione delle differenze evitabili rappresenta un obiettivo impellente delle politiche sociali, cui il settore sanitario deve partecipare con un ruolo propulsivo, anche in virtù della forte valenza etica che caratterizza le professioni sanitarie.

2.3 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il SSR, per soddisfare il mandato di tutela della salute della popolazione, deve essere centrato sul raggiungimento di obiettivi di salute, in coerenza sia con le strategie nazionali (PSN) che con quelle europee (Progetto Città Sane dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - "Strategia della salute per tutti nel XXI secolo" Health21).
Questo comporta che il SSR, oltre ad assicurare l'erogazione di prestazioni sanitarie, deve anche definire ed attuare programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e finalizzare in tal senso l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni e Servizi sanitari da parte delle Aziende sanitarie.
L'attività di prevenzione non riguarda in esclusiva soggetti o ambiti particolari, ma deve essere posta in essere in maniera diffusa e sinergica dai vari attori che operano nello scenario regionale ed aziendale. In tal senso vanno utilizzate le funzioni di indirizzo tecnico e scientifico dell'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) rispetto alla definizione e valutazione degli obiettivi da raggiungere, e quelle di programmazione ed attuazione degli interventi da parte delle strutture dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL di tutte le altre articolazioni organizzative territoriali che operano nel campo e con finalità specifiche.
Gli obiettivi devono riguardare la prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute, la promozione individuale di stili e comportamenti sani e di abitudini adeguate al mantenimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro e l'informazione e comunicazione del rischio.
La programmazione regionale deve basare, inoltre, l'attività di promozione della salute sulla possibilità e capacità del livello centrale di valutarne l'efficacia.
Pertanto, partendo dalla rilevazione dei bisogni di salute, si deve operare attraverso:

a) l'individuazione degli interventi fra quelli che in letteratura si sono dimostrati di provata efficacia;
b) la definizione di criteri, standard ed indicatori, che permettono di valutare gli esiti della realizzazione degli interventi.

È, inoltre, utile realizzare una struttura che raccolga e gestisca la documentazione sulle attività svolte (le azioni, gli interventi, i progetti), permettendo di costituire e mettere in rete repertori e cataloghi di attività e progetti di Promozione ed Educazione alla salute.

2.4 LA QUALITÀ

La qualità dell'assistenza, in accordo con la cultura, gli indirizzi ed il mandato nazionale ed europeo, è intesa quale sviluppo integrato delle dimensioni tecniche, gestionali, relazionali e percepite, strategicamente orientato a prevenire e soddisfare i bisogni di salute della popolazione.
La ricerca della qualità presuppone una forte volontà di innovazione e sviluppo organizzativo dell'intero sistema. Consegue da ciò l'avvio di modalità di gestione dell'assistenza: analisi dei bisogni, individuazione delle aree prioritarie di intervento, programmazione preordinata di azioni, verifica sistematica della qualità dei servizi e valutazione dei risultati ottenuti.
Il riassetto e la crescita del SSR, volto alla qualità, potrà essere conseguito solo attraverso il compimento del processo di aziendalizzazione, una reale sinergia tra i diversi livelli di governo del sistema, lo sviluppo ottimale delle risorse umane fondato sui principi dell'apprendimento organizzativo ed, infine, l'implementazione di Sistemi Informativi (SSII) utili all'analisi dei problemi emergenti e correnti, nonché alla misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
Sarà possibile, in questo modo, realizzare politiche sanitarie regionali che potranno garantire l'offerta di prestazioni appropriate, efficaci ed efficienti a tutti i cittadini.

2.5 LA TRASPARENZA E L'ACCESIBILITA' DEI DATI

L'efficace esercizio della funzione di tutele della salute del cittadino si fonda sulla possibilità di verifica degli obiettivi di salute raggiunti come pure sulla possibilità di verifica continua della qualità e dell'efficacia dei servizi offerti dai soggetti erogatori. Questa attività di verifica deve consentire la costante puntualizzazione degli obiettivi di salute e l'orientamento dell'offerta anche attraverso interventi attivi di modulazione ed indirizzo e deve rendere possibile il confronto e la discussione sugli andamenti della salute e del sistema sanitario.

Elementi integranti della verifica sono:
- la definizione esplicita dei criteri;
- la formulazione dichiarata degli obiettivi;
- la trasparenza delle procedure
- la pubblicità e la verificabilità dei risultati.

Le strutture regionali e le ASL devono disporre delle informazioni necessarie a sviluppare le attività di verifica necessarie alla valutazione dello stato di salute dei loro residenti e delle attività di erogazione dei servizi sanitari.
Gli erogatori di prestazioni devono essere messi tempestivamente nelle condizioni di definire le loro strategie sulla base di dati certi e congrui con le loro finalità operative.
I cittadini clienti/utenti devono poter effettuare valutazioni utili ad assumere scelte informate.
In questa prospettiva, fatte salve le norme sulla riservatezza dei dati sensibili, devono essere identificati i requisiti dei soggetti pubblici e privati abilitati ad accedere ai dati dei sistemi informativi sanitari e i vincoli che disciplinano questo accesso.
In particolare va garantito, come previsto dalla legge istitutiva dell'ASP, un accesso rapido ai sistemi informativi e ai dati aggregati per i soggetti politici (consiglieri regionali, comuni ecc.) e sociali.
L'assenza di informazioni aggiornate e attendibili sulle prestazioni sanitarie erogate alla popolazione, rende difficile al governo regionale ogni necessaria verifica sull'impatto delle sue attività di disciplina del sistema, di programmazione dell'assistenza e di valutazione e programmazione della spesa e rende difficile al Consiglio regionale ogni dovuta iniziativa di controllo, di verifica e di costruzione di proposte di intervento finalizzate al migliore funzionamento del sistema sanitario regionale.
Occorre perciò garantire una base di conoscenze adeguate al formarsi delle opinioni, delle valutazione e delle scelte politiche.
Un'informazione esaustiva e corretta nell'ambito di un sistema equilibrio di garanzie deve prevedere una molteplicità di soggetti professionalmente competenti e rigorosamente vincolati da norme, in grado di fornire elaborazioni diverse e corrispondenti a diverse esigenze informative. Il monopolio dei sistemi informativi sanitari nel limitare la trasparenza del sistema nel suo complesso ne limita infatti le possibilità di sviluppo anche nel senso dell'equità, dell'efficacia e dell'efficienza.

2.6 LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

Le risorse del SSR sono limitate: la praticabilità di un Piano Sanitario Regionale (PSR) è direttamente condizionata dalla capacità di coniugare gli obiettivi di salute che si propone con le risorse disponibili. Pertanto, è decisiva la scelta di meccanismi economici che possano garantire l'equilibrio tra indirizzi programmatici, livelli di qualità delle cure e vincoli, rendendo sostenibile il sistema.
La sostenibilità economica si realizza attraverso:

- la quantificazione delle risorse disponibili, in termini finanziari, strutturali, strumentali ed umane;
- l'individuazione dei criteri per l'allocazione delle risorse alle Aziende sanitarie in riferimento ai livelli essenziali di assistenza;
- la predisposizione di sistemi di finanziamento orientati al contenimento della spesa che garantiscano in primo luogo prestazioni efficaci ed appropriate anche attraverso modalità diversificate quali il Project Financing e le joint venture;
- il completamento del processo di aziendalizzazione con la piena presa di responsabilità del livello locale (ad esempio: sistema di budget, contabilità analitica per Centro di Costo, etc.);
- la revisione periodica dei sistemi tariffari e di incentivazione a partire dall'analisi dei costi sostenuti;
- la realizzazione di politiche di investimento
  - per l'edilizia sanitaria, allo scopo di riconvertire e riqualificare l'offerta verso livelli di assistenza più appropriati (Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), day-hospital (DH), etc.),
  - per l'incentivazione del personale in funzione del raggiungimento degli obiettivi di Piano;
  - per l'aggiornamento degli strumenti tecnologici;
- la realizzazione di politiche per l'incentivazione del personale in funzione del raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- la revisione del Sistema Informativo (SI) contabile per la gestione economica finanziaria, il controllo di gestione e la razionalizzazione della spesa sia a livello regionale, che aziendale;
- la riconversione di servizi e prestazioni che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza verso interventi di chiara e provata qualità.

L'economicità nell'impiego delle risorse si realizza attraverso la promozione dell'effettuazione degli interventi sanitari al livello di cura appropriata, in termini organizzativi e di erogazione.
I principi definiti costituiscono, altresì, le dimensioni del processo di autovalutazione che si dovrà innescare nell'operare quotidiano del SSR, teso a riportare al centro dell'intero sistema il cittadino riconducendo ad una logica unitaria le diverse tipologie di interventi.

In questo scenario la programmazione sanitaria regionale assume la valenza di strumento per dare contenuto all'impegno di miglioramento della salute della popolazione, garantendole livelli di assistenza adeguati, ma anche di strumento di regolazione, verso l'equilibrio tra risorse impegnate ed efficacia dell'intero sistema. Quest'ultima intesa non solo in termini di salute ma anche in termini di capacità di risposta alle aspettative della popolazione e di equità.

L'erogazione di prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia potrà avvenire esclusivamente nell'ambito di appositi programmi autorizzati dal Ministero della Salute.
Le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono erogate gratuitamente o con partecipazione al costo al momento della fruizione.

3.0 LA FUNZIONE DI TUTELA DELLA SALUTE

La funzione di tutela e promozione della salute costituisce la missione del SSR ed è esercitata attraverso politiche e strategie anche integrate, volte a creare le condizioni che favoriscano il benessere del singolo e della collettività.
La considerazione che i determinanti della salute si estendono ben oltre le possibilità d'intervento dei Servizi sanitari, impone l'elaborazione di politiche intersettoriali di promozione della salute sia a livello regionale, sia locale.
Tali politiche devono perseguire le finalità di rafforzamento delle azioni a tutela della vita, della maternità, della famiglia con particolare attenzione ai soggetti deboli, garantendo equità di accesso ai servizi, qualità ed appropriatezza degli interventi.
La funzione di tutela è una funzione propria del servizio pubblico attraverso la quale l'Istituzione esplica il dovere di garantire i diritti sanciti dalla Costituzione a prescindere da valutazioni economiche e di profitto che ne possano condizionare l'azione.
La tutela e la promozione della salute rappresenta una funzione a carico della Sanità pubblica e non è delegabile.
L'aziendalizzazione, i principi di economicità, i meccanismi di competizione nel SSN, introdotti dai decreti legislativi 502/92 e 229/99 non hanno messo in discussione detti principi, anzi li hanno rafforzati indicando anche strategie alternative ed originali di stretta connessione ed integrazione tra le politiche del territorio e nel territorio in relazione alle esigenze di tutela delle comunità di afferenza.
La sanità laziale è caratterizzata da una struttura dell'offerta abbastanza complessa (allegato B) che vede, tra l'altro, un'importante presenza di erogatori privati provvisoriamente accreditati per le attività di ricovero ospedaliere e per le attività di assistenza specialistica ambulatoriale.
Il quadro dell'offerta per l'assistenza ospedaliera per acuti è estremamente diversificato e squilibrato sul territorio regionale, a vantaggio dell'area cittadina di Roma nella quale insistono la grande maggioranza dei centri di eccellenza e dell'offerta ospedaliera per acuti (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Aziende Ospedaliere (AO) ed Aziende Universitarie (AU) ed Ospedali classificati), con la moltiplicazione di servizi spesso sovrapponibili.
La preponderanza dell'offerta ospedaliera, che supera lo standard di 5 p.l. per 1.000 abitanti ha, inoltre, comportato il persistere di una cultura che, ponendo l'ospedale al centro del sistema sanitario, oltre che dare luogo a fenomeni di uso improprio del ricorso al ricovero, ha generato un ritardo nello sviluppo di forme di assistenza alternative, più appropriate rispetto ai bisogni dell'utenza e più convenienti sotto il profilo economico.
Per converso lo sviluppo delle attività di assistenza sanitaria collettiva e della rete per l'assistenza distrettuale e territoriale è ancora insufficiente: si registra, in particolare, una disuniforme attivazione dei Distretti, delle attività di assistenza domiciliare ed una carenza di offerta di semiresidenzialità e residenzialità, soprattutto nell'area della città di Roma.
In particolare, a livello distrettuale si registra scarso comfort dei servizi, insufficiente personalizzazione ed umanizzazione, difficoltà degli operatori di passare dall'ossequio delle procedure alla responsabilizzazione sui risultati. Inoltre, permangono difficoltà nell'accesso quotidiano ai servizi, per insufficienti informazioni sulle prestazioni, insufficiente conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, delle tariffe, dei percorsi.
La distribuzione dei costi sostenuti dalla regione Lazio per i tre macrolivelli di assistenza, evidenzia come il profilo di allocazione delle risorse per i diversi livelli di assistenza, desunto dalla rilevazione effettuata nell'ambito dell'attuazione dell'Accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2000, si discosti da quello medio delle altre Regioni rilevate, soprattutto per l'eccesso di risorse assorbite dall'assistenza ospedaliera (59,3%) e per l'esiguità delle risorse assorbite dalla prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro (2,2%).
L'insieme di questi fenomeni comporta che vi siano differenze sostanziali fra ASL e fra aree geografiche in termini di accessibilità, livello di utilizzazione dei servizi, risultati finali e costi della medesima funzione, attribuibili in parte alla peculiarità e complessità dell'offerta ed a tradizioni locali radicate ed, in parte, alle strategie assistenziali ed ai comportamenti professionali degli operatori, ed il conseguente consolidarsi di consistenti diseconomie di sistema.
In questo senso gli indirizzi strategici enunciati sottendono le azioni di seguito proposte che muovono verso una rimodulazione del SSR compatibile con l'esigenza di garantire livelli di assistenza adeguati ai bisogni della popolazione regionale, secondo i principi enunciati, intervenendo sia su aspetti strutturali, sia su aspetti organizzativo-funzionali del sistema.

3.1 IL POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

L'attività di prevenzione si è storicamente svolta nella nostra Regione in un contesto caratterizzato da una non sempre puntuale definizione degli obiettivi di salute da perseguire e, conseguentemente, delle risorse che il governo regionale destina al funzionamento dei servizi ed allo svolgimento delle attività.
Non si può, peraltro, non tenere conto che la prevenzione, quale funzione fondamentale di tutela della salute, così come si è sviluppata fino ad oggi nei contenuti, nelle strategie, negli attori, presenta una complessità derivante da diversi fattori:

- la eterogeneità etiopatogenetica delle malattie, per cui devono essere considerati i determinanti legati agli agenti infettivi, ai comportamenti ed agli stili di vita della popolazione, all'inquinamento ambientale di natura chimica e fisica, ai rischi presenti nell'ambiente domestico e nel luogo di lavoro;
- la diversificazione degli interventi preventivi, in uno scenario che comprende i traumi da infortunio (stradale, domestico, lavorativo), le malattie ad impronta cronico-degenerativa e neoplastica caratterizzate da una multifattorialità eziopatogenetica, le malattie infettive;
- un impianto normativo che, sebbene aggiornato in alcuni ambiti sotto la pressione delle direttive europee (soprattutto nella sicurezza nei luoghi di lavoro e nella sicurezza degli alimenti) stenta a dare chiarezza operativa ad alcuni attori istituzionali (Dipartimenti di Prevenzione, Agenzia Regionale per le Protezione dell'Ambiente - ARPA), rendendo così spesso burocratizzata l'attività di prevenzione ed a volte irrigidisce gli interventi, impedendo la flessibilità nell'utilizzo delle risorse;
- la valutazione di impatto degli interventi di prevenzione, se non condotta con rigore metodologico, presenta notevoli difficoltà operative. Questo sia perché è possibile misurare gli effetti sulle condizioni di salute derivanti dagli interventi stessi solo con osservazioni su un arco di tempo lungo, sia perchè, data la complessità dello scenario descritto, può essere problematica la riproducibilità degli interventi medesimi.

Una considerazione non secondaria è quella su chi è "l'utente" dell'attività di prevenzione.
Se, infatti, la popolazione a rischio per una determinata patologia od in un particolare ambiente è il target certo di azioni specifiche, lo stesso non si può dire quando si parla di campagne di prevenzione che riguardano trasversalmente fasce di popolazione o di rischio (esempio: traumi da traffico). Inoltre, nel campo della prevenzione nei luoghi di lavoro o dell'igiene degli alimenti, rispetto al rilascio di un atto autorizzativo, l'utente "prossimo" è il richiedente il documento, ma l'utente "reale" dell'azione di prevenzione è chi lavora in quel posto o chi consuma quell'alimento. Da qui la necessità che l'attività di prevenzione sia mirata alle ricadute sull'utente "vero".
L'attività di prevenzione all'interno del SSR è una attività svolta dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione e, per quanto di pertinenza, dai Distretti delle ASL. Le strutture dell'ARPA, per quanto riguarda le tematiche ambientali nonché l'attività di supporto tecnico scientifico ai Dipartimenti di Prevenzione così come stabilito dalla L.R. 45/98, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS), per quanto riguarda le problematiche legate alla Sanità Pubblica Veterinaria (SPV), dell'ASP, quale supporto tecnico-scientifico per la definizione e la valutazione di efficacia degli interventi, sono i riferimenti regionali per lo svolgimento dell'attività di prevenzione nel suo complesso. Comunque, la prevenzione, al di là delle realtà summenzionate, è un'azione trasversale che deve coinvolgere ogni struttura sanitaria.

Il livello regionale deve concretamente sviluppare il potenziamento dell'intervento su problematiche che sono alla base del funzionamento del "sistema prevenzione".
Deve essere definito il modello organizzativo dei dipartimenti di prevenzione, tenendo conto sia del vincolo normativo nazionale sia delle reali necessità operative dei servizi che operano al suo interno.
Il D.lgs 229/99 definisce chiaramente le funzioni, la struttura, l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, connotandolo come dipartimento a struttura, dotato di autonomia organizzativa e contabile, e, quindi, come centro di responsabilità.
L'attività dei servizi dei dipartimenti di prevenzione si svolge in base a norme nazionali e regionali che definiscono sia l'organizzazione, gli ambiti e gli obblighi operativi, sia gli obblighi dei soggetti cui l'attività di prevenzione si rivolge.
Si deve considerare che essi operano praticamente in regime di "monopolio", non essendoci altri soggetti demandati istituzionalmente all'esercizio delle funzioni svolte.
Pertanto, in base all'art. 7-quater del D.lgs 502/92 e successive modificazioni, la Regione deve disciplinare l'articolazione dei Servizi del Dipartimento, tenuto conto sia della struttura prevista nel citato articolo, che delle loro peculiarità operative. In tal senso deve definire i criteri generali su cui, a livello locale, si baserà la strutturazione dei dipartimenti all'interno delle Aziende: quali funzioni ed attività dislocare fisicamente ed

organizzativamente sul territorio, quali centralizzare, quali relazioni si devono stabilire tra operatività del Dipartimento e del Distretto al fine dell'ottimizzazione dell'attività di prevenzione.
Si deve tenere conto, inoltre, del fatto che l'utente dei Servizi del Dipartimento in alcuni casi si reca presso le sedi dei servizi stessi per ricevere le prestazioni, ma, molto spesso, sono gli operatori dei servizi che si recano al domicilio dell'utente per svolgere l'attività di prevenzione.

Una tematica fondamentale, e a cui dare risposte, è quella che il modello organizzativo ed operativo deve essere sostenuto, in linea anche con la metodologia budgetaria, dalla definizione degli obiettivi di salute che il SSR si propone nel periodo di vigenza del Piano e dalla chiara quantificazione delle risorse da destinare.
È fondamentale implementare nei dipartimenti di prevenzione strategie che introducano e favoriscano la realizzazione di interventi di prevenzione basata su prove di efficacia.
È necessario che gli interventi preventivi siano stabiliti e decisi in base a priorità derivate da bisogni di salute rilevanti e documentati e che i programmi di intervento ad essi correlati si basino su una documentata evidenza di efficacia, per i quali i benefici siano maggiori degli effetti avversi.
In tal senso gli operatori dovranno essere formati sulle metodologie e le tecniche per selezionare tipologie di programmi di provata efficacia.

Ulteriore problematica, cui dare risposta, deriva dalla considerazione che, per essere efficace e raggiungere i propri obiettivi, l'attività di prevenzione deve essere svolta in maniera trasversale ed interdisciplinare da tutte quelle componenti sopra accennate del SSR che, utilizzando le proprie specifiche competenze e professionalità, realizzano una sinergia programmatoria ed operativa.
In tal senso la Regione si deve far carico di promuovere ed implementare questa sinergia, attraverso la proposta di programmi di intervento comuni e congruenti, che vedano la partecipazione anche di tutte le altre Istituzioni sanitarie e non, che operano a livello nazionale (Istituto Superiore di Sanità - ISS, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro - INAIL,Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza Lavoro ISPESL, etc.)

3.1.1 AMBIENTE E SANITA'

Storicamente la materia "Ambiente" è figlia della Sanità o, per essere più precisi, della materia indicata nella Costituzione del 1948 come "Igiene Pubblica".
La definizione delle due materie sanità ed igiene pubblica comportava il concetto di servizi alla persona e servizi all'ambiente in cui vive la collettività.
Entrambe affrontavano il problema della qualità della salute della popolazione, l'una intervenendo nella cura della persona l'altra nella cura dell'ambiente in cui la persona vive. In questa visione l'ambiente era limitato a quello spazio che poteva entrare normalmente in contatto con le persone; l'articolo 216 del Testo Unico delle leggi sanitarie, antesignano delle norme sull'inquinamento atmosferico ed elettromagnetico, prescriveva che manifatture o fabbriche che potessero riuscire dannose per la popolazione per emissioni di gas, vapori o altre esalazioni, venissero poste isolate nelle campagne.
La constatazione che l'ambiente avesse necessità di tutela al di là dello spazio ristretto di vita delle persone, ha spinto il legislatore ad una visione molto più allargata dell'ambiente di vita delle popolazioni, superando il limite dello spazio di immediata influenza sulla salute delle persone; l'ambiente viene così considerato in modo globale come patrimonio da preservare e mantenere ai fini della conservazione della specie. In questa ottica la qualità dell'ambiente immediatamente prossima alle popolazioni rappresenta solo una parte importante per le immediate ripercussione sanitarie del problema.
Qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e degli alimenti, sono tra loro interconnesse e dipendenti; difendere la qualità dell'ambiente di vita nel suo complesso significa migliorare le condizioni di salute e ridurre il rischio di malattie cronico-degenerative.
Nelle città italiane per ogni incremento di $10mg/m^3$ dei diversi componenti dell'inquinamento atmosferico, i rischi di mortalità aumentano mediamente tra l'1 ed il 5%, come pure il rischio di ospedalizzazione per malattie cardiache e respiratorie.
Il Piano Sanitario Regionale persegue quindi l'obiettivo di un ambiente di qualità, in grado di migliorare le condizioni di salute della popolazione, integrando l'azione con le politiche ambientali anche attraverso il richiamo, negli strumenti di programmazione specifici, di obiettivi ed azioni comuni. Si deve prevedere anche una integrazione con il settore delle politiche agricole, per sostenere iniziative che, attraverso la salvaguardia di qualità dei prodotti agricoli, raggiungano obiettivi di salute in termini di qualità dei cibi e difesa dell'ambiente.

Gli interventi previsti dal PSR sui determinanti ambientali della salute costituiranno dei veri e propri Piani integrati di salute, cioè interventi di sorveglianza, monitoraggio, elaborazione di iniziative per la riduzione dei rischi.

Obiettivi

1. Inquinamento atmosferico
2. Qualità delle acque
3. Smaltimento dei rifiuti
4. Inquinamento acustico
5. Inquinamento elettromagnetico
6. Protezione da radiazioni ionizzanti.

L'inquinamento atmosferico ed elettromagnetico è un fenomeno soggetto a cambiamento, dipendendo le emissioni dall'evolversi delle tecnologie nonché dagli stessi provvedimenti tesi a contenere la concentrazione di alcuni inquinanti.
Infatti, a seguito dell'introduzione di provvedimenti tesi a ridurre la presenza degli inquinanti è possibile il generarsi di nuovi.
Questo è il caso del benzene aumentato a seguito della eliminazione del piombo dai carburanti che ha comportato la sostituzione di benzine alifatiche povere di prodotti aromatici, con benzine in cui la componente aromatica è cospicua.
Altro inquinante che si sta ponendo all'attenzione sanitaria è la polvere micrometrica. Recentemente il Ministro della Salute ha lanciato un allarme di carattere sanitario per l'aumento delle polveri sottili nell'aria delle nostre città. Infatti l'aumento della efficienza della combustione sia nei motori per autotrazione, sia negli impianti termici, ha ridotto la fumosità costituita da polveri di grosso diametro, ma ha comportato un aumento delle polveri inalabili.
Per il controllo dell'inquinamento atmosferico ed elettromagnetico di natura chimica è in funzione una rete di stazioni di rilevamento nei centri urbani interessati da inquinamento da traffico autoveicolare, da riscaldamento ed industriale; quest'ultimo, nel Lazio, significativo soltanto nei territori interessati dalle centrali termoelettriche.
La rete deve intendersi come una struttura dinamica, pensata per seguire l'evoluzione del fenomeno inquinamento atmosferico ed elettromagnetico; è stata sin ora adeguata per acquisire conoscenza in ordine alle sostanze aromatiche (benzene, toluene, xilene) mentre, per quanto riguarda le polveri, attualmente si misurano le frazioni di polveri micrometriche inferiori a micron (Peso Molecolare – PM - 10). Non si ha pertanto una specifica conoscenza delle frazioni inalabili. Prossima evoluzione delle rete sarà la misurazione delle polveri inferiori a 5 micron (PM 5) e 2 micron (PM 2) effettivamente presente nell'aria.
Altre due problematiche si stanno imponendo in materia di inquinamento atmosferico ed elettromagnetico sono il rumore e le radiazioni elettriche, magnetiche ed elettromagnetiche a radiofrequenze.
Le problematiche poste dal Settore acque sono da considerare in questa sede sotto i due aspetti che direttamente interessano le popolazioni in quanto veicoli di infezioni: la depurazione dei liquami e la qualità delle acque destinate al consumo umano.
La depurazione dei liquami ha ricevuto un forte impulso con la legge 152/99 che ha dettato più rigorose normative in ordine allo scarico delle acque depurate nei corpi idrici. Ha imposto la normalizzazione entro il 2000 degli agglomerati con popolazione superiore a 15.000 abitanti equivalenti a 10.000 abitanti in aree sensibili, individuando come aree sensibili i laghi e le aree in essi scolanti per una profondità di 10 km.
La competenza alla realizzazione degli interventi, sulla base della L. 36/94, nota come legge Galli, è affidata agli Ambiti Territoriali Ottimali per il Servizio Idrico Integrato che hanno avuto il compito, fissato dalla legge 388/00 (finanziaria 2001), di predisporre piani stralcio di depurazione e collettamento per gli agglomerati prima indicati.
Il coacervo delle opere da realizzare prevede un impegno finanziario di oltre € 516,45 milioni (£ 1.000 mld).
La Regione, nell'ambito dell'Intesa Istituzionale di Programma sottoscritto tra il Governo e la Regione, con l'Accordo di Programma Quadro in fase di definizione con il Ministero per l'Ambiente e per il Territorio, ha dato un forte impulso alla realizzazione del programma stralcio tendendo, mediante l'utilizzazione di tutte le possibili risorse finanziarie, alla realizzazione di tutte le opere necessarie.
In ordine alla fornitura di acqua potabile la nuova normativa contenuta nel D.lgs 31/01 ha dato nuovo impulso ai sistemi di monitoraggio e controllo della qualità delle acque erogate. Entro il 2002 si prevede di pervenire ad un completo sistema di monitoraggio e di controllo in tutte le fasi della fornitura di acqua potabile: opere di captazione o emungimento, addutrici, serbatoi di accumulo, reti di distribuzione. Questa

azione dovrà essere condotta in stretta collaborazione tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ed ARPA Lazio sotto il coordinamento della Regione che dovrà intervenire con atti regolamentari e di indirizzo tesi al perseguimento della completezza dei controlli tenendo conto delle capacità operative dell'Agenzia e delle Aziende. A completamento delle azioni tese alla sicurezza delle acque potabili è in atto la determinazione delle aree di salvaguardia delle opere di presa sulla base di specifici studi idrogeologici.
In ultimo il problema dello smaltimento dei rifiuti. Al momento il servizio si svolge in maniera precaria. Per condurre il grave problema a soluzione sono stati predisposti gli studi per la redazione del nuovo piano per lo smaltimento dei rifiuti, primo ed importante passo per promuovere l'azione del Consiglio Regionale che consentirà la realizzazione dei necessari interventi.
I problemi dell'inquinamento acustico sono stati affrontati dalla legge 447/94 e hanno trovato attuazione nella L.R. 18/01. Queste norme contribuiranno al miglioramento della qualità della vita sotto gli aspetti della rumorosità ambientale. Si prevede nei prossimi anni un intenso lavoro di zonizzazione dei territori comunali e l'adozione di interventi di risanamento.
In ordine all'inquinamento elettromagnetico l'azione intrapresa tende a ridurre l'esposizione della popolazione alle radiazioni non ionizzanti.
Dovrà darsi attuazione al piano territoriale di coordinamento per gli insediamenti televisivi, approvato dal Consiglio regionale il 4 aprile 2001 con deliberazione n 50; nel mese di novembre 2001 è pervenuto, rimesso dall'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, il Piano di Assegnazione delle Frequenze Radiofoniche in tecnologia digitale, che comporterà la predisposizione di ulteriori studi e valutazioni per il corretto inserimento nell'ambiente delle apparecchiature connesse a questa nuova tecnologia; in ultimo la Regione è impegnata nel trovare soluzioni corrette che consentano la realizzazione delle reti di stazioni radiobase per la telefonia mobile ed in particolare per la nuova tecnologia USTM.
Tutte le azioni di controllo e monitoraggio nonché di assistenza tecnica alla Regione e agli Enti locali è svolta dall'ARPA Lazio istituita con la L.R. 45/98 in attuazione della legge 61/94; all'Agenzia sono stati affidati dalla legge anche i compiti di controllo analitico sugli alimenti non di origine animale e per alcune materie opera quale organo tecnico delle ASL.
Con priorità assoluta sui controlli delle acque potabili, sulla depurazione dei liquami, sullo smaltimento dei rifiuti e sull'inquinamento atmosferico ed elettromagnetico, previa informazione ai comuni interessati.

Azioni

1. Inquinamento atmosferico
   Individuazione dei centri urbani a maggiore rischio, sorveglianza delle condizioni di salute attraverso dati epidemiologici correnti, produzione di Piani di salute concertati a livello locale per contenere i parametri di inquinamento.
2. Qualità delle acque
   Intensificazione della sorveglianza degli inquinanti chimici nell'acqua per uso umano; valutazione dell'impatto sulla salute dei sistemi di potabilizzazione.
3. Smaltimento rifiuti
   Valutazione di impatto sulla salute dei Piani di smaltimento dei rifiuti, concertazione a livello locale per individuare le zone a maggior rischio e per attivare interventi di controllo del territorio.
4. Inquinamento acustico
   Valutazione di impatto sulla salute delle emissioni rumorose, concertazione locale per individuare le zone a maggior rischio e per attivare interventi di mitigazione.
5. Inquinamento elettromagnetico
   Valutazione di impatto sulla salute dell'esposizione a campi elettromagnetici, concertazione locale per individuare le zone a maggior rischio, attivazione di interventi di sorveglianza delle condizioni di salute e individuazione di azioni di mitigazione dei fattori di rischio.
6. Protezione da radiazioni ionizzanti.
   Individuazione delle zone a maggior rischio di esposizione da radiazioni ionizzanti in ambienti di vita e di lavoro, nonché in ambienti naturali, attivazione di interventi di sorveglianza delle condizioni di salute e individuazione di azioni di mitigazione dei fattori a rischio.

3.2 LA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

La riqualificazione dell'assistenza ospedaliera deve comportare l'adeguamento della dotazione complessiva di p.l. allo standard di 5 p.l. per 1.000 abitanti, di cui l'1‰ riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza

post-acuzie, stabilito dalla legge 16 novembre 2001 n.405, prevedendo l'utilizzazione di p.l. ad un tasso non inferiore al 75% in media annua con tasso di ospedalizzazione pari al 160‰.
La rimodulazione dell'area delle prestazioni garantite dall'assistenza ospedaliera dovrà tenere conto del cambiamento di fisionomia dell'ospedale nell'attuale scenario: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico deputata (e capace) di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità.
Tale specifica caratterizzazione richiede coerenti programmi di riassetto strutturale e qualificazione tecnologica, nonché incisivi programmi per l'incremento del grado di appropriatezza (indicazioni specifiche relative sono contenute nella sezione relativa alle "Sfide prioritarie").
Il percorso di razionalizzazione della rete ospedaliera dovrà essere graduato in connessione al potenziamento della rete territoriale, dal momento che il contenuto assistenziale dei Servizi territoriali e la loro configurazione organizzativa sono strettamente connessi al consolidamento ed allo sviluppo che essi assumeranno, restituendo gli ospedali alla missione del trattamento della fase acuta degli episodi di cura che non possono trovare risposta altrettanto efficace nell'ambito del sistema dei Servizi territoriali, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali.
In questo senso funzionali alla razionalizzazione della rete ospedaliera risultano:

- l'applicazione dei requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie e degli ulteriori requisiti per l'accreditamento;
- le riconversioni in RSA e Hospice, già previste da deliberazioni della Giunta per un totale complessivo di circa 2000 p.l. per acuti;
- la trasformazione dei presidi ospedalieri con performance inadeguate in presidi territoriali o, in relazione a specifiche situazioni di offerta territoriale ed all'implementazione delle necessarie sinergie a livello locale, nonché alla contemporanea evoluzione delle tecnologie disponibili, in ospedali di comunità.

Tali interventi convergono verso l'obiettivo di migliorare la funzionalità ed il comfort dei presidi ospedalieri ed il riequilibrio tra l'offerta ospedaliera e quella distrettuale, puntando a coniugare la distribuzione e la tipologia dei presidi con i bisogni della popolazione, tenendo conto dell'esigenza di confermare la presenza nel territorio di riferimenti del SSR, senza rinunciare a perseguire assetti economicamente sostenibili.
In particolare, la riqualificazione dell'offerta rappresentata dai piccoli ospedali, deve essere adeguata al livello di intensità degli interventi sanitari necessari al bacino d'utenza, secondo la tipologia del Presidio Integrato Territoriale di livello tecnologico medio-alto, di intensità assistenziale medio-bassa, capace di garantire il processo di assistenza intermedio tra le strutture territoriali ambulatoriali e quelle a medio-alta specializzazione. E', altresì, da garantire alla popolazione servita l'assistenza di primo soccorso, l'attività diagnostica e terapeutica adeguata alle potenzialità della rete assistenziale locale, come previsto nel Piano degli investimenti ex art.20 della legge 67/88. Allo scopo di guidare il cambiamento sono necessarie indicazioni esplicite sul profilo di distribuzione dei servizi e dei relativi livelli di attività attesi in ciascun ambito territoriale che in linea con il quadro attuale dei servizi si individua nel territorio provinciale, come ambito a cui riferire, di norma, le condizioni di autosufficienza.
All'ambito provinciale deve, quindi, essere attribuita la responsabilità di poter soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente, con l'eccezione dei servizi di alta specialità e delle prestazioni rare, per i quali ragioni epidemiologiche, economiche e di appropriatezza rendono necessaria una programmazione estesa oltre l'ambito provinciale, su scala regionale.
I criteri tecnici per definire dimensionamento e tipologia dei servizi comprendono il mix di servizi presenti; la capacità produttiva potenziale; il livello di operatività necessario perché alla popolazione di riferimento sia assicurata equità di accesso a servizi di adeguata qualità.
In particolare i criteri da adottare per la definizione delle condizioni di autosufficienza territoriale di assistenza ospedaliera dovranno fare riferimento a:

1. frequenza delle patologie di interesse ospedaliero attese nel livello territoriale, tenendo conto delle principali variabili demografiche e induttive che agiscono sulla domanda;
2. modalità di trattamento o di presa in carico dell'episodio di ricovero, età e sesso specifico, ritenuta più appropriata o osservata a livello medio regionale;
3. livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

La configurazione ed il dimensionamento risultanti da tale approccio dovranno essere modulati coerentemente alla dinamica dei fenomeni di mobilità ed alle scelte strategiche relative agli stessi fenomeni.

Dal punto di vista quantitativo, il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza dovrà, comunque, fare riferimento ad una dotazione di p.l., nel vincolo degli standard già definiti per l'assistenza ospedaliera, privilegiando lo sviluppo della chirurgia di giorno.
Anche al fine di garantire la coerenza fra sistema di finanziamento ed entità e tipologia dell'offerta di prestazioni, la distribuzione della capacità produttiva potenziale per i diversi ambiti provinciali dovrà, inoltre, essere qualificata in ragione di:

- composizione demografica dei diversi ambiti territoriali;
- livelli di funzionalità attesa della capacità produttiva esistente, al fine di garantire la coerenza fra capacità produttiva, efficienza operativa, domanda di ricovero ed obiettivi aziendali di sviluppo di forme alternative di assistenza e di promozione della appropriatezza.

Il parametro di riferimento per il governo della congruenza fra tasso di ricoveri ospedalieri programmati a livello aziendale e capacità produttiva potenziale è rappresentato dall'indice di rotazione per posto-letto (che descrive la produttività dei p.l. esistenti a partire dalle condizioni standard di occupazione media e di durata media della degenza).
Le indicazioni sulla configurazione dell'autosufficienza provinciale, relativamente all'assistenza ospedaliera determinata sulla base di questi criteri saranno oggetto di apposita direttiva regionale.

Riguardo ai servizi di alta specialità ed alle prestazione rare, ragioni epidemiologiche ed economiche rendono necessaria una visione programmatoria i cui confini si estendono oltre quelli che delimitano l'ambito provinciale e che sappiano comporsi adeguatamente su scala regionale.
Si tratta delle funzioni di cardiochirurgia, di neurochirurgia, dei centri di riferimento per trapianti, grandi ustionati, cardiologia interventistica, cure intensive perinatali, centro antiveleni, procreazione medicalmente assistita, genetica medica, centri per malattie rare, centri per la terapia del dolore, etc.
Questi servizi devono, quindi, essere sottratti alla definizione locale della configurazione della condizione di autosufficienza e la loro programmazione ed organizzazione deve essere definita a livello regionale.
In proposito occorre evidenziare che oltre alla maggiore garanzia di qualità connessa alla concentrazione della casistica presso strutture ed operatori che garantiscano un adeguato volume di attività e di professionalità ed al contenimento dei costi unitari di produzione, per economia di scala, assume rilievo il complessivo contesto operativo nell'ambito del quale tali servizi/funzioni sono allocati e la funzionalità dei relativi collegamenti di rete.
Le prestazioni rare comportano inevitabilmente una asimmetria informativa nel rapporto medico–paziente particolarmente elevata ed impegni particolari per sviluppare e mantenere la qualità del sistema tecnico di produzione, relativo a conoscenze e competenze dei professionisti ed alla gestione delle tecnologie, che richiedono spesso un sistema di promozione della qualità sistematico e specifico.
Qualità e sostenibilità economica sono le principali esigenze cui cerca di rispondere la concentrazione di tali attività assistenziali in centri di alta specialità.
Su queste funzioni e settori di intervento dei centri di riferimento sarà focalizzata prioritariamente l'azione programmatoria ed organizzativa diretta del livello regionale, che dovrà definire la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche strutturali ed il modello di organizzazione reticolare più appropriato a massimizzare gli aspetti di qualità complessiva del servizio e ad ottimizzare la utilizzazione delle risorse rese disponibili, principalmente attraverso assetti organizzativi in rete.
Per analoghe motivazioni e per gli aspetti applicativi della normativa specifica, afferisce al livello regionale, anche, la programmazione dell'apporto al SSR da parte delle AU e degli IRCCS.
Nella sezione dedicata alle "Sfide prioritarie" sono esplicitate le azioni specifiche riguardanti l'evoluzione dell'ospedale per acuti, l' Emergenza, lo sviluppo della rete delle alte specialità.
Per le attività di raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e di riorganizzazione dei Servizi trasfusionali, che rientrano nel livello essenziale dell'assistenza ospedaliera, si rinvia al Piano regionale sangue e plasma per il triennio 2001-2003 approvato con la DGR n.1609 del 30 novembre 2001, i cui obiettivi sono il raggiungimento dell'autosufficienza, la razionalizzazione del modello organizzativo, la sicurezza trasfusionale, obiettivo già conseguito con le attività conseguenti a quanto previsto dalla DGR n. 727 del 22.5.01 , da rendere permanenti confermando l'assetto organizzativo in essa previsto, il miglioramento della qualità, efficienza ed economicità dei Servizi trasfusionali.

3.3 LO SVILUPPO DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE: IL RUOLO CENTRALE DEL DISTRETTO

Lo sviluppo della rete di assistenza territoriale deve essere complementare alla riorganizzazione ed al ridimensionamento dell'offerta ospedaliera puntando, in particolare, al recupero della centralità del Distretto e del ruolo dell'assistenza di base e specialistica, nonché allo sviluppo delle forme di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, in modo da supportare la promozione dell'appropriatezza nel ricorso alle diverse tipologie di assistenza.
Ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza, al macrolivello essenziale di "assistenza distrettuale" afferiscono le seguenti forme assistenziali: l'assistenza sanitaria di base; l'attività di emergenza sanitaria territoriale; l'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali; l'assistenza integrativa; l'assistenza specialistica ambulatoriale; l'assistenza protesica; l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare; l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale; l'assistenza termale.
Più in dettaglio, il quadro delle funzioni gestionali attribuite al distretto prevede, come riportato anche dalla DGR n. 1893 del 7.12.2001 "Linee guida per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale per le Aziende sanitarie della Regione Lazio" e successive integrazioni e modifiche, le seguenti linee di attività:

a) assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;
b) coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
c) raccordo e coordinamento tra i servizi del territorio ed i servizi ospedalieri;
d) erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché l'erogazione delle attività socio-assistenziali eventualmente gestite dall'Azienda Usl su delega degli Enti Locali, garantendone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria;
e) assistenza specialistica ambulatoriale;
f) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
g) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, nonché l'attività ed i servizi di salute mentale nell'età evolutiva;
h) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
i) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
j) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
k) attività medico legale.

Ai sensi del D. Lgs. 230/99 e successive disposizioni correttive e del D.M. Sanità 21 aprile 2000 l'Azienda sanitaria locale, attraverso il Distretto, dovrà progressivamente assumere la gestione della tutela della salute delle persone detenute, laddove sul territorio di competenza insistano Istituti penitenziari.
Il Distretto rappresenta oggi la chiave dell'organizzazione sanitaria per il reale decentramento delle attività sanitarie a livello territoriale, ed il presente Piano intende, con l'obiettivo di massimizzare l'appropriatezza dell'offerta, investire un notevole impegno per qualificare e potenziare tutte le diverse forme di assistenza che al distretto fanno capo.
Il distretto è l'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della ASL, preposto: all'analisi dei bisogni di salute, socio-sanitari, e della domanda di assistenza; al governo dell'offerta di servizi e prestazioni; al coordinamento ed alla gestione delle risorse; alla verifica dei risultati di salute. Il Distretto rappresenta un sistema complesso dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale. Esso è, pertanto, inteso quale centro di coordinamento tra domanda ed offerta, centro di attività di prevenzione e strumento in grado di indirizzare l'utente al servizio più appropriato. Il Distretto assicura tutti i percorsi di accesso dell'utente ai servizi ed alle prestazioni, garantendo l'appropriatezza e la continuità assistenziale, nonché l'integrazione con i Servizi socio-assistenziali.
Il Distretto è assunto quale livello ottimale per realizzare una risposta globale ai bisogni di salute dei cittadini, in quanto è la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati tra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssr, degli Enti Locali, della solidarietà sociale). Il Distretto deve configurarsi ed assumere un ruolo diverso a seconda del contesto geografico, abitativo e di ecosistema umano. In particolare, il suo dimensionamento medio indicato nel D.lgs 229/99 trova motivo di differenziazione, a seconda della densità abitativa dell'area di pertinenza, della rete dei trasporti, del contesto culturale, sociale ed antropologico, di accessibilità ai servizi, del grado di vicinanza alle strutture ospedaliere e di Pronto Soccorso (PS). Al suo interno devono essere individuate idonee strategie e modalità di integrazione tra Servizi territoriali ed ospedale e tra cure primarie e specialistiche. Trattasi di un processo di ordine culturale, istituzionale, organizzativo e

gestionale che richiede da parte di tutti i soggetti coinvolti un approccio che superi separatezze e rigidità, per promuovere azioni comuni che abbiano quale elemento centrale il benessere della persona.
Ad oggi le 12 ASL della Regione hanno individuato 51 Distretti, di cui 17 nell'area metropolitana romana, 7 in area urbana e 27 in area extraurbana e sono in corso di recepimento i parametri relativi alla distribuzione territoriale definiti dal D.lgs 229/99. Appare evidente che nel contesto delineato è necessario che le Aziende pongano in essere tutte le iniziative atte a conferire al Distretto un effettivo ruolo di regia e coordinamento nella vasta area pubblica e privata dell'offerta di prestazioni e percorsi assistenziali, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e degli interventi, con un più oculato impiego delle risorse.
Determinante sarà la capacità della direzione di Distretto di interpretare in modo efficace le nuove funzioni di governo e gestionali, promuovendo il lavoro integrato tra professionisti ed Unità Operative (U.O.), coordinando i fattori produttivi interni ed esterni al Distretto (comunque afferenti al livello di assistenza distrettuale), valorizzando l'integrazione, nei processi distrettuali, dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di libera scelta (PLS) dei medici di continuità assistenziale, dei medici specialisti ambulatoriali interni (MSAI), dei medici specialisti ambulatoriali dipendenti, dei farmacisti aziendali, nonché di tutte le altre figure professionali non mediche e riconoscendo il ruolo del terzo settore, in una programmazione dell'offerta ed erogazione dei servizi coerente con le strategie aziendali e zonali.
A livello distrettuale si intrecciano quindi, profondamente, la produzione di prestazioni sanitarie e sociali e lo sviluppo di integrazioni e sinergie con la popolazione sia nell'organizzazione delle attività dei servizi, che nella attuazione di programmi per la promozione della salute, volti all'adozione di comportamenti e stili di vita "sani", al fine di prevenire o contrastare l'insorgenza di patologie e disabilità. Di importanza primaria é la valorizzazione ed il sostegno al ruolo della famiglia, soprattutto per lo sviluppo delle diverse forme di assistenza domiciliare, in alternativa alle forme tradizionali di assistenza, che dagli anziani non autosufficienti si stanno progressivamente estendendo ad altri gruppi di popolazione con specifici problemi di salute.
Di particolare rilevanza appare la nuova funzione di programmazione locale e di indirizzo che trova espressione ottimale nella definizione, da un lato, di Programmi per le Attività Territoriali da parte dei singoli Distretti e, dall'altro, di Piani di Zona da parte dei Comuni associati, d'intesa con le Asl. Entrambi i documenti individuano gli obiettivi strategici, le priorità di azione, le risorse necessarie e le modalità organizzative più idonee per attivare e sostenere gli specifici interventi sul territorio. Per quanto riguarda la programmazione di precipua competenza sanitaria, i programmi per le attività territoriali elaborati dai Distretti e sottoposti al parere del Comitato dei Sindaci di Distretto comprendono sia gli obiettivi generali di salute che gli obiettivi di integrazione fra interventi sanitari ed interventi di natura sociale, considerato che i contenuti vanno oltre il campo di intervento proprio dei servizi sanitari; è auspicabile che i processi di elaborazione dei diversi documenti programmatori vedano il massimo impegno delle due parti per la realizzazione della massima integrazione sociosanitaria perseguibile. In questo senso, il riconoscimento di nuove e più ampie funzioni agli Enti locali confermate dalla L.328/00, non si traduce esclusivamente nella ridistribuzione di competenze prima soddisfatte da altri livelli istituzionali, ma comporta l'individuazione e l'esercizio di funzioni finora non praticate a livello locale in forma funzionalmente integrata e finalizzata agli obiettivi di salute localmente selezionati.
L'organizzazione dell'assistenza deve prevedere programmi assistenziali "orizzontali", orientati ai pazienti o a gruppi significativi di popolazione, che risultano dalla integrazione delle linee "verticali" responsabili della produzione delle diverse tipologie di prestazioni. A questo scopo sono preminenti le esigenze di tempestività dell'intervento e di continuità dell'assistenza, attraverso l'integrazione delle diverse forme e livelli di intervento sanitario e socio-assistenziale. La salvaguardia del principio della globalità dell'intervento a favore del singolo soggetto, attraverso la risposta contestuale ai bisogni di assistenza sanitaria e sociale, non può però essere garantita se l'integrazione non diventa realtà nell'agire degli operatori, nelle scelte delle istituzioni, nell'organizzazione comune delle risorse (vedi paragrafo su "Continuità ed integrazione dell'assistenza").
Al fine di garantire la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini a livello distrettuale, e rendere operativi in tale ambito assistenziale i principi contenuti nel capitolo "Partecipazione consapevole del cittadino" della Sezione "Indirizzi strategici" del presente documento, con riferimento all'art. 14 del D. Lgs. 229/99, ai principi contenuti nel DPCM 19 maggio 1995 e alla DGR n. 1893 del 7 dicembre 2001 e successive modifiche, laddove al capo 10 si prevede che "… è affidato alle Aziende sanitarie il compito di favorire la concreta operatività dei citati organismi sociali all'interno delle stesse aziende", si individua, a livello di ogni singolo distretto, un organismo di partecipazione dei cittadini denominato "Consulta sanitaria di Distretto".

AZIONI

Di seguito sono riportate in forma schematica alcune azioni da adottare a livello regionale, aziendale o distrettuale, che si collegano a quanto espresso anche in altre sezioni specifiche del presente Piano.

Livello regionale

- Disegno della sperimentazione del budget di Distretto.
- Vincolo all'adozione sistematica del modello di budget di Distretto validato al termine della sua sperimentazione.
- Precisazione dei requisiti del Direttore del Distretto coerenti con il livello di responsabilità previsto.
- Attuazione di iniziative di formazione specifica per i Dirigenti responsabili distrettuali.
- Attivazione di Sistemi Informativi sulle strutture, sui servizi, sulle funzioni e sulle attività del Distretto.
- Predisposizione di linee di indirizzo e di strumenti per la qualificazione delle funzioni distrettuali anche ai fini dell'accreditamento istituzionale.
- Elaborazione di LG per specifici ambiti di assistenza distrettuali.
- Definizione dei provvedimenti regionali di recepimento della normativa nazionale, con particolare riferimento all'atto di indirizzo e coordinamento in materia socio-sanitaria, DPR 14 febbraio 2001.
- Promozione e monitoraggio degli interventi di integrazione socio-sanitaria attraverso il gruppo di lavoro previsto dalla DGR n.1042 del 17 luglio 2001.

Livello aziendale

- Pianificazione delle attività di natura territoriale, con particolare riferimento alla localizzazione dei servizi afferenti al Distretto, alla individuazione delle risorse umane, logistiche e tecnologiche ed alle responsabilità di coordinamento.
- Individuazione e perseguimento delle condizioni organizzative e gestionali necessarie al funzionamento dei Distretti, con destinazione di risorse adeguate.
- Pianificazione operativa della sperimentazione del budget di Distretto.
- Modifiche e validazione del modello di budget e sua implementazione su tutti i distretti aziendali.
- Sottoscrizione di accordi di programma a livello distrettuale o sub-distrettuale con i Comuni o i Municipi romani di riferimento, per dare concreta attuazione alle forme assistenziali previste dai LEA ed alle previsioni dei Piani attuativi locali, dei Programmi per le attività territoriali e dei Piani di Zona.
- Con riferimento agli interventi di integrazione sociosanitaria individuati nei Piani di Zona e concordati con i Distretti, individuazione di idonee risorse finanziarie da assegnare ai servizi territoriali, da contabilizzare in una specifica voce di bilancio di Distretto.
- Promozione della comunicazione tra tutti i servizi distrettuali ed aziendali, allo scopo di assicurare la necessaria collaborazione.
- Attivazione di iniziative di formazione/aggiornamento per il personale distrettuale.
- Previsione di forme di incentivazione del personale distrettuale.
- Supporto all'organizzazione e alla gestione degli SSII regionali di natura sanitaria territoriale.

Livello distrettuale

- Valutazione dei bisogni assistenziali del territorio.
- Predisposizione, d'intesa con i Comuni o i Municipi di riferimento, dei Programmi per le attività territoriali.
- Definizione, di intesa con i Comuni associati in ambito distrettuale o con i Municipi romani, del Piano di Zona, con individuazione delle relative competenze, delle concrete modalità operative e assegnazione delle risorse specifiche per la realizzazione degli interventi di integrazione socio-sanitaria.
- Integrazione organizzativa tra medicina di base, specialistica e ospedaliera.
- Integrazione delle diverse figure professionali - con particolare riferimento ai MMG, ai PLS, ai MSAI e agli specialisti ambulatoriali dipendenti - nell'organizzazione distrettuale.
- Definizione del modello organizzativo-gestionale per il governo unitario del sistema di offerta.
- Sperimentazione del budget di Distretto.
- Definizione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- Ampliamento degli orari di accesso ai servizi, costituzione di punti unici di accesso e semplificazione delle procedure di prenotazione.
- Valutazione periodica delle attività svolte per la verifica dei risultati attesi e confronto con la comunità locale.

L'Assistenza sanitaria di base

Il MMG ed il PLS sono riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie. Essi, infatti, nel rapporto con gli assistiti, possono valorizzare le funzioni educative e di promozione della salute e valutare i bisogni delle persone, al fine di orientare e regolare l'accesso al SSR.
Il MMG ha con il proprio assistito un rapporto dinamico nel tempo, che non necessariamente riconosce un contatto professionale limitato ai periodi di malattia, ma che dovrebbe invece essere esteso anche al periodo di benessere per consigli concernenti la prevenzione dei fattori di rischio e la promozione di stili di vita atti ad evitare l'insorgenza di un quadro patologico.
Al MMG ed, in larga parte, al PLS, che sono parte attiva, qualificante ed integrata del SSR, nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia, sono affidati, in una visione promozionale nei confronti della salute compiti di:

- assistenza primaria, con l'impostazione di un programma diagnostico e terapeutico ed, eventualmente, riabilitativo;
- assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività, con un ruolo primario nella gestione dei casi;
- continuità assistenziale, onde garantire in modo permanente la possibilità di ricevere cure primarie. Tale continuità si realizza anche attraverso l'integrazione con gli altri servizi e presidi distrettuali ed ospedalieri e con l'utilizzazione di SSII per la fornitura di dati necessari per il buon andamento del servizio in termini di efficacia ed efficienza;
- promozione della salute ed assistenza preventiva individuale, che hanno come obiettivi l'identificazione dei fattori di rischio modificabili e la diagnosi precoce. Al MMG e al PLS possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale;
- ricerca sia in campo clinico, che epidemiologico, e didattica sia nei confronti dei colleghi in fase di formazione, che del personale e dei pazienti e dei loro familiari.

L'espressione ottimale del ruolo del MMG e del PLS è di fatto subordinata ad alcune condizioni di carattere strutturale ed organizzativo: in particolare, ad un approccio di gestione globale della popolazione all'interno di una rete assistenziale di cui il medico è al centro; ad una adeguata organizzazione degli studi, in grado di poter gestire la complessità delle problematiche sia sanitarie, che sociali; all'individuazione e all'implementazione di strumenti in grado di ottimizzare la gestione della domanda di salute, come LG, protocolli diagnostico-terapeutici e strumenti di valutazione multidimensionale.
Sotto il profilo organizzativo è opportuno favorire, supportare e monitorare le forme organizzative funzionali al miglioramento dei servizi al cittadino, tra cui, in particolare, le forme associative previste dall'art.40 del DPR 270/00, e l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e telematiche.
Il MMG ed il PLS partecipano inoltre - utilizzando gli strumenti già previsti dal D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e individuati nell'accordo collettivo recepito dal DPR 270/00 - quali parti attive alla individuazione e al perseguimento degli obiettivi del Distretto e dei suoi processi decisionali, nonché alla elaborazione di LG, anche volte all'ottimizzazione dell'uso delle risorse ed alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni.

Il sistema di cure primarie, se adeguatamente organizzato e strutturato, può offrire delle soluzioni a criticità relative all'utilizzo inappropriato delle diverse tipologie di assistenza, alla disomogeneità di accesso ai servizi, all'allungamento dei tempi di attesa, rendendo cosi il sistema di cure territoriali un'entità organizzativa ben definita in grado di fornire una valida alternativa all'ospedale.

E' di grande rilevanza, nel riequilibrio del SSR, favorire il rapporto tra MMG, PLS, Aziende sanitarie e gli altri soggetti della rete di assistenza, migliorando la loro comunicazione anche attraverso strumenti telematici, prevedendo forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali.
Inoltre, i MMG possono svolgere un ruolo determinante nel consentire il radicamento nel proprio ambito territoriale di modelli innovativi di organizzazione dell'offerta distrettuale come l'ospedale di comunità, anche detto Country hospital. A tal proposito, è di particolare interesse, per la Regione Lazio, l'esperienza da poco attivata nel distretto di Cori (LT), sulla scorta di altre analoghe già effettuate in altre regioni, il cui monitoraggio permetterà di estrapolare un possibile modello da trasferire ad altre realtà aziendali.
La corresponsabilizzazione dei MMG e dei PLS nel raggiungimento degli obiettivi di salute definiti nel programma delle attività territoriali, secondo i principi di efficacia, appropriatezza, efficienza ed economicità, rappresenta uno degli elementi portanti della strategia complessiva di sviluppo della rete di assistenza distrettuale e territoriale e della rimodulazione complessiva del sistema.

L'Assistenza specialistica distrettuale

Va preliminarmente ricordato come il livello assistenziale specialistico venga garantito attraverso prestazioni erogate sia nelle strutture a diretta gestione delle Asl (distretti e ospedali) e delle AO, sia nelle strutture private accreditate (il distretto si avvale tra l'altro, oltre che di medici specialisti interni in convenzione e di medici specialisti dipendenti, anche di specialisti ospedalieri "prestati" al territorio).

L'assistenza specialistica ambulatoriale - che, anche per quanto riguarda la componente convenzionata, ai sensi del DPR 271/2000, utilizza le strutture poliambulatoriali pubbliche gestite direttamente dalle Asl - conferisce al distretto la peculiare identità multiprofessionale caratterizzata dalla contemporanea offerta di prestazioni di base estese alle prestazioni specialistiche, in un sistema integrato di tutte le attività sanitarie ambulatoriali, domiciliari e residenziali.
Essa copre l'intera gamma dei settori di intervento medico, ed in particolare:

- l'educazione alla salute e la prevenzione sanitaria;
- la diagnostica;
- la terapia;
- la riabilitazione;
- i servizi istituzionali (medicina legale e fiscale, medicina del lavoro).

Un appropriato utilizzo dell'assistenza specialistica, in una logica di integrazione con l'assistenza sanitaria di base, rappresenta tra l'altro un potente mezzo per ridurre e controllare un ricorso improprio al livello ospedaliero. Per poter espletare il suo ruolo, tale ambito assistenziale deve però poter disporre di:

- personale medico, infermieristico e tecnico sanitario effettivamente dimensionato alla domanda assistenziale relativa ad ogni branca specialistica (accompagnando misure volte alla verifica dell'appropriatezza della domanda stessa);
- adeguate strutture e apparecchiature diagnostiche e terapeutico-riabilitative.

Una diffusione capillare delle sue strutture sul territorio ed un impegno al miglioramento continuo dell'assistenza, oltre ad offrire un supporto a tutte le iniziative dirette a promuovere comportamenti e stili di vita per la salute e a prevenire e contrastare le principali patologie, possono garantire:

- la presenza di un'offerta appropriata, qualificata e continuativa di prestazioni specialistiche eseguibili anche a domicilio;
- la riduzione dei tempi di attesa in modo da permettere la risposta in tempi che ne assicurino l'utilità;
- la minimizzazione dei costi indiretti legati ad una scarsa accessibilità ai servizi.

Come per l'assistenza sanitaria di base, anche per i medici specialisti ambulatoriali interni convenzionati e dipendenti la corresponsabilizzazione alla individuazione ed al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti nel Programma delle attività distrettuali rappresenta una opzione strategica irrinunciabile ai fini di un effettivo sviluppo della rete di assistenza distrettuale e di una sua efficienza complessiva, anche in considerazione della possibilità di recuperare quote di ricoveri impropri e di ridimensionare le liste e i tempi di attesa, nonché di garantire una maggiore efficacia dell'assistenza a domicilio.
I medici specialisti interni e gli specialisti dipendenti partecipano anche alla individuazione e sperimentazione di linee guida clinico-assistenziali volte, oltre al miglioramento dell'efficacia assistenziale, anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse e alla verifica della qualità delle prestazioni
Inoltre, in un'ottica di razionalizzazione dei percorsi assistenziali, occorre curare l'integrazione tra l'offerta specialistica ambulatoriale di natura extraospedaliera e quella di ambito ospedaliero.

Una forma particolare di prestazioni specialistiche espletate, oltrechè a livello ospedaliero, anche a livello territoriale, è rappresentata dalla funzione di natura medico-legale.
Le sue attività prevalenti riguardano: la valutazione e gli accertamenti di idoneità nell'ambito di diritto al lavoro, compresa la medicina fiscale; gli accertamenti di idoneità per finalità di sicurezza sociale; l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap; la medicina necroscopica, comprese le valutazioni necessarie per l'effettuazione degli espianti d'organo; le valutazioni di competenza nell'ambito dei Comitati etici locali; varie altre attività di consulenza.
Data la peculiarità e la complessità di tali attività, è auspicabile che esse siano svolte in modo da assicurare un'efficiente grado di coordinamento e integrazione con i diversi livelli e comparti, spesso essenziale per garantire idonei percorsi assistenziali nonché la continuità degli interventi.

L'Assistenza Domiciliare

E' l'insieme degli interventi sulla salute dei cittadini che possono essere affrontati all'interno del normale ambiente di vita. Può avere una intensità assistenziale variabile: con livelli minimi o medi di complessità

tecnologica e con livelli diversificati di impegno assistenziale, dalla presa in carico globale della persona ad interventi occasionali di controllo o di trattamento su patologie acute intercorrenti o croniche.
Si tratta *di uno strumento essenziale per realizzare una rete di reale protezione* dei soggetti fragili. *L'assistenza domiciliare costituisce* attualmente *il modello* elettivo *di assistenza nei confronti dei soggetti* portatori di *disabilità, degli anziani non autosufficienti e dei soggetti affetti da gravi patologie ad alto impatto psico-sociale.*
Il potenziamento dell'assistenza domiciliare, che coinvolge tutti i Centri di Assistenza Domiciliare (CAD) dei Distretti, costituisce in questo Piano una "Sfida prioritaria", cui si rimanda, nell'ambito della reingegnerizzazione del SSR.

L'Assistenza residenziale e semiresidenziale
Per le situazioni nelle quali il soggetto non possa essere adeguatamente assistito al proprio domicilio, (gravità clinico-funzionale, mancanza di una rete di supporto informale, mancanza o inadeguatezza dell'alloggio), deve essere garantita l'accoglienza in strutture che offrano la necessaria protezione evitando ricoveri impropri.
Le RSA offrono assistenza residenziale e semiresidenziale. Si tratta di una possibilità di risposta qualificata ed innovativa, ad elevata integrazione socio-sanitaria, nell'ambito della rete dei Servizi territoriali.
La Regione Lazio è impegnata da tempo, e riafferma in questa sede, la scelta di un processo teso a realizzare il modello della rete di servizi e residenzialità coerenti con l'obiettivo di valorizzare le prestazioni di cura e di tutela dei soggetti deboli, mantenendoli nel proprio ambiente di vita, anche in situazioni di non totale autonomia, nel rispetto della loro dignità. Il risultato finale deve essere quello di realizzare un *continuum* assistenziale tra i diversi livelli di intervento attraverso la presa in carico della persona e la individuazione del percorso assistenziale più appropriato.
L'organizzazione interna deve essere tesa a mantenere e stimolare le residue capacità di autonomia fisica e mentale dei soggetti ospitati, anche attraverso una forte integrazione della struttura con le risorse istituzionali, private accreditate e del volontariato.
Attraverso l'offerta di semiresidenzialità, le RSA costituiscono un concreto sostegno alla famiglia e facilitano la permanenza nel normale ambiente di vita del soggetto. Nella gestione delle RSA le componenti sociali e sanitarie interagiscono sinergicamente per un obiettivo comune, in tutte le fasi dell'intervento: dal momento della valutazione per l'accesso, alla predisposizione del piano di trattamento e alla realizzazione dello stesso, attraverso un'attività interdisciplinare finalizzata ad affrontare con appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione le esigenze della persona non autosufficiente.
La normativa regionale ha individuato 3 modelli di RSA:

- RSA autonome destinate esclusivamente alle proprie specifiche funzioni;
- RSA facenti parte di un "microsistema strutturale ed organizzativo in cui coesistono servizi diversi (sanitari-riabilitativi, socio-sanitari e socio-assistenziali) sia residenziali, che semiresidenziali ed ambulatoriali, aperti anche alla fruizione della generalità dell'utenza";
- RSA inserite nell'ambito di strutture residenziali socio-assistenziali (nuclei nelle case di riposo per anziani).

Le procedure di ammissione nella RSA e la definizione e verifica dei piani di trattamento individuali per i soggetti residenti, sono compito delle Unità Valutative multidisciplinari dei CAD.
Ai sensi della DGR n. 1988 del 21 dicembre 2001, l'attuale offerta è rappresentata da 3.879 posti residenziali in RSA provvisoriamente accreditate, di cui: 923 di nuova istituzione e 2.956 derivanti da riconversione di case di cura di lungodegenza, Istituti psichiatrici ed ospedali dismessi (il dettaglio dei p.r. suddivisi per struttura, riferito all'anno 2002, è riportato in Allegato B 2.1.2).
Si stima che il fabbisogno di posti residenziali in RSA, riferito al 2,5% della popolazione ultrasettantacinquenne residente nel 2000, sia pari a 9.302 posti in RSA, dei quali il 10% da destinare alla semiresidenzialità. Il fabbisogno da soddisfare nel triennio mediante l'istituzione di nuove strutture, complessivamente pari a 1.715 posti, è schematizzato nella tabella seguente:

	Posti residenza	**Posti semiresidenza**	**Posti totali**
Anno 2001	300	230	**530**
Anno 2002	370	200	**570**
Anno 2003	415	200	**615**
	1.085	**630**	**1.715**

AZIONI

Livello regionale
Attivare il programma di realizzazione delle RSA, previsto dalla DGR n. 1988 del 21 dicembre 2001 che prevede nel triennio la realizzazione di:

- 1.208 posti residenziali, in corso di costruzione/ristrutturazione (ex art. 20 L. 67/88);
- 600 posti residenziali a seguito della riconversione di Centri di riabilitazione;
- 400 posti residenziali a seguito della riconversione di Case di cura neuropsichiatriche e di Centri di riabilitazione da destinare ad anziani portatori di disabilità mentale;
- 1.500 posti residenziali a seguito della riconversione di p.l. ospedalieri pubblici e privati accreditati;
- 1.715 posti residenziali nuovi, da realizzare nel triennio con l'obiettivo di riequilibrare l'offerta nel territorio regionale.

All'interno del percorso per l'accreditamento istituzionale delle funzioni sanitarie nella regione (per cui si rimanda all'apposita sezione), formulare i criteri per l'accreditamento delle RSA.

Livello aziendale

- Monitorare il funzionamento delle RSA provvisoriamente accreditate.
- Collaborare alla attuazione del programma regionale, individuando le nuove strutture.
- Garantire il funzionamento dei comitati di partecipazione, previsti dal regolamento delle RSA con la presenza di tutte le componenti.

L'assistenza ai malati terminali (Hospice)
In linea con i dati nazionali, anche nel Lazio le neoplasie costituiscono la seconda causa di morte, con oltre 13.000 soggetti deceduti ogni anno, di cui il 30% con età inferiore a 65 anni. Circa 20.000 tumori maligni vengono diagnosticati annualmente, di cui intorno al 40% in persone con meno di 65 anni.
Nell'anno 2000 sono state registrate oltre 75.000 dimissioni per tumori in regime di ricovero ordinario, di cui circa il 53% in donne (vedi Allegato A).
Sulla base dei dati di mortalità per tumore e per infezioni da HIV della popolazione residente, si valuta che l'esigenza di cure palliative riguardi circa 10 soggetti su 100.000.
Il programma di assistenza ai malati che affrontano la fase terminale della vita e necessitano di cure palliative, prevede una ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali che permetta la presa in carico globale della persona attraverso una rete di attività e servizi strettamente coordinati ed interconnessi.
La rete si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle varie strutture dedicate alle cure palliative:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata (ADI);
- assistenza domiciliare specialistica;
- ricovero ospedaliero in regime ordinario e di DH;
- assistenza residenziale nelle strutture per cure palliative (Hospice).

La Regione provvederà alla emanazione di direttive ed indirizzi volti alla ricomposizione ed alla qualificazione dell'offerta già esistente, nonché, a livello aziendale, alla rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera e dei Servizi territoriali affinché tra detti sistemi si determini una continuità di raccordo e dialogo soprattutto nella fase valutativa, di pianificazione degli interventi e di verifica dei risultati, anche in termini di costi.
In tale contesto si pone il raccordo tra i centri per cure palliative, i reparti di degenza ospedalieri, i Servizi distrettuali e i MMG/PLS, che si fonderà sulla valorizzazione delle professionalità esperte di cure palliative cui affidare un ruolo di propulsione e di diffusione delle specifiche competenze e peculiarità nonché di riferimento per lo sviluppo di programmi di monitoraggio dei risultati.
Nella organizzazione così delineata le associazioni *no profit* dovranno trovare spazi ed occasioni strutturali di partecipazione all'intervento assistenziale in uno scambio reciproco, utile anche alla loro promozione ed alla maggiore espressione della loro "missione".
Nell'ambito della rete è necessario realizzare operativamente l'integrazione con i Servizi sociali attraverso strategie, programmi e modalità coerenti con gli obiettivi scelti ed in relazione alla normativa nazionale.

La Regione Lazio, coerentemente con il PSN per il triennio 1998–2000, considera azioni da privilegiare per assicurare l'assistenza ai malati terminali:

- il potenziamento dell'assistenza medica ed infermieristica a domicilio;
- l'erogazione dell'assistenza farmaceutica a domicilio;
- il potenziamento degli interventi di terapia palliativa ed antalgica;
- la formazione specifica delle diverse figure operative coinvolte;
- il sostegno psico–sociale al malato ed ai suoi familiari;
- la promozione e il coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali;
- la realizzazione di strutture residenziali e diurne (Hospice) dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale non assistibili a domicilio.

Per quanto riguarda l'assistenza, oltre alla presenza di competenze oncologiche e di cure palliative negli ospedali della Regione, assume particolare significato la recente istituzione del Polo oncologico regionale presso una struttura tecnologicamente avanzata ed in grado, oltre che di offrire una completa gamma di servizi di diagnosi e cura, di coniugare questi con la ricerca di avanguardia nello specifico settore.
La programmazione di strutture residenziali per le cure palliative (Hospice), nella Regione Lazio, ai sensi dell'art.1 della legge 39/99, prevede 540 posti da realizzare nel triennio 2000-2003 (DGR. n.37 del 9/1/01), prevalentemente attraverso la riconversione di strutture pubbliche.
Peraltro, nel territorio regionale sono già attive 7 strutture, 5 nell'area metropolitana e 2 nella provincia di Viterbo, per un totale di 163 posti residenziali, nell'ambito di un programma innovativo a carattere sperimentale, che ha l'obiettivo di garantire adeguata assistenza a soggetti affetti da patologie fortemente invalidanti e terminali, ad integrazione degli interventi previsti in regime di assistenza domiciliare. Si tratta di esperienze pilota che costituiscono il riferimento per la messa a punto degli strumenti operativi in grado di assicurare le risposte adeguate alle necessità evidenziate dai dati epidemiologici.
Le realizzazione di strutture dedicate all'attività di assistenza dei pazienti terminali, di cui andrà particolarmente curato l'aspetto strutturale, di comfort e di accoglienza, dovrà costituire elemento di visibilità dell'attenzione alla cura della persona e della sua famiglia intorno alla quale deve realizzarsi un intervento coordinato di tutte le componenti della rete.

AZIONI

Livello regionale

Il programma regionale si pone l'obiettivo di completare la rete dei servizi offerti ai malati terminali, nell'ambito di un intervento complessivo che vede affiancate forme sperimentali di assistenza, e la promozione della realizzazione di centri pubblici, attraverso l'utilizzo del patrimonio esistente.
Il programma prevede che i nuovi Hospice dovranno prioritariamente essere realizzati attraverso la riconversione e l'adeguamento di strutture di proprietà di ASL e di AO inutilizzate, anche parzialmente, ovvero di strutture che si sono rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera. Parallelamente, all'interno del percorso per l'accreditamento istituzionale delle funzioni sanitarie nella regione (per cui si rimanda all'apposita sezione), nel triennio verranno formulati i criteri per l'accreditamento delle strutture e della funzione di assistenza ai malati terminali.
Una particolare attenzione verrà rivolta anche alla formazione/aggiornamento degli operatori coinvolti nell'assistenza ai malati terminali, avendo cura di comprendere tra i contenuti formativi le metodologie di "accompagnamento" alla morte.

Livello aziendale

E' necessario individuare l'allocazione delle nuove residenze (Hospice), determinata dalla presenza di strutture da riconvertire, dalla presenza di professionalità dedicate alle cure palliative, di servizi domiciliari sperimentali già attivati.
Occorre inoltre: valorizzare ed implementare l'attività dei CAD, in modo da integrare le iniziative già in atto (vedi, a tal proposito, la Sfida Prioritaria "Qualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare"); definire accordi di programma con gli Enti locali per gli interventi sociali che devono integrarsi con l'assistenza sanitaria; intraprendere iniziative di formazione/aggiornamento degli operatori; coinvolgere e sostenere il volontariato locale.

3.4 L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

La realizzazione di un'adeguata politica del farmaco rappresenta un elemento strategico per un Ssr ed ha il duplice obiettivo di contribuire, da una parte, a razionalizzarne l'uso - sulla base di criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza ed efficienza organizzativa - dall'altra, indirettamente, ottimizzandone l'impegno economico, alla sostenibilità complessiva del sistema pubblico di tutela della salute.

L'assistenza farmaceutica costituisce una fonte di spesa rilevante, e in continua espansione, del bilancio della Sanità. Dai dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali, relativi al 2001, emerge come, nell'anno, in Europa, la spesa farmaceutica, pubblica e privata, sia aumentata di circa il 6% e l'Italia è tra i Paesi che ne hanno registrato il maggior incremento (9%), a fronte di una spesa sanitaria, rispetto al PIL, comunque inferiore alla media europea. Dalla stessa fonte si rileva come, nella regione Lazio, per l'anno 2000, la spesa pubblica territoriale lorda, per farmaci di classe A e B, sia stata pari a 2.036 miliardi di lire (1.051,5 milioni di euro), a fronte di un numero di ricette pari a 34.791; la spesa, al netto delle trattenute alle farmacie e del ticket a carico dei pazienti, è stata di 1.771 miliardi di lire (914,6 milioni di euro).

Il valore della spesa farmaceutica regionale pubblica, lorda pro capite, di ambito territoriale, corrisponde, come valore grezzo, a 386.799 lire (circa 200 euro) e come valore "pesato" per età a 391.928 lire (circa 202 euro), collocandosi ai più elevati livelli nella comparazione tra regioni. Nel Lazio si registra, inoltre, in assoluto, il più elevato valore medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1.000 abitanti (625 dosi, verso una media nazionale di 569). Rappresenta invece una criticità attuale l'esatta conoscenza della spesa pubblica farmaceutica derivante dalla erogazione diretta da parte di strutture e servizi pubblici e privati accreditati.

Il confronto tra i dati relativi alla spesa farmaceutica pro capite, tra gli anni 2000 e 2001, netta per abitante e pesata per età, mostra, per la regione, un incremento percentuale tra i più alti d'Italia (35% vs. il 32% di incremento percentuale nazionale).

L'elevato incremento della spesa farmaceutica territoriale della regione, sia in termini di valore assoluto - oltre 700 miliardi di lire (361, 5 milioni di euro) l'incremento nel 2001 rispetto al 2000 - che in termini di valore pro capite, ha indotto l'emanazione di una serie di normative regionali (DGR 34/02 e successivi provvedimenti) relativamente a misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Tali misure sono riferibili più specificatamente a:

- compartecipazione dei cittadini al costo dei farmaci;
- promozione dell'uso dei "generici";
- possibilità di distribuzione diretta, da parte delle strutture di ricovero, dei farmaci necessari al primo ciclo terapeutico per i pazienti in dimissione;
- erogazione diretta, da parte delle Asl, di medicinali necessari al trattamento in alcuni particolari contesti assistenziali (RSA, hospice, assistenza domiciliare integrata e programmata, comunità terapeutiche riabilitative, centri diurni e comunità di convivenza);
- sviluppo delle politiche di budget, attraverso la determinazione, per ciascun distretto, del budget annuale di spesa farmaceutica territoriale, individuato sulla base della popolazione assistita specifica per MMG e PLS, pesata con i coefficienti di fabbisogno stabiliti a livello nazionale per l'assistenza farmaceutica;
- concorso dei MMG e dei PLS all'attuazione delle disposizioni, concordando le specifiche azioni, compresa l'attività di formazione, in appositi accordi regionali;
- indicazioni ai prescrittori che operano nelle strutture di ricovero sul rispetto di quanto definito nei provvedimenti della Commissione Unica del Farmaco;
- attivazione, presso l'Assessorato alla sanità, di un apposito sportello telematico per la segnalazione delle prescrizioni inappropriate, da valutare in sede di Comitato regionale (art. 12 dei DPR n. 270 e 272/2000);
- attivazione di un monitoraggio e un'analisi puntuali dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale;
- aggiornamento del sistema informativo e di controllo dell'assistenza farmaceutica.

In data 25 gennaio 2002, l'Assessore regionale alla sanità, l'Assessore regionale al Bilancio, programmazione e risorse comunitarie e la Federazione italiana dei medici di medicina generale del Lazio hanno firmato un Protocollo di intesa in cui concordano, tra l'altro, di impegnarsi ad adottare misure e comportamenti volti a contenere la spesa farmaceutica, nell'anno 2002, entro il tetto massimo regionale del 15% del finanziamento assicurato per lo stesso anno al Ssr, collaborando all'attuazione della DGR n. 34/02, attraverso progetti specifici riguardanti:

⇒ il miglioramento della qualità prescrittiva;

- ⇒ lo sviluppo della continuità assistenziale, volto anche a facilitare l'organizzazione degli interventi distrettuali a favore dei soggetti previsti dalla deliberazione n. 34/02;
- ⇒ lo sviluppo della "presa in carico" come strumento per garantire interventi coordinati e integrati e per le attività di natura multidisciplinare, consolidando il rapporto tra ospedale e MMG, tra quest'ultimo e il medico specialista, prevedendo a tali fini anche iniziative di formazione continua.

Il Protocollo - rimandando ad uno specifico Accordo regionale per la medicina generale la definizione e la formalizzazione degli specifici programmi, delle modalità tecnico-organizzative di conduzione degli stessi, dei criteri di verifica e dei relativi sistemi incentivanti/disincentivanti - prevede lo stanziamento di una prima quota di finanziamento, per il supporto a progetti relativi ai temi sopra elencati, e una seconda quota, quale incentivo subordinato ai risultati raggiunti, in termini di rispetto del budget di distretto per l'assistenza farmaceutica territoriale, stabilito ai sensi della DGR n. 34/02.
Tutti gli interventi previsti dalla normativa citata hanno l'obiettivo primario di contribuire a controllare la quota effettivamente "comprimibile" di incremento della spesa farmaceutica, attraverso azioni volte a migliorare l'appropriatezza dei comportamenti prescrittivi di tutti i soggetti coinvolti e la gestione/organizzazione dello specifico settore.

AZIONI

Di seguito sono indicati i principali ambiti di attività sui quali la Regione (fatti salvi gli interventi già previsti dalla normativa citata), intende impegnarsi, nel triennio di vigenza del Piano, allo scopo di qualificare l'assistenza farmaceutica, razionalizzandone i livelli di spesa:

- ⇒ curare l'aggiornamento continuo dell'attuale Prontuario terapeutico ospedaliero regionale (PTOR) estendone l'applicazione anche in ambito territoriale, con l'apporto delle eventuali necessarie modifiche.

- ⇒ Promuovere, attraverso informazione indipendente, l'utilizzo dei farmaci sulla base delle evidenze scientifiche, supportando, a livello aziendale e individuale, l'adozione di linee guida - e la predisposizione degli specifici protocolli operativi per la gestione delle patologie prevalenti - che orientino le scelte prescrittive anche in ragione di valutazioni costo/benefici, a parità di efficacia e sicurezza dei prodotti. In tal senso risulta strategico, da una parte, il coinvolgimento di tutte le tipologie di prescrittori (MMG, PLS, medici specialisti territoriali e ospedalieri) e del settore farmaceutico aziendale, dall'altra la valutazione degli interventi.

- ⇒ Fornire indirizzi per la formulazione di piani di formazione indirizzati a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dell'assistenza farmaceutica, e relativi a contenuti sia di natura clinico-scientifica che organizzativo-gestionale e normativa. Gli specifici percorsi formativi devono rispondere anche all'obiettivo di orientare i singoli operatori verso la concezione di una "funzione farmaceutica" svolta in un contesto di multidisciplinarità e di integrazione tra diversi comparti e ambiti assistenziali.

- ⇒ Promuovere iniziative atte a razionalizzare l'approvvigionamento e la gestione, da parte delle Aziende sanitarie, dei farmaci e dei dispositivi medici, con particolare riferimento agli ambiti dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza residenziale e semiresidenziale ed alla semplificazione delle procedure di disponibilità in modo tale da renderli effettivamente accessibili da parte dei cittadini.

- ⇒ Garantire una maggiore informazione alla cittadinanza sui principi che devono informare un corretto indirizzo terapeutico da parte del medico ed un corretto comportamento di richiesta assistenziale da parte del cittadino, unitamente alle modalità e procedure in materia prescrittiva e alle misure di compartecipazione alla spesa, anche con l'obiettivo di contenere quella quota di domanda impropria che induce l'offerta di farmaci evitabile.

- ⇒ Ottimizzare lo specifico sistema informativo al fine di utilizzarne correntemente i dati, con il supporto dell'ASP, per funzioni di controllo (farmacovigilanza), di valutazione e di monitoraggio delle caratteristiche di consumo dei farmaci (farmacoepidemiologia e farmacoeconomia) e di riprogrammazione degli interventi di settore (politica dei farmaci).

⇒ Formulare le linee guida per l'applicazione del Decreto del Ministero della salute del 10 maggio 2001 sulla sperimentazione clinica dei farmaci da parte del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

3.5 LA RIABILITAZIONE

La Riabilitazione è un settore della Medicina negli anni trascurato, anche nella nostra Regione, e che solo recentemente ha acquisito un ruolo importante. Sicuramente il momento riabilitativo è fondamentale, non solo al fine della cura delle disabilità, ma anche per la individuazione dei meccanismi di compenso da adottare e, parallelamente, per l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse complessivamente impegnate. Assolutamente fondamentale da una parte è la presa in carico globale del paziente e dall'altra la realizzazione di una rete di strutture che prevede una integrazione fra l'offerta pubblica e privata.
La riabilitazione, come ricordano le Linee guida del 30.5.1998, è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il migliore livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.
Lo sviluppo negli ultimi tempi di tale disciplina rischia di essere tumultuoso e non sempre adeguatamente controllato. E' per questo motivo che la Regione Lazio ha deciso già nel triennio 2002-2004 di regolare tale sviluppo, semplificando la rete (spesso per le stesse prestazioni ci si può rivolgere a strutture di tipologia e sistemi di remunerazione diversi), nell'ottica di una maggiore sensibilità all'appropriatezza dei trattamenti.
Si riconoscono 4 livelli di trattamento: una riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento, oltre ovviamente all'alta specialità; a questi corrispondono diversi tipi di modalità, che possono essere residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale – domiciliare.

PATOLOGIE CHE NECESSITANO DI:	**MODALITÀ DI EROGAZIONE:**
RIABILITAZIONE di ALTA SPECIALITA'	1. RESIDENZIALE 2. SEMIRESIDENZIALE 3. AMBULATORIALE - DOMICILIARE
RIABILITAZIONE INTENSIVA	1. RESIDENZIALE 2. SEMIRESIDENZIALE 3. AMBULATORIALE - DOMICILIARE
RIABILITAZIONE ESTENSIVA	1. RESIDENZIALE 2. SEMIRESIDENZIALE 3. AMBULATORIALE - DOMICILIARE
RIABILITAZIONE DI MANTENIMENTO	1. AMBULATORIALE - DOMICILIARE

L'introduzione dell'ICF (classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) da parte dell'OMS faciliterà lo sviluppo dell'inquadramento della riabilitazione in una logica ben differente da quella delle discipline biomediche, che trattano le acuzie.
E' per questo motivo che la Regione Lazio, tramite le procedure degli accreditamenti ed i sistemi informativi, modellerà la rete, evitando trattamenti inappropriati per scelte di strutture eroganti prestazioni non adeguate alla fase funzionale della disabilità dell'utente.
Punto fondamentale della politica di rete dovrà essere l'attivazione di funzioni di coordinamento intra ed interaziendali al fine di ottimizzare le risorse in un settore così ampio, che va dal ricovero post acuzie alla lungo degenza riabilitativa, dall'ambulatorio territoriale all'alta specialità riabilitativa, dalle disabilità dell'età evolutiva alle patologie invalidanti croniche.

Dovranno essere perseguiti obiettivi di integrazione delle diverse strutture di erogazione; orientamento della qualità tecnica e relazionale delle prestazioni erogate, ottimizzazione del percorso del paziente dall'acuzie al reinserimento e di economicità del sistema a parità d'efficacia.

Per l'alta specialità riabilitativa si dovranno prevedere modalità di coordinamento regionale o interaziendali; l'esempio più attuale può essere il possibile Dipartimento Spinale Regionale, come previsto successivamente negli Interventi ed azioni (2.1.5).
Altro strumento importante per il governo della riabilitazione sarà l'adozione della cartella clinica riabilitativa, che vedrà sancita la partecipazione consapevole dell'utente e dei suoi parenti, come espresso poi negli Indirizzi strategici (1.1).

La riabilitazione di mantenimento, come si è già detto, ha una valenza prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, e pertanto la scelta fra le Sfide prioritarie (3.3) di qualificare e potenziare l'assistenza domiciliare, conferma l'estrema attenzione che il P. S. R. dà a questa fase del trattamento del disabile cronico.
Riguardo alla riabilitazione intensiva ed estensiva il PSR prevede sempre nelle Sfide prioritarie (evoluzione dell'ospedale per acuti 3.5) la individuazione dei p.l. da convertire in riabilitazione e in lungo degenza post acuzie. Infatti una rete realmente integrata non può prevedere di interrompersi dopo la riabilitazione, perché il rischio è di provocare, per la flessibilità dei p.l. di acuzie, un intasamento dei letti di riabilitazione. E' per questo motivo che le RSA e l'ADI devono aiutare a completare il circuito sanitario, facilitando il paziente a reinserirsi completamente nella società.

3.6 MEDICINE NON CONVENZIONALI (MNC)

Secondo i dati ISTAT, nel 1999 nove milioni di cittadini italiani si sono rivolti alle medicine non convenzionali; si tratta del 15,6% della popolazione, dato già significativo ed in costante aumento; nel centro Italia una persona su 6 ha utilizzato MNC negli ultimi anni.
La risoluzione n. 75 del 29 maggio 1997 del parlamento Europeo e la risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999, invitano gli stati membri ad affrontare i problemi connessi all'utilizzo di Medicine non convenzionali, in modo da garantire ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica ed insieme ad assicurare loro il più alto livello di sicurezza e di informazione corretta.
La FNOMCeO ha recentemente approvato un documento che individua le linee guida per l'esercizio delle medicine e delle pratiche non convenzionali, nell'interesse della salute dei cittadini, al fine di garantire l sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni, Le medicine e le pratiche non convenzionali individuate da questo documento sono: Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatica, Medicina Tradizionale Cinese, Omotossicolgia, Osteopatia, Chiropratica.
In assenza di regolamentazione nazionale sulle MNC, stante la carenza di strumenti che favoriscono l'incontro e l'integrazione tra cure diverse che perseguono lo scopo di migliorare la salute, il Piano Sanitario Regionale promuove il confronto, lo scambio di conoscenze tra medicina ufficiale e quella non convenzionale, tenendo conto delle necessarie relazioni interculturali ad una società differenziata e multietnica.
La Giunta regionale entro il primo anno di vigenza del Piano procede alla istituzione di una Commissione regionale composta da esperti in MNC ed esperti designati dall'Assessorato regionale.
La Commissione avrà finalità di studio, di verifica della consistenza del ricorso ai servizi e alle prestazioni di MNC nonché di approfondimento dei rapporti di questa con la medicina tradizionale. La Commissione, sulla base dei risultati conseguiti, procederà alla definizione delle azioni volte al perseguimento sul territorio dei seguenti obiettivi:

- promuovere la qualità delle prestazioni professionali di MNC attraverso il coinvolgimento degli organismi scientifici e professionali di riferimento, prevedendo anche la realizzazione di albi o registri professionali tenuti, per quanto attiene gli operatori medici, dai relativi ordini professionali;
- Promuovere iniziative per il conseguimento della qualità nell'uso di farmi non convenzionali e per lo studio di misure di farmacovigilanza;
- sviluppare forme di integrazione tra medicina tradizionale e MNC sulla base di studi scientifici di efficacia, anche in relazione a specifiche problematiche;
- garantire la diffusione dell'informazione sulle MNC affinché i cittadini possano esercitare il loro diritto di scelta terapeutica in maniera consapevole, con riferimento principalmente a criteri di efficacia.

4.0 IL GOVERNO DEL SISTEMA E DELLE RISORSE

4.1 I RAPPORTI TRA REGIONE ED AZIENDE SANITARIE E L'ATTO AZIENDALE

La Regione, con il PSR ed altri atti normativi, stabilisce i criteri per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende sanitarie regionali ed impartisce ai Direttori generali gli indirizzi da seguire nella costruzione dell'impianto organizzativo aziendale al fine di realizzare un sistema sanitario regionale complessivamente coerente.
Sviluppare tutte le potenzialità e gli strumenti utili a rapportare la presenza e la qualità dei servizi sanitari direttamente gestiti.
L'assetto organizzativo e funzionale del sistema sanitario deve essere ispirato a criteri di flessibilità, alla valorizzazione dei livelli di responsabilità, all'integrazione funzionale tra le diverse aree e professionalità in relazione alle esigenze del territorio e in funzione dell'autonomia operativa delle Aziende sanitarie. La funzione di governo regionale sul sistema delle Aziende deve essere portato a pieno compimento, individuando per ciascuna Azienda e per ciascun ambito di riferimento un ridotto numero di obiettivi specifici e quantificati, che incorporino quelli previsti dal Piano di attività, in modo da definire esplicitamente e preventivamente i termini di riferimento del processo di verifica dei risultati economici ed assistenziali. Compete, infatti, alla Regione la predisposizione degli strumenti di verifica degli assetti organizzativi delle ASL acquisendo dati sia sulla complessiva architettura funzionale–strutturale (macrostruttura statica), sia su aspetti dinamici, centrati sul funzionamento dei diversi livelli organizzativi.
Il modello di governo della sanità assume un valore strategico per il sistema ed è pertanto legittimo un indirizzo regionale che:

- definisca le condizioni della responsabilizzazione delle Aziende sanitarie fra di loro e nei confronti dei cittadini e degli Enti locali;
- garantisca l'attuazione delle indicazioni programmatiche regionali;
- realizzi una più diffusa, ma precisa articolazione delle responsabilità rispetto agli obiettivi ed ai comportamenti attesi, contrastando il rischio che la flessibilità introdotta a tutti i livelli del SSR dalla scelta di privilegiare le relazioni funzionali sulle afferenze e sulle gerarchie si traduca in irresponsabilità diffusa;
- favorisca l'efficienza operativa dei processi di produzione aziendale e l'efficienza generale del sistema, riducendo le occasioni di frizione entro e fra le Aziende.

Uno degli aspetti di maggior rilievo dell'aziendalizzazione è l'autonomia/responsabilità di spesa attribuita alle ASL.
Le Aziende sanitarie sono soggetti di diritto pubblico (peraltro il D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 le annovera tra le pubbliche amministrazioni) che utilizzano, per quanto possibile, i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato al fine di perseguire gli obiettivi assegnati dalla Regione: l'attività svolta dalle stesse è organizzata imprenditorialmente anche se non persegue lo scopo di lucro. Lo strumento privatistico si pone come mezzo per assicurare, in maniera efficace ed efficiente, la "tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività".

In tale contesto l'atto aziendale di diritto privato, rappresenta la formalizzazione dell'autonomia imprenditoriale ed organizzativa di ciascuna Azienda per la realizzazione delle finalità proprie, nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione ai sensi dell'art. 2, comma sexies, del D.lgs 229/99, come modificato dall'art.1 del D.lgs 168/2000.

Pertanto, nelle Aziende sanitarie pubbliche la funzione imprenditoriale è ripartita tra la Regione che partecipa e risponde immediatamente al rischio economico e le Aziende stesse che rispondono delle scelte operative nonché dei modi di sviluppo delle attività. Dalla normativa nazionale e regionale vigente, emerge un modello di Azienda in cui l'organizzazione è ancorata in modo primario alla qualità ed alla ricerca dell'efficienza, liberata da vincoli di natura procedurale (tipici della pubblica amministrazione), in una logica di maggiore flessibilità e dinamicità, all'interno della quale assumono rilievo le scelte attinenti gli aspetti strategici ed organizzativi. Le ASL e le AO sono, infatti, chiamate a favorire un costante miglioramento della qualità dei servizi e garantire la tutela sanitaria della popolazione.
L'Azienda, in forza della sua autonomia e dei poteri imprenditoriali ad essa attribuiti, ha l'obbligo di gestire le risorse di cui dispone raggiungendo un effettivo equilibrio economico patrimoniale, sulla base delle

disposizioni vigenti in materia di finanziamento per quota capitaria e/o della remunerazione delle prestazioni, nel rispetto del principio della libera scelta del soggetto erogatore da parte del cittadino.
L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende sanitarie, disciplinati con atto aziendale di diritto privato sulla base della programmazione nazionale e regionale, deve essere improntata ai principi ed ai criteri di seguito delineati:

- il rispetto dei diritti e la salvaguardia delle esigenze degli utenti fruitori dei servizi;
- il rispetto del principio di distinzione tra attività di programmazione, indirizzo e controllo, di competenza degli organi istituzionali, ed attività di gestione, di competenza dei dirigenti;
- l'articolazione dell'Azienda in Dipartimenti;
- l'individuazione del Distretto quale articolazione organizzativa della ASL e strumento di salvaguardia della unitarietà dell'intervento assistenziale e socio-assistenziale, in grado di realizzare una reale integrazione dei servizi;
- l'orientamento delle attività in senso progettuale e, quindi, per obiettivi correlati direttamente da una parte ai bisogni dell'utenza, mutevoli e differenziati e, dall'altra, alle effettive risorse a disposizione (finanziamenti, personale, strutture, tecnologie);
- la flessibilità organizzativa e la revisione periodica della organizzazione in relazione alle esigenze dell'utenza ed alle modificazioni dei sistemi di erogazione dei servizi;
- il dimensionamento delle dotazioni organiche in base alla rilevazione dell'attività svolta e degli eventuali programmi di sviluppo dell'attività medesima;
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nelle Aziende, nonché delle risorse tecnico-strumentali e patrimoniali.

In tale contesto, l'organizzazione delle nuove Aziende dovrà superare la staticità del modello gerarchico-burocratico che spesso ha caratterizzato le pubbliche amministrazioni e trasformarsi in un modello flessibile ed adattabile, in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione dello scenario in cui opera, in regime di concorrenzialità seppur "controllata" con una pluralità di soggetti erogatori. Il modello di organizzazione delle Aziende sanitarie deve, pertanto, assumere una configurazione essenzialmente dinamica, nell'ambito della quale le strutture portanti del sistema siano in grado di operare per obiettivi, programmi e progetti.
L'organizzazione e le attività delle Aziende sanitarie, nell'ambito delle risorse disponibili, devono essere improntate a criteri di efficacia, efficienza, ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione delle prestazioni essenziali, lo sviluppo del sistema qualità, la miglior accessibilità dei servizi al cittadino, il raccordo istituzionale con gli Enti locali attraverso la Conferenza dei Sindaci, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie, con le Università, con il volontariato. Tra le numerose e fondamentali funzioni che le Aziende sanitarie devono perseguire appare rilevante che l'atto aziendale concentri, in particolare, l'attenzione sulle modalità attraverso cui favorire la tutela della salute del cittadino (soprattutto riferita alle ASL) e la funzione di produzione delle prestazioni (tipicamente dei presidi all'interno delle ASL e delle AO). Si tratta di inserire all'interno dell'atto aziendale una specificazione della "missione" dell'Azienda che sappia divenire punto di riferimento per l'organizzazione del lavoro in coerenza con gli obiettivi dei piani strategici triennali.
In particolare, l'atto di autonomia aziendale dovrà essere ispirato ai seguenti principi:

- individuare nell'utente il riferimento costante della propria azione, sia di produzione delle prestazioni che di tutela, a seconda della vocazione. Ciò significa che i servizi dovrebbero essere organizzati sulla base dei bisogni dei cittadini/utenti, cercando di curare la qualità e l'efficienza dei servizi stessi;
- prevedere il Piano Attuativo Locale (PAL) come metodo di programmazione in cui recepire le indicazioni regionali provenienti dal PSR o da altri documenti programmatori. Il PAL dovrà contenere gli obiettivi di tutela della salute da raggiungere, le attività da realizzare e le prestazioni da erogare in relazione agli obiettivi ed alle risorse disponibili, l'organizzazione dei servizi, un sistema di monitoraggio delle attività;
- individuare l'articolazione organizzativa dell'Azienda e le principali relazioni che intercorrono tra le varie strutture;
- prevedere una disciplina specifica dei poteri gestionali e decisionali attribuiti ai responsabili delle singole strutture in relazione ai diversi livelli di responsabilità ed alle diverse funzioni;
- prevedere l'emanazione di regolamenti attuativi per la disciplina concreta e specifica delle attività di ciascuna struttura e dei principali meccanismi di coordinamento organizzativo;
- sviluppare soluzioni organizzative a rete;
- sviluppare soluzioni in grado di valorizzare e razionalizzare i punti di erogazione delle prestazioni, osservando i criteri della qualità e della sostenibilità economica;
- prevedere la semplificazione dell'azione amministrativa prevista dalla legge n. 241/90;

- prevedere il budget come elemento fondamentale di governo economico e di responsabilità organizzativa, momento di programmazione annuale, base di verifica dei risultati raggiunti, attraverso un progetto di condivisione di obiettivi e risorse con i Dirigenti delle diverse strutture;
- individuare un Servizio infermieristico e tecnico per valorizzare le professionalità con funzioni proprie di indirizzo, programmazione e monitoraggio.

Alcuni contenuti dell'atto aziendale discendono direttamente dalle norme del D.lgs 229/99, nonché da altre norme della legislazione nazionale, mentre altri sono individuati dalla regione Lazio nell'ambito della sua autonomia normativa, che ha inteso dare all'atto aziendale una natura strategico-organizzativa.
Devono essere contenuti nell'atto aziendale:

- il ruolo particolare che l'Azienda sanitaria assume nell'ambito del SSR;
- la sede legale e gli elementi identificativi dell'Azienda sanitaria;
- le funzioni del Direttore Generale e del Collegio sindacale;
- le funzioni attribuite al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario ed agli altri dirigenti e le modalità per il conferimento di eventuali deleghe, individuando altresì, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'Azienda sanitaria verso l'esterno;
- le modalità di affidamento della direzione delle strutture ai dirigenti;
- la composizione e l'attività del Collegio di direzione e le modalità del suo funzionamento;
- la composizione del Consiglio dei Sanitari e le procedure per l'elezione dei singoli componenti, nonché gli atti da sottoporre al parere del Consiglio stesso e le modalità del suo funzionamento;
- la dotazione organica;
- il sistema dei controlli interni;
- l'articolazione in Distretti qualora trattasi di ASL;
- la composizione del Consiglio di Distretto, le procedure per la designazione dei singoli componenti e le modalità del relativo funzionamento;
- i Dipartimenti e le relative strutture organizzative, complesse e semplici, sottordinate;
- la composizione e le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento;
- le eventuali strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica;
- le modalità con cui l'Azienda sanitaria appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, secondo le norme di diritto privato;
- le modalità di rapporto e di collaborazione con le altre Aziende sanitarie, con le AU ovvero con l'Università, in attuazione dei protocolli di intesa stipulati tra la Regione e le Università;
- le modalità di partecipazione e di tutela degli utenti, favorendo anche l'attività all'interno delle strutture sanitarie delle organizzazioni dei cittadini e delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute,
- la disciplina dei rapporti diretti con l'utente per la soddisfazione delle sue istanze e per le valutazioni tempestive degli eventuali reclami, prevedendo forme di risarcimento di danni subiti;
- le procedure e l'oggetto delle consultazioni delle organizzazioni sindacali e delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute.

Nell'atto aziendale possono essere inseriti dal Direttore Generale altri contenuti che abbiano lo scopo di favorire un migliore funzionamento dell'organizzazione e di sviluppare una forte responsabilizzazione a tutti i livelli; inoltre, potranno essere allegati vari regolamenti che trovano nell'atto stesso i criteri di riferimento.

4.2 I RAPPORTI TRA REGIONE ED UNIVERSITÀ

Il rapporto tra Regione ed Università riveste un ruolo determinante, soprattutto nel territorio della nostra Regione, in cui l'assistenza ospedaliera universitaria rappresenta un pilastro fondamentale nell'intera rete sanitaria laziale, sia in termini quantitativi, sia in termini di complessità organizzativa.
Al fine di assicurare l'apporto alle attività assistenziali all'interno del Servizio sanitario regionale da parte delle facoltà di Medicina nel rispetto delle finalità istituzionali, didattiche e scientifiche, le università si inseriscono nel contesto organizzativo delle aziende sanitarie attraverso una regolamentazione dei rapporti Regioni-Università che contemperano le esigenze diverse di ciascuna istituzione.
La complessità delle AO su cui insiste il percorso formativo universitario è, quindi, determinata dalla connessione della attività assistenziale erogata nell'ambito del Servizio sanitario regionale con altra funzione fondamentale di competenza del livello centrale (formazione universitaria) e con le esigenze specifiche legate al fabbisogno formativo del personale sanitario che non è strettamente legato alla Regione. Infatti, le strutture universitarie sono individuate dallo Stato per le esigenze formative valutate su base nazionale.
Il legislatore a partire dall'art. 102 del D.P.R. 11 luglio 1980, n. 382 ("Riordinamento della docenza universitaria, relativa alla fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica") ha sempre inteso farsi carico della peculiarità delle funzioni miste, assistenziali e didattiche, che si svolgono presso i Policlinici-Università fino ad enunciare sostanzialmente, nell'art. 6 del D.lgs 502/92, un principio di funzionalizzazione dell'attività assistenziale alla didattica e alla ricerca. Tale articolo cita: "nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le Università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del Servizio sanitario della facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Inoltre, al fine di soddisfare le specifiche esigenze del SSN connesse alla formazione degli specializzandi ed all'accesso ai ruoli dirigenziali del SSN, le Università e le Regioni stipulano specifichi protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione".
La legge 419/98 che, oltre alla riorganizzazione del sistema sanitario, delega al Governo la disciplina dei rapporti tra il SSN e le Università, richiama la necessità di "rafforzare i processi di collaborazione fra Università e SSN anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati tra Regione e Università; di assicurare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca; di assicurare la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale e le idonee disposizioni in materia di personale".
Sulla scorta di predetti principi il Governo emana il D.lgs 517/99 che all'art. 1 stabilisce: "l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurare la funzionalità e la coerenza con esigenze della didattica e della ricerca secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le Università ubicate nel proprio territorio".
Questi protocolli sono stipulati in conformità di apposite LG, contenute in un atto di indirizzo e coordinamento adottati sulla base dei seguenti criteri e principi direttivi:

- promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra SSN ed Università;
- informare i rapporti tra SSN e Università al principio di leale collaborazione;
- definire le linee generali della partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale.

Il quadro normativo non è ad oggi ancora definitivo. In data 24 maggio 2001 sono state approvate dal Consiglio dei Ministri le LG concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni ed Università", che segnano una tappa miliare in relazione alla fissazione dei criteri e dei parametri di attività assistenziale. Infatti, per la prima volta, viene individuato il numero dei p.l. che deve essere messo a disposizione agli studenti al fine dello svolgimento delle attività di didattica e ricerca (3 p.l. per ogni studente). L'iter procedurale che ha preceduto l'approvazione è stato abbastanza travagliato, infatti a seguito di vivaci discussioni in sede di Conferenza Stato-Regioni non si è riusciti ad addivenire ad una intesa. A ciò si aggiunga che le LG sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale il giorno successivo all'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto che ha sostanzialmente definito per il triennio 2002/2004 il quadro finanziario delle risorse statali utilizzabili per finanziare la spesa sanitaria pubblica. Le Regioni assumono a proprio carico la copertura dei relativi oneri, per le ipotesi di emersione di disavanzi ed in particolare, per quanto riguarda l'Università, il Governo si è assunto l'impegno di adottare entro il 31 dicembre 2001, tutti i provvedimenti necessari a riconfermare la piena riconduzione delle attività assistenziali svolte dalle Aziende Ospedaliere universitarie

(miste e/o Policlinici) alla programmazione regionale prevedendo una corresponsabilizzazione finanziaria delle Università per la loro parte.
La incertezza normativa è determinata anche dalla impugnativa alla Corte Costituzionale del predetto DPCM 24 maggio 2001 per conflitto di attribuzione da parte della regione Lazio. La motivazione principale su cui si è fondato il ricorso è rappresentata dalla lesione del principio della leale collaborazione a causa della mancata intesa con le Regioni, con particolare riguardo ad alcune specifiche disposizioni in esso contenute; è stata, inoltre, denunciata la violata autonomia attribuita dalla Costituzione alle Regioni in materia di assistenza sanitaria.
Un contesto normativo così instabile non agevola la definizione dei rapporti tra la Regione Lazio e l'Università già articolati e complessi.

Nel Lazio sono presenti 4 Università (due pubbliche e due private) con 5 facoltà di medicina e chirurgia il cui numero di p.l. è riportato nell'allegato 2.

Nonostante l'incertezza normativa, la Regione può e deve operare perché il sistema della sanità universitaria entri a pieno titolo nella rete dei servizi sanitari del territorio regionale e nel piano di risposta alla domanda di salute della popolazione, valorizzando le risorse delle strutture universitarie e rispettando le diverse vocazioni che le università si sono date.
La Regione ha attraverso i protocolli di intesa, le delibere tariffarie, le scelte di programmazione sanitaria, tutta la possibilità di definire quali funzioni, quali tipologie di macroprestazioni la sanità universitaria debba e possa svolgere nel sistema sanitario regionale, dalla partecipazione alla rete dell'emergenza, attraverso l'attivazione di tutti i DEA, alla apertura in tutte le aziende universitarie dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, alla partecipazione alle attività dell'alta specializzazione.
Essenziale è che tutte le strutture universitarie procedano verso la costruzione di aziende efficienti ed efficaci nella espletazione della propria funzione assistenziale, in modo da poter conciliare e comporre le reciproche autonomie, quella universitaria e quella del sistema sanitario regionale, e poter praticare l'attività assistenziale in forma finanziariamente sostenibile sia per gli Atenei che per il fondo sanitario regionale.

1. Università "*La Sapienza*"

E' vigente un protocollo d'intesa stipulato a seguito dell'entrata in vigore del D.L. 1 ottobre 1999, n. 341, convertito in legge 3 dicembre 1999, n. 453, che ha costituito l'AO "Sant'Andrea" ed ha avviato il processo di decentramento dal Policlinico "Umberto I".
E' in fase di avanzata definizione la procedura per la stipula del protocollo d'intesa che recepirà anche gli accordi assunti tra le parti nell'incontro del 24 agosto 2001 così come di seguito specificati.

Azienda Policlinico "Umberto I" I Facoltà di medicina
900 p.l. in riduzione
DH

Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" II Facoltà di medicina
Attività ambulatoriale
450 p.l. in programmazione

ASL di Latina
250 p.l. in programmazione I Facoltà di medicina
nei vari presidi ospedalieri

ASL Roma F II Facoltà di medicina
100 p.l.

2. Università di "*Tor Vergata*"

L'Università "Tor Vergata", nelle more del completamento della struttura del nuovo Policlinico, al momento, svolge nei propri ambulatori attività sanitarie limitatamente alla diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio, nonché alle attività ambulatoriali specialistiche, e con particolare riguardo alle attività

odontoiatriche. Altri servizi assistenziali sono ospitati presso l'ospedale S. Eugenio, il Policlinico Casilino, l'Ospedale S. Giovanni Calibita - Fatebenefratelli, l'IRCCS L. Spallanzani, l'IRCCS S. Lucia, il Complesso integrato Columbus e la Casa di cura European hospital.

3. Università *"Cattolica del Sacro Cuore"*

Con l'Università Cattolica è vigente un protocollo d'intesa approvato con deliberazione di Giunta regionale 29 febbraio 2000, n. 595 con il quale sono state definite le attività assistenziali svolte dalla stessa presso:
Azienda Policlinico " A. Gemelli"
1.638 p.l. e 153 di DH
Complesso integrato Columbus
292 p.l. e 23 di DH

4. Università "*Campus Biomedico*"

La Regione ha stipulato un protocollo d'intesa in data 5 dicembre 1994 con l'Università privata Campus Biomedico. E' stato attivato il proprio Policlinico nella struttura di Via E. Longoni 83.

92 p.l. e 10 DH

AZIONI

1. Università "*La Sapienza"* (I e II Facoltà di medicina e chirurgia)

In data 24 agosto 2001 l'Università "La Sapienza" e la regione Lazio hanno assunto impegni precisi per la riorganizzazione della rete ospedaliera universitaria, ed in particolare in tale sede è stato concordato che gli attuali 1.700 p.l. del Policlinico saranno così ripartititi:
450 al "Sant' Andrea"
250 alla ASL di Latina
100 all'Ospedale di Bracciano
900 al Policlinico "Umberto I"
Sarà, quindi, necessario addivenire al più presto alla stipula del protocollo d'intesa che formalizzerà detti impegni (è già stato predisposto un documento tecnico da una Commissione mista Università-Regione).
Il protocollo d'intesa con l'Università "La Sapienza" sarà finalizzato, pertanto, anche all'avvio dell'AO "Sant'Andrea" istituita con D.L. 1 ottobre 1999, n. 341 convertito in legge 3 dicembre 1999, n. 453 principalmente per consentire il decollo della seconda Facoltà di Medicina della Università "La Sapienza. In tale direzione sarà concordato con il Direttore Generale del "Sant'Andrea" il piano aziendale anche in relazione alle risorse in conto capitale da stanziare per gli investimenti. E' stata già avviata l'attività ambulatoriale presso la struttura "Sant'Andrea", che nel suo complesso è in fase di completamento.

Preso atto della grave situazione economica del Policlinico "Umberto I", anche e soprattutto correlata ai dati di produttività di altre AO e di altri Policlinici Universitari, è stato presentato al Ministero del Tesoro un piano di risanamento, che, peraltro, rappresenta una conditio sine qua non è possibile recuperare la necessaria copertura finanziaria concordata con il livello centrale ed accettata dalle altre regioni, nella competenti sedi istituzionali (Conferenza Stato Regione dell' 8 agosto 2001).
Sarà necessario adottare linee strategiche concordate con i Sindacati al fine di raggiungere accordi e razionalizzare e realizzare la mobilità del personale dal Policlinico "Umberto I" alle strutture delle Aziende sopra citate.

2. Università "*Tor Vergata*"

Il Policlinico dell'Università di "Tor Vergata" è stato pensato e progettato nell'ottica di realizzare nell'area Sud di Roma il completamento dell'offerta ospedaliera già presente, caratterizzata da una sufficiente quantità di p.l. di medio-bassa intensità di cura e da un'insufficienza di specialità di medio-alta ed alta intensità di cura.

In tale ottica sia per quantità di p.l., sia per qualificazione degli stessi il PTV dovrà qualificarsi come ospedale di II livello per molte delle discipline che vi saranno previste, fermo restando la vocazione di didattica e ricerca tipica dell'ospedale di insegnamento.
Nell'elaborare i piani di programmazione a medio e lungo periodo relativi alla struttura, già in parte definiti per macro attività in sede di approvazione del progetto edilizio, è necessario tener conto del condizionamento indotto dai tempi di esecuzione delle opere che non permettono la puntuale indicazione dei tempi di reale avvio delle attività assistenziali.
Nel PVT operativo dal Gennaio 2001, ad oggi risulta completata la prima fase del programma di sviluppo, approvato dalla G.R., con la raggiunta piena operatività dell'ambulatorio polispecialistico e dei Servizi di diagnostica strumentale, con l'attivazione della dialisi e del PS odontoiatrico, dell'attività di DH e con il definitivo approntamento delle aree operatorie e di degenza per l'attività di *Day-surgery*.
La seconda fase, che si completerà entro la primavera del 2003, riguarda la completa attivazione della prima torre di degenza dedicata alla *high care*. Tale fase si compone di due diversi *step*, il primo dei quali si realizzerà entro l'estate del 2002 con l'attivazione di 188 p.l. e di 6 sale operatorie di elezione (mettere il confronto tra p.l. PTV e convenzioni). Con il secondo *step* la dotazione di p.l. di degenza ordinaria per acuti salirà a circa 370 e le sale d'elezione a 13.
La terza fase, della quale è prevista l'ultimazione alla scadenza del presente piano, prevede l'attivazione della seconda torre di degenza in gran parte dedicata alla *low care*.
Per quanto attiene al ruolo che viene assegnato nel contesto regionale e provinciale al PTV va riaffermata la natura di ospedale di eccellenza e di II livello che questo deve garantire nell'area della periferia SUD di Roma.

3.Università "*Cattolica del Sacro Cuore*"

Tra la Regione e l'Università "Cattolica del Sacro Cuore" per il Policlinico "Agostino Gemelli" è vigente un Protocollo d'intesa stipulato a norma del D.lgs 502/92 così come modificato dal D.lgs 517/93.
Il Protocollo per il triennio 1999-2000, quindi, recepisce le innovazioni introdotte dal riordino del SSN stabilendo principi e criteri alla base dei rapporti tra le due istituzioni e fissando modalità e strumenti per la integrazione delle esigenze assistenziali con le esigenze della didattica e della ricerca. Il Protocollo individua, altresì, gli ambiti di collaborazione dell'Università per la predisposizione della programmazione regionale nonché per soddisfare esigenze di rilievo regionale soprattutto nel settore delle alte specializzazioni.
L'Università "Cattolica del Sacro Cuore", attraverso il proprio Policlinico, gestisce 1.862 p.l. di ricovero a regime ordinario e 195 a regime diurno nonché una complessa offerta di prestazioni ambulatoriali.
La struttura dispone, inoltre, di p.l. destinati all'attività libero professionali nonché di p.l. provvisoriamente utilizzati dalla II Università "Tor Vergata" presso il complesso integrato "Columbus".
Il Policlinico Universitario "A. Gemelli" partecipa ad importanti Progetti di Ricerca di cui all'art. 12 del D.lgs 502/92 finalizzati a sviluppare nuovi sistemi di gestione anche sperimentali nonché modelli organizzativi ed informativi di interesse per il SSR.
Le attività del Policlinico e delle sue strutture vengono remunerate sulla base dei sistemi tariffari fissati dalla Regione: annualmente ed entro il 31 ottobre l'Università presenta alla Regione un Piano annuale preventivo di attività che viene contrattato nel quadro delle esigenze della programmazione regionale e delle risorse finanziarie.
Il Protocollo prevede anche la possibilità che la Regione concordi con l'Università l'attuazione di specifici programmi di rilevante interesse regionale che verranno sostenuti finanziariamente con appositi fondi aggiuntivi.

4."Campus Biomedico"

Le specialità attualmente previste nel Policlinico, suddivise tra la struttura di Via Longoni e quella di Via di Trigoria, cardiochirurgia, cardiologia, chirurgia, gastroenterologia, ginecologia ed ostetricia, medicina, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, urologia, anestesia e rianimazione, dialisi, gerontologia, neurologia e riabilitazione.

Recentemente la Giunta Regionale ha approvato un piano di sviluppo del Policlinico universitario Campus Biomedico che prevede il potenziamento delle attività assistenziali con la realizzazione della nuova struttura in Via di Trigoria.

4.3 AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

DEFINIZIONE DEL TEMA

La normativa nazionale, con una serie di avvicinamenti progressivi ed arricchimenti frutto di alcune esperienze regionali e di molti stimoli culturali, passando attraverso due Piani Sanitari Nazionali ed a conclusione di un viaggio iniziato nel '92 (D.lgs 502), con il decreto legislativo 229 del 1999 disegna il percorso che conduce all'instaurazione di un rapporto tra il soggetto che offre la prestazione sanitaria ed il Servizio sanitario regionale che l'acquista per conto del paziente.
Il perseguimento di obiettivi per la tutela della salute dei cittadini vede le tappe di questo percorso — autorizzazioni differenziate per la realizzazione di strutture e per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento, specifici accordi contrattuali — come progressivi livelli di garanzia sia per i soggetti che, all'interno dei livelli essenziali di assistenza, dei fondi integrativi del SSN e mediante l'attività libero-professionale, assicurano l'attività assistenziale (Regione ed Aziende sanitarie) che per i destinatari dell'attività stessa (i cittadini).

Il primo livello è costituito dall'autorizzazione alla realizzazione di strutture, concessa dal Comune, che presuppone, accanto alle correnti procedure per la concessione edilizia, una verifica di compatibilità che la Regione effettua relativamente al fabbisogno complessivo territoriale e alla localizzazione; con la valutazione, quindi, dell'impatto della struttura nell'ambito dell'offerta assistenziale locale. Questa forma di autorizzazione, introdotta dal D.lgs 229, acquista particolare significato qualora si tratti di strutture di grandi dimensioni.
L'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie prevede la concessione, da parte della Regione, di una forma autorizzativa basata sul possesso di requisiti minimi — relativi alla struttura, alle tecnologie e all'organizzazione — previsti dall'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni approvato con il DPR del 14 gennaio 1997, per le diverse tipologie di strutture.
L'autorizzazione all'esercizio costituisce condizione essenziale per la richiesta dell'accreditamento.
L'accreditamento si configura come un processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un organismo esterno, con l'obiettivo di verificare l'adesione a predeterminati requisiti correlati alla qualità dell'assistenza; rappresenta uno strumento per garantire la qualificazione degli erogatori e per promuoverne l'autovalutazione ed il miglioramento.
All'art. 8-quater del D.lgs 229 sono definiti gli elementi peculiari del modello italiano. Nel nostro Paese l'accreditamento è di tipo istituzionale, in quanto concesso da un organismo governativo — nella fattispecie la Regione —ai soggetti, pubblici o privati, che intendano operare nell'ambito del SSN ed è condizionato alla rispondenza delle funzioni da accreditare agli indirizzi della programmazione regionale nonchè alla verifica della conformità rispetto a due diversi generi di requisiti: quelli *ex ante* relativi alle caratteristiche di struttura e all'organizzazione — e, quindi, riferiti alle potenziali capacità produttive — e quelli *ex post* orientati alla valutazione dell'attività effettivamente svolta, anche in termini di risultati conseguiti.
L'accreditamento di per sé permette di erogare solo prestazioni per conto del SSN, nell'ambito dei fondi integrativi, costituendo requisito necessario ma non sufficiente per poter operare a carico del SSN, per cui è invece prevista la stipula di specifici accordi contrattuali.
La natura dinamica dell'accreditamento e gli elementi che caratterizzano il modello delineato (un sistema di controllo esterno definito dalla Regione – riguardante soprattutto accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa, continuità assistenziale – che prevede forme di miglioramento della qualità dei servizi e delle strutture attraverso strumenti volti al coinvolgimento degli operatori nelle attività di valutazione interna e di verifica della pratica professionale), conferiscono a quest'Istituto proprietà che vanno oltre la sua funzione di strumento per la selezione degli erogatori: l'accreditamento può infatti costituire realmente un solido basamento su cui strutturare azioni e metodi volti a veri e propri sistemi-qualità all'interno delle strutture sanitarie.

AREA DI INTERVENTO

All'interno di un sistema in cui è significativa la relazione tra autorizzazione/accreditamento ed il livello di qualità che la Regione intende dare al proprio Servizio sanitario, conviene immaginare la definizione del modello regionale come un'occasione preziosa per intervenire efficacemente su alcuni elementi nodali e critici, nell'ottica di avviare un processo di effettiva qualificazione dell'assistenza nella Regione.

Il quadro normativo
Nella definizione del quadro normativo è necessaria una particolare attenzione relativamente alla scelta degli strumenti che la Regione è chiamata ad adottare.
Un caso esemplificativo: il modello complessivo tracciato, alquanto articolato, include anche elementi per i quali sono previste frequenti riconsiderazioni; un caso è rappresentato dai requisiti di qualificazione, per loro natura legati all'evoluzione delle conoscenze e delle innovazioni tecnologiche, che sono soggetti a periodiche revisioni ed aggiornamenti: per la loro adozione sarebbe, quindi, opportuno utilizzare uno strumento normativo particolarmente agile come, per esempio, un atto deliberativo da parte della Giunta regionale, per il quale sono previsti tempi di approvazione relativamente brevi.
La scelta più funzionale risulta quella di strutturare l'impianto normativo secondo criteri che diversifichino la natura degli atti in funzione del livello di dettaglio e di "stabilità" necessari:

a) affermare i principi generali e individuare le procedure ed i soggetti interessati attraverso un provvedimento quadro (Legge regionale) che disegni autorevolmente il contesto e che rimandi a specifici strumenti normativi, comunque agili, la definizione puntuale dei diversi ambiti;
b) definire più specificamente gli elementi peculiari dei singoli processi (i requisiti; l'oggetto dell'autorizzazione/accreditamento ed i soggetti che possono/devono fare richiesta; gli aspetti procedurali specifici e, più particolarmente, le diverse fasi dell'iter, quali la domanda con la specifica della documentazione da allegare, compresa l'eventuale autovalutazione o autocertificazione; l'istruttoria, articolata in analisi della documentazione, verifiche ispettive, valutazione complessiva e giudizio "tecnico"; i possibili giudizi risultanti dall'istruttoria che, nel caso contemplino la possibilità di adeguamento per parziale rispondenza ai requisiti, ne specifichino anche modalità e tempi; l'esito; la possibilità di ricorso in opposizione; la revoca; la vigilanza sul permanere delle condizioni dichiarate o accertate; il periodo di validità e le modalità di rinnovo) per mezzo di idonei provvedimenti attuativi.

L'adeguamento delle strutture
Anche se negli ultimi anni si è accentuata l'attenzione alla manutenzione complessiva e corrente delle strutture — ed è stato accelerato il programma di adeguamento del patrimonio edilizio del SSN — lo stato di molte strutture sanitarie richiede opere, a volte significative, di ammodernamento ed adeguamento, sia con riferimento alle moderne concezioni assistenziali che a principi di funzionalità, sicurezza e comfort.
Appare evidente, quindi, la necessità di definire, per le strutture già in esercizio, sia pubbliche che private, un percorso di adeguamento ai livelli qualitativi richiesti, prevedendo anche una programmazione per fasi successive.
Contestualmente alla definizione dello strumento legislativo che definisce la cornice normativa del processo di qualificazione delle strutture, è necessario, anche attraverso la pratica dell'autocertificazione e sulla base di un'autovalutazione, confermare l'autorizzazione per l'esercizio" — in forma temporanea o temporanea condizionata — alle strutture attualmente operanti e dare corso ad una ricognizione completa e alla mappatura delle strutture sanitarie e sociosanitarie (sia ospedaliere che territoriali) presenti sul territorio regionale. A questo proposito occorre, da un lato acquisire, dalla Commissione di studio istituita con DGR n. 163 del 31 gennaio 2001, i requisiti prodotti che, riformulati e riprodotti sotto forma di liste di verifica, costituiranno la base attraverso cui valutare lo stato delle strutture, dall'altro definire le modalità attraverso cui queste aderiscono al percorso di adeguamento nel caso di scostamenti rispetto ai requisiti previsti.

In questo contesto sarà utile ricondurre all'interno del sistema una varietà di sperimentazioni e progetti avviati in tema di accreditamento, orientandoli anche verso la definizione e la validazione di specifici requisiti, indicatori, linee-guida e procedure ai fini dell'accreditamento istituzionale.
Ma non è sufficiente avviare formalmente il processo, è necessario soprattutto individuare gli strumenti e creare le condizioni per sostenerlo.

Gli strumenti di supporto alla programmazione
Nell'ottica di conseguire — attraverso prestazioni efficaci erogate da Servizi sanitari efficienti — gli obiettivi di salute attesi e per garantire un'equa accessibilità dei cittadini ai Servizi sanitari, occorre assicurare la funzionalità di questi ultimi rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.
La verifica della congruenza tra occorrenza ed offerta (sia in termini quantitativi che qualitativi) necessita di analisi effettuate in rapporto al fabbisogno di assistenza (complessivo e specifico) secondo le diverse funzioni sanitarie, alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale ed alle caratteristiche che determinano le loro potenziali capacità di risposta.
La fase relativa all'autovalutazione consentirà anche l'avvio di una rilevazione finalizzata ad acquisire dati di struttura relativi a tutti i Servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e "temporaneamente" accreditati con

riferimento all'art. 8-quater comma 6 del D.lgs 502/92 e successive modificazioni. Le informazioni dovranno riguardare i servizi relativamente alla loro localizzazione nel territorio, tipologia, funzioni svolte, volumi di attività. I dati raccolti confluiranno in una base dati dedicata interfacciata con uno specifico Sistema Informativo Geografico regionale per il monitoraggio dell'intero sistema, che consentirà, tra l'altro, l'analisi per bacini di utenza in merito alla determinazione della quantità di prestazioni riferibili, in termini di erogabilità, alle singole strutture accreditate.

La gestione delle attività istruttorie e la formazione dei valutatori

Con riferimento alle procedure ed ai requisiti di qualità individuati dall'atto normativo specifico, la verifica della rispondenza ai requisiti stessi e la verifica periodica della loro persistenza, presuppone l'intervento di soggetti appositamente formati, che garantiscano una specifica competenza tecnica e per i quali siano poste in essere condizioni tali da assicurare imparzialità e trasparenza nelle valutazioni.
L'Agenzia di sanità pubblica del Lazio ha avviato un'attività relativa al reclutamento e alla formazione di facilitatori/valutatori ed ha aderito ad un programma a finanziamento ministeriale in merito ad una "Collaborazione interregionale per lo sviluppo e il mantenimento di competenze qualificate per le verifiche di accreditamento".

4.4 VERIFICA DI ATTUAZIONE DEL PSR

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il miglioramento della qualità dei Servizi sanitari ed il raggiungimento della massima efficacia possibile degli interventi costituiscono due tra i principali obiettivi del Piano, verso la cui realizzazione convergono le strategie e le azioni in esso previste.
L'attuazione del Piano presuppone la massima condivisione delle sue finalità da parte di tutti gli attori, ed in primo luogo della Direzione e degli operatori delle Aziende sanitarie, e la collaborazione dei cittadini-utenti.
A sua volta la Regione deve predisporre strumenti premianti e sanzionatori, anche di natura economica, per tutti coloro che sono coinvolti nel processo attuativo. Il PSR sarà oggetto di valutazione da parte dell'Assessorato regionale alla Sanità, in itinere ed al termine del triennio di vigenza. Ciò deriva dalla necessità di verificare sia l'avvio dei processi previsti per il raggiungimento degli obiettivi, sia eventuali disallineamenti tra azioni, risorse e rispettivi risultati.

Riferimenti normativi

L'art. 2 del D.lgs n. 502/92, così come modificato ed integrato dal D.lgs n. 229/99, dispone che la Regione disciplini le modalità di vigilanza e di controllo sulle Aziende sanitarie, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei Sindaci. Lo stesso Decreto stabilisce che debbano essere introdotti strumenti di misura ed indicatori per la verifica dei livelli essenziali di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti (art.10, comma 3). Viene, inoltre, introdotto il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini-utenti e viene disposto che, con apposito decreto del Ministro della Sanità, venga definito uno specifico sistema di indicatori riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie previste (art.14). I set di indicatori vengono rispettivamente stabiliti nei Decreti Ministeriali del 24 luglio 1995 e del 15 ottobre 1996.

Strumenti di verifica

Sono strumenti di verifica:

- gli indicatori di processo e di risultato da suggerire alle Aziende sanitarie per monitorare l'attività dei servizi ed il procedere delle azioni previste dal Piano;
- l'esame degli atti di natura finanziaria ed organizzativa, relativi alle procedure di attuazione, adottati dalle Aziende sanitarie;
- la raccolta, anche informatizzata, dei dati e delle informazioni relativamente allo svolgimento delle attività correlate alle azioni;
- il confronto con indicatori di risultato da utilizzare da parte della Regione per verificare l'attuazione del Piano stesso.

Per la realizzazione del processo di verifica è prioritario disporre di un flusso informativo dei dati di interesse che assolva ai debiti informativi previsti dalla normativa per i livelli aziendale e regionale.

Per il governo della sanità, altrettanto rilevante, è la costruzione di un sistema di indicatori di efficienza, di attività e di qualità dell'assistenza sanitaria, che preveda il massimo coinvolgimento degli operatori dei settori interessati.

Con apposito provvedimento successivo, sarà individuato un set di indicatori relativo all'attuazione dei contenuti del presente Piano, quale strumento da utilizzare, da parte delle Aziende sanitarie, nel processo di autovalutazione, sia in itinere che a conclusione delle attività prefissate. Contestualmente, con lo stesso provvedimento, sarà definito il "Sistema di Indicatori" utilizzato dalla Regione, con il supporto dell'ASP, ai fini della "Verifica di Attuazione del Piano" e per la valutazione dei risultati ottenuti dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere.
La costruzione di tale sistema deve tenere conto:

- della revisione dei set di indicatori forniti dalla normativa in materia;
- di indicatori costruiti ad *hoc* sulla base delle evidenze scientifiche e delle peculiarità del Sistema sanitario della regione Lazio;
- del raggiungimento degli obiettivi e dell'attuazione degli interventi, delle azioni e delle priorità del PSR.

La Regione definisce altresì, avvalendosi dell'ASP, le linee guida per la stesura delle relazioni sullo stato di salute della popolazione che ogni ASL dovrà produrre annualmente.
Il sistema sarà costituito dalle seguenti "tipologie di Indicatori":

a) epidemiologici;
b) relativi ai fattori di produzione;
c) di attività;
d) economici;
e) di qualità dell'assistenza
f) di risultato.

Modalità di verifica

Tutte le attività oggetto degli obiettivi previsti dal PSR dovranno essere documentate su supporti informatici; le attività dovranno essere riferite a realtà operative identificabili (U.O., Centri di Costo, Dipartimenti, Servizi, etc.) e le informazioni dovranno essere certificate da un responsabile.
La Direzione Aziendale dovrà predisporre la sintesi delle informazioni relative alle attività in oggetto, con cadenza semestrale.
Allo scopo di facilitare il raggiungimento degli obiettivi, l'Assessorato alla Sanità definisce un calendario di incontri periodici con le Aziende sanitarie.
Le Aziende sanitarie sono tenute a fornire con tempestività la documentazione richiesta dall'Assessorato alla Sanità e dall'ASP.
Al termine di ogni anno dovrà essere predisposta, da parte di ogni Azienda, una relazione sul *progress* delle azioni del Piano, che comprenda anche gli effetti economici delle stesse.
Al termine del triennio di vigenza, l'Assessore alla Sanità regionale predisporrà un documento valutativo dell'attuazione del PSR da parte delle Aziende sanitarie, del quale relazionerà alla Giunta ed al Consiglio Regionale, e porrà in essere le procedure conseguenti.

Livelli della verifica

La verifica di attuazione del PSR è compito della Regione e deve pervenire attraverso il confronto e la collaborazione permanente con le Aziende sanitarie.
L'Assessorato alla Sanità, coadiuvato dagli altri Assessorati competenti e dall'ASP regionale, effettua la verifica di attuazione annuale ed al termine della decorrenza del PSR.

Compete all'Assessorato alla Sanità:

- garantire la costanza del flusso informativo proveniente dalle Aziende sanitarie;
- esaminare gli atti aziendali relativi all'attuazione del PSR;
- valutare i risultati raggiunti, anche in base al parere espresso dall'ASP;
- determinare i dispositivi premianti o sanzionatori alla luce di tale valutazione;
- operare le eventuali modificazioni occorrenti al PSR.

Entro sei mesi dall'approvazione del presente PSR, la Giunta, sentita la Commissione consiliare competente, con apposita deliberazione, definisce obiettivi specifici per ogni parte del piano ai fini della verifica di attuazione del PSR.

Spettano all'ASP:

- il supporto tecnico-scientifico all'Assessorato alla Sanità per la definizione del set di indicatori di verifica dell'attuazione del Piano;
- la raccolta, attraverso i propri SSII, dei dati provenienti dalle Aziende sanitarie;
- l'analisi delle informazioni ricevute ed il loro confronto con gli indicatori di risultato previsti dal PSR;
- la formulazione di un parere tecnico-scientifico sui risultati raggiunti dalle Aziende;
- l'attività di supporto tecnico-scientifico alle Aziende sanitarie per il raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Le Aziende sanitarie sono tenute, in ogni caso, ad effettuare l'autoverifica periodica dell'attuazione del PSR.
L'autoverifica dovrà essere almeno annuale e i relativi risultati dovranno essere presentati alla Conferenza sanitaria locale.
L'Assessore alla sanità annualmente riferisce alla Commissione sanità sui dati raccolti e sull'andamento ed il livello di raggiungimento degli obiettivi di Piano.

4.5 IL GOVERNO DELLA SPESA

Con il D.lgs 18 febbraio 2000, n.56 si è completato il passaggio verso il federalismo fiscale in materia sanitaria che vede il finanziamento del SSN a totale carico del gettito fiscale delle singole Regioni. Con l'Accordo Stato-Regioni 3 agosto 2000, integrato e modificato dall'Accordo 8 agosto 2001, nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, è stato, quindi, sancito il principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni riguardo la tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del Servizio sanitario in condizioni di equilibrio economico. Le Regioni sono ormai direttamente responsabili di fronte ai cittadini per l'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del SSR ricorrendo ad un maggior concorso al finanziamento da parte dei cittadini, in termini di maggiore prelievo fiscale o compartecipazione diretta al costo delle prestazioni sanitarie consumate. Di qui la centralità dei meccanismi finanziari e degli obiettivi di equilibrio economico delle Aziende sanitarie.
L'analisi della spesa regionale relativa agli anni passati con riferimento ai tre macro livelli di assistenza evidenzia che:

- l'attività di Prevenzione assorbe ancora risorse in misura notevolmente inferiore al parametro di fabbisogno nazionale;
- la spesa per l'Assistenza distrettuale è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica;
- l'elemento di maggiore criticità è rappresentato dalla spesa per il livello dell'Assistenza ospedaliera, che assorbe il 142% del corrispondente finanziamento teorico.

4.5.1 LE RISORSE DISPONIBILI NEL TRIENNIO 2002-2004

Il triennio di vigenza del presente Piano inizia con prospettive più favorevoli rispetto al passato e con finanziamenti predefiniti ed incrementati. Nell'Accordo Stato- Regioni di agosto 2001, infatti, il Governo, oltre a rideterminare il finanziamento del SSN per il 2001 in € 71271 milioni (£ 138.000 mld) (con una maggiorazione di € 3620 milioni (£ 7.000 mld) rispetto allo stanziamento precedentemente previsto), ha riconosciuto la tendenziale sottostima del FSN e per la prima volta ha assunto l'impegno ad attestare il finanziamento del SSN al 6% del PIL.
Le risorse complessivamente destinate al SSN per il triennio 2002-2004 sono state così definite:

Anno 2002	€ 74564 milioni (£ 144.376 mld)
Anno 2003	€ 77532 milioni (£ 150.122 mld)
Anno 2004	€ 80501 milioni (£ 155.871 mld)

L'Accordo ha previsto, inoltre, una quota aggiuntiva pari a € 1033 milioni (£ 2.000 mld) per l'anno 2002 e per l'anno 2003 e a € 775 milioni (£ 1.500 mld) per l'anno 2004, per riequilibrare le situazioni di svantaggio generate dall'attuale sistema di riparto delle quote capitarie e per coprire i maggiori oneri derivanti dal rinnovo del contratto della dirigenza medica per IRCCS, Policlinici Universitari, ospedali classificati e religiosi, ospedali clinicizzati.

Il finanziamento assegnato alla regione Lazio per il triennio considerato, sulla base dei criteri di riparto del FSN abituali (ossia della quota capitaria pesata), risulta essere il seguente:

Anno 2002	€ 6560 milioni (£ 12.702 mld)
Anno 2003	€ 6852 milioni (£ 13.268 mld)
Anno 2004	€ 7113 milioni (£ 13.772 mld)

A tali fondi va aggiunta, inoltre, la quota spettante alla regione Lazio del fondo aggiuntivo succitato, ancora da definire.

OBIETTIVI E AZIONI

Obiettivi generali del triennio divengono il raggiungimento del pareggio economico a livello aziendale e regionale ed una equa ed efficiente allocazione delle risorse tra i tre macro–livelli di assistenza.
La situazione finanziaria più favorevole rende attuabile l'obiettivo di conciliare con le risorse disponibili le scelte e le azioni contenute nel Piano, connesse al perseguimento dell'appropriatezza e dell'efficacia dell'attività assistenziale.
In particolare, si rendono possibili alcuni interventi sulla struttura del SSR quali:

- la razionalizzazione dei processi gestionali dei soggetti erogatori pubblici, per renderli coerenti con il perseguimento degli obiettivi di efficacia, di efficienza e di qualità;
- la regolamentazione di forme di concorrenza tra i soggetti erogatori, pubblici e privati, finalizzata ad orientarne i comportamenti allocativi e gestionali ad una maggiore efficienza e qualità dell'assistenza erogata, nonché ad una maggior efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;
- lo sviluppo programmato dell'attività di prevenzione e dell'attività distrettuale, indirizzando la domanda verso percorsi assistenziali più appropriati e più economici.

Lo strumento strategico individuato per favorire l'attuazione degli interventi strutturali è la costituzione di un fondo di riequilibrio, da riassorbire a scalare nel triennio, da destinare:

- al Piano di risanamento delle strutture ospedaliere pubbliche, teso alla graduale riduzione dei costi di gestione;
- al Piano di graduale adeguamento dell'allocazione delle risorse tra macro-livelli ai parametri di fabbisogno fissati a livello nazionale, per assolvere compiutamente alla funzione di tutela in relazione anche a bisogni attualmente non soddisfatti.

Il modello di allocazione intra-regionale delle risorse

Il modello di allocazione delle risorse nell'ambito del SSR è orientato a favorire l'attuazione delle scelte definite nel Piano ed il perseguimento di maggiori livelli di efficienza ed equità nel loro impiego, coerentemente con le indicazioni normative nazionali.
La distribuzione intraregionale delle risorse deve rispondere, pertanto, all'obiettivo di garantire sul territorio regionale l'accessibilità alle prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, e di favorire l'attuazione delle azioni proritarie individuate dalla programmazione regionale.
I sistemi di remunerazione degli erogatori devono accompagnare ed incentivare il completamento del processo di responsabilizzazione dei vari soggetti erogatori operanti nell'ambito del SSR.
La prima fase della distribuzione delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale per il finanziamento del SSR prevede, pertanto, la loro suddivisione in tre componenti principali, finalizzate agli obiettivi seguenti:

1. costituzione di fondi regionali mirati, per il finanziamento di programmi di prioritario interesse regionale;
2. costituzione del fondo regionale dedicato al finanziamento delle funzioni assistenziali individuate ex art. 8-sexies del D.lgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
3. finanziamento delle ASL e delle AO.

Successivamente, nell'ambito di ciascuna delle quote di finanziamento così predefinite, la ripartizione segue specifici criteri e modalità:

- i fondi regionali mirati riguardano le "Sfide prioritarie". Nell'ambito dei programmi regionali finalizzati, la Regione li ripartisce tra i vari soggetti coinvolti, pubblici e privati, sulla base di parametri oggettivi

connessi all'impegno di risorse preventivamente stimato ed al raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali individuati per ciascun programma e per ciascun soggetto, verificato sistematicamente sulla base di indicatori quantitativi prestabiliti;

- il fondo regionale per il finanziamento delle funzioni assistenziali deve garantire l'avvio sperimentale e lo sviluppo sul territorio regionale dei modelli di organizzazione e di remunerazione delle attività individuate come oggetto prioritario delle funzioni assistenziali;
- il finanziamento delle ASL deve garantire il perseguimento dell'equità, nell'accesso alle prestazioni previste nei livelli di assistenza da parte dei cittadini della regione Lazio;
- il finanziamento delle AO e delle strutture ad esse equiparate deve garantire il perseguimento dell'equità nella distribuzione delle risorse tra soggetti erogatori ed incentivare il perseguimento dell'efficienza nel loro utilizzo a livello aziendale.

4.5.2 IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE

I disavanzi delle Aziende sanitarie sono stati sino ad oggi trasferiti integralmente sui livelli sovraordinati del sistema (Stato/Regione). Ciò ha agito negativamente sul grado di coinvolgimento delle Aziende nel perseguimento dell'equilibrio economico e sul livello di attenzione da parte del Direttore Generale al ruolo dei meccanismi di finanziamento regionali.
Per eliminare questa criticità, nel 2001 è stato definito un nuovo modello di finanziamento delle ASL e delle AO.

- Coerentemente con quanto previsto dalla normativa nazionale, la ripartizione tra le ASL della quota di Fondo Sanitario Regionale (FSR) destinata al loro finanziamento avviene sulla base di una quota capitaria, corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, con criteri coerenti con quelli utilizzati a livello nazionale.
- Il calcolo della quota capitaria tiene conto della riallocazione delle risorse tra macro-funzioni, dei parametri specifici per funzione e per categoria di cittadini utilizzati a livello nazionale e delle informazioni sui consumi di tutte le principali tipologie di prestazioni sanitarie per categorie di assistiti e per area di residenza, rese disponibili dai flussi informativi regionali in corso di revisione.

4.5.3 IL FINANZIAMENTO DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI

L'articolo 8-sexies del D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nel prevedere che gli erogatori del SSN siano finanziati secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali, determinato in base alle funzioni assistenziali ed alle attività svolte, introduce le funzioni assistenziali nel sistema di remunerazione affiancandole alle tariffe delle prestazioni.
L'introduzione delle funzioni assistenziali, quali componenti del sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera, risponde all'esigenza di garantire nell'ambito dei Servizi sanitari regionali: la continuità assistenziale ed il superamento della frammentarietà dell'assistenza inevitabilmente associata al pagamento a prestazione; il miglioramento del grado di appropriatezza dei percorsi assistenziali; il funzionamento e l'erogabilità di servizi strategici, la cui disponibilità non può essere subordinata ai volumi di attività effettivamente erogati.
Per funzione assistenziale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, deve intendersi quell'insieme di attività erogate nell'ambito del SSN che almeno in parte coinvolgano l'ospedale come erogatore e che la Regione decide di non remunerare sulla base di tariffe predeterminate per prestazione ma "a programma", ossia secondo programmi assistenziali non parcellizzati in singole prestazioni.
L'articolo 8-sexies prevede che le funzioni assistenziali siano definite dalle Regioni coerentemente con le priorità individuate nella programmazione regionale. La regione Lazio individua, quali funzioni assistenziali da avviare sperimentalmente nel corso del triennio 2002-2004, le attività connesse alle priorità seguenti:

- garanzia della continuità assistenziale (Assistenza Domiciliare);
- potenziamento dell'emergenza;
- servizi ospedalieri ad elevato grado di specialità e di personalizzazione (pazienti "cronici" nelle terapie intensive; grandi ustionati; unità spinali; etc.);
- piano sangue;
- trapianti;
- sviluppo di programmi di prevenzione.
- piano oncologico regionale

Sulla base delle caratteristiche generali indicate dal comma 2 dell'articolo 8-sexies, si distinguono due tipologie principali di funzioni assistenziali:

1. le "funzioni composite", ossia i programmi a forte integrazione tra 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). l'unità di misura di questa categoria di funzioni ai fini del finanziamento è l' episodio di cura, con riferimento al "soggetto assistito";
2. 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 ed il cui finanziamento non può essere direttamente collegato al volume di attività, bensì alla presenza stessa del servizio.

In funzione delle caratteristiche della specifica funzione, in termini di livelli di assistenza e di tipologia di erogatori coinvolti, la responsabilità della gestione della funzione assistenziale (sia clinica, sia amministrativa) ed il connesso finanziamento possono essere attribuiti sia ad un ospedale, sia ad un Distretto.
Per quelle funzioni-episodio di cura che, per loro natura, sono finalizzate a garantire l'erogazione di tutte le attività e prestazioni individuate quali componenti del percorso assistenziale ed a garantire anche la continuità tra diversi livelli di assistenza e tra diversi erogatori, la scelta del soggetto responsabile ("*case manager*") avviene in funzione della "prevalenza assistenziale". Si terrà conto, cioè, dell'importanza relativa, nel percorso assistenziale, del ruolo dell'assistenza extra-ospedaliera e, quindi, del Distretto, oppure dell'assistenza ospedaliera e, quindi, dell'ospedale; si terrà conto, altresì, della situazione locale in termini di grado di "solidità/forza relativa" delle due strutture sul territorio.
Il finanziamento delle funzioni assistenziali avverrà ripartendo tra gli ospedali ed i Distretti individuati come "*case manager*" la quota di risorse predeterminata, sulla base dei piani di attività concordati con la Regione, nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del D.lgs 229/99.
Il budget per funzioni, a livello aziendale (ospedale/Distretto), a regime, sarà determinato sulla base del prodotto tra i volumi di attività concordati per ciascun tipo di funzione assistenziale ed i relativi costi standard.
In fase di primo avvio delle funzioni assistenziali, nell'ambito di programmi sperimentali ad hoc avviati con erogatori selezionati, dovranno essere specificati, oltre ai contenuti delle funzioni stesse, anche le modalità organizzative e remunerative appropriate e i costi connessi, nonchè i fabbisogni informativi e classificativi necessari per la loro gestione (attività erogate e costi).

4.5.4 I SISTEMI TARIFFARI

L'articolo 8-sexies del D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni prevede che la remunerazionie delle attività assistenziali diverse da quelle incluse nelle funzioni assistenziali sia determinata in base a tariffe predefinite e che le Regioni adottino il proprio sistema tariffario.
Obiettivo della regione Lazio nel triennio 2002-2004 è il completamento dei sistemi tariffari, con la specificazione delle tipologie di attività da remunerare mediante tariffe per prestazione, la individuazione dell'unità di misura e della classificazione più appropriata per la definizione della prestazione e la determinazione del costo associato alla erogazione.
Gli interventi finalizzati al completamento dei sistemi tariffari previsti nel triennio riguardano:

- la verifica e l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni erogate, in particolare per l'assistenza specialistica ambulatoriale, tenendo conto delle indicazioni contenute nel DPCM sui nuovi livelli di assistenza, nonchè delle segnalazioni delle società scientifiche e degli erogatori;
- la sperimentazione di modalità innovative di classificazione delle prestazioni già tariffate, anche tenendo conto delle indicazioni emerse dalla commissione ministeriale sul sistema di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale ex articolo 8-sexies del D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- la verifica e l'aggiornamento periodici delle tariffe vigenti e la determinazione delle tariffe relative a prestazioni ancora non tariffate, sulla base di rilevazioni mirate presso alcuni erogatori, pubblici e privati, rappresentativi della realtà regionale;
- l'attivazione di flussi informativi relativi alle prestazioni incluse nel livello di assistenza territoriale (RSA, riabilitazione ex art. 26, cure palliative; case di cura neuropsichiatriche, etc.) e completamento del flusso relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale;

- la definizione e l'avvio di sistemi di controllo esterno sugli erogatori dell'insieme delle prestazioni remunerate mediante tariffa che, in analogia a quanto già previsto per l'assistenza ospedaliera, utilizzando le potenzialità dei SSII sanitari esistenti e di quelli in corso di attivazione, consentano di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni erogate e di prevenire i comportamenti opportunistici tipicamente associati ai sistemi di remunerazione prospettici.

4.5.5 IL CONCORDAMENTO ED IL PIANO STRATEGICO AZIENDALE

Con il federalismo fiscale si apre per la Regione una fase di piena autonomia nella organizzazione del proprio sistema sanitario, a cui corrisponde una altrettanto piena responsabilità nell'assicurare livelli di assistenza adeguati ai bisogni manifestati dai propri cittadini.
Nel triennio 2002-2004 la Regione assume definitivamente il ruolo di ente di regolazione del sistema sanitario, ruolo da svolgere in coerenza con la politica regionale di promozione e di sviluppo degli altri settori di attività connessi alla crescita socio-economica del proprio territorio.
La responsabilizzazione della Regione nella risposta ai bisogni sanitari, nel rispetto dei vincoli economici, passa attraverso la responsabilizzazione delle Aziende sanitarie che devono acquisire il senso di appartenenza ad un sistema complesso da governare ai diversi livelli nella piena condivisione degli obiettivi.
In tale contesto le Aziende sanitarie sono chiamate:

- a completare il processo di aziendalizzazione utilizzando a pieno le leve gestionali imprenditoriali e sfruttando al meglio gli spazi di autonomia;
- a perseguire gli obiettivi di salute individuati a livello regionale in condizioni di efficienza, efficacia ed economicità.

Al fine di corresponsabilizzare le Aziende sugli obiettivi e sui risultati gestionali da realizzare, nel triennio 2002-2004 dovranno essere rafforzati gli strumenti di programmazione e controllo già introdotti dalla Legge Regionale (L.R.) 45/96, sia all'interno delle Aziende sanitarie, che nei loro rapporti con la Regione.
La procedura definita come "concordamento" dovrà diventare il momento centrale di partecipazione e condivisione degli obiettivi della programmazione regionale da parte delle Aziende, in modo che obiettivi specifici e relative risorse risultino coerenti con il quadro strategico complessivo.
Al fine del concordamento le Aziende sono tenute ad elaborare il budget generale o bilancio economico di previsione che diventa lo strumento attraverso il quale vengono definiti i livelli di costo correlati ai bisogni dei propri cittadini ed ai livelli di attività programmati.
Al Budget generale sono affiancati i budget funzionali relativi ai presidi ospedalieri ed ai Distretti.
Il Budget viene redatto nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi regionali, in termini di costi e di ricavi e viene presentato alla Regione come proposta per il concordamento.
Dal momento della sua presentazione prende avvio un processo di negoziazione di tipo bottom-up, in cui ogni singola Azienda evidenzia, in termini di fattori produttivi, le proprie necessità rispetto agli obiettivi strategici che la Regione, nell'ambito della programmazione regionale, le ha assegnato.
Le proposte di budget vengono esaminate:

- singolarmente per valutarne la coerenza interna rispetto alle indicazioni ed agli obiettivi economici assegnati dalla Regione (recupero dell'efficienza dei servizi e gestione diretta, riduzione del consumo di farmaci, potenziamento dell'assistenza domiciliare, etc.);
- unitariamente per valutare l'andamento complessivo dei costi e la loro coerenza con gli obiettivi di stabilizzazione della spesa (costo complessivo del personale, costo applicazione del contratto, costo della spesa farmaceutica, costi per mobilità passiva).

In entrambi i casi vengono utilizzati set di indicatori regionali di attività e di risorse costruiti sulla base dei dati dell'ultimo triennio e che afferiscono alle aree assistenziali della prevenzione dell'attività ospedaliera e dell'attività distrettuale.
I costi aziendali vengono, inoltre, valutati attraverso il raffronto con parametri regionali relativi a:

- costo medio del personale;
- costo medio della dirigenza e del comparto;
- trend di crescita dei beni e servizi;
- indici di produttività;
- indici di economicità.

Nel 2002 la procedura di negoziazione con le Aziende sanitarie verrà completata con la presentazione alla Regione di:
1) una proposta di PAL a valenza triennale che dovrà tradurre in termini economici – secondo uno schema predefinito - gli obiettivi gestionali con particolare riferimento alle aree di maggiore complessità:

- gestione delle risorse umane;
- gestione dei fabbisogni di investimento;
- riequilibrio dei consumi di prestazioni tra i diversi livelli assistenziali;
- riequilibrio complessivo nell'ambito del livello di finanziamento.

2) una proposta sul recupero dell'efficienza e della funzionalità dei Servizi sanitari a gestione diretta con particolare riferimento ai presidi ospedalieri.

Il concordamento si va così a delineare come sistema di governo condiviso Regione/Aziende, che consente:

- la valutazione della gestione in termini di risultati oggettivi raggiunti a consuntivo sulla base dei quali riprogrammare e rimodulare gli interventi;
- la responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati specifici assegnati.

Il Budget concordato diventa il parametro di valutazione della gestione aziendale complessiva.
È sulla base delle indicazioni contenute in questo documento che il Direttore Generale viene valutato nella sua capacità di governare l'Azienda e di condurla verso il raggiungimento di risultati di salute compatibili con le risorse assegnate.
Il concordamento assume sempre più il significato di un patto interno alla Regione a garanzia della stabilità finanziaria e ad evitare imposizioni fiscali aggiuntive ai cittadini per il sostegno di un sistema sanitario ancora in via di riqualificazione in termini di offerta e di domanda.
Il Budget quindi evidenzia la nuova centralità che gli aspetti economici assumono nel nuovo contesto del federalismo, della regionalizzazione del sistema sanitario e della responsabilizzazione della Regione e delle Aziende.

4.5.6 IL CONTROLLO DI GESTIONE ED IL SISTEMA BUDGETARIO

Il D.lgs n. 286 del 30 luglio 1999 ha introdotto norme per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59. Ai sensi dell'art. 4 della L.R. 3 agosto 2001, n. 16 "le Aziende si dotano di un'idonea organizzazione amministrativa e contabile nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e la funzionalità dei sistemi di controllo, secondo i principi generali fissati dal D.lgs 286/99.
In particolare, le disposizioni ivi contenute prevedono la specializzazione dei controlli interni in quattro diverse tipologie di funzioni.

A - Controllo delle regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli interni di verifica della legittimità, della regolarità e della correttezza dell'azione amministrativa provvede il Collegio sindacale. Fino alla data di entrata in vigore della L.R. attuativa del DLvo 229/99 si applicano le norme di cui al comma 3 e 3-ter del precitato decreto. Sono fatte salve le competenze attribuite alle società di revisione incaricate secondo le modalità previste dall'art. 4 della sopra citata L.R. 16/01. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile di norma non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva.
Il controllo esterno della gestione contabile, nel rispetto dell'art. 100 della Costituzione, è affidato alla Corte dei Conti, la quale verifica la legittimità e la regolarità contabile degli atti adottati dalle pubbliche amministrazioni, la rispondenza dei risultati delle attività agli obiettivi prefissati, valutando contemporaneamente costi, modi e tempi dell'azione amministrativa.

B - Controllo di gestione

Il controllo di gestione ha una ampia portata che tende alla verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati), dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.

A tal fine l'Azienda sanitaria definisce ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 286/99:

- l'unità o le unità responsabili della progettazione e della gestione del controllo di gestione;

- le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni.

La rilevanza del controllo di gestione è immediatamente correlata alla natura aziendalistica delle strutture sanitarie, improntate ad una contabilità analitica per Centri di Costo. Il controllo interno di gestione discende, pertanto, dalla gestione dei singoli budget assegnati ai responsabili delle U.O. La gestione budgetaria è indirizzata, generalmente, ad obiettivi di economicità della spesa, in presenza di una idonea qualità delle prestazioni rese alla luce degli specifici obiettivi predeterminati dalla direzione aziendale e concordati con i rispettivi responsabili dei Centri di Costo. In tale cornice lo stesso responsabile è immediatamente interessato ad un controllo interno del singolo budget attribuitogli al fine di conoscere periodicamente o comunque quando ne ravvisi l'esigenza lo stato di utilizzazione del budget al fine di tenere sotto controllo ed individuare le cause di eventuali scostamenti, intervenuti o prevedibili non solo in termini economici ma anche in termini di risultati.

C - Valutazione del personale con qualifica dirigenziale

"Le Pubbliche amministrazioni, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, valutano le prestazioni dei propri Dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane organizzative ad essi assegnate (competenze organizzative)" (ex art. 5 del D.lgs 286/99).
I principi di responsabilizzazione e valutazione della dirigenza sono stati recepiti per il SSN dal contratto collettivo nazionale stipulato l'8 giugno 2000. Tenuto conto della peculiarità della materia e della specificità richiamata all'interno degli stessi contratti, si fa rinvio alle norme di dettaglio individuate negli articoli 31/34.

D - Controllo strategico

"L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi" (ex art. 6 del D.lgs 286/99). Nell'ambito del sistema sanitario regionale la Regione all'atto di nomina di ciascun Direttore Generale, definisce ed assegna, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei Direttori stessi. Le Regioni determinano preventivamente, in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riguardo all'efficienza, efficacia e funzionalità dei Servizi sanitari.
Entro diciotto mesi dalla nomina la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi.
Si evince, pertanto, che l'attività di controllo strategico è stata affidata dal D.lgs 229/99 direttamente alla Regione che verifica complessivamente la rispondenza dell'attività aziendale agli obiettivi assegnati e più in generale al PSR.

L'utilità degli strumenti di controllo nell'ambito della più ampia attività di pianificazione è da individuarsi nella possibilità di valutare in anticipo la bontà di quanto pianificato, e soprattutto di poter intervenire tempestivamente ogniqualvolta si presentino criticità gestionali che potrebbero allontanare l'Azienda dai propri obiettivi.
In particolare il controllo di gestione deve essere uno strumento "terapeutico", agente sulle cause delle inefficienze gestionali e non un semplice lenitivo degli effetti.
Gli strumenti di controllo sono rappresentati da:

- sistema di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità;
- analisi di confronto tra possibili alternative di comportamenti da cui scaturiscano stimoli, convenienze ed opportunità di cambiamento;
- sistema di contabilità analitica dei costi;
- sistema di programmazione o controllo di tipo *budget*;

- auditing interno.

Il controllo di gestione identifica l'attività di verifica, in condizioni preventive, concomitanti e consuntive della gestione, nel più ampio processo di pianificazione e può essere sintetizzato quale insieme di attività con cui la direzione aziendale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti contabili, rileva se la gestione dell'Azienda si stia svolgendo in modo da permettere il conseguimento degli obiettivi formulati in sede di pianificazione e, soprattutto, verifica se la gestione si svolga secondo criteri di economicità al fine di garantire il perdurare dell'Azienda nel tempo.
Il sistema di *budgeting* è l'espressione formalizzata di un processo organizzativo-contabile finalizzato, in fase preventiva, all'allocazione delle risorse coerentemente con quanto definito in sede di pianificazione e programmazione e, in fase consuntiva, lo strumento per la verifica dell'andamento della gestione ed il grado di perseguimento degli obiettivi prefissati.
Le responsabilità gestionali del Dirigente nel processo di *budget* si sostanziano nell'impegno al raggiungimento degli obiettivi prefissati utilizzando al meglio le risorse assegnate.
In relazione a ciò il budget rappresenta:

- strumento guida dei manager attraverso il quale si assegnano obiettivi e si finalizzano i comportamenti valutando la coerenza tra le risorse attribuite ed i risultati da raggiungere;
- strumento di coordinamento tra le singole componenti aziendali;
- strumento fondamentale per i processi di motivazione del management precostituendo i parametri in base ai quali, in termini trasparenti, si effettua la valutazione e vengono attivati i meccanismi di premi/sanzione.

L'impostazione corretta del *budgeting* dovrebbe prevedere l'adozione di processi decisionali di tipo *bottom-up* modificato, in cui la formulazione delle proposte di *budget* da parte dei Centri di Responsabilità (C.d.R.) è preceduta dall'emanazione di LG da parte degli organi massimi di governo aziendale.
Le fasi del processo decisionale sono rappresentate dalla definizione da parte del vertice aziendale delle LG della gestione, e dalla definizione da parte dei responsabili dei singoli C.d.R. delle proprie proposte di *budget* tenendo conto delle informazioni contenute nelle LG e nei documenti informativi prodotti dal controllo di gestione. Le proposte vengono valutate in base alla loro coerenza con le LG, la *mission* ed il contesto economico-sociale dell'Azienda e del contesto nella quale è inserita.
Nel Lazio si sono registrate difficoltà di introduzione/accettazione del sistema di *budget* nelle strutture sanitarie, come d'altro canto in altre realtà regionali.
Queste difficoltà di introduzione sono riconducibili:

- al fatto che spesso le logiche di *budget* sono considerate dai professionisti quale strumento che fa prevalere logiche economico-contabili su quelle professionali ed etiche;
- ad un rifiuto di introdurre logiche di quantificazione e definizione di priorità esplicite quando si affrontano problemi della salute;
- alla considerazione del *budget* quale strumento di contenimento dei costi e non quale strumento di guida per la gestione;
- alla difficoltà dei professionisti di accettare la logica della "negoziazione" degli obiettivi e delle risorse;
- all'impostazione *top-down* data spesso al processo;
- all'oggettiva difficoltà di individuare indicatori e parametri quantitativi soprattutto riferiti agli obiettivi di efficacia.

È indispensabile, invece, persistere nell'implementazione del sistema di *budgeting* in ambito aziendale in quanto il *budget* ed il controllo direzionale costituiscono un processo circolare che inizia dalla programmazione ed implementa la programmazione stessa attraverso la revisione dei programmi e la modifica delle strategie, la revisione del *budget* e le azioni correttive rispetto alle attività.

4.5.7 IL BUDGET DI DISTRETTO

Premessa normativa

Il D-Lvo 229/99 completa il processo di aziendalizzazione attraverso la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale sancite dall'atto aziendale di diritto privato. Le Aziende USL divengono strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

Il Distretto s'inserisce in pieno in questa nuova configurazione aziendale in quanto individuato dall'atto aziendale, secondo l'art. 3-quater punto 1 del D.lgs 229/99. Lo stesso Distretto, posto al centro del sistema delle cure primarie ed intermedie, viene dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Anche la normativa regionale varata dall'avvio dell'aziendalizzazione che risale al 1992 (L.R. n. 18 del 16/06/1994 - D.G.R. 5235/94 – D.G.R. n. 3140/95 - D.G.R. n.5733/99), assegna al Distretto piena autonomia in analogia alla normativa nazionale.

Pur nella previsione normativa, difficoltà e resistenze al cambiamento non hanno sinora consentito di attivare il processo di autonomia previsto e di sperimentare forme nuove di gestione della sanità di territorio.

Il modello organizzativo

È particolarmente rilevante delineare il modello organizzativo in quanto presupposto indispensabile per la definizione del sistema di *budget*.
Il modello proposto dalle normative nazionali e regionali attribuisce al Distretto il ruolo di gestione globale delle risorse assegnate al territorio attraverso il governo della domanda. Il modello si fonda sulla individuazione ed attribuzione di C.d.R., cioè sull'affidamento di responsabilità per aree di risultato, dove è fortemente presente l'elemento "integrazione". Tutto il sistema si orienta sul lato della domanda dove al centro non è più presente il Servizio, ma il Cittadino utente delle prestazioni.

Il "sistema di budget" come "programma annuale operativo"

Il *budget* diviene in questo contesto uno strumento importantissimo per attivare l'autonomia dei Distretti in quanto con esso si mette in moto un sistema di assegnazione di obiettivi e di responsabilità, finalizzando ad essi le risorse umane, finanziarie e strumentali, e definendo i risultati attesi e le modalità di valutazione. Il sistema stesso, pertanto, deve orientare i propri processi sulle attività di controllo della gestione.
In coerenza con il funzionamento dei meccanismi di controllo di gestione, si prevede che i direttori di Distretto negozino il proprio *budget* con il Direttore Generale e quindi, direttamente o attraverso delegati, negozino a livello periferico i *budget* di secondo e terzo livello.
La temporalità del budget deve essere annuale in questa fase sperimentale di avvio, per poi diventare triennale (in coerenza con i PAL), ma con verifica intermedia e rinegoziazione degli obiettivi e delle risorse a cadenza annuale.
Il sistema di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi deve esplicitare i criteri e gli elementi su cui viene effettuato (definendo, a seconda dell'ambito e delle opportunità, indicatori di input, di processo, di prodotto e, forse, di esito). Per quanto riguarda i soggetti della valutazione, si deve verificare come l'Azienda ha strutturato tutto il meccanismo dei controlli interni (nucleo di valutazione, valutazione e controllo strategico, controllo di gestione) rispetto a quanto prefigurato nel D.lgs 286/99.
Risulta evidente in questo contesto che le Aziende USL, prima dell'attivazione del sistema di budget, debbano definire, attraverso l'atto aziendale, la struttura dell'organizzazione (Piano e rete dei C.d.R., Piano dei Centri di Costo) con la sua graduazione e le responsabilità connesse, la strategia, la pianificazione delle attività, nell'ambito degli obiettivi previsti dal PSR.

Sistema informativo di supporto alla gestione del budget

È indispensabile poter disporre di un SI regionale ed aziendale che possa permettere l'analisi per linee di attività dei consumi in ogni singolo Distretto, sia nella loro interezza, sia nelle sotto-categorie economiche ed epidemiologiche di interesse.
Occorre per far ciò basarsi sull'esistente valorizzando gli elementi informativi disponibili ed armonizzandone l'utilizzo e la comparazione, anche prevedendo i necessari adeguamenti.
Il SI dovrebbe permettere di analizzare sia i processi produttivi, sia l'utilizzo di risorse in funzione delle attività svolte e dei prodotti realizzati, permettendo la rilevazione analitica dei costi/consumi.

È possibile immaginare le seguenti fasi:

- effettuazione di una revisione dell'esistente (fonti, struttura delle basi dati, contenuti informativi, completezza, frequenza della disponibilità, etc.) per definire un set comune minimo di dati che costituiscano i debiti/crediti informativi utili e necessari al governo (o quanto meno al controllo) delle funzioni che interessano;
- definizione di un programma di implementazione del set di dati, definendo obiettivi, tempi e risorse.

PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE

1. Sperimentazione anno 2002

- Sperimentazione complessiva

In coerenza con quanto affermato dal D.lgs 229/99 e con quanto previsto dall' art.86 della finanziaria del 2001, approvata con legge n. 388 del 23 dicembre 2000, è maturato il momento di sperimentare l'assegnazione al Distretto di un budget, seppure virtuale, riferito al complesso delle attività assistenziali che in esso sono erogate.
La sperimentazione proposta, che si dovrebbe estendere in almeno due Distretti della Regione (uno per la Città di Roma ed uno per le altre Province), si può fondare sull'attribuzione, proporzionale alla popolazione di riferimento del Distretto individuato per la sperimentazione, della quota di FSR che, ai sensi della Circolare n. 2 del 31 gennaio 2001 ("Finanziamento delle ASL e delle AO – Anno 2001 – Criteri di riparto, modalità di presentazione del bilancio economico di previsione), è destinata a finanziare il macrolivello dell'assistenza distrettuale, esattamente nella misura del 46%.
Sempre in linea con la finanziaria del 2001, si ritiene utile attivare un Comitato di monitoraggio, composto da responsabili aziendali e referenti regionali, avente il compito di valutare in itinere l'andamento della sperimentazione e di formulare le valutazioni conclusive, proponendo gli eventuali correttivi.

- Sperimentazione per linee di attività

Tale sperimentazione deve interessare tutti i Distretti non coinvolti al punto precedente. Ogni Distretto effettua il monitoraggio di tutte le componenti ed, in particolare, della spesa, costitutive di una specifica linea di attività da esso individuata ed a predisporre nell'anno obiettivi per l'utilizzazione delle risorse nel rispetto delle evidenze scientifiche, governando la domanda e predisponendo percorsi diagnostico-terapeutici.
La Regione, anche attraverso l'ASP, fornisce il supporto tecnico per la definizione di ciò che la linea di attività rappresenta e per l'individuazione dei suoi elementi costitutivi.

2. Sperimentazione anno 2003

Prevede l'ampliamento delle attività sperimentali del 2002 negli altri Distretti su libera iniziativa delle singole Aziende USL, con l'obiettivo d'incrementare al massimo le realtà regionali interessate all'applicazione in ambito distrettuale del sistema di budget.

3. Sperimentazione anno 2004

Applicazione in tutti i Distretti della Regione del sistema di budget per tutte le attività del Distretto, con particolare riferimento ai consumi indotti da ogni singolo MMG.

Tutte le sperimentazioni citate dovranno prevedere un'attività valutativa a metà anno ed una a chiusura di anno comprensiva della adozione di eventuali correttivi e della diffusione dei risultati.

4.5.8 LA POLITICA DEGLI INVESTIMENTI ED IL RINNOVAMENTO TECNOLOGICO

La politica degli investimenti ed il rinnovamento tecnologico devono essere contestualizzati in un quadro più ampio di prospettive strategiche e di vincoli economici sviluppandosi, rispetto ad una programmazione dell'offerta basata sulla definizione dei livelli assistenziali, l'individuazione delle strutture necessarie e pertinenti a ciascuno dei livelli assistenziali definiti, l'ubicazione sul territorio di queste strutture sulla base della distribuzione del bisogno assistenziale e di considerazioni logistiche, sfruttando le possibili sinergie operative e tenendo conto dei vincoli esistenti.
In relazione a quanto si prospetta per la rimodulazione del SSR è necessaria una prioritarizzazione degli interventi puntando sostanzialmente:

- al ridimensionamento ed alla riqualificazione della rete ospedaliera, in una logica di rinnovamento tecnologico ed alberghiero consono ai bisogni della popolazione ed all'evoluzione delle tecnologie, nonchè di continuità rispetto al territorio;
- alla riqualificazione della rete dei presidi territoriali, quale elemento aggregante della continuità assistenziale, luogo dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari.

Ciò avendo a riferimento, per un verso, l'obbligatorio adeguamento ai requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e, per l'altro, l'esigenza di diversificare l'offerta secondo più attuali acquisizioni tecnico – scientifiche.
In questo senso sono già orientati l'accordo di programma per l'utilizzo dei finanziamenti ex art.20, legge 67/88 ed i programmi specifici messi in campo dalla Regione nel corso del 2000, quali:

- la realizzazione di Centri per le cure palliative (Hospice) operata con la DGR 37/00;
- la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle area metropolitana di Roma (art. 71, L.448/99);
- il potenziamento della radioterapia ai sensi dell'art.28, comma 12, della legge 23 dicembre 1999, n.488 e dell'art.96, comma 1, della legge 388/00;
- la realizzazione delle strutture da destinare alla libera professione intramuraria (D.lgs 254/00).

Coerentemente con quanto espresso nel presente documento costituiscono obiettivi prioritari delle politiche degli investimenti nella Regione :

- il completamento della razionalizzazione della rete ospedaliera;
- il completamento ed il potenziamento della rete delle strutture territoriali, garantendo anche l'integrazione dei servizi territoriali con i programmi di cura per i malati in fase terminale, con particolare riferimento ai malati oncologici;
- il rinnovamento ed il potenziamento della dotazione tecnologica esistente con particolare riferimento al settore dell'oncologia;
- l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 ed all'art.8 del D.lgs 187/2000;
- l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- la realizzazione delle RSA.

L'allineamento delle strutture regionali agli standard previsti dalle normative ed il rinnovamento tecnologico, indispensabili per garantire qualità tecnica e migliorare l'efficacia delle attività sanitarie, richiedono un notevole sforzo economico ed il contestuale sviluppo da parte della Regione e delle Aziende di migliori capacità valutative e progettuali. D'altro canto, i processi di adeguamento già attivati soffrono di lentezze procedurali che, talvolta, rischiano di pregiudicare i risultati in termini di congruità rispetto ai bisogni emergenti, rispetto alle quali occorre perseverare nelle iniziative di semplificazione già intraprese ed, al tempo stesso, innovare procedure, attivare meccanismi di concertazione preventiva con i diversi soggetti coinvolti, potenziare l'operatività sia a livello regionale, che locale.
Sul versante dei finanziamenti, considerato che i finanziamenti pubblici non sono sufficienti a supportare un cambiamento veloce che oggi è ormai diventato necessario portare a compimento, anche per porre la sanità regionale agli alti livelli di espressione che le competono in relazione alle eccellenze professionali presenti, occorre promuovere l'ingresso di capitale privato. L'apporto di investitori privati deve essere incardinato rispetto ad una strategia complessiva della quale la Regione deve assumere la *leadership* in quanto titolare delle funzioni di indirizzo nei riguardi delle Aziende sanitarie e garante della finalizzazione degli interventi agli obiettivi del SSR, ma anche soggetto in grado di fornire all'investitore privato garanzia più adeguata.

Si delineano, quindi, almeno due direttrici di intervento una, volta a migliorare l'operatività regionale e locale nel campo della progettazione e della gestione dell'ingresso delle nuove tecnologie e l'altra, volta a governare il processo di ingresso di capitali privati nel sistema.
La realtà italiana delle tecnologie sanitarie è caratterizzata da una elevata vetustà delle apparecchiature (l'età media del patrimonio tecnologico del SSN è di oltre 8 anni) e da una diseguale distribuzione all'interno del territorio nazionale. In termini quantitativi la dotazione complessiva è sostanzialmente prossima a quella del resto d'Europa, con valori talvolta superiori alla media europea.
La vetustà del parco tecnologico della regione Lazio è sovrapponibile alla media nazionale, per tale motivo occorre sviluppare programmi di rinnovamento tecnologico che puntino a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi e a ridurre i tempi di attesa.
La dotazione tecnologica delle strutture sanitarie, siano esse presidi ospedalieri, siano esse strutture territoriali quali consultori, poliambulatori, o presidi integrati territoriali (PIT), contribuisce in buona misura al buon funzionamento delle stesse, sia in termini di quantità delle prestazioni rese, che in termini di qualità di erogazione delle stesse.
È noto, infatti, che l'erogazione di una qualsiasi prestazione sanitaria si avvale, oltre che delle conoscenze del professionista sanitario di turno, anche dell'apporto specifico e delle "informazioni" che lo stesso può o vuole ricevere dalle tecnologie al servizio della medicina in genere.
Tecnologie superate causano la produzione di risultati che possono avere effetti negativi sia in termini diagnostici e terapeutici, che in termini economici.
È d'altro canto importante sottolineare quanto incidano nella erogazione "tecnologica" la qualità delle attrezzature e la loro numerosità.
I due aspetti di quantità e di qualità costituiscono le dimensioni alla base della valutazione della dotazione strumentale dei diversi presidi in relazione al fabbisogno prestazionale che sono chiamati a soddisfare.
Un ulteriore parametro fondamentale nella pianificazione della dotazione tecnologica delle strutture è la compatibilità e coerenza delle stesse rispetto all'organizzazione del lavoro: infatti, all'introduzione di tecnologie anche sofisticate deve corrispondere la capacità di utilizzazione e di integrazione delle stesse nel processo produttivo.
Sotto la spinta di un numero crescente di ricerche, di una rapida e diffusa circolazione delle conoscenze, nonché di una internazionalizzazione dei mercati, vengono, infatti, messi a punto e resi potenzialmente disponibili sempre nuovi prodotti che ampliano, oltrechè innovano, le possibilità di intervento.
Il mercato mondiale per i prodotti biomedici è concentrato nel Nord America (43%) ed in Europa (33,5%). L'Italia con 3.700 milioni di dollari rappresenta il quinto mercato nazionale del mondo ed il terzo in Europa (dopo Germania e Francia). Esso è assicurato per oltre il 70% dal settore pubblico; la produzione nazionale, realizzata da oltre 700 Aziende, vale circa 2.200 milioni di dollari ed è esportata per oltre il 50%.
Le caratteristiche peculiari del comparto produttivo delle tecnologie biomediche sono:

- un'elevata sensibilità all'innovazione: sotto l'effetto trainante della ricerca biomedica e del desiderio dell'individuo di garantire sempre il massimo per la propria salute, vengono continuamente sperimentati ed immessi nel mercato dispositivi ed apparecchiature, spesso altamente sofisticati e costosi;
- un costante incremento del volume: anche nei Paesi con calo demografico. Ciò dipende da quanto sopra detto e dal fatto che la vita media è in costante aumento;
- un largo uso delle tecnologie avanzate: questo comparto è naturalmente propenso ad utilizzare quanto di meglio sia disponibile nell'ambito delle tecnologie di interesse, che sono le più varie (elettronica, informatica, materiali, biotecnologie, etc.);
- una ridotta dimensione delle Aziende: anche le Aziende *leader* mondiali coprono al più il 30-35% del segmento del mercato, con un fatturato che va dai 50 ai 500 milioni di dollari, valori considerati minimi negli altri comparti industriali. Ciò dipende dal fatto che le Aziende presentano una elevata specializzazione, comportando la stessa l'impossibilità di assicurare la massa critica necessaria alla ricerca;
- una tributarietà al *fall-out* di altri settori: l'industria biomedica è tributaria ad altri settori delle innovazioni che vengono incorporate nei prodotti. Questo fatto rappresenta contemporaneamente un punto di forza (possibilità di non dovere investire in tutti i campi, garanzia di poter scegliere quanto di meglio disponibile) e di debolezza (necessità di avere competenze dirette o indirette in molti settori, difficoltà di conoscere o di poter realmente acquisire certi risultati di potenziale interesse);
- una facile soglia di accesso per nuovi prodotti e/o produttori, ma anche un alto rischio di uscita: ciò dipende dal fatto che ciascuna classe merceologica è relativamente piccola e che l'innovazione è apprezzata, ma facilmente superata.

I responsabili delle strutture sanitarie sono i principali acquirenti di tecnologie biomediche.
La necessità di previsioni affidabili sull'impatto clinico, economico ed organizzativo, nonché di informazioni aggiornate ed esaurienti sui vari prodotti presenti sul mercato ha favorito la diffusione della cultura del "*technology assessment*": esso riguarda l'analisi degli aspetti tecnici, clinici ed economici; attività che fa parte dei compiti istituzionali dell'ASP.
Appare, infatti, non solo opportuna, ma necessaria all'interno di ogni Azienda sanitaria la presenza di un responsabile delle tecnologie particolarmente qualificato, capace di operare le scelte e le valutazioni in materia.
Come è noto la scelta di ogni singola fornitura biomedica dovrebbe essere guidata dalla consapevolezza della necessità di dover procedere tenendo conto comparativamente non solo del prezzo, ma anche delle prestazioni e del costo di gestione di ogni singolo apparecchio e, soprattutto, dell'esigenza di doverne garantire successivamente il funzionamento efficace e sicuro.
Solo specifiche competenze tecnico-scientifiche possono assicurare la corretta installazione e gestione in continuo controllo di qualità.
Purtroppo, nonostante specifici Progetti Finalizzati finanziati dal CNR negli anni 1976-81 e 1983-87 ne abbiano messo in evidenza i vantaggi tecnici ed economici, la presenza dei così detti "Servizi di Ingegneria Clinica", è ancora oggi particolarmente scarsa all'interno delle Aziende sanitarie. Ad oggi tali servizi sono istituzionalmente presenti a livello nazionale solo nel 25% degli ospedali italiani contro l'85% degli ospedali USA; nel Lazio la percentuale è leggermente al di sotto della media nazionale.
Anche la capacità progettuale delle Aziende sanitarie in tale campo risente di quanto detto sopra: difatti, mentre per la "progettualità edilizia" è ormai consolidata una professionalità adeguata, la "progettualità delle tecnologie biomediche" risente fortemente di questa carenza, che evidenzia una committenza poco informata e consapevole del ruolo che è chiamata a rivestire.
Considerando che, a queste problematiche già complesse e rilevanti, si è aggiunta anche nello specifico comparto della Sanità, l'introduzione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che schiudono nuovi orizzonti nella pratica clinica e nelle attività gestionali di supporto, appare evidente come sia rilevante l'aspetto "integrativo" nelle normali prassi operanti.
Come detto, infatti, all'introduzione di tecnologie anche sofisticate deve corrispondere la capacità di utilizzazione e di integrazione delle stesse nel processo produttivo.

AZIONI

Livello regionale

- Sollecitare, sostenere e promuovere iniziative atte alla realizzazione di " U.O. di Ingegneria Clinica".
- Promuovere la realizzazione dell'Osservatorio regionale dei Prezzi e delle Tecnologie sanitarie previsto dalla L. n. 405/01, con l'ausilio dell'ASP.
- Promuovere la adozione di protocolli standard per lo sviluppo e la validazione di sistemi per la gestione delle tecnologie negli ospedali, la verifica di qualità di Servizi diagnostici e terapeutici utilizzanti apparecchiature, etc.).
- Promozione, coordinata a livello regionale, della ricerca applicata per la sperimentazione e la valutazione tecnica e clinica delle nuove tecnologie.
- Definizione di programmi regionali co-finanziati (Stato, Regione ed Aziende sanitarie) relativi ai settori ad elevato investimento tecnologico, in ragione del fabbisogno accertato nel bacino regionale e per l'eventuale creazione di Centri di eccellenza interregionali di riferimento.

Livello aziendale

- Inventariare e valutare le tecnologie esistenti, dal punto di vista dello stato delle apparecchiature e del loro utilizzo, ai sensi dell'art.8 comma 1 lettera b del D.lgs 187/2000.
- Adozione di sistemi di incentivazione alla dismissione delle apparecchiature obsolete.

4.6 IL GOVERNO DEL PERSONALE

Un sistema di Aziende di Servizi, soprattutto in un settore di attività come quello sanitario, caratterizzato da un ampio utilizzo di un elevato livello di tecnologia, non può essere governato in modo efficiente prescindendo dalla necessità di una effettiva ed estesa valorizzazione delle risorse umane.
Queste, sia per incidenza di spesa, sia per reale capacità di essere determinanti sul miglioramento dei processi produttivi, se adeguatamente motivate e valorizzate nelle proprie competenze distintive, possono ragionevolmente rappresentare il più proficuo investimento per il sistema regionale.
Servono quindi, giustificatamente, impegni specifici ai quali le Aziende sono chiamate per contribuire alla creazione di un sistema regionale di governo del personale, indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di efficienza e qualità perseguiti.
Tale sistema di governo, a sua volta, dovrà incentrarsi su quelli che sono gli elementi di maggior incidenza sui risultati attesi nella gestione delle risorse umane: riequilibrio delle risorse, valorizzazione della professionalità, formazione continua, integrazione dei servizi, responsabilizzazione della dirigenza.

Il riequilibrio delle risorse

È limitativo pensare che il tema dell'appropriatezza sia esclusivamente riferibile alle sole prestazioni sanitarie. Può infatti ragionevolmente parlarsi anche di utilizzo appropriato delle risorse umane. Al tempo stesso va affermato che così come la carenza di risorse può incidere negativamente sulla qualità del prodotto-servizio, ugualmente può causare un eccesso di tale risorsa, quando questa situazione produce incertezza dei ruoli e sottoutilizzo del personale.
Il sistema delle Aziende deve quindi ulteriormente sviluppare la propria capacità di analisi del reale fabbisogno, nella consapevolezza che un utilizzo efficiente del personale è presupposto essenziale per aumentare l'economicità della gestione, ma, al tempo stesso, la motivazione del personale. Al miglioramento dello strumento analitico dovrà poi corrispondere un adeguato sviluppo delle capacità di riconversione professionale delle risorse eventualmente eccedenti, privilegiando il recupero operativo in altri ruoli rispetto al ricorso ad altra soluzione più onerosa per il personale stesso.
L'obiettivo del sistema è quello di introdurre nelle Aziende la cultura di utilizzare in modo selettivo il *turn* over e la riconversione professionale del personale eccedente nelle realtà in cui tale problema si evidenzia, contribuendo in questo modo al conseguimento di un riequilibrio regionale di risorse su basi più eque, realizzando al contempo le condizioni per un contenimento dei costi ed una maggior efficientizzazione del sistema regionale.

Valorizzazione delle professionalità

Fondamentale per il sistema regionale è il conseguimento di una diffusa valorizzazione delle professionalità. Questo si realizza in primo luogo, ma non soltanto, attraverso una programmazione e diffusione a tutto il personale dipendente di adeguate occasioni di aggiornamento professionale.
Da qui la necessità che ogni Azienda, in un'ottica di miglioramento continuo, adotti quale metodica ordinaria di lavoro, quella di stabilire azioni pianificate per lo sviluppo delle potenzialità personali e professionali del personale.
Fra i contenuti di tali attività non possono non essere richiamati quelli connessi all'approfondimento della conoscenza individuale della *mission, vision* e degli obiettivi generali e di qualità dell'Azienda, prevedendo accertamenti periodici della motivazione e della crescita del senso di appartenenza aziendale, onde monitorare l'efficacia delle iniziative formative. Per conferire certezza del ruolo assegnato ai singoli operatori e consapevolezza della propria capacità nell'influire sulla qualità del servizio erogato, va approfondita la conoscenza degli organigrammi aziendali e migliorata la comunicazione organizzativa. Al tempo stesso non va sottovalutata la necessità di approfondimenti sulla normativa di sicurezza e su quella pertinente l'attività svolta, per garantire un'accurata conoscenza degli strumenti e delle informazioni operative ma, al tempo stesso, l'applicazione delle norme specifiche sulla prevenzione dei rischi sul posto di lavoro.

Formazione continua

Per formazione continua si intende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative sia teoriche, che pratiche, con lo scopo di fornire a tutti gli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti.
L' attenzione al problema della formazione è data dal fatto che tale tema è strategico nel momento attuale, caratterizzato da profondi mutamenti sociali e da nuovi bisogni di salute della popolazione, cui è necessario rispondere in modo adeguato e competente.

La regione Lazio si farà parte attiva per proporre entro breve tempo, con la costituzione di un'apposita Commissione, gli obiettivi formativi della formazione continua, in accordo con quelli nazionali espressi dall'apposita Commissione.
Gli operatori della sanità hanno il dovere di partecipare ai programmi di formazione continua, che devono essere garantiti dalle relative Aziende, salvaguardando, altresì, un diritto del cittadino consapevole della capacità della medicina di rispondere non solo a domande di cura, ma anche a quelle più complessive di salute.
Per quanto riguarda lo sviluppo delle attività relative all'Educazione Continua in Medicina (ECM), si veda quanto riportato nella parte II al punto 1.7 'Formazione ed aggiornamento professionale'.

Integrazione dei servizi
Per garantire il conseguimento degli obiettivi generali e specifici, le Aziende devono stabilire un'articolazione interna idonea a realizzare le attività pianificate, facendo leva sull'utilizzo del modello dipartimentale e sull'integrazione dei servizi. Sarà altresì necessario lo sviluppo di un efficiente controllo sulla loro realizzazione, la valutazione ed il Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) del servizio, in tutte le fasi della sua costituzione.
Ciò comporta per le Aziende la necessità di definire esplicitamente le responsabilità generali e particolari attinenti alla realizzazione delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici, il grado di autonomia delle singole U.O. e delle professionalità impegnate nei processi condivisi, i livelli di controllo e di coordinamento delle attività necessarie.
Nella implementazione di questo progetto sarà indispensabile la consapevolezza che non si tratta di un problema di ingegneria organizzativa, bensì di crescita culturale di tutti gli operatori.
Chi avrà la responsabilità dei progetti di dipartimentalizzazione dovrà, infatti, assicurasi che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire ed il modo in cui le attività influiscono sulla qualità del servizio erogato.
L'ambiente di lavoro dovrà essere orientato al miglioramento e facilitare la creazione di rapporti di collaborazione tra i diversi livelli della struttura dipartimentale. Dovrà, infine, essere incentivato lo sviluppo delle potenzialità di ogni componente dell'organizzazione, con l'adozione di metodi di lavoro che riconoscono la coerenza rispetto all'obiettivo, la creatività e la disponibilità al coinvolgimento e che incoraggiano i contributi al miglioramento della qualità.

Responsabilizzazione della dirigenza
Più complesso il quadro degli interventi da porre in essere relativamente alla dirigenza, con particolare riferimento a quella sanitaria.
Primo obiettivo del sistema è la realizzazione di un ampio processo di decentramento amministrativo che, in armonia con la legislazione nazionale e le norme contrattuali, attraverso l'istituto della delega, attui l'oggettivo trasferimento di competenze gestionali ai Dirigenti.
Conseguenza attesa ed auspicata è l'aumento del livello di responsabilizzazione della dirigenza rispetto agli obiettivi gestionali dell'Azienda, l'individuazione di precisi ambiti di responsabilità, l'aumento in generale del senso di appartenenza all'Azienda e di orientamento alla *mission* ed all'utente.
Pur con la doverosa attenzione all'andamento della spesa del personale e dei costi del sistema in generale, che richiedono la necessità di sostenere le Aziende nel creare gli strumenti per attuare un'attenta sorveglianza sulla produttività delle Aziende, la Regione, infatti, ritiene necessario un investimento sulla formazione ed ulteriore professionalizzazione della dirigenza.
In questo progetto strategico, che coinvolge tutti i Dirigenti della Regione, non ci si può limitare all'obiettivo di far diventare di senso comune concetti quali la necessità di lavorare per progetti, di responsabilità del risultato non solo professionale ma anche economico, di chiarezza degli obiettivi e di chiarezza sugli strumenti e sulle modalità di verifica.
L'obiettivo è, invece, quello di creare una comunità regionale di Dirigenti, capaci di protagonismo e tutti ugualmente orientati ad adeguatamente soddisfare il bisogno di efficienza, appropriatezza e di orientamento all'utenza che emerge dalla società civile.
È, infatti, su tale obiettivo che si misurerà nei prossimi anni la capacità del sistema regionale di innovare positivamente la gestione delle Aziende sanitarie, in un'ottica di modernizzazione del sistema e di attenzione ai bisogni veri del cittadino.

4.7 RICERCA, INNOVAZIONE, SVILUPPO

Scenari del tutto nuovi potrebbero configurarsi nel prossimo futuro in virtù delle incalzanti attività di ricerca condotte all'interno del settore sanitario nell'ultimo decennio.
Le esplorazioni compiute nel campo dell'indagine biomolecolare, le nuove acquisizioni in tema di genetica, i successi delle sperimentazioni farmacologiche e biotecnologiche, l'applicazione sempre più massiva dell'informatica e della telematica alla medicina, gli studi di carattere sociologico e psico-sociale sulla domanda di salute, l'ingresso della Information & Communication Technology nei sistemi di organizzazione e di amministrazione lasciano intravedere la concreta possibilità che, di qui a pochi anni, ci si troverà di fronte a modelli clinico-assistenziali profondamente rinnovati rispetto a quelli che hanno sinora ispirato il nostro sistema sanitario.
Il "bisogno di nuovo" che si è così prepotentemente manifestato negli anni '90 nella ricerca di assetti diversi sul Piano amministrativo ed istituzionale, sembra oggi rivolgersi, oltre che a quelli gestionali, ai grandi contesti di tipo clinico, diagnostico ed assistenziale, così incisivamente toccati dal progresso delle conoscenze scientifici e tecnologici.
Per la Regione si tratta, a ben vedere, di dover governare "in corsa" un vasto processo di modernizzazione del Sistema, indotto, questa volta, da quelle tante conquiste della ricerca scientifica, dell'analisi valutativa, dell'innovazione tecnologica, che, affermatesi negli ultimi anni, pongono non facili problemi di "allineamento" per i tempi ed i modi che il sistema sanitario ha finora tentato di darsi e di compatibilità con le risorse economiche disponibili.
La Regione, per gli ambiti di competenza che le sono propri è, quindi, chiamata a governare e regolare questo processo di continuo miglioramento delle tecniche, dei prodotti e delle conoscenze, traducendone i risultati in nuove capacità di offerta, coerenti tra loro e compatibili con le caratteristiche dell'intero sistema sanitario.
Ed è ancora suo compito quello di individuare ed indicare gli obiettivi di prioritario interesse verso i quali orientare gli sviluppi della ricerca scientifica ed innovativa, in funzione della loro appropriata trasferibilità nel sistema.
In generale, sul versante della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo, la Regione intende esplicitare il proprio ruolo di *governance* attraverso tre direttrici chiave:

1. stare al passo, conoscere, far sapere;
2. promuovere, orientare, sostenere, regolare;
3. utilizzare, diffondere, trasferire, consolidare.

Le tre direttrici vanno considerate nella loro capacità di produrre un dinamico ciclo virtuoso, nel senso che l'ultimo *step* possa costituire *input*, stimolo e nuova informazione per riprendere dal primo.
Alla luce di quanto esposto costituiscono obiettivi specifici nel campo della ricerca innovazione e sviluppo:

- promuovere processi di ricerca e di sperimentazione fondati su previsioni di effettiva utilità ed efficacia e su impianti metodologici rigorosi;
- sperimentare la creazione di un "registro aperto e certificato" degli Enti, Istituzioni ed Organismi della ricerca e dell'innovazione per il sistema sanitario del Lazio;
- utilizzare i risultati positivi ottenuti dalla ricerca e dalla sperimentazione. I prodotti dei programmi di sviluppo vanno, pertanto, opportunamente diffusi. In particolare, la Regione cura il trasferimento delle buone pratiche originate dai progetti di ricerca nelle due direzioni della programmazione regionale - che ne trae alimento per i propri processi operazionali (*mainstreaming* verticale) - e delle realtà locali che vengono così contaminate dai nuovi e positivi modelli operativi (*mainstreaming* orizzontale);
- sviluppare in sede regionale le funzioni di consulenza e di *tutoring* per sostenere i soggetti titolari di progetti di ricerca sia nel lavoro di progettazione che nello svolgimento dei programmi approvati. Per la progettazione, in particolare, il sostegno di consulenza potrà mirare alla armonizzazione dei programmi con gli indirizzi dei piani di sviluppo regionali e del PSR ed alla costituzione di reti di partenariato locali o transnazionali. Per lo svolgimento dei programmi avviati, l'azione di *tutoring* tenderà a monitorare il rispetto della coerenza delle attività con gli obiettivi prefissati e la valutazione dell'efficacia dei risultati prodotti.

AZIONI

- Incrementare la quantità e migliorare la qualità dei contatti sistematici e collaborativi con le Strutture istituzionali impegnate nella proposizione di linee e programmi di ricerca, nella loro elaborazione e, infine, nella concreta effettuazione delle attività progettuali e sperimentali.
- Rafforzare ulteriormente quei legami di raccordo che già esistono con le Istituzioni di riferimento - l'Unione Europea e il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca, l'ISS, il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), le Università, l'ASP del Lazio, le Aziende USL e ospedaliere, gli IRCCS, etc. – e, dall'altra, di stabilire in via continuativa e sistematica gli opportuni "*link*" con quella vasta pluralità di soggetti ed organismi che, a vario titolo, si caratterizzano come veri e propri produttori di innovazione, operatori intelligenti della ricerca e della sperimentazione.
- Acquisire sistematicamente in termini tempestivi e tendenzialmente completi, dei vari materiali documentali intorno alle iniziative ed ai programmi di ricerca e sperimentazione nel settore sociale e sanitario, ivi compresi quelli riferibili alle rispettive motivazioni, articolazioni e metodologie - dal livello sovranazionale a quello locale, dalle riflessioni di grande orizzonte alle acquisizioni empiriche - allo scopo di conoscere e mettere in rete un crescente numero di informazioni affidabili su tali iniziative e proporsi come luogo di chiarificazione e di divulgazione delle politiche d'innovazione praticate ai diversi livelli di governo.

PARTE II
STRATEGIE E SFIDE

1.0 GLI INDIRIZZI STRATEGICI

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) deve perseguire gli indirizzi strategici seguenti.

1.1 PARTECIPAZIONE CONSAPEVOLE DEL CITTADINO

DEFINIZIONE DEL TEMA

L'intesa con il cittadino

La qualità di un sistema sanitario centrato sulla persona si misura attraverso la capacità di offrire prestazioni conformi alle attese degli utenti e di soddisfare i bisogni di salute espressi ed inespressi della collettività e dei singoli. Il perseguimento di tali obiettivi dovrà realizzarsi all'interno di un'intesa tra i cittadini ed il sistema sanitario regionale, utile alla piena attuazione di una consapevole e libera scelta dei servizi. Fondamenti di tale accordo sono una comunicazione efficace e l'assunzione di responsabilità reciproche.

La partecipazione attiva e propositiva dei cittadini, mediante le loro organizzazioni rappresentative e la soddisfazione dell'utente, intesa quale atteggiamento globale nei confronti del sistema sanitario regionale o reazione ad una specifica esperienza assistenziale, sono i punti focali su cui si indirizzano sia le linee strategiche della politica sanitaria regionale sia la recente normativa nazionale volta alla tutela dei diritti dei cittadini.

Tali diritti devono essere intesi come sostanziale attribuzione agli utenti di un potere di controllo sulla qualità dell'assistenza e non come semplice riconoscimento formale di garanzie di corretta erogazione dei servizi.

Fondamentale, in tal senso, sarà l'impegno che tutti i professionisti della sanità, i medici in particolare, vorranno e sapranno offrire per l'affermazione del principio di autonomia, necessario ispiratore del rapporto con il paziente. Questo consentirà il superamento di conflitti e difficoltà relativi a valori e situazioni di ostacolo alla partecipazione conscia ed indipendente dei cittadini alla gestione della propria salute.

La partecipazione dei cittadini risulta inoltre presente in forma aggregata, sia nell'ambito delle associazioni di difesa degli utenti, sia nell'abito delle organizzazioni di volontariato. Nello specifico per la estrema diversificazione delle attività di volontariato, una forma di incontro fra offerta e domanda risulta articolabile soltanto in una fase aziendale operativa. Infatti il profilo giuridico dei volontari, e conseguentemente la definizione del profilo di riferimento non risulta facilmente definibile "a priori", così come non risultano definibili "a priori" le necessità delle Aziende USL.

L'informazione quale strumento di crescita per il cittadino

L'informazione, in un contesto organizzativo equanime nella distribuzione delle opportunità per la salute, svolge un ruolo importante: promuove stili di vita salubri, rafforza la capacità dei cittadini stessi di agire positivamente sui determinanti della salute, facilita l'accesso ai servizi e la loro efficace fruizione.

Per quanto concerne il malato la completezza e la comprensibilità delle informazioni sulla propria condizione, sulle alternative terapeutiche, sul diritto ad un secondo parere, determina un pieno coinvolgimento del paziente e dei suoi cari nel processo decisionale e nella conseguente esperienza assistenziale, superando i limiti di un mero consenso.

Le numerose esperienze di rilevazione della qualità percepita effettuate dalle Aziende sanitarie negli ultimi anni hanno evidenziato frequenti carenze informative nei confronti degli utenti e, quindi, scarso ritorno propositivo.

Pertanto, la politica sanitaria, a tutti i livelli, va improntata alla massima trasparenza. Presupposti essenziali sono azioni informative tali da assicurare la completa disponibilità e comprensibilità dei dati relativi all'assistenza offerta ed erogata, ed il parziale riequilibrio dell'asimmetria informativa del rapporto tra utenti e professionisti sanitari.

La partecipazione consapevole alla reale gestione dei Servizi sanitari dovrà realizzarsi attraverso un progressivo coinvolgimento e responsabilizzazione dei cittadini: questi diventano soggetti attivi di confronto durante tutte le fasi di concretizzazione del percorso assistenziale nei modi e nelle forme previsti dagli indirizzi normativi e dalla cultura organizzativa orientata alla qualità.

Occorre, infine, che le Aziende sanitarie potenzino la capacità di ascolto e di accoglienza del sistema e provvedano a snellire le procedure che regolano l'accesso, momento iniziale e cruciale della relazione tra utenti e servizi.
A questo proposito la piena attuazione dei principi contenuti nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 19 maggio 1995, "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari", rappresenta elemento determinante in questo processo di riqualificazione del rapporto tra cittadino e sistema sanitario regionale.

MONITORAGGIO DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA

Costituisce interesse preminente della Regione dare voce ai cittadini consentendogli di esprimere il proprio giudizio in ordine alla qualità del servizio reso dal Servizio sanitario regionale. Ciò permette di conoscere il punto di vista dell'utenza facendo emergere eventuali carenze e disfunzioni di un servizio pubblico che, per definizione, è dei cittadini.

Raccomandazioni operative

A tal fine, ciascuna struttura accreditata dovrà effettuare, nei tempi e modi previsti, un monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza mediante questionari a risposta multipla, rigorosamente anonimi.
La realizzazione dei questionari sarà di competenza della Agenzia di Sanità pubblica la quale avrà cura di predisporre modelli di questionari a risposta multipla distinti per tipologie di fasi e momenti del rapporto paziente-struttura sanitaria. All'ASP competerà inoltre la definizione del debito informativo per ciascuna struttura nonché la periodicità del monitoraggio, ai fini di una valutazione comparativa nel tempo dei risultati (di medio e lungo termine) dello stesso.
I questionari predisposti dalla ASP daranno riguardare:
a) qualità dell'accoglienza;
b) qualità e compiutezza dell'informazione;
c) qualità del rapporto umano, in particolare con il medico;
d) qualità dei servizi della struttura sanitaria.
Tutte le indicazioni dell'ASP saranno poi recepite in apposito provvedimento della Giunta regionale la quale provvederà sentita l Commissione consiliare competente.
Come detto, quindi, ciascun soggetto accreditato effettuerà il monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza preso l propria struttura nei tempi e modi previsti dal provvedimento della Giunta regionale. Il risultato del monitoraggio dovrà essere sottoposto alla valutazione del tavolo permanente costituito presso ciascuna rottura. Il tavolo sarà in tal modo posto in condizione di elaborare proposte per la soluzione degli eventuali problemi emersi dall'esito della valutazione, ai fini della soddisfazione delle esigenze degli utenti.
Il monitoraggio dovrà essere effettuato una volta l'anno.
Ciascuna Azienda USL provvederà ala raccolta dei risultati del monitoraggio effettuato presso i soggetti accreditati all'interno del territorio di propria competenza.
I dati così raccolti saranno poi inviati da tutte le Aziende USL regionali all'ASP la quale procederà alla valutazione degli stesi al fine della predisposizione di un riepilogo per singola struttura nonchè su scala regionale di un relazione sui risultati della valutazione stessa.
La relazione predisposta dalla ASP sarà infine sottoposta alla valutazione della Giunta e del Consiglio regionale e resa pubblica.
Dovrà, inoltre, essere approvato un adeguato sistema sanzionatorio che, in funzione soprattutto preventiva, spinga concretamente le strutture a predisporre le adeguate risposte alle insufficienze delle strutture evidenziate dal monitoraggio.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Le raccomandazioni operative devono essere poste in essere dai livelli Regionale ed Aziendale, legati da rapporti non rigidamente gerarchici ma di integrazione e scambio.
Gli utenti devono poter ricorrere senza difficoltà agli uffici destinati ai rapporti con il pubblico (Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP). Il loro ruolo istituzionale consta di diverse funzioni: assicurare l'informazione, l'accesso alla documentazione, la partecipazione ed accoglienza del cittadino e delle associazioni rappresentative, la gestione dei reclami, delle segnalazioni, della comunicazione delle azioni di miglioramento in atto.

Deve essere ottimizzato il funzionamento dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), dei quali va monitorata l'attività per conseguire il massimo grado di accessibilità informata e di accoglienza alle persone.
Deve essere promosso il coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro forme di rappresentanza alla Conferenza dei Servizi e agli altri strumenti di partecipazione Aziendali.
Tutte le Aziende sanitarie ed Ospedaliere devono provvedere ad adottare gli strumenti indicati dal DPCM del 19 maggio 1995, "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari", e successive modifiche ed integrazioni utilizzando per la diffusione anche le organizzazioni rappresentative dei cittadini.
In particolare, devono essere effettuare periodiche rilevazioni della qualità percepita anche con la collaborazione delle organizzazioni rappresentative dei cittadini utilizzando strumenti di indagine che, seppur contestualizzati nei vari ambiti di attività, permettono la comparabilità dei dati all'interno delle Aziende sanitarie e tra le varie Aziende nella Regione. Particolare rilevanza deve essere data ad un'adeguata diffusione tra gli utenti dei risultati ottenuti, degli obiettivi di miglioramento elaborati sulla base delle informazioni raccolte e degli interventi messi in atto, adottando modalità di comunicazione efficaci improntate alla massima chiarezza dei contenuti, con pieno coinvolgimento dei professionisti e degli organi direzionali aziendali.
Le Aziende dovranno promuovere la creazione di un Albo delle Associazioni di Volontariato, operanti nel territorio di competenza per attività di servizio sussidiario e di supporto agli utenti, sulla base dei requisiti definiti dalla Regione; con dette Associazioni le Aziende dovranno predisporre appositi protocolli d'intesa.
Alle Aziende spetta, infine, promuovere iniziative di tutela della salute finalizzate all'adesione informata dei cittadini a stili di vita salubri implementando, all'interno, interventi di provata efficacia, idonei strumenti di comunicazione ed educazione.
La Regione deve raccogliere le informazioni provenienti dagli URP delle Aziende sanitarie utili ai fini del monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione degli utenti del Lazio e del buon andamento del sistema, e sostenere la sistematica rilevazione della qualità percepita dai cittadini relativa agli stessi URP.
La Regione deve valutare altresì lo stato di attuazione della Carta dei Servizi, conforme allo spirito della normativa di riferimento e degli orientamenti culturali prevalenti, e verificare se ne è stata compresa appieno la funzione ed i principi sottesi sia da parte della popolazione sia degli operatori sanitari, sollecitando, in caso di riscontrate criticità, idonei interventi di miglioramento.
In ottemperanza al principio di equità deve essere garantita la piena fruibilità dei Servizi sanitari da parte di ogni cittadino nel pieno rispetto dei suoi diritti, contrastando eventuali barriere di natura economica, fisica, geografica, temporale, linguistica e culturale.
L'accessibilità ai servizi e, in particolare, l'adozione di interventi orientati al monitoraggio e riduzione delle liste e dei tempi d'attesa, con particolare riferimento alle prestazioni critiche, rappresenta una sfida prioritaria del sistema sanitario della Regione.

1.2 CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE E NELL'ASSISTENZA SANITARIA

DEFINIZIONE DEL TEMA

Povertà, fattori socio-economici e salute

Nell'Italia centrale l'incidenza della povertà, calcolata dall'ISTAT sulla base del numero di persone che presentano spese per consumi al di sotto della linea di povertà, è risultata nel 2000 uguale al 10,5% (era al 9,3 nel 1999 - a riprova della forte inerzia della povertà). I gruppi di popolazione più svantaggiati sono le famiglie numerose e con figli minori, le persone con basso livello di istruzione, i giovani disoccupati e gli anziani.

Le evidenze scientifiche dimostrano che lo stato di salute delle persone povere, poco istruite o socialmente escluse, è peggiore rispetto a coloro socioeconomicamente privilegiati.

La deprivazione si associa ad una scarsa disponibilità di risorse essenziali per la salute come un'abitazione confortevole e una nutrizione adeguata. La deprivazione, inoltre, fa decrescere la partecipazione sociale e la fiducia civica e si associa con maggior frequenza ad abitudini di vita sfavorevoli per la salute, come l'uso di tabacco, di alcol e di una alimentazione incongrua.

Come indica la letteratura scientifica, i più poveri ed i meno educati hanno un accesso più difficoltoso a prestazioni sanitarie di qualità e presentano esiti dell'assistenza peggiori.

Un gradiente nello stato di salute è peraltro osservabile a tutti i livelli della piramide sociale: è stato ipotizzato che il reddito influenzi lo stato di salute non solo come determinante degli standard materiali di vita, ma anche come indicatore della posizione sociale attraverso la mediazione di fattori psico-sociali, quali la frustrazione, la bassa stima di sé, l'ostilità ed il fatalismo. Lo stress cronico innescherebbe meccanismi psico-neuro-endocrini in grado di favorire lo sviluppo di malattie cronico-degenerative, come l'arteriosclerosi, l'ipertensione, il diabete e l'obesità, di cui è nota la maggiore prevalenza nei gruppi svantaggiati della popolazione.

E' stata, poi, dimostrata l'importanza degli effetti cumulativi dell'esposizione alla deprivazione sulla morbosità e sulla mortalità. Le traiettorie di vita collegate al rischio di malattia hanno il loro inizio nel periodo prenatale, nell'infanzia e nello sviluppo emozionale precoce, tanto che è stato affermato che "una buona salute è il più importante regalo che i genitori possano fare ai loro figli". Le condizioni socio-economiche avverse durante l'infanzia hanno, infatti, una specifica influenza su alcune condizioni morbose nell'età adulta: è stata ad esempio, provata una relazione tra la mortalità per ictus o per cancro dello stomaco con lo svantaggio vissuto durante l'infanzia. Vi sono anche forti evidenze di un'associazione tra lo sviluppo intrauterino/basso peso alla nascita con la cardiopatia ischemica in età adulta.

Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria

Gli studi eseguiti nel Lazio hanno confermato una relazione inversa tra posizione socio-economica e mortalità generale o rischio di ospedalizzazione. Sono state messe in luce disparità, in relazione ai bisogni, nell'accesso a trattamenti efficaci, come la chirurgia coronarica o il trapianto di rene, e a prestazioni innovative come la *day-surgery*. E' stata, inoltre, rilevata una maggiore vulnerabilità delle persone più svantaggiate a ricevere prestazioni ospedaliere inappropriate, come nel caso dell'isterectomia per i fibromi uterini e dell'appendicectomia, e a riportare esiti meno soddisfacenti delle cure. Di seguito, in uno studio condotto a Roma, è stato evidenziato che il livello di reddito dell'area di residenza è associato inversamente con la durata media della degenza a parità di condizione morbosa, il che indica che l'assistenza alle persone più svantaggiate comporta un maggior consumo di risorse.

Queste diseguaglianze nell'assistenza sanitaria contribuiscono a determinare quelle differenze nello stato di salute che esistono tra i gruppi di popolazione con diverso grado di privilegio socio-economico e culturale. Si verificano all'interno di un sistema sanitario teoricamente universalistico e privo di barriere ma che, di fatto, nasconde ampie eterogeneità nell'accesso a prestazioni efficaci ed appropriate. Rappresentano, inoltre, un problema di qualità dell'assistenza, sia tecnica che organizzativa, che è impellente affrontare, a partire dal riconoscimento della loro esistenza. Questa deve essere tenuta a mente nella formulazione di qualsiasi politica, scelta strategica o programma, venga intrapreso nel settore sanitario.

Equità nel settore sanitario

Il bisogno di equità e la necessità di ridurre le diseguaglianze nella salute e nell'assistenza, presuppongono il riconoscimento dell'etica come un aspetto vitale delle strategie di sviluppo sanitario E' importante ricordare la forte valenza etica che caratterizza le professioni sanitarie, su cui è necessario far leva per realizzare interventi miranti alla promozione dell'equità. Molte delle disparità osservate sono, infatti, eticamente inaccettabili e possono essere ridotte con idonee "politiche di contrasto" ed azioni orientate allo scopo.

Equità nel settore sanitario significa, in sintesi, che la distribuzione delle opportunità per la salute deve essere guidata dai bisogni delle persone piuttosto che dal privilegio sociale. Ne derivano implicazioni che riguardano:

- l'allocazione delle risorse (equità distributiva in relazione ai bisogni);
- l'erogazione dei servizi e la loro accettazione da parte dei cittadini (in termini di accesso, efficacia, qualità e soddisfazione del paziente);
- la regolamentazione del pagamento delle prestazioni e dei servizi;
- la pianificazione, implementazione e valutazione di tutti gli interventi sanitari.

La lotta alla povertà, l'equità e la riduzione delle diseguaglianze nella salute rappresentano obiettivi centrali delle principali Agenzie internazionali che si occupano di salute, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alla Banca Mondiale. Sono anche i valori guida cui si ispira il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1999-2000 e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come ribadito anche nel D.lgs 229/99.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Interventi intersettoriali che promuovano la salute

Essendo la salute dipendente da determinanti sociali multipli, le azioni per ridurne le diseguaglianze devono essere condotte attraverso un ampio ventaglio di politiche sociali, di cui solo alcune rientrano nella sfera di competenza del settore sanitario.

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR), cui spetta *in primis* la tutela della salute della popolazione, ha il compito di catalizzare lo sviluppo di politiche di altri settori in grado di agire sui determinanti non sanitari dello stato di salute e di valutarne l'impatto. Il riferimento è alle politiche sociali che riguardano la famiglia, l'infanzia e il sostegno alla maternità - periodi critici del ciclo della vita, quando l'accumulo di rischio è particolarmente dannoso anche se manifesto solo a posteriori - la terza e la quarta età, l'integrazione sociale dei gruppi più svantaggiati.

Per le politiche economiche concernenti tasse e sussidi, una particolare menzione va fatta del Reddito minimo di inserimento che, ispirandosi ad esperienze consolidate di altri Paesi europei, viene considerato un valido strumento a favore delle persone e delle famiglie in condizioni di povertà. Ma anche idonee politiche per l'istruzione, l'occupazione, l'ambiente, la casa, i trasporti, l'inquinamento e la nutrizione devono essere promosse per cercare di ridurre le cause della povertà ed i suoi effetti sulla salute della popolazione.

Allocazione equa delle risorse nel Servizio Sanitario Regionale

Le formule utilizzate per la determinazione della quota capitaria ed i criteri di riparto delle risorse finanziarie del Fondo Sanitario Regionale (FSR) alle Aziende Sanitarie Locali (ASL), devono essere sempre più orientate a distribuire le risorse in base ai bisogni piuttosto che all'offerta esistente dei servizi. L'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie richiede che le risorse finanziarie siano allocate equamente. L'incidenza di povertà, calcolata in base a parametri di reddito, dovrebbe comparire quale fattore di correzione per la determinazione della popolazione equivalente aggiustata.

Anche la remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera dovrebbe tenere conto della proporzione di popolazione povera assistita dagli erogatori, sulla base delle evidenze disponibili che indicano una maggior consumo di risorse nell'assistenza alle persone più disagiate a parità di prestazioni erogate. Un tale approccio dovrebbe essere adottato anche per la remunerazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), che dovrebbe, inoltre, considerare anche la quota di lavoro dedicato alle persone anziane che vivono sole.

Ricerca e pubblicizzazione delle diseguaglianze nella salute

La individuazione, il monitoraggio e la documentazione degli effetti delle diseguaglianze sulla salute, rappresentano passaggi chiave per diffondere le evidenze nella comunità scientifica e nella società civile e per innescare idonee politiche di contrasto. Non va dimenticato come il pubblico stesso non deve essere considerato semplicemente come utente/cliente dell'assistenza, ma come agente, consapevolmente informato, di cambiamento.

La ricerca sulle diseguaglianze e la salute è tipicamente multidisciplinare, ricevendo contributi dall'epidemiologia e dalla sanità pubblica, dalle scienze sociali ed economiche, oltre che da quelle biomediche, psicologiche e dall'etologia: rappresenta un modello di "nuova sanità pubblica" a forte valenza interdisciplinare e a rilevante impatto per la politica sanitaria basata sulle evidenze.

Il monitoraggio delle diseguaglianze attraverso i Sistemi Informativi (SSII), sia di anagrafe sanitaria che relativi all'offerta dei servizi, presuppone una loro evoluzione orientata alla valutazione di equità, che deve

essere tenuta presente sia in fase di progettazione della architettura informatica sia di raccolta, analisi ed utilizzo delle informazioni.
L'equità e la riduzione delle diseguaglianze devono essere considerate dalle ASL quali argomenti centrali della *mission* aziendale. Le ASL dovrebbero eseguire periodicamente profili di equità dei servizi offerti alla popolazione valutando le differenze nell'accesso e nell'efficacia agli interventi sanitari, anche utilizzando indicatori di posizione socioeconomica ricavati da informazioni amministrative.

Equità nell'assistenza distrettuale

I gruppi di popolazione più poveri e meno istruiti utilizzano con maggior frequenza i MMG, anche se risultano accedere più raramente ai servizi di prevenzione (*screening*, vaccinazioni, promozione della salute), confermando quella che è stata definita come la "legge inversa della assistenza". Tra i gruppi sociali svantaggiati è più frequente incontrare comportamenti e stili di vita nocivi per la salute: in Italia, ad esempio, la proporzione di fumatori è più elevata tra le persone meno istruite. Anche la percezione del rischio sanitario e gli atteggiamenti di fatalismo e ostilità, più frequenti tra la popolazione povera e meno istruita, sono in grado di modificare l'adesione ad interventi sanitari efficaci e l'utilizzo delle opportunità assistenziali. È importante ricordare che gli interventi miranti a migliorare lo stato di salute, come quelli di prevenzione primaria e secondaria, si traducono di fatto in un incremento delle diseguaglianze, beneficiando solo i gruppi di popolazione agiata.

E', pertanto, necessario che tutti i servizi distrettuali, considerando *in primis* i MMG, esercitino un impegno particolare nel raggiungere le fasce di popolazione a maggiore bisogno. Il potenziamento dell'assistenza di base rappresenta peraltro una strategia fondamentale per ridurre le ospedalizzazioni evitabili. Sono, poi, da ricordare i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che devono dare priorità alle persone più povere e vulnerabili, agli anziani soli, a coloro che vivono in case disagiate ed in condizioni di isolamento.
Interventi di informazione e di formazione del personale sanitario sono necessari per favorire questo tipo di iniziative, eventualmente accompagnati da appropriati incentivi economici che dovrebbero trovare espressione nei contratti di categoria.
Progetti mirati destinati alla assistenza socio-sanitaria di gruppi particolarmente a rischio, come ad esempio i giovani poveri senza scuola e disoccupati, le persone senza fissa dimora, gli anziani soli, le famiglie monogenitoriali, le minoranze etniche, devono essere promossi anche nel rinnovato ruolo destinato ai Comuni nella programmazione sanitaria dal D.lgs 229/99, e con il coinvolgimento di forze provenienti dal volontariato sociale e del terzo settore.

Equità nell'accesso alle prestazioni ospedaliere

La letteratura scientifica indica che attenzione particolare deve essere riservata a garantire equità nell'accesso alle prestazioni efficaci di recente introduzione, ad alto contenuto tecnologico o per le quali esistono lunghi tempi di attesa. E' pertanto da raccomandare, come dettagliato nel capitolo "Tempi e liste di attesa" in "Sfide prioritarie", che le liste di attesa vengano stadiate per livello di gravità e di urgenza e che il privilegio sociale non rappresenti un ingiusto vantaggio.
Vi è poi un considerevole rischio che diseguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria possano determinarsi attraverso il "doppio binario" introdotto dalle prestazioni intramoenia, se adeguate contromisure non vengono poste in essere.
Le direzioni sanitarie e di dipartimento devono essere coinvolte nello sforzo di ridurre le diseguaglianze nell'accesso delle prestazioni ospedaliere, anche attraverso la stesura di Piani di Azione Locali (PAL), tenendo presente che il dilemma tra efficienza ed equità non può risolversi a svantaggio dei gruppi di popolazione più bisognosi.

1.3 PROMOZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI SANITARI

DEFINIZIONE DEL TEMA

La qualità nei Servizi sanitari

Negli ultimi decenni il concetto di diritto della persona ad un livello di salute che sia il migliore possibile è subentrato in maniera crescente nella coscienza collettiva: con frequenza sempre maggiore è divenuto oggetto di ricerca e documentazione ufficiale da parte dell'OMS e dai singoli Stati membri.
Il diritto alla salute è strettamente legato a quello ad un'assistenza sanitaria che soddisfi i migliori criteri di qualità possibili relativamente alle strutture, ai processi ed agli esiti.
A livello normativo, in tal senso, il D.lgs 502/92 ha sancito l'avvio del processo di aziendalizzazione in sanità per riordinare e riorientare risorse umane e materiali del sistema verso più elevati livelli qualitativi. Ne consegue che l'Italia è tra le nazioni dove la metodologia del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) dell'assistenza sanitaria, deve essere adottata ed applicata con modalità sistematiche sia dai singoli professionisti sia dalle Aziende sanitarie, attraverso opportune scelte strategiche, progetti, programmazioni ed investimenti ispirati ai principi dell'equità, dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'efficienza.
In questo contesto sono necessari, al di là delle disfunzioni da riequilibrare, radicali cambiamenti nella gestione dei Servizi sanitari e l'acquisizione a livello organizzativo ed individuale di una cultura manageriale, di competenze metodologiche e di strumenti utili alla valutazione ed al MCQ dell'assistenza. Operativamente rivestono un ruolo determinante le Aziende sanitarie, quali protagonisti del processo evolutivo di cambiamento.

Misurare la qualità

La scienza della valutazione della qualità ha sviluppato nel tempo una serie di strumenti di grande praticità e crescente diffusione: il loro sviluppo da parte dei professionisti ha dimostrato di poter contribuire in modo determinante al miglioramento della assistenza.
Di recente, motivazioni economiche e sociali sono emerse con forza in ambito sanitario accanto a quelle "storiche" di ordine tecnico-professionale, sollecitando l'interesse degli amministratori e degli utenti alla ricerca di parametri idonei a misurare, ognuno in base al proprio punto di vista, le componenti della qualità.
Indipendentemente dalla prospettiva di osservazione e, di conseguenza, dai differenti approcci e parametri da utilizzare, la cultura della valutazione della qualità va comunque ricondotta a quella della misurazione, funzionale all'idea del miglioramento continuo. Un cambiamento evolutivo, infatti, può essere dimostrato solo all'interno di un sistema capace di analizzare e misurare le risorse impiegate per la realizzazione degli interventi, le modalità con cui vengono svolte le attività professionali e gestionali ed anche gli esiti dei servizi e delle prestazioni sanitarie offerte. In altri termini capace di "misurare se stesso".
La valutazione in sanità rappresenta sia un'irrinunciabile attività gestionale, volta alla soluzione dei problemi intesi quale scarto tra la misura attesa e la misura osservata, sia il concreto presupposto su cui fondare il ruolo degli operatori quali protagonisti. Il fine ultimo della valutazione in un sistema di qualità non è, quindi, l'espressione di un giudizio sull'operato di servizi o di professionisti sulla base del quale premiare o sanzionare: il traguardo è rappresentato dall'apprendimento individuale ed organizzativo, dallo sviluppo di efficaci interventi correttivi sugli eventi critici rilevati e dall'avvio di un ciclo virtuoso di continuo apprendimento, cambiamento, miglioramento.
Per rendere concreto tutto ciò attraverso la selezione di idonei criteri, indicatori e standard, il "misurare" dovrà costituire parte della pratica d'ogni giorno, e l'autovalutazione una modalità ordinaria di pensare e gestire le attività assistenziali nella quotidianità.

Implementare la qualità

Gli elementi culturali, metodologici ed organizzativi del miglioramento continuo della qualità devono intendersi come singole parti di un tutto, di un sistema che permei l'intera Azienda, intesa come una organizzazione in continua crescita, tesa al perseguimento della tutela della salute, in equilibrio dinamico con il contesto.
Per assicurare il pieno sviluppo della qualità come sistema, le Aziende sanitarie della Regione, in quanto dotate di capacità organizzativa e programmatica, dovranno intervenire sugli aspetti relativi alle modalità di erogazione dei servizi riorientandoli in funzione delle esigenze degli utenti, sulla selezione ed implementazione di idonei strumenti utili a misurare la qualità delle prestazioni erogate, sulla scelta di efficaci procedure per la gestione economico-finanziaria, sulla definizione di appropriate strategie di valorizzazione e motivazione delle risorse umane.

Negli ultimi anni si è assistito allo sviluppo di una ampia varietà di approcci strategici finalizzati al miglioramento della qualità nei servizi. A fronte della crescente attenzione verso il problema dell'efficacia e della appropriatezza dei servizi erogati dai professionisti e di un diffuso interesse per gli strumenti organizzativi di un sistema qualità da parte delle direzioni aziendali, a tutt'oggi non si è giunti ad acquisire evidenze che supportino la maggiore efficacia di una strategia di intervento rispetto ad altre. I possibili approcci non debbono comunque essere visti in competizione o in opposizione tra loro, bensì come complementari e integrabili.
Occorre, infatti, promuovere nei SSR una strategia di sviluppo della qualità che ne integri le tre dimensioni costitutive e le tre culture che la sottendono: la dimensione tecnico-professionale (l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi e la relativa cultura tecnico-sanitaria), la dimensione gestionale (gli aspetti organizzativi e, quindi, l'efficienza degli interventi stessi e la cultura organizzativa che la sottende) e, infine, la dimensione percepita (il vissuto esperito dei servizi da parte dell'utente e la relativa cultura socio-psicologica).
Questa visione complessiva valorizza i diversi approcci procedurali ed i diversi stili di gestione sino ad ora proposti come opportunità di confronto, ponendo grande attenzione al contesto di applicazione.
In tale ottica una strategia efficace e coerente promuoverà l'affermazione di sistemi organizzativi responsabilmente motivati al cambiamento, all'innovazione, all'apprendimento continuo e all'eccellenza clinica.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Promuovere tra gli operatori del sistema sanitario regionale la cultura del cambiamento ed un approccio positivo al processo valutativo, inteso quale attività ordinaria di autovalutazione dei servizi erogati.
Intensificare le occasioni e le forme di collaborazione tecnico-operativa tra gli attori del sistema, compresi le Università e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), al fine di consolidare i rapporti tra la comunità scientifica ed i decisori e consentire, quindi, l'applicazione delle nuove conoscenze della ricerca, saggiate con prove di efficacia, anche attraverso la diffusione e l'incentivazione dei risultati di eccellenza prodotti.
Definire a livello regionale un set di indicatori di struttura, di processo e di esito della qualità dell'assistenza, in accordo con le disposizioni nazionali e le indicazioni scientifiche internazionali, anche in funzione della definizione e successivi aggiornamenti dei requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.
Organizzare a livello regionale un programma di valutazione esterna della qualità (VEQ) in Medicina di Laboratorio affidandone la gestione all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.
Promuovere ed incentivare la partecipazione a programmi aziendali o interaziendali di valutazione tra pari e l'adesione a programmi di accreditamento volontario professionale.
Promuovere ed intensificare attività di autovalutazione dei servizi, compresi quelli organizzativi e direzionali per la loro capacità di contribuire al raggiungimento degli obiettivi specifici relativi alla tutela della salute della popolazione afferente, prevedendo idonee incentivazioni per il raggiungimento di risultati di eccellenza.
Predisporre, a livello aziendale, un Piano almeno triennale per il MCQ, nel quale siano individuati e descritti:

- i problemi di salute e gestionali;
- le priorità ed i relativi criteri utilizzati nel processo decisionale;
- gli obiettivi a breve e medio termine;
- i percorsi operativi;
- i parametri di valutazione degli obiettivi proposti;
- la destinazione delle risorse per la loro realizzazione;
- l'impegno della dirigenza.

Adottare, a livello aziendale, strategie formative orientate a fornire a tutti gli operatori strumenti metodologici di valutazione delle prestazioni erogate.
Favorire, nelle diverse articolazioni aziendali e con l'assegnazione di adeguate risorse, l'effettuazione di progetti di MCQ su problemi prioritari di salute — incentivando la definizione di percorsi assistenziali e l'individuazione di soluzioni gestionali innovative centrate sulle esigenze degli utenti — e diffondere i risultati conseguiti.

1.4 APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA DEGLI INTERVENTI SANITARI

DEFINIZIONE DEL TEMA

"La prossima frontiera".
Appropriatezza ed efficacia rappresentano due dimensioni fondamentali della qualità nell'assistenza sanitaria. Per quanto sia intuitivo che le attività sanitarie debbano essere svolte secondo tali elementari requisiti, molti degli interventi effettuati nella pratica clinica e nella prevenzione non sono necessari (non rispettano cioè l'*appropriatezza clinica o specifica*), oppure vengono eseguiti in assenza di prove che dimostrino la loro efficacia o addirittura in presenza di evidenze contrarie. Altre prestazioni vengono, poi, eseguite ad un livello di assistenza più intensivo di quello necessario e, quindi, con un maggior rischio di iatrogenesi per il paziente, non rispettando il principio di economicità nell'impiego delle risorse (*appropriatezza organizzativa o generica)*.
E' molto probabile che le dimensioni del fenomeno siano talmente vaste che se tutte le prestazioni sanitarie fossero erogate in accordo ai principi di appropriatezza e di efficacia, non ci sarebbero più disavanzi nel bilancio sanitario, né si creerebbero razionamenti impliciti dell'assistenza come avviene, ad esempio, nel caso delle liste di attesa.
L'appropriatezza è stata pertanto identificata come "*la prossima frontiera*" nello sviluppo della pratica clinica, in uno scenario in cui i professionisti sanitari operano in accordo a LG, con enormi guadagni non solo in termini di economicità e sicurezza, ma anche di efficacia clinica, di umanizzazione dei servizi e di soddisfazione dei pazienti.
Il perseguimento dell'appropriatezza e dell'efficacia può comportare una riduzione delle diseguaglianze nell'assistenza sanitaria ed essere strumento di equità. Vi sono, infatti, molte evidenze, anche derivanti da studi effettuati nella nostra regione, che dimostrano come gli interventi sanitari di scarsa qualità e non appropriati vengano erogati in maggior misura alle persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico e culturale.

La medicina basata sulle prove di efficacia: linee guida e percorsi assistenziali.
La promozione dell'efficacia dell'assistenza consente un migliore utilizzo delle risorse ed in definitiva una maggiore efficienza operativa ed allocativa, come informa il messaggio di Archibald Cochrane, "padre" della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM). Questo approccio deve affiancarsi, per valicarla, alla buona pratica clinica basata sulla cultura e l'esperienza professionale. Il processo, dunque, tende a ridurre la variabilità della pratica clinica e l'incertezza decisionale del medico, attraverso l'adozione di LG basate su raccomandazione derivate dalla revisione sistematica degli studi clinici.
Nelle ultime decadi si è assistito ad un rapido sviluppo scientifico e tecnologico che ha visto nuove strumentazioni diagnostiche ed approcci terapeutici sempre più sofisticati sostituire il tradizionale bagaglio professionale. Vi è, dunque, il bisogno di utilizzare, soprattutto, gli interventi per i quali l'efficacia e la sicurezza sono state riconosciute sulla base del metodo scientifico e, in particolare, delle risultanze degli studi clinici randomizzati e controllati.
Le LG, secondo una definizione ampiamente accettata a livello internazionale, devono intendersi come raccomandazioni elaborate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni cliniche. Esse vengono elaborate, a partire da un formale processo metodologico, per fornire una sintesi ragionata delle informazioni scientifiche disponibili circa l'efficacia delle diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche (*LG cliniche*), e dei diversi contesti organizzativi dove svolgere le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (*LG clinico-organizzative*).
I *percorsi assistenziali*, piani strutturati di assistenza multidisciplinare che descrivono i passaggi essenziali dell'assistenza ai pazienti con specifico problema clinico, rappresentano poi la traduzione di Linee Guida (LG) nazionali o regionali che regolano l'applicazione della pratica clinica a livello locale. Essi possono, inoltre, migliorare la comunicazione con i pazienti fornendo loro l'accesso ad una sintesi chiara del piano assistenziale cui sono chiamati a sottoporsi.
Condivisione e partecipazione sia dei professionisti sia degli utenti dei servizi, rappresentano gli elementi essenziali del *governo clinico*, che deve essere inteso come capacità dei servizi di valutare con sistematicità, qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate, per renderle sempre più rispondenti ai reali bisogni assistenziali.

La valutazione di esito
La necessità di eliminare gli interventi inefficaci e ridurre quelli i cui benefici non superano significativamente i possibili rischi, insieme al bisogno di promuovere l'effettuazione degli interventi sanitari al livello di cura

appropriata, in termini di economicità di impiego di risorse, è chiaramente enunciato nei decreti legislativi che governano il riordino del SSN. In particolare, l'articolo 1 del D.lgs 229/99 esclude dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a carico del SSN i servizi e le prestazioni che non soddisfino i principi dell'efficacia e dell'appropriatezza, sia specifica che generica, mentre la valutazione dei "risultati finali delle strutture e delle funzioni accreditate" viene dichiarata parte integrante del processo di valutazione dei servizi ai fini dell'accreditamento istituzionale (art. 8 *quater*). Inoltre l'articolo 8 *octis* dello stesso D.lgs prevede che qualità dell'assistenza ed appropriatezza devono essere oggetto di sorveglianza e controllo nell'ambito degli accordi contrattuali.
E' anche possibile valutare l'efficacia dell'assistenza erogata misurandone la qualità degli esiti a breve o medio termine in modo tale da tener conto della gravità clinica dei pazienti trattati. Le possibili differenze tra ospedali in termini di efficacia assistenziale, infatti, potrebbero essere spiegate dalla differente complessità della casistica. Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi modelli di standardizzazione della gravità clinica utilizzabili in questo tipo di valutazioni, alcuni basati sull'esame della documentazione clinica, altri sugli archivi informatizzati delle dimissioni ospedaliere.
La valutazione comparativa degli esiti dell'assistenza è internazionalmente considerata un importante strumento per studiare e migliorare la qualità dell'assistenza ("misurare per migliorare"). Diviene, infatti, possibile indagare quelle variabili critiche dell'assistenza che sono alla base delle differenze negli esiti (processi operativi, singole procedure, abilità/competenza/numero degli operatori, volume della casistica trattata, tempestività in caso di interventi in emergenza) e che sono passibili di interventi migliorativi. Esistono interessanti esperienze di altri Paesi su come valutare e diffondere i risultati finali (*esito*) dei processi assistenziali. Il confronto tra strutture costituisce un primo passo per comprendere i determinanti degli esiti e promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza individuando aree con anomali valori di *performance*. Negli Stati Uniti le misure di esito clinico sono utilizzate nel processo di accreditamento fin dagli anni '80 e sono rese pubbliche sotto forma di *report cards* - tabelle riassuntive che permettono il confronto tra i tassi di mortalità intraospedaliera delle diverse strutture - soprattutto nell'area cardiovascolare (by-pass aortocoronarico, infarto acuto del miocardio, etc.). La Scozia è uno dei pionieri in Europa nell'uso e nella pubblicazione di indicatori di esito ed anche in Gran Bretagna le misure di *performance* hanno un ruolo significativo: l'attenzione è qui rivolta a variabili di processo e alla mortalità come misura di esito e la diffusione dei risultati avviene attraverso al pubblicazione delle *league tables*. La pubblicazione dei risultati permette al cittadino di essere informato sulla qualità dell'assistenza e, come indicato nella *Carta di Lubiana sulla riforma sanitaria* del 1996, documento della regione Europea dell'OMS sottoscritto anche dal nostro Paese: "…l'esercizio di scelta e degli altri diritti dei pazienti richiede un'ampia, accurata e tempestiva informazione e formazione. Questo comporta accesso a informazioni verificate pubblicamente sulla *performance* dei Servizi sanitari". L'utilizzo delle tabelle comparative di esito rientra nell'ambito delle iniziative che promuovono la competizione tra erogatori in tema di qualità dei servizi resi alla popolazione e rappresentano un incentivo razionale per migliorare le *performance* assistenziali. Non va sottovalutato, e nel caso va contrastato, il potenziale rischio che alcuni erogatori possano selezionare i pazienti meno complessi per far risultare migliore il loro operato, o si concentrino sulle prestazioni oggetto della valutazione, trascurando la qualità di altri servizi essenziali.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) intende raccomandare e supportare quelle attività che, nel promuovere l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari, sono orientate a sviluppare la competenza dei professionisti sanitari e forniscono al cittadino strumenti decisionali utili per scelte informate e razionali. Il cambiamento di mentalità e di comportamenti consolidati dei professionisti in specifiche circostanze deve far leva sulla loro partecipazione e deve essere inteso come un passaggio critico nello sviluppo dell'intero sistema sanitario. Non è da sottovalutare, infatti, il ruolo che i fattori legati al contesto organizzativo, economico e sociale, svolgono nell'influenzare i comportamenti professionali, che devono essere tenuti in debito conto in un processo di sviluppo.

Adozione di linee guida cliniche e clinico-organizzative

Le LG rappresentano un strumento utile per indirizzare le decisioni degli operatori verso una maggiore efficacia ed appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse. Esse rappresentano, inoltre, uno strumento dotato di carattere educativo-formativo per gli operatori e rendono possibile la valutazione della qualità delle prestazioni erogate dai servizi (per esempio, attraverso le *audit* cliniche).

L'elemento chiave per l'adozione di LG efficaci è rappresentato dalla loro qualità metodologica, che deve essere incentrata sulla sistematicità della revisione della letteratura scientifica, sull'approccio multidisciplinare che includa i rappresentanti dell'utenza, sulla trasparenza nelle attribuzioni di valore delle raccomandazioni (*grading* esplicito). E', inoltre, auspicabile che le LG contengano una sezione dedicata al cittadino utente con la spiegazione sintetica del contenuto. E', poi, molto importante preparare con cura la fase di implementazione, cioè l'applicazione delle LG nell'ambito del contesto organizzativo locale.
Nell'ambito del Programma Nazionale per le Linee-guida (PNLG) di cui sono capofila l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Agenzia per i SSR (ASSR), e del progetto TRIPPS II (Trasferire i risultati della ricerca nella pratica clinica) del Ministero della Sanità, nella nostra regione potrà essere possibile valutare le implicazioni organizzative delle raccomandazioni cliniche e sviluppare nuove LG clinico-organizzative per determinate prestazioni, assicurando la partecipazione nella stesura di coloro che saranno i destinatari delle raccomandazioni.

Adozione di percorsi clinico-assistenziali

Lo sviluppo a livello aziendale dei percorsi assistenziali richiede di essere realizzato in accordo ad un algoritmo che comprenda: la selezione di rilevanti aree assistenziali, la formazione di gruppi mulidisciplinare, l'identificazione di LG già stabilite ed affidabili (possibilmente nazionali o regionali), la valutazione della pratica in uso nel contesto locale, il coinvolgimento del personale addetto, lo sviluppo del percorso assistenziale integrato, la formazione del personale, i test pilota, il rilevamento, l'analisi e la discussione delle variazioni della pratica rispetto ai percorsi assistenziali stabiliti. In Italia, interessanti esperienze di formulazione e realizzazione di percorsi assistenziali affidabili provengono da diverse realtà aziendali del Centro e Nord Italia.

Migliorare la qualità prescrittiva indirizzata all'utilizzo appropriato dei farmaci e delle prestazioni specialistiche

La promozione della qualità delle prescrizioni di farmaci e delle prestazioni specialistiche rappresenta un capitolo di grande rilievo non solo per il suo potenziale impatto economico. Considerando la alta frequenza di prescrizioni inappropriate, modifiche solo parziali dei comportamenti possono, infatti, produrre risultati rilevanti, anche sotto il profilo della spesa il cui contenimento continua ad essere considerato una priorità del sistema stesso.
Appare a questo fine importante potenziare il sistema di sorveglianza epidemiologica sulle prescrizioni dei farmaci, con analisi che includano sia il consumo, sia il comportamento dei medici prescrittori, sia una prospettiva di popolazione. Va, poi, stimato il livello di qualità prescrittiva dei MMG, e sono da individuare le più adatte strategie di formazione orientate a promuovere la qualità prescrittiva. Anche in questo caso, l'adozione di LG condivise e di PDT rappresenta per i MMG lo strumento chiave per il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni sia dei farmaci sia delle prestazioni specialistiche.
Il coinvolgimento delle associazioni sindacali di categoria è un fattore molto importante per favorire il successo di queste iniziative.
Anche i farmacisti, cui spesso i cittadini si rivolgono direttamente, dovranno essere coinvolti in iniziative per la promozione dell'utilizzo appropriato di farmaci.

Sperimentazione di tabelle comparative di performance tra ospedali e loro pubblicizzazione

Nella nostra regione lo stato della ricerca epidemiologica per la valutazione degli esiti consente di raccomandare l'utilizzo sperimentale delle tabelle comparative di *performance* tra ospedali relativamente ad alcune prestazioni sia mediche sia chirurgiche. Questo approccio richiede:

- lo sviluppo di strumenti metodologici affidabili e riproducibili per la valutazione comparativa tra strutture sanitarie degli esiti clinici dell'assistenza ospedaliera;
- l'individuazione di metodologie appropriate per l'utilizzo e la diffusione pubblica dei risultati al fini di promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza e l'accesso informato dei cittadini ai servizi;
- la valutazione e la promozione omogenea tra le Aziende delle qualità dei dati dei SSII Ospedalieri (SIO) - attualmente in corso - per evitare di attribuire a differenze di qualità assistenziale le variazioni della qualità della documentazione trasmessa.

Attraverso SSII evoluti è anche possibile studiare i determinanti degli esiti dell'assistenza (ad esempio la mortalità intraospedaliera), comprese le caratteristiche strutturali degli ospedali ed il volume della casistica trattata. Tali studi sono in grado di fornire rilevanti evidenze per la programmazione sanitaria regionale.

Potenziare il sistema dei controlli delle prestazioni assistenziali.
Oltre a indicare le strategie orientate a promuovere l'evoluzione del sistema, lo sviluppo professionale degli operatori e la decisione informata dei cittadini, è opportuno raccomandare il potenziamento delle attività di controllo finalizzate alla sorveglianza dell'appropriatezza ed efficacia e alla prevenzione dei comportamenti opportunistici.
Il sistema di pagamento a prestazione (o prospettico) delle attività ospedaliere, in vigore in Italia da più di un lustro, non tende a favorire il principio dell'appropriatezza, in quanto può incentivare i soggetti erogatori ad inflazionare il numero degli episodi di assistenza e/o a trasferire prestazioni dove le tariffe siano più remunerative (dall'ambulatorio al *day-hospital* (DH), e da questo al ricovero ordinario). Il sistema dei controlli rappresenta quindi un elemento essenziale nella gestione del sistema di pagamento prospettico delle attività ospedaliere, attraverso il quale il recupero dell'efficienza operativa si coniuga con l'equità nella distribuzione delle risorse senza detrimento per la qualità dell'assistenza.
Ne deriva la necessità di utilizzare le potenzialità dei SSII sanitari, in particolare di quello ospedaliero, dell'emergenza e delle prestazioni ambulatoriali per la funzione di controllo. Devono essere approfonditi i metodi di valutazione che tenendo conto delle necessarie cautele derivanti dall'incertezza propria dei dati amministrativi, forniscano elementi utili per identificare aree di inappropriatezza da scoraggiare attraverso disincentivi economici e/o per attivare controlli analitici mirati della documentazione clinica. Questi ultimi dovranno essere condotti con l'ausilio di protocolli affidabili e riproducibili in grado di valutare l'appropriatezza generica delle singole giornate di ricovero o dell'intero episodio di degenza, al fine di ridurre la discrezionalità dei controlli ed evitare contenziosi.
L'individuazione di soglie di appropriatezza DRG specifiche per i raggruppamenti indicati nell'Allegato C del DPCM del 29/11/2001 "Definizione dei livelli uniformi di assistenza" deve tenere conto della severità clinica dei pazienti e degli altri fattori in grado di condizionare l'appropriatezza, in primo luogo la dimensione sociale del ricovero. Il metodo APPRO di valutazione dell'appropriatezza sviluppato nel Lazio, - già in uso per l'identificazione degli episodi di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza da sottoporre a controlli analitici mirati, ai sensi della DGR 996/2001 – appare rispondere ai requisiti richiesti e si presta ad essere utilizzato per il calcolo delle soglie di ammissibilità. Sarà in tal modo possibile rispondere alle indicazioni sottoscritte nell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 dove, al punto 4.3, si prevede che "Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse.

1.5 CONTINUITÀ ED INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENZA

DEFINIZIONE DEL TEMA

Per continuità assistenziale deve intendersi non solo la garanzia di assistenza primaria al cittadino nell'arco delle 24 ore (medicina di base, ex Servizio di guardia medica e Servizio di emergenza sanitaria territoriale), quanto piuttosto, in un'accezione più ampia, il perseguimento dell'appropriato passaggio di presa in carico del paziente da un ambito assistenziale all'altro, senza soluzione di continuità temporale, tale da ottimizzarne il percorso assistenziale mantenendone al meglio lo stato di salute. La continuità non può essere però perseguita senza un efficiente coordinamento tra i livelli assistenziali ed i rispettivi operatori. Quando la complessità del bisogno assistenziale richiede una concomitanza organizzata di interventi afferenti a competenze istituzionali ed ambiti professionali distinti, si realizza l'integrazione sanitaria o socio-sanitaria.
Sono rilevanti dimensioni dell'integrazione quella istituzionale, quella gestionale e quella professionale. L'integrazione interistituzionale è strumento imprescindibile per incidere sui determinanti della salute. E', infatti, innegabile il ruolo delle politiche dell'ambiente, del lavoro, dei trasporti, del territorio, dell'istruzione, nel controllo dei fattori di rischio per la salute.
L'ambito in cui il governo della domanda di salute della popolazione di riferimento trova le più opportune possibilità di realizzazione, in particolare nell'ottica della continuità ed integrazione dell'assistenza, è il Distretto. In esso, infatti: si verifica il primo contatto tra il bisogno di salute del cittadino e il sistema dell'offerta (tramite la figura del MMG e del Pediatra di Libera Scelta – PLS); è possibile attuare, dal punto di vista gestionale, organizzativo e professionale, il coordinamento tra le diverse funzioni e le diverse figure; è possibile, attraverso l'attivazione e l'utilizzo sistematico di Unità valutative multidisciplinari, caratterizzare correttamente la domanda assistenziale, orientarla e gestirla, anche attraverso piani individualizzati di intervento.
Il potenziamento del Distretto, particolarmente inteso sotto il profilo del perfezionamento della sua organizzazione (sulla base di un *Programma delle attività territoriali* condiviso con il Comitato dei Sindaci e le

parti sociali) e della messa a disposizione di efficaci strumenti gestionali (vedi sezione su "Budget di Distretto") rappresenta, quindi, un indirizzo strategico funzionale e complementare alla realizzazione della continuità e dell'integrazione.
Per realizzare un compiuto programma di assistenza continuativa non è sufficiente l'esistenza e la specializzazione dei diversi comparti/livelli assistenziali, afferenti sia all'ospedale sia al Distretto, ma è indispensabile una loro capacità di comunicazione continua ed efficiente, per la quale è necessario individuare ed adottare le modalità e gli strumenti più idonei. Solo un'efficiente comunicazione può, infatti, consentire di dare qualità e tempestività alle soluzioni assistenziali più coerenti alle caratteristiche del caso affrontato. La mancanza di tempestività rappresenta, infatti, spesso un fattore critico da cui derivano aggravamenti dello stato di salute ed oneri assistenziali evitabili.
Emblematica a questo proposito è la capacità di implementare quella tipologia di dimissione ospedaliera che è detta 'protetta', in quanto opportunamente programmata e che prevede una stretta integrazione tra ospedale e territorio. La dimissione protetta è indubbiamente un elemento determinante per la corretta gestione assistenziale del paziente (e particolarmente di quello più compromesso per caratteristiche sociali e/o di salute), della sua qualità di vita e del contenimento dei costi necessari alla sua assistenza, come ben evidenziato dal fenomeno dei ricoveri ripetuti. Si intendono con questo termine le riammissioni in ospedale non programmate, effettuate a breve distanza di tempo da un precedente episodio di ricovero, che possono essere legittimamente interpretati come "eventi sentinella" di carenze organizzativo-gestionali.
Anche la dipartimentalizzazione dei servizi, purchè non si sovrapponga all'organizzazione distrettuale producendo difficoltà ed attriti gestionali, può offrire maggiori garanzie di continuità assistenziale, in quanto tende a rendere più funzionale il percorso del paziente. Si pensi, ad esempio, al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che, per la sua collocazione "a cerniera" tra l'ospedale ed il territorio, può favorire la necessaria comunicazione ed il raccordo tra i due comparti in un'area assistenziale in cui la valutazione prognostica è particolarmente difficile.
Un'altra grande potenzialità offerta dall'integrazione sanitaria riguarda la possibilità di coniugare, con interventi di offerta attiva, il momento terapeutico con azioni di prevenzione e di riabilitazione: si pensi, ad esempio, alla maggiore efficacia della riabilitazione post-ictus quando attivata già in fase di acuzie o alla possibilità di effettuare vaccinazioni su soggetti a rischio collegandole temporalmente ad episodi assistenziali, quali il ricovero (ad esempio, vaccinazione antipneumococcica al momento della dimissione).
Nell'ambito del "sistema salute", una delle dimensioni elettive dell'integrazione istituzionale è quella fra politiche sanitarie e politiche sociali, di particolare rilievo soprattutto per quanto riguarda gli interventi destinati ai soggetti "fragili" che, da un lato, rinvia alla definizione di strumenti di raccordo fra le competenze del SSR e quelle proprie degli Enti Locali, mentre, dall'altro, richiama i temi della sussidiarietà orizzontale, con la sempre più marcata ed organizzata presenza di associazioni *no-profit* e del volontariato. Infatti, di fronte a casi che, per caratteristiche socio-economiche del soggetto e/o per tipologia del bisogno di salute, si dovessero rivelare complessi, l'integrazione è da perseguirsi sia all'interno dell'ambito sanitario, coordinando i diversi interventi professionali necessari, ma anche, quando opportuno, supportando gli interventi sanitari con quelli di natura sociale. Ambiti assistenziali in cui gli interventi socio-sanitari integrati possono acquistare particolare rilevanza ed efficacia sono rappresentati dall'assistenza materno-infantile, da quella rivolta agli anziani, agli immigrati, ai disabili, ai tossicodipendenti e alle persone affette da disturbi psichici. Nell'ottica di tutelare il più possibile il mantenimento dell'abituale contesto di vita delle persone, tale Piano ha dato specifico risalto al potenziamento dell'assistenza domiciliare ed, in particolare, della sua forma integrata (vedi "Sfide prioritarie").
Essenziale, ai fini della praticabilità ed efficacia degli interventi integrati, è la formalizzazione dei rapporti (e, quindi, dei rispettivi obblighi) tra i diversi attori istituzionali e non istituzionali, con la specificazione delle strutture, risorse e prestazioni assicurate; anche attraverso l'apporto del volontariato e del privato sociale, con la stipula di specifici protocolli d'intesa, accordi di programma e/o convenzioni. Attualmente nel Lazio sono registrate numerose Associazioni del Terzo settore che svolgono un ruolo importante non solo sul versante assistenziale ma anche su quello della collaborazione istituzionale, per la capacità raggiunta di fornire stimoli e proposte alle istituzioni aumentandone così la conoscenza dei fenomeni e le possibilità di azione efficace. Esse rappresentano un patrimonio da valorizzare adeguatamente.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Attivare, a livello regionale, tutti gli ambiti e le funzioni assistenziali atti al soddisfacimento del bisogno ai diversi livelli di gravità e intensività

Il perseguimento della continuità assistenziale richiede la possibilità di disporre effettivamente dell'intera rete di offerta dei servizi, comprensiva di tutti gli ambiti e le opportunità assistenziali di natura sia ospedaliera (emergenza, ricoveri ordinari, DH/*day-surgery*, lungodegenza post-acuzie) sia territoriale (Centri di riabilitazione, Residenza Sanitaria Assistenziale – RSA, Hospice, Centri diurni, assistenza medica di base e specialistica anche domiciliare, altri servizi e funzioni territoriali volti alla prevenzione, alla tutela della salute mentale, degli anziani, delle donne e dei bambini, alle tossicodipendenze e all'emergenza). Tale disponibilità è presupposto essenziale per poter gestire le diverse fasi e tipologie di bisogno, attraverso un coordinamento pianificato e guidato che esiti nella corretta ed appropriata allocazione e gestione del paziente in trattamento.

Ciò implica la necessità di attivare in tutta la Regione quegli ambiti assistenziali che non siano, al momento, realmente operativi e/o a regime.

Si tratta di disporre di divisioni ospedaliere espressamente dedicate allo specifico bisogno assistenziale affrontato; di utilizzare al meglio la possibilità di ospedalizzazione diurna, sia clinica sia chirurgica; di attivare e/o potenziare l'assistenza domiciliare (vedi sezione su "Il potenziamento dell'assistenza domiciliare"); di riorganizzare i poliambulatori specialistici ospedalieri e territoriali; di attivare strutture semiresidenziali di tipo socio-sanitario integrato; di creare o riorganizzare le strutture residenziali sanitarie e socio-assistenziali, nelle quali ospitare persone non più in grado di permanere nella propria abitazione, pur necessitando di assistenza sanitaria o sociale continuativa (vedi sezione su "L'evoluzione dell'ospedale per acuti").

Realizzare una rete di offerta di Servizi e funzioni assistenziali, promuovendo la cultura della continuità assistenziale e supportandola con azioni specifiche

Oltre alla disponibilità dei diversi comparti e delle diverse forme di assistenza, è necessario un particolare impegno per realizzare una articolazione dei servizi "a rete", allo scopo di perseguire la continuità dell'assistenza. Per raggiungere questo obiettivo bisogna ridefinire i principali processi organizzativi e decisionali interni all'Azienda ed, in particolare quelli di competenza distrettuale, ridisegnando le funzioni di coordinamento di tutti i comparti tra di loro e individuando forme di gestione centralizzata dei percorsi assistenziali.

Rappresentano fattori e risorse per il supporto alla realizzazione della continuità assistenziale:

- la formazione del personale sanitario, sociale ed amministrativo;
- l'indirizzo o la riconduzione dei comportamenti dei MMG agli obiettivi di salute della ASL di riferimento: a questo scopo andranno anche orientati i contratti collettivi di lavoro e i sistemi incentivanti;
- l'opportuno coordinamento tra MMG e medici specialisti;
- l'implementazione e l'utilizzo della tecnologia e degli strumenti gestionali da questa consentiti (telemedicina, Internet, CUP, etc.);
- il coordinamento dei Servizi distrettuali con le strutture ospedaliere;
- la realizzazione dell'integrazione dell'attività del Distretto con le attività di tutti i Dipartimenti territoriali o transmurali, nell'ottica di un approccio globale alla tutela della salute;
- il raccordo nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonchè delle prestazioni sociali gestite dai Comuni.

Implementare i Percorsi Diagnostico Terapeutici per specifiche aree di particolare rilevanza assistenziale

La condivisione nella presa in carico del paziente, simultanea o alternata nel tempo, tra i diversi livelli di assistenza e tra i diversi professionisti che li erogano, deve essere realizzata attraverso strumenti e modalità organizzative atte a garantire un efficace coordinamento e integrazione. I termini e le modalità specifici di questa integrazione variano in intensità da caso a caso ma prevedono comunque un approccio multidisciplinare, con una consolidata impostazione organizzativa.

Più concretamente, i servizi ed i professionisti devono essere orientati all'adozione di Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT), anche detti "profili di assistenza". Si intende con questo termine la pianificazione interdisciplinare ed il coordinamento di sistemi di cura complessi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti richiedenti procedure specifiche, allo scopo di ridurre la variabilità delle procedure e degli esiti di salute. Ciò implica la possibilità, per chi organizza ed eroga prestazioni sanitarie, di utilizzare strumenti di gestione clinica che definiscano, sulla base delle prove di efficacia, la più opportuna sequenza di

azioni, la loro temporizzazione e la loro collocazione ottimali. L'individuazione degli interventi costitutivi di tali percorsi-tipo deve, quindi, necessariamente tradursi in una sistematizzazione di procedure, cui gli operatori devono il più possibile uniformarsi. L'impatto dell'adozione dei PDT è tanto più forte quanto più esteso alle diverse patologie, procedure diagnostiche e branche di assistenza e quanto più condiviso ed applicato a livello aziendale.

Diffondere l'utilizzo della dimissione protetta

L'identificazione dei soggetti che necessitano di continuità di cure dopo il ricovero ospedaliero e la caratterizzazione precisa del bisogno a livello territoriale è la chiave di un programma di riassetto assistenziale di successo.
Una dimissione realmente protetta si realizza attraverso una effettiva gestione delle seguenti aree:

- verifica dell'appropriatezza della dimissione;
- preparazione e tempistica della dimissione, con valutazione dei bisogni assistenziali del paziente e predisposizione della documentazione necessaria per l'assistenza post-ricovero (lettera o piano di dimissione);
- tempestiva ed adeguata comunicazione ai Servizi territoriali competenti e al MMG del paziente ed orientamento per i successivi interventi;
- adeguata e tempestiva attivazione degli specifici Servizi territoriali.

Solo il controllo di queste variabili può consentire una appropriata presa in carico del paziente da parte dei Servizi territoriali, con la garanzia di una corretta gestione degli interventi terapeutici e il necessario coordinamento tra interventi medici, infermieristici e di supporto sociale. Questo presuppone la formalizzazione dei rapporti tra Unità Operative (UO) ospedaliere e Servizi distrettuali e delle procedure condivise cui entrambi si uniformano, con la specifica dei contenuti informativi e delle modalità di comunicazione, della tempistica e dei referenti.

1.6 SISTEMI INFORMATVI

DEFINIZIONE DEL TEMA

Negli ultimi anni sono stati attivati nella Regione numerosi SSII di pertinenza sanitaria riguardanti per lo più le prestazioni ed i servizi erogati dalle strutture preposte all'assistenza sanitaria nei suoi vari livelli. Questo sviluppo ha prodotto l'allargamento della base conoscitiva sulle attività sanitarie erogate a favore dei cittadini consentendo una riflessione su alcuni fenomeni rilevanti basata su fatti documentati e quantificabili, che la continuità dei flussi informativi permette di monitorare nel tempo.
Un Sistema Informativo (SI) sulle prestazioni sanitarie può essere definito sia a partire dalle attività che lo compongono ("produzione, gestione, trasmissione, elaborazione e diffusione delle informazioni pertinenti al fenomeno in studio"), che dal suo prodotto in termini di informazioni: in quest'ottica il SI viene visto come un complesso insieme di dati, modelli, indicatori e rappresentazioni con l'obiettivo di "informare" operatori e cittadini.
Il SI è, quindi, molto più dei flussi che lo alimentano e dei dati che lo compongono, è anche il valore aggiunto delle informazioni che si possono produrre con i metodi di analisi quantitativa, la statistica e l'epidemiologia, e del grado di condivisione e di diffusione dei risultati.
Le linee di sviluppo dei SSII nella Regione devono riguardare:

- l'integrazione dei SSII esistenti;
- la facilità di accesso e di diffusione delle informazioni;
- la qualità delle informazioni;
- la copertura di quelle aree in cui c'è un vuoto informativo;
- il consolidamento della rete di operatori locali che alimentano i SSII regionali.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Progettare Sistemi Informativi per coprire il fabbisogno informativo per le aree che risultano carenti

Attualmente nel Lazio c'è una forte carenza di veri e propri SSII riguardanti l'area di assistenza della medicina generale e distrettuale o il consumo dei farmaci: il sistema di scelta e revoca del MMG collega le informazioni del medico a quelle dei pazienti che lo hanno scelto, ma le modalità di registrazione e di aggiornamento non lo rendono un sistema efficiente neanche per la gestione amministrativa; le informazioni sul consumo di farmaci vengono registrate, con un sistema di lettura ottica delle ricette trasmesse dalle farmacie, ma fino ad oggi hanno consentito solo di conoscere l'ammontare della spesa sostenuta senza la possibilità di ulteriori approfondimenti.

Oltre all'ulteriore sviluppo del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS) è necessario investire risorse predisponendo progetti per la copertura informativa degli ambiti di assistenza territoriale ad oggi carenti di dati, in vista della piena attuazione di un Sistema Informativo dei Servizi Territoriali (SIT) che raccolga tutti i dati relativi ai servizi e alle attività di natura extraospedaliera.

Prevedere nei Sistemi Informativi esistenti, così come in quelli da sviluppare, le informazioni necessarie per le valutazioni economiche ed il controllo della spesa

La limitatezza delle risorse disponibili per l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la necessità di disporre di uno strumento efficiente per la gestione economico-finanziaria, in particolare per il calcolo dei finanziamenti dei soggetti erogatori, rendono indispensabile legare al dato amministrativo e sanitario, quello economico.

Occorre prevedere in tutti i SSII che trattano di prestazioni sanitarie le informazioni che consentano di calcolare il costo a carico del SSR, nonché il fondo su cui tali costi debbano gravare.

I SSII così strutturati dovrebbero rendere possibile il monitoraggio della spesa sostenuta, l'individuazione delle aree critiche e servire da base informativa per lo sviluppo di modelli di finanziamento dell'attività sanitaria.

Utilizzare ed integrare i Sistemi Informativi disponibili per il supporto dell'attività manageriale ed in particolare per la programmazione e valutazione degli interventi sanitari e per il controllo di gestione

Coordinare i SS.II. aziendali con quelli regionali, uniformare i criteri di raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e costruire un sistema di indicatori con l'obiettivo di fornire il supporto all'attività manageriale per la stesura di piani strategici e la valutazione sul raggiungimento degli obiettivi di piano e per la programmazione dell'attività da erogare in base ai livelli di qualità ed appropriatezza degli interventi e dei relativi costi.

Promuovere a livello aziendale l'integrazione dei Sistemi Informativi esistenti e la produzione e la diffusione delle informazioni acquisite in modo organico e sistematico

OBIETTIVO 1*: *Costituzione del datawarehouse aziendale

Il *datawarehouse* è un'area centralizzata dove sono depositate le informazioni più rilevanti presenti nei vari sistemi di raccolta dati. Questi dati sono selettivamente estratti dai SSII correnti o da altre fonti di dati interne; integrati, organizzati e archiviati nel database del *datawarehouse*, per consultazioni tramite ricerche mirate (*query*) o sistemi d'interrogazioni.

Il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), il Sistema Informativo di Emergenza Sanitaria (SIES) e il Sistema Informativo di Assistenza Specialistica (SIAS), serviranno come modello per la creazione dei *datawarehouse*. Il risultato del modello verrà progressivamente esteso ed adeguato ad altri SSII e/o sistemi di sorveglianza. I sistemi verranno costruiti e gestiti con meccanismi di sicurezza e rispetto della privacy.

Una parte centrale del *datawarehouse* sarà la creazione di un'anagrafe degli assistiti, creata tramite le informazioni anagrafiche raccolte dai SSII che costituiscono il *datawarehouse* stesso e il link con le anagrafi comunali del Comune di Roma, Comune di Fiumicino, l'anagrafe aziendale della ASL di Viterbo e l'archivio di scelta e revoca del MMG della regione Lazio.

La costituzione del *datawarehouse* permetterà, dal punto di vista epidemiologico:

- creazione di una base di dati integrata per l'analisi e ricerca;
- definizione e standardizzazione di tabelle di base;
- ricostruzione della storia degli accessi ai Servizi sanitari;

- base informativa per studi ad hoc;
- costruzione di un sistema di popolazione dei residenti/assistiti.

e per il supporto tecnico-scientifico all'amministrazione regionale:
- creazione di una base di dati regionale integrata;
- disponibilità in linea delle informazioni di interesse aziendale e regionale;
- proposta di sviluppo strumenti tecnologici per l'integrazione delle basi dati distribuite.

Il datawarehouse aziendale dovrà essere inoltre essere progettato per poter consentire la gestione di informazioni di interesse non soltanto sanitario, ma anche di interesse amministrativo, contabile e finanziario.

OBIETTIVO 2*: *Costruzione di sistemi di interrogazione dati (EPICS).

Attraverso la costituzione del *datawarehouse* e l'introduzione di nuovi standard tecnologici verranno sviluppati sistemi di interrogazione guidate con interfacce amichevole per facilitare la consultazione ed estrazione dati. Il SIO e il SIES verranno utilizzati per lo sviluppo di un modello di sistema di interrogazione via Intra/Internet. Questi modelli verranno progressivamente estesi ed integrati ad altri SSII e/o sorveglianza.
La finalità è fornire strumenti per:
- l'analisi e interrogazione integrata dei dati;
- calcolo di tassi e indicatori;
- proposta di un sistemi di consultazione dati per le Aziende e alla Regione;
- il calcolo di indicatori per la programmazione sanitaria.

Promuovere l'adozione di strumenti tecnologici innovativi finalizzati a migliorare l'utilizzo delle informazioni sanitarie
L'integrazione del Pronto Soccorso (PS) e del 118 (vedi "Emergenza") e la disponibilità giornaliera di informazioni sull'occupazione dei posti-letto (p.l.) negli ospedali o sull'utilizzo delle sale operatorie, sono obiettivi il cui raggiungimento è oggi facilitato dalla disponibilità di strumenti tecnologici innovativi flessibili che possono adattarsi alle diverse soluzioni organizzative che si incontrano nelle strutture ospedaliere. Occorre promuovere l'adozione di questi strumenti per:
- aumentare il grado di integrazione dei SSII già esistenti;
- accelerare i tempi di rilevazione e trasmissione di un set minimo di informazioni, ad esempio sulla disponibilità di letti nelle alte specialità chirurgiche o nelle terapie intensive;
- accelerare i tempi di diffusione e pubblicizzazione di queste informazioni per una gestione più efficiente della rete ospedaliera;
- rendere possibile il monitoraggio a breve termine delle aree di assistenza ospedaliera più critiche in termini di evoluzione della spesa.

Istituire sistemi di sorveglianza della qualità dei dati dei Sistemi Informativi
A livello regionale ed aziendale devono essere attivati dei nuclei addetti al controllo di qualità dei dati che sistematicamente producano rapporti sulla copertura, completezza ed attendibilità dei SSII, sia attraverso procedure automatiche di elaborazione dei dati, che mediante verifiche campionarie dei documenti cartacei conservati dagli erogatori.
Tali controlli si devono distinguere dai controlli a fini ispettivi in quanto l'obiettivo è la valutazione e la promozione della qualità dei dati e non le eventuali penalizzazioni economiche degli erogatori.
Da parte dell'Amministrazione Regionale devono essere stabiliti dei requisiti minimi per la corretta gestione dei SSII aziendali ed i criteri di attribuzione dell'incentivazione al personale sulla base di obiettivi legati al miglioramento della qualità dei dati prodotti.

1.7 FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

DEFINIZIONE DEL TEMA

L'innovazione tecnologica e l'aumentata velocità della ricerca e dell'informazione scientifica rendono irrinunciabile il capillare aggiornamento degli operatori sanitari. L'accelerazione dei cambiamenti tecnici ed organizzativi presuppone la realizzazione di una flessibilità all'interno delle Aziende sanitarie, impossibile da conseguire senza programmi mirati ed efficienti di attività formative.
Inoltre tutti i processi di miglioramento della qualità, in atto o raccomandati nelle Aziende, non possono raggiungere risultati concreti se prescindono dall'attività formativa.
Tuttavia esiste il bisogno assoluto di rendere l'attività formativa degli operatori strettamente funzionale al raggiungimento di obiettivi di miglioramento della qualità delle Aziende. Ciò significa che, poiché i tempi e l'impegno per la formazione continua sono limitati, lo spazio per l'aggiornamento di operatori scollegato dagli obiettivi aziendali va sicuramente ristretto.

Lo scenario normativo nazionale

Con l'emanazione del D.lgs 229/99, così come già affermato nel PSN 1998-2000, si è sempre più rafforzato il concetto di formazione come "leva strategica " sia per l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, sia per la realizzazione piena del processo di aziendalizzazione. In tale contesto si inseriscono coerentemente le previsioni di attività formativa previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro.
Il decreto 229/99 focalizza l'attenzione su due aspetti dell'attività di formazione: la formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli operatori in servizio, e la formazione manageriale. Per quanto riguarda la formazione continua, l'importanza rivestita a livello di strategie europee è testimoniata dalla redazione del "Memorandum sull'istruzione e la formazione permanente". In tale documento si sottolinea l'esigenza di "garantire una offerta formativa di qualità e l'adeguatezza delle conoscenze e delle competenze alle mutevoli esigenze occupazionali, dell'organizzazione e dei metodi di lavoro", e si pone come obiettivo da raggiungere, tra gli altri, quello di "migliorare il modo con cui sono valutati e giudicati la partecipazione ed i risultati dell'azione di formazione…".
Tutte le iniziative da porre in essere sono pertanto destinate ad accrescere le competenze e le conoscenze professionali rispetto alle esigenze gestionali ed organizzative del SSR, nonché ad adeguare l'operatività ed i comportamenti ai risultati della ricerca scientifica e tecnologica da un lato, e la diversificazione della domanda di prestazioni da parte dei cittadini dall'altro.
Per quanto riguarda i soggetti individuati a svolgere l'attività di formazione, lo scenario attuale prefigura una piena integrazione tra strutture regionali, Aziende sanitarie, Aziende Ospedaliere (AO), strutture universitarie regionali, Ordini Professionali e scuole accreditate FNOM, per la programmazione e valutazione dell'offerta formativa, nonché per la elaborazione e attuazione delle attività derivanti dalla programmazione.

Il livello regionale e locale

Il livello centrale regionale, d'intesa con gli Ordini Professionali attraverso l'analisi e la definizione dei fabbisogni formativi, deve definire un piano strategico che sia di riferimento per tutte le attività di formazione a livello regionale. Il piano deve avere come punto di indirizzo generale la qualificazione delle risorse umane rispetto all'evoluzione del sistema sanitario in tutti i suoi aspetti (organizzativo, gestionale, scientifico e tecnologico), individuando ambiti prioritari.
Il livello locale presuppone che le Aziende sanitarie definiscano e formalizzino le esigenze e le caratteristiche della formazione locale e, sentiti i sindacati maggiormente rappresentativi, ne predispongano l'effettiva realizzazione e ne valutino l'impatto nella pratica clinica, assistenziale, preventiva ed organizzativa.

Il fabbisogno formativo

Per la corretta definizione del piano di formazione, un momento strategico e critico è quello della definizione del fabbisogno formativo. Attraverso questo momento si tende ad assicurare livelli e contenuti di formazione corrispondenti ai bisogni di formazione del personale, espressi in base alle necessità funzionali dei servizi.
Il panorama delle professioni che operano nel comparto sanitario pubblico e privato è molto articolato comprendendo in sintesi:

- professioni la cui formazione avviene attraverso corsi di diploma universitario e scuola professionale (Fisioterapista, Infermiere, Logopedista, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico sanitario di radiologia medica, etc.);
- i medici specialisti dell'area medica, chirurgica e dei servizi, in cui rientra anche la formazione in medicina generale;

- quelle la cui formazione passa attraverso corsi di diploma di laurea e specializzazioni (Farmacia, Veterinaria, Biologia, Chimica, Psicologia, etc.).

E' inoltre opportuno che le ASL producano un'offerta formativa rivolta anche alle associazioni di volontariato impegnate attivamente sul territorio.
Il Ministero della Sanità, in coerenza con quanto previsto dal D.lgs 229/99 (definizione del fabbisogno di personale sanitario, art. 6 ter) ha definito una metodologia per la determinazione del fabbisogno formativo del personale sanitario centrato sostanzialmente sulla valutazione quantitativa dell'offerta di lavoro nei vari settori di impiego in cui siano previste figure di area sanitaria, della domanda di lavoro conseguente all'uscita dalla formazione in corso e da professionisti già formati ma non ancora occupati.
Il problema dell'inserimento e corretto utilizzo delle professioni si complica con la riforma dei corsi universitari e con l'avvio dei Master Universitari.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Livello regionale

La Regione deve elaborare il "Piano di Formazione-aggiornamento" con valenza triennale, all'interno del quale è definita la pianificazione rispetto alle attività formative, individuando obiettivi, azioni, soggetti, risultati attesi e risorse destinate. Il Piano deve prevedere al suo interno gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dell'attività e dei risultati. L'offerta formativa deve essere prioritariamente rivolta a funzioni e servizi di rilevanza strategica per la realizzazione degli obiettivi del PSR.
La strutturazione del Piano di formazione regionale presuppone la definizione del fabbisogno di formazione, tenendo conto della composizione del comparto sanitario, delle dinamiche occupazionali nell'arco di tempo e della tipologia e volume della formazione già in corso. Inoltre, si dovrà valutare la domanda e l'offerta che il mercato del lavoro propone.
La rilevazione del fabbisogno formativo, effettuata in coerenza con le indicazioni ministeriali, deve tenere conto dell'equilibrio offerta formativa/offerta occupazionale, dell'emergere delle nuove figure professionali e della diversa articolazione di figure professionali ormai consolidate. Per la formulazione del Piano dovranno essere sentite le esigenze delle organizzazioni dei cittadini e dei sindacati maggiormente rappresentativi.
Deve essere perseguita e realizzata l'integrazione tra il livello regionale, quello aziendale, quello universitario, quello ordinistico anche attraverso la definizione di specifici protocolli d'intesa, nonché quello dei soggetti aventi titolo ad operare nell'ambito considerato, quali le scuole di formazione accreditate FNOM. L'apporto didattico e scientifico delle Università può essere configurato anche sul versante dell'aggiornamento scientifico, della riqualificazione e formazione complementare degli operatori quale supporto specifico ai progetti di modificazione organizzativa. Fra i vari soggetti istituzionali ed accreditati per lo svolgimento integrato di attività di formazione, l'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale (ASP), in applicazione dell'art. 3 della L.R. 16/99, concorre alla formazione del personale del SSR, curando, in particolare l'aggiornamento degli operatori in tema di Sanità Pubblica, Epidemiologia, Biostatistica e sistemi informativi sanitari.
Il livello regionale dovrà sviluppare competenze metodologiche per la valutazione degli eventi formativi, soprattutto relativamente all'impatto che questi hanno sul funzionamento dei Servizi sanitari e sull'esito degli interventi. Il soggetto principale di tale processo è l'ASP, che organizza anche la formazione su tali temi delle strutture periferiche.
Il livello regionale, inoltre, deve costituire una struttura di studio ed indirizzo per la corretta utilizzazione delle persone che si formano nei nuovi corsi universitari (diplomi di laurea brevi, Master, etc.) Tale struttura ha il compito di definire priorità e indirizzi per l'attività di formazione nel campo sanitario.

Livello locale

In ogni Azienda sanitaria deve essere costituita una articolazione organizzativa, in staff alla direzione aziendale, che svolga le attività riferite alla formazione.
E' necessario che ogni Azienda sanitaria od ospedaliera adotti con atto formale il Piano di Formazione Aziendale, a valenza triennale, quale elemento strategico per il governo e lo sviluppo delle risorse umane. La struttura in staff alla direzione aziendale, in raccordo con le articolazioni organizzative aziendali, predispone il Piano di formazione aziendale contenente:

- analisi dei bisogni di formazione;
- definizione di obiettivi di formazione;
- modalità di attuazione di piani aziendali di formazione;
- criteri per l'ammissibilità di momenti di formazione proposti dai singoli operatori;

- monitoraggio e valutazione dei momenti formativi;
- definizione delle risorse disponibili.

La parte di pertinenza di tale Piano viene discussa in sede di negoziazione di budget con la Direzione Generale dai dirigenti delle articolazioni organizzative aziendali.
Anche a livello locale è opportuno che l'accesso del personale alle attività di formazione, a fronte di risorse definite e limitate, deve essere programmato con criteri di pertinenza e priorità dell'azione formativa rispetto alle funzioni realmente svolte.

CONTENUTI
In linea generale i contenuti formativi devono tenere conto delle esigenze derivanti da:
- processo di aziendalizzazione delle strutture;
- professionalizzazione del personale neoassunto;
- riqualificazione del personale in servizio per adeguarlo all'evoluzione normativa e tecnologica e al progresso scientifico;
- MCQ;
- rilevanza e diffusione di problematiche sanitarie specifiche (emergenza, pazienti oncologici, assistenza domiciliare, riorganizzazione della medicina del territorio, etc.).

Ambito di particolare rilevanza è quello che riguarda la formazione dei MMG, nei confronti dei quali si devono sviluppare interventi formativi centrati, fra l'altro, sulla razionalizzazione dei PDT e sull'acquisizione di capacità gestionali e budgetarie, sentite le scuole di formazione regionali.
La formazione manageriale deve avere l'obiettivo di promuovere comportamenti gestionali ed organizzativi funzionali al cambiamento del sistema. Il livello dirigenziale deve essere in grado di programmare e gestire i processi produttivi, l'utilizzo del personale e delle risorse tecnologiche in termini aziendali.
La formazione manageriale si deve rivolgere, attraverso una strutturazione adeguata, tanto al top management aziendale quanto ai quadri dirigenti intermedi, e deve essere in grado di sviluppare nei destinatari, oltre alle capacità organizzative e direzionali, anche capacità relazionali e di leadership, attraverso l'apprendimento delle tecniche di comunicazione, negoziazione, lavoro di gruppo.

1.7.1 EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

L'Aggiornamento Professionale e la Formazione Continua dovranno svolgersi tenuta presente la normativa nazionale su Educazione Continua in Medicina (ECM) ed in conformità a quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali delle categorie professionali interessate.
La Regione provvede alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali di formazione continua, individuando inoltre obiettivi prioritari di carattere regionale da indicare al personale del SSR come esigenza formativa.
La Regione provvede al coordinamento delle attività di ECM utilizzando a tale scopo l'ASP anche attraverso un consorzio, con la partecipazione delle ASL e di altri organismi competenti. La Regione coinvolge altresì nella programmazione delle attività gli Ordini Professionali e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale. In tale sede dovranno essere sviluppate funzioni di consulenza e di tutoring per sostenere la progettazione e lo svolgimento dei programmi.
La strategia di formazione deve interessare tutti i soggetti coinvolti nel processo produttivo e, in particolare riguardo, i profili professionali che per molteplici ragioni non hanno usufruito di tale importante strumento di crescita professionale.
Le aziende dovranno attuare i corsi relativi all'ECM sulla base dei bisogni formativi degli operatori, per la definizione dei quali dovranno essere previste specifiche indagini. Le Aziende dovranno inoltre assicurare la qualità dei metodi didattici e la valutazione dei corsi.
I temi dei corsi dovranno basarsi oltre che sui bisogni formativi appositamente rilevati, sulle priorità definite in sede nazionale e regionale. E' opportuno, inoltre, inserire programmi formativi nelle attività di ricerca, in modo che la progettazione e l'attuazione di queste abbia momenti di valore didattico per gli operatori delle equipes che li conducono.

I programmi della formazione continua dovranno rispondere a quelli che sono gli obiettivi del PSR in un'ottica di fornitura delle Cure Primarie, con particolare risalto agli interventi di prevenzione primaria e

secondaria, in ossequio al raggiungimento di obiettivi generali ed i relativi specifici in ambito regionale. Le Aziende ed i Distretti, soddisfatti i programmi regionali, potranno proporre progetti atti a soddisfare le esigenze locali.
I percorsi formativi, qualsiasi sia il tema od il progetto interessato, dovranno mirare allo sviluppo dei principi di Appropriatezza, Efficacia ed Efficienza con l'impiego di opportuni indicatori di risultato nell'ambito della promozione della Qualità sia nella Dimensione Professionale, che quella organizzativo-aziendale, che Relazionale dell'assistenza.
Nella formazione mirante al miglioramento della qualità delle cure dovrà essere promossa l'adozione di LG cliniche e clinico-organizzative fondate su revisioni sistematiche della letteratura scientifica e di percorso clinico.
Nella creazione dei corsi e nella loro realizzazione, la Regione e le Aziende potranno avvalersi della collaborazione di Società professionali, di Scuole di Formazione e di Organizzazioni o Istituzioni che abbiano verificabili sistemi di Certificazione di Qualità o che siano riconosciute presso la F.N.OO.MM.C. e O.

1.7.2 LE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE E RIABILITATIVE

L'evoluzione legislativa che è stata attuata dalle leggi 42/99, 251/00 e 1/02 è stata per le professioni sanitarie infermieristiche , tecniche e riabilitative certamente un evento storico.
Giustamente è stata definita la "stagione delle riforme" che ha trasformato ed evoluto oltre cinquecentomila operatori da subalterni ed ausiliari in professioni liberali nell'accezione classica dotate di propria autonomia, di formazione universitaria analoga a quella di tutti gli altri laureati cioè laurea e laurea specialistica, con analoga progressione di carriera sino alla dirigenza e, ultimo n ordine di tempo; una modifica nell'inquadramento contrattuale che ha riconosciuto a tutti gli effetti il ovo status di "operatori laureati".
Occorre perciò ora avviare la fase di consolidamento ei risultati, di attuazione concreta dei processi riformatori messi in atto, di adeguamento alla nuova realtà sia della precedente normativa che dell'attuale organizzazione del lavoro: è una fase nella quale la stessa credibilità del processo riformatore messo in atto è messa alla verifica.
Certamente è difficile, se non impensabile, un ritorno indietro ma se non vi è un'analoga capacità di guida, di orientamento lucido, tenace e testardo come si è realizzato nella precedente fase, il rischio che le aspettative e le novità positive per operatori e cittadini che questa riforma ha messo in atto possa non essere tutte realizzate, con un'evidente messa in essere di aspetti negativi e frustranti.
Nell'attuale quadro legislativo è determinante e fondamentale il ruolo della Regione sia nell'attuare quanto già previsto dalla normativa nazionale che anticipando quanto è già in itinere nella legislazione.
Il primo è certamente, il più importante, è dato dalla possibilità ora reale di far evolvere l'organizzazione del lavoro all'interno del servizio sanitario nazionale. Un processo di tale portata deve mutare il quotidiano rapporto tra le professioni a tutto vantaggio del loro operato e del servizio reso al cittadino: dalla nuova condizione di professioni a tutto vantaggio del loro operato e del servizio reso al cittadino: dalla nuova condizione di professionisti con proprio autonomo ambito operativo e adeguatamente collocati contrattualmente e con formazione elevata i primi a trarre vantaggio sono e saranno i medici e gli altri dirigenti sanitari, il cui ruolo non solo non viene ridimensionato o aggredito nelle competenze, le leggi 42 e 251 hanno ben sancito che l'autonomia di queste professioni termina laddove inizia la competenza propria ed esclusiva dell'atto medico, ma viene valorizzato nella propria precipua essenza di direzione e centralità professionale che in una moderna visione del lavoro interprofessionale si avvale del contributo e del concorso di altri professioni della salute con n bagaglio di competenze adeguato all'evoluzione scientifica e tecnologica in atto nella sanità.

AREE DI INTERVENTO:

Area 1: gestione diretta delle professioni sanitarie

In questo quadro risulta fondamentale valorizzare al massimo l'apporto di queste professioni incentivando ed estendendo nelle aziende sanitarie la diretta gestione delle aree di loro competenza attraverso l creazione di specifici servizi diretti da dirigenti espressione delle stesse professioni.

Per gestione diretta si intende gestire al meglio l'organizzazione del lavoro quotidiano nelle corsie ospedaliere, nei distretti, nelle comunità e non sostituire alla direzione medica quella di dirigenti infermieri o fisioterapisti o tecnici sanitari.

Obiettivi

- esercitare la programmazione regionale elaborando linee guida per individuare in quale modalità organizzative e realizzando, all'interno delle aziende sanitarie, la diretta gestione delle aree di competenza delle professioni e per l'introduzione di nuove modalità di organizzazione del lavoro;
- monitorare la loro progressiva realizzazione tramite verifiche periodiche sulla loro attuazione e sugli effetti prodotti;
- sperimentare strutture gestite da infermieri professionali con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale.
- Istituire in ogni ASL dipartimenti dell'assistenza e servizi delle professioni sanitarie al fine di realizzare una revisione dei modelli organizzativi tendenti at ottimizzare l'impiego delle risorse ed a migliorare il servizio reso ai cittadini.

Area 2 – Razionalizzazione della regolamentazione professionale

Vi è la necessità per i cittadini, lo Stato, le Regioni e per gli stessi operatori che vi sia analoga regolamentazione professionale. Risulta infatti insostenibile che la maggioranza numerica dei professionisti sanitari abbia da tempo l'istituzione di albi, ordini o collegi professionali (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, infermieri, ostetriche , tecnici di rx) mentre lo stesso sia negato alle altre professioni che, seppur in grande numero come singole figure professionali in valore assoluto, rappresentano una minoranza numerica anche se qualificata nei suoi atti professionali.

Obiettivi

- in attesa di una legislazione nazionale in materia la Regione, in virtù delle recenti modifiche costituzionali, potrebbe istituire nel proprio ambito territoriale elenchi di quei professionisti, privi di collegi o ordini: gli elenchi in una prima fase potrebbero essere tenuti dagli uffici dell'Assessorato alla Sanità, prevedendo forme di gestione professionale da parte degli iscritti a tale elenco.
- al fine d realizzare un momento di orientamento , di promozione e di studio delle potenzialità è opportuno realizzare un Osservatorio Regionale sulle professioni sanitarie che abbia il compito di coadiuvare l'evoluzione in ogni Azienda sanitaria sulle modalità organizzative previste dalle leggi 42/99, 251/00 ed 1/02;
- inoltre si incentivano Piani Formativi Aziendali rivolti a tutto il personale che siano finalizzati all'aggiornamento ed alla formazione continua così come previsto dalle norme vigenti ed in ottemperanza a quanto previsto dal programma di Educazione continua in medicina (ECM).

2.0 GLI INTERVENTI E LE AZIONI

2.1 GRUPPI DI POPOLAZIONE E SOGGETTI DEBOLI

Sono definiti interventi specifici rivolti a particolari gruppi di popolazione che manifestano bisogni assistenziali complessi.

2.1.1 Salute materno-infantile

2.1.2 Salute in età evolutiva

2.1.3 Persone anziane

2.1.4 Immigrati

2.1.5 Persone disabili

2.1.6 Persone con disagio psichico

2.1.1 SALUTE MATERNO-INFANTILE

DEFINIZIONE DEL TEMA

La promozione della salute materno-infantile rappresenta un impegno strategico per il sistema sanitario regionale per l'effetto che fattori di rischio o di protezione e condizioni di patologia associate all'esperienza riproduttiva possono avere durante tutte le varie fasi della vita.
Negli ultimi decenni stiamo assistendo ad un complesso cambiamento delle abitudini riproduttive dovute a fattori sociali, culturali, economici nonché a profonde modifiche nell'offerta assistenziale. Questi cambiamenti hanno determinato da una parte un miglioramento nelle condizioni di salute della madre e del neonato e dall'altra una evoluzione del Servizio sanitario non sempre adeguata rispetto ai reali bisogni di salute.

Le evidenze epidemiologiche e gli aspetti critici

E' proseguita negli ultimi anni la tendenza alla diminuzione della natalità che è passata dall'11,1‰ abitanti nel 1980 a 8,8 nel 1998, con una riduzione in termini assoluti di circa 11.000 nascite. Questo andamento risulta omogeneo a quello osservato a livello nazionale e testimonia l'effetto di alcuni cambiamenti importanti come la riduzione del tasso di matrimoni, del tasso di fecondità nonché della scelta di posticipare l'esperienza riproduttiva. Dal 1985 al 1998 la frequenza di donne alla prima gravidanza con età superiore o uguale a 30 anni è passata dal 17,7% al 45,2%.
Si osserva una riduzione consistente degli indici di mortalità. Quella materna rappresenta ormai un evento raro, anche se ancora sottostimato, con tassi inferiori al 5 per 100.000 (2-3 eventi l'anno), quella feto-infantile ha valori inferiori al 6‰ nati che ci collocano ben al di sotto dell'obiettivo dell'8‰ stabilito come valore massimo dal PSN.
Per quanto riguarda la mortalità infantile (1° anno di vita),che si colloca ormai al di sotto di 6 decessi per 1000 nati vivi, occorre sottolineare che circa l'80% di questi decessi si verifica nel periodo neonatale (prime 4 settimane di vita) e che una quota considerevole del restante 20% trae le sue origini da eventi verificatisi durante la gravidanza, il parto e il periodo neonatale. In particolare i neonati con peso ed età gestazionale molto bassi (<1500 gr e/o <32 sett.), che costituiscono circa l'uno per cento di tutti i nati vivi, contribuiscono a circa la metà dei decessi nel primo anno di vita. Oltre alla prematurità, la più importante causa di mortalità infantile è costituita dalle malformazioni e da altre anomalie congenite. Dopo il periodo neonatale, invece, la mortalità è bassissima (circa l'uno per mille nati vivi) ed è legata prevalentemente alla SIDS ("morte in culla"). L'aumento dei tassi di sopravvivenza nei neonati pretermine, nei quali l'incidenza di esiti a distanza permane piuttosto elevata, ha portato ad un aumento del numero assoluto di bambini portatori di disabilità. Sulla base di ricerche condotte in aree geografiche omogenee è possibile stimare che la prevalenza di disabilità gravi legate a fattori perinatali sia intorno al 5‰ e del 15-20‰ quella riferita a compromissioni lievi o moderate.
A fronte di un complessivo miglioramento delle condizioni di salute della popolazione materno-infantile si evidenziano alcuni aspetti critici legati al tema dell'offerta assistenziale: diseguaglianze nell'accesso alle cure,

ricorso improprio di tecnologie e procedure offerte in modo aspecifico, insufficiente utilizzo di interventi di prevenzione primaria semplici, a basso costo e di documentata efficacia e carenza di una continuità assistenziale dal periodo preconcezionale fin dopo la nascita. I dati disponibili nel Lazio dimostrano che per alcuni gruppi di popolazione in situazioni di particolare svantaggio, come le donne provenienti da Paesi in via di sviluppo o nomadi, risulta scarso l'accesso a controlli prenatali appropriati. Si osserva con particolare preoccupazione l'eccessivo ricorso al taglio cesareo che nella nostra Regione ha raggiunto il 35%, l'uso non controllato di tecniche di procreazione medica assistita o di controlli prenatali privi di una reale indicazione clinica. D'altro lato sono poco sviluppati interventi di prevenzione primaria di provata efficacia come la supplementazione con acido folico e ferro in epoca periconcezionale e in gravidanza, la somministrazione di steroidi prenatali in caso di rischio di parto pretermine, che non raggiunge il 50%, l'allattamento esclusivo al seno che raggiunge solo il 20% al quarto mese di vita. Riguardo le vaccinazioni raccomandate in età infantile, si stima intorno al 75% la copertura per morbillo, rosolia e parotite.
Un altro aspetto che va promosso è quello della continuità assistenziale. Attualmente l'interazione tra utenti e servizi ed il funzionamento integrato della rete appaiono ambedue carenti, per un difetto di comunicazione tra utenza e rete e all'interno della rete stessa, e per una distribuzione disomogenea delle risorse. E' questo un problema osservato anche in altri Paesi, ad esempio USA, le cui società scientifiche hanno provveduto, anche di recente, a formulare una serie di raccomandazioni. E' cruciale, per garantire un'assistenza ottimale ed equa ai soggetti più deboli, rafforzare le interazioni e la comunicazioni tra i vari soggetti.
Le proposte, in termini di obiettivi specifici ed azioni contenute in questa sezione recepiscono le indicazioni strategiche del PSN 1998-2000, il progetto obiettivo materno-infantile e le leggi e delibere regionali emanate su singoli aspetti della salute materno-infantile e di organizzazione dei servizi.

AREA DI INTERVENTO 1: Promuovere la salute in gruppi di popolazione a rischio

A fronte di interventi di promozione della salute rivolti a tutte le gravidanze fisiologiche e neonati sani, un particolare impegno del SSR deve essere indirizzato verso popolazioni particolarmente vulnerabili. Il decremento della mortalità feto-infantile ha determinato un aumento considerevole della sopravvivenza di bambini con prematurità estrema, con danno neurologico e con patologie malformative. Questo gruppo rappresenta una popolazione facilmente identificabile fin dalla nascita o anche in epoca prenatale, e che necessita di controlli di salute ed interventi di prevenzione primaria e secondaria non occasionali, ma stabilmente inseriti in un progetto assistenziale. Accanto a queste condizioni di potenziale vulnerabilità se ne possono individuare altre maggiormente legate a situazioni di povertà economica e culturale e di disagio sociale. Riveste un connotato di priorità per il SSR, l'identificazione e la presa in carico precoce di queste condizioni.

Obiettivo 1.1
Promuovere progetti obiettivo a forte integrazione socio-sanitaria rivolti a gruppi di popolazione appartenenti a comunità vulnerabili (donne con storia di immigrazione recente, famiglie monoparentali, nomadi, minorenni in gravidanza o che richiedono una Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG), donne con dipendenza da alcol o droghe o con patologia psichiatrica).

Obiettivo 1.2
Identificazione precoce presso l'ospedale di nascita dei bambini e delle famiglie con bisogni sanitari e sociali speciali (bambini di peso molto basso alla nascita, con malformazioni o esiti gravi alla dimissione, con situazioni di riconosciuto rischio sociale e di povertà) al fine di ottimizzare l'interazione fra famiglia e servizi e tra i componenti della rete assistenziale.

AREA DI INTERVENTO 2: Promuovere la continuità delle cure

La presenza di processi assistenziali connotati da una loro sovrapposizione e frammentazione rappresenta un aspetto critico di particolare rilevanza nell'esperienza riproduttiva della donna. E' compito del SSR valorizzare e promuovere tutte quelle attività tese a realizzare la continuità delle cure fin dall'epoca preconcezionale in un contesto di massima appropriatezza ed efficacia degli interventi proposti.

Obiettivo 2.1
Valorizzare l'attività dei corsi di preparazione alla nascita sui temi della salute in gravidanza, della preparazione alla nascita, del ruolo genitoriale e della promozione della salute infantile, anche attraverso attività di formazione degli operatori.

Obiettivo 2.2
Promuovere l'integrazione fra Servizi territoriali ed ospedalieri al fine di garantire una continuità assistenziale dal periodo preconcezionale ai primi mesi di vita del bambino e migliorare l'appropriatezza dei controlli in gravidanza.

Obiettivo 2.3
Promuovere la continuità delle cure fra l'area dell'assistenza ospedaliera e quella territoriale per i neonati sani e con esiti alla dimissione.

Obiettivo 2.4
Ridurre la frammentazione dei punti nascita (soprattutto di quelli con meno di 300 parti/anno) e razionalizzare la rete ospedaliera deputata all'assistenza perinatale, omogeneizzando i livelli di cure ostetriche e neonatali, con particolare riguardo all'autosufficienza dei centri di III livello per l'assistenza ai neonati inborn.

AREA DI INTERVENTO 3: Promuovere interventi di prevenzione primaria e di provata efficacia

Sono numerose le ricerche che hanno valutato l'efficacia di singole pratiche assistenziali e di interventi di salute nell'area materno-infantile. Dall'insieme delle revisioni sistematiche effettuate emerge che interventi semplici, a basso costo e di provata efficacia trovano barriere di tipo culturale ed organizzativo per una loro diffusione mentre pratiche complesse vengono molto spesso utilizzate in modo irrazionale. Promuovere interventi di prevenzione primaria e pratiche assistenziali di provata efficacia rappresenta un obiettivo del SSR indirizzato a migliorare le condizioni di salute della popolazione materno-infantile.

Obiettivo 3.1
Promuovere interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile specificatamente indirizzati alle vaccinazioni, alla riduzione dell'esposizione al fumo in ambito familiare, alla corretta assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale, alla corretta posizione del bambino in culla.

Obiettivo 3.2
Promuovere interventi attivi di promozione e sostegno dell'allattamento al seno.

Obiettivo 3.3
Promuovere l'umanizzazione dell'evento nascita attraverso una migliore organizzazione strutturale e funzionale dei reparti ostetrici e neonatologici ed il miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia delle pratiche assistenziali rivolte alla donna durante il travaglio ed il parto ed al neonato.

Obiettivo 3.4
Incremento nell'uso dei corticosteroidi prenatali nelle gravidanze a rischio di parto pretermine fra le 24 e 34 settimane di età gestazionale.

Obiettivo 3.5
Aumento della pratica del trasferimento materno verso ospedali di terzo livello perinatale in situazioni di rischio per la madre e per il feto e riduzione dei trasferimenti neonatali da strutture di primo e secondo livello verso strutture di terzo livello e fra strutture di terzo livello.

Obiettivo 3.5
Ridurre
le conseguenze negative della nascita pretermine o con patologia malformativa o con difetti congeniti gravi.

FERTILITA' E FECONDITA' ASSISTITA

Definizione del problema

Il mutamento del contesto culturale e la disponibilità di nuove tecnologie rende possibile indurre la gravidanza anche in presenza di forme promulgare di sterilità di coppia e controllarne l'andamento in termini che pongono al legislatore ed al SSR problemi di tipo etico e di tipo assistenziale. Per altro verso il controllo individuale della fecondità si presenta in molti casi al SSR o come domanda di assistenza.
La sterilità è una patologia in aumento, da molti anni all'attenzione della comunità scientifica e delle istituzioni. In Italia, già nel 1994, una commissione di esperti del ministero della Sanità stimava nel 20 per cento le coppie sterili, secondo l'ISTAT, circa 20 mila coppie l'anno chiedono oggi una consulenza in materia e si rivolgono a tecniche di fecondazione medicalmente assistita che risultano essere sempre più affidabili, socialmente accettate e che raggiungono risultati sempre più incoraggianti, rilevabili dalle percentuali di successo, stimate nel 1980 intorno al 5 – 6%, e ormai salite al 20/25%. Oggi la tecnica della fecondazione assistita è quasi completamente abbandonata all'attività di erogatori privati senza norme che tutelino i soggetti coinvolti, tanto meno il nascituro; una disciplina amministrativa può essere sufficiente a stabilire regole sull'attività dei centri pubblici e privati, affidando alla legge nazionale gli aspetti più particolari di tutela giuridica.

Azioni e obiettivi

- mettere in atto le misure necessarie finalizzate a definire standard, requisiti, procedure e regole di comportamento ai quali i centri pubblici e privati, che praticano la fecondazione assistita debbano attenersi per poter essere autorizzati nel Lazio all'esercizio di tali prestazioni.
- affrontare i problemi legati alla tutela della salute riproduttiva e la facilitazione all'accesso a tecniche largamente sperimentate e condivise dalla comunità scientifica, per aiutare tante donne, tanti uomini, tante coppie a mettere al mondo un figlio, nel rispetto dei diversi orientamenti culturali, religiosi ed etici presenti nella società.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Interventi attivi di promozione della salute materna e infantile nei campi nomadi.	ASL
1.1	Messa in rete dei Servizi (Servizio Tossicodipendenza-SERT, DSM, Servizio Salute Mentale e Riabilitazione in età evolutiva, Consultori familiari, Servizi sociali, associazioni del volontariato) che seguono donne appartenenti a categorie vulnerabili attraverso l'elaborazione di un protocollo di presa in carico precoce da parte dei Servizi territoriali.	ASL
1.2	Corsi di formazione per gli operatori dei reparti ostetrici e neonatali sull'identificazione precoce di indicatori di disagio psicologico e sociale.	ASL
1.2	Progettare interventi basati sulla presenza di una figura di riferimento che funzioni da elemento di coordinamento con i Servizi sanitari e sociali presenti nel territorio.	ASL
1.2	Istituzione di un gruppo di lavoro regionale sui bambini con bisogni speciali che abbia lo scopo di monitorare l'attività di segnalazione svolta dagli operatori ospedalieri, definire i contenuti dei corsi di formazione, e progettare indagini campionarie sulla soddisfazione e qualità dell'assistenza percepita dalle famiglie nel primo anno di vita.	Regione
1.2	Qualificazione e potenziamento dei servizi rivolti a minori disagiati.	ASL
1.2	Interventi di sostegno alle famiglie e bambini con bisogni speciali attraverso visite domiciliari.	ASL

1.2	Identificazione e presa in carico precoce dei soggetti in età evolutiva in situazioni di rischio neuropsichiatrico e psicosociale da parte dei Servizi TSMREE	ASL
2.1	Realizzazione di corsi di formazione per gli operatori dei Consultori Familiari sulla vita umana prenatale.	Regione
2.1	Individuazione in ciascuna ASL di un responsabile dei corsi di preparazione alla nascita.	ASL
2.1	Elaborazione di un piano ASL per i corsi di preparazione alla nascita rivolto a tutte le strutture distrettuali ed ospedaliere accreditate con il SSR che effettuano corsi. Nel piano vanno riportate raccomandazioni sulle modalità organizzative, sui contenuti formativi e sulle figure professionali coinvolte nonché sulle strategie per garantire l'accesso ai corsi a tutte le coppie residenti.	ASL
2.1	Attivazione di un SI aziendale che documenti la quota di donne/coppie in attesa di un bambino che hanno effettuato un corso di preparazione alla nascita.	ASL
2.1	Elaborazione di un opuscolo sull'offerta di corsi di preparazione al parto nella ASL da distribuire a tutti gli operatori e strutture che vedono la donna/coppia nel momento in cui sta pianificando la gravidanza o al suo inizio.	ASL
2.1	Conduzione di indagini campionarie sulle donne/coppie che partecipano ai corsi di preparazione al parto per valutare la qualità percepita del corso e la corrispondenza fra risultati attesi dalla donna e quelli ottenuti.	ASL
2.2	Realizzazione di progetti sperimentali inerenti la problematica socio-sanitaria ed educativo pedagogica per i nati da gravidanze plurime.	Regione
2.2	Valutazione delle iniziative di tutela sociale della maternità ed i progetti di sostegno alle donne in difficoltà per una gravidanza, messe in atto da associazioni di volontariato presenti sul territorio.	Regione, ASL
2.2	Produzione di materiale informativo per le donne in gravidanza residenti nel territorio sugli stili di vita e sui controlli di salute raccomandati dal periodo pre-concezionale al primo anno di vita del bambino. Il materiale informativo dovrà trattare anche gli aspetti legati al parto.	Regione, ASL
2.2	Indagini campionarie per la valutazione dell'appropriatezza dei controlli nella gravidanza fisiologica con particolare riguardo agli esami di diagnosi prenatale e a quelli per le infezioni fetali.	ASL
2.3	Realizzazione di progetti di dimissione protetta per i neonati assistiti e dimessi da reparti di chirurgia neonatale e terapia intensiva neonatale.	Regione, ASL
2.3	Realizzazione di progetti sperimentali di iscrizione del neonato al PLS prima della dimissione.	Regione, ASL
2.3	Potenziamento dell'assistenza domiciliare per i bambini con patologie croniche gravi e necessitanti di cure continuative complesse (supporto ventilatorio, nutrizione parenterale, etc.)	ASL
3.1	• Vaccinazione dei nuovi nati contro la poliomielite, la difterite, il tetano, la pertosse, l'epatite virale B (HBV), secondo il calendario vaccinale, completando la vaccinazione entro il primo anno di vita. • Vaccinare i bambini nel secondo anno di vita (12-15 mesi) contro il morbillo, la rosolia, la parotite. L'intervento dovrà avere carattere attivo, con il controllo dello stato vaccinale per tutti i bambini residenti e l'invito a completare i cicli vaccinali. • Vaccinare mediante campagne straordinarie la popolazione nomade/non residente pediatrica, presente nel territorio ASL. • Vaccinazione contro la rosolia offerta dal MMG a tutte le donne in età fertile non immuni (raccomandando di astenersi dal concepimento per almeno tre mesi dopo la vaccinazione) e a tutte le puerpere prima della dimissione dall'ospedale.	ASL

3.1	Eventi formativi a livello di ASL per i Servizi territoriali, ospedalieri, per i MMG e i PLS sui rischi dell'esposizione al fumo passivo in gravidanza e nel periodo infantile, sulla corretta assunzione di acido folico, sulla posizione del bambino in culla.	Regione, ASL
3.1	Elaborazione e diffusione di materiale divulgativo per l'utenza sui rischi dell'esposizione al fumo passivo in gravidanza e nel periodo infantile, sulla corretta assunzione di acido folico e ferro nel periodo periconcezionale e in gravidanza, sulla posizione del bambino in culla.	Regione, ASL
3.2	Promozione delle conoscenze e attitudini favorenti l'allattamento al seno: • elaborazione e diffusione di raccomandazioni/LG sull'allattamento al seno rivolte alle donne ed agli operatori socio-sanitari; • realizzazione di un corso di 18 ore dell'OMS/UNICEF effettuato da un Istituto accreditato a livello nazionale rivolto a un operatore per ASL, AO e Azienda Universitaria (AU); • realizzazione in ciascuna ASL, AO e AU di almeno un corso di formazione sull'allattamento al seno rivolto al personale dei servizi e tenuto dagli operatori formati nel corso regionale.	Regione, ASL
3.2	Promozione dell'allattamento al seno in ospedale: • realizzazione del rooming in; • creazione presso ciascun punto nascita della figura del consulente professionale di allattamento al seno; • interventi educativi e sostegno personalizzato alle mamme; • realizzazione di materiale sull'allattamento al seno per gli operatori e le puerpere; • effettuazione di incontri periodici congiunti tra personale dell'area ostetrica e neonatale sul monitoraggio e livello di applicazione di pratiche favorenti l'allattamento al seno; • fornire in modo individualizzato le necessarie informazioni ed il supporto per l'inizio ed il mantenimento dell'allattamento materno nei reparti di Patologia Neonatale e Terapia Intensiva Neonatale (TIN).	Regione, ASL
3.2	Promozione dell'allattamento al seno dopo la dimissione: • realizzazione a livello di ASL di un sistema di identificazione precoce delle donne a rischio di interruzione; • realizzazione a livello di ASL di un servizio di visite domiciliari rivolto alle donne a rischio di interruzione; • realizzazione a livello di ASL di un servizio di consulenza telefonica con adeguata pubblicizzazione a tutte le donne in gravidanza; • indagini campionarie sulla prevalenza dell'allattamento al seno fino al quinto-sesto mese di vita.	Regione, ASL
3.3	Produzione ed implementazione di LG cliniche ed organizzative relative all'assistenza ospedaliera al travaglio al parto ed al neonato rivolte agli operatori.	Regione, ASL
3.3	Realizzazione di progetti di revisione fra pari dell'attività dei reparti ostetrici e neonatali.	Regione, ASL
3.3	Realizzazione di un SI di reparto per l'area ostetrica per il monitoraggio di alcune pratiche assistenziali.	Regione, ASL
3.3	Indagine conoscitiva sui reparti di assistenza ostetrica e neonatale del Lazio al fine di valutarne le caratteristiche strutturali, funzionali e la tipologia di assistenza erogata.	Regione, ASL
3.4	Implementazione delle LG sull'uso di steroidi prenatali nella gravidanza a rischio di parto pretermine attraverso la presa in carico precoce del bambino prima della nascita da parte dell'equipe ostetrico-neonatale.	Regione, ASL
3.5	Monitoraggio dei trasferimenti materni e di quelli neonatali attraverso l'interrogazione dei SSII presenti a livello regionale. Promuovere l'applicazione delle LG regionali sul trasferimento materno e neonatale.	Regione, ASL

3.5	Potenziamento delle cure intensive neonatali nelle province di Latina e Frosinone, dotando l'area sud della Regione di un Servizio di Trasporto Neonatale.	Regione, ASL
3.5	Identificazione di un centro regionale di III livello plus deputato all'assistenza dei neonati con patologie mediche e chirurgiche rare e/o particolarmente complesse e richiedenti interventi di alta specializzazione e/o multidisciplinari.	Regione
3.6	Promozione di una corretta comunicazione e di una attività di supporto ai genitori presso i punti nascita, riferita a patologie ad alto rischio di disabilità.	ASL

2.1.2 SALUTE IN ETA' EVOLUTIVA

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il miglioramento delle condizioni sociali, culturali e materiali della società, ed i progressi raggiunti nelle cure pediatriche hanno determinato un sensibile e costante miglioramento dello stato di salute della popolazione in età evolutiva. In questo contesto il quadro epidemiologico è notevolmente cambiato: a fronte di una riduzione della mortalità e morbosità associata a patologie acute, come quelle respiratorie ed infettive, emergono ed assumono una maggiore rilevanza le malattie croniche, gli incidenti, i disturbi dello sviluppo neuromotorio, cognitivo, neuropsicologico e psicologico e le situazioni di disagio sociale. E' compito prioritario del sistema sanitario dare una risposta appropriata a questi "nuovi" bisogni di salute attraverso lo sviluppo di politiche sanitarie basate sui principi cardine della continuità assistenziale e dell'integrazione fra interventi sanitari e sociali.

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Mortalità
Come per la mortalità infantile, assistiamo ad un decremento della mortalità in età evolutiva. Il tasso complessivo di mortalità nel Lazio è diminuito da 26,4 per 100.000 nel 1991 a 13,9 nel 1999 nella fascia 1-4 anni, da 18,7 a 8,6 nella classe 5-9 anni e da 16,8 a 13,7 in quella 10-14 anni. Nel 1999, nella classe 1-4 anni le due cause principali di decesso erano rappresentate dai tumori (26%) e dalle malformazioni (26%); nella classe 5-9 anni i tumori rappresentavano la prima causa di decesso (32%), al secondo posto i traumi (23%) ed al terzo le malattie respiratorie (14%); nella classe 10-14 anni i tumori ed i traumi rappresentavano il 37% e il 31%.

Le malattie croniche
I bambini con patologia cronica e disabilità costituiscono la principale sfida per l'assistenza pediatrica, perché in alcuni casi le risorse terapeutiche possono essere carenti o non razionalmente distribuite, o perché le strategie di cura richiedono uno stretto coordinamento tra area delle cure ospedaliere e quella delle cure primarie o perché i bisogni assistenziali richiedono il coinvolgimento di figure non sanitarie (Servizi sociali, volontariato, famiglie). Secondo l'indagine Multiscopo ISTAT del 1999, l'1,5% dei bambini di età 6-14 anni risultava portatore di una condizione di disabilità, e lo 0,8% di una difficoltà nelle funzioni. Applicando questi dati al Lazio risulterebbero in una condizione di disabilità circa 4.000 bambini di età 6-14 anni.

Gli incidenti
Dopo il primo anno di vita le cause accidentali rappresentano una delle prime cause di decesso. Dati provenienti da sistemi di sorveglianza ad hoc dimostrano che: un bambino su dieci è costretto ogni anno a ricorrere alle cure mediche presso un PS; il tasso di letalità è del 4‰, quello degli esiti permanenti gravi del 3%; circa il 60% dei decessi avviene prima dell'arrivo al PS.
Condizioni ambientali, sociali (bassa scolarizzazione dei genitori), fattori di stress per la famiglia e personalità del bambino rappresentano i fattori maggiormente associati a questo fenomeno.

Abuso
I dati ufficiali esistenti, sia quelli forniti dai Tribunali Penali che quelli dei Tribunali dei minori, non consentono di quantificare la prevalenza del fenomeno. Una serie di studi stima la prevalenza di abuso attorno al 5‰ (con una incidenza annua di nuovi casi attorno a 8 casi per 10.000 soggetti di età 0-14 anni).

I dati di prevalenza forniti da studi condotti in Italia risultano simili a quelli di altri Paesi europei (Francia, Inghilterra) anche se diversa è la distribuzione percentuale delle diverse forme di abuso, prevalendo nel nostro Paese la trascuratezza rispetto al maltrattamento fisico.

L'offerta dei servizi

Nel Lazio nel 2000 erano presenti 626 p.l. di pediatria per ricovero ordinario collocati in 35 Istituti; di questi, 211 collocati in AO, Universitarie o IRCCS. Fra i residenti si sono verificati 34.981 ricoveri nella fascia di età 0-4 anni, 16.957 in quella 5-9 anni e 14.023 in quella 10-14, con un tasso di ospedalizzazione per mille, rispettivamente, di 145, 67 e 56.

Nella fascia d'età 1-14 anni il 70,1% dei ricoveri è avvenuto per un motivo medico ed il restante 29,9% per un motivo chirurgico. Nel primo gruppo, vengono di seguito riportate le principali cause di ricovero nella classe di età 1-9 anni: malattie delle prime vie respiratorie (17,4% nella classe 1-4 aa e 12,2% in quella 5-9 aa), malattie respiratorie (17,6% nella classe 1-4 aa e 11,5% in quella 5-9 aa) e malattie dell'apparato digerente (17,4% nella classe 1-4 aa e 18,8% in quella 5-9 aa). Nella classe di età 10-14 anni le prime tre cause di ricovero per motivo medico sono state: malattie respiratorie delle alte e basse vie (14%), malattie dell'apparato digerente (18,3%) e malattie dell'apparato osteomuscolare (16,6%). Da una analisi delle singole diagnosi di dimissioni si può dimostrare che una quota rilevante di questi ricoveri sono attribuibili a diagnosi di gravità lieve che dovrebbero essere correttamente trattate in ambito non ospedaliero.

Nel 2000 gli accessi alle strutture di PS fra i bambini con una età inferiore o uguale a 14 anni sono stati 298.129, di cui il 49,1% nella classe 0-4 anni, il 25,4% in quella 5-9 anni ed il 25,5% in quella 10-14 anni. Il tasso di ricovero calcolato sugli accessi al PS è stato molto basso: 17,2% nella classe 0-4 aa, 10,5% in quella 5-9 aa e 9,6% in quella 10-14 aa. Anche questi risultati dimostrano come sia elevata la quota di bambini che si rivolgono a strutture di emergenza per problemi che possono essere risolti dall'area delle cure territoriali.

La pediatria di base impegna circa 700 pediatri (vedi tab.17 negli Allegati). La distribuzione territoriale nelle dodici ASL del Lazio evidenzia una certa disomogeneità dell'offerta con un rapporto di un pediatra ogni 800 bambini residenti inferiore all'unità in dieci ASL della Regione.

AREA D'INTERVENTO 1: Cure primarie all'infanzia e ruolo del pediatra di libera scelta

Il PLS riveste un ruolo importante nella promozione della salute del bambino e del relativo nucleo familiare, occupandosi del bambino dalla nascita all'adolescenza. Le competenze del PLS riguardano l'erogazione dell'assistenza primaria con compiti specifici nelle aree della prevenzione, della diagnosi e terapia e della integrazione fra cure di secondo e terzo livello, nonché della ricerca epidemiologica. Per la realizzazione di questo, il pediatra di libera scelta si avvale dell'utilizzo di supporti quale il Libretto Pediatrico di salute Regionale: uno strumento di facile lettura, nel quale siano contenuti la storia clinica del bambino con le tappe dello sviluppo psico-fisico, i bilanci di salute, lo scadenzario delle vaccinazioni, i fattori di rischio individuale e familiare, le principali malattie avute, ecc. Ricondurre al campo delle cure primarie alcuni bisogni di salute come la gestione patologie croniche e/o invalidanti implica il passaggio dal curare al prendersi cura, con conseguente riduzione dei costi che gravano sul sistema sanitario, sulle famiglie e sull'intera società.

Obiettivo 1.1
Coinvolgimento attivo del PLS nella comunicazione della diagnosi di malattia cronica o a prognosi infausta.

Obiettivo 1.2
Riduzione del ricorso inappropriato al PS ed al ricovero.

Obiettivo 1.3
Migliorare la gestione di malattie croniche a bassa complessità.

Obiettivo 1.4
Migliorare la gestione di malattie croniche ad elevata complessità.

Obiettivo 1.5
Migliorare la gestione della consulenza specialistica, promuovendo corrette modalità di comunicazione fra PLS e specialista consulente.

Obiettivo 1.6
Aumentare la copertura vaccinale.

Obiettivo 1.7
Identificazione precoce di disturbi neuropsichici e invio ai servizi competenti, sia ospedalieri che territoriali..

Obiettivo 1.8
Promuovere stili di vita favorenti la salute fra i bambini e le loro famiglie.

AREA DI INTERVENTO 2: La disabilità in età evolutiva

Contestualmente alla identificazione della disabilità risulta necessaria la definizione di un progetto terapeutico/riabilitativo. La mancanza di un progetto determina di sovente una serie di condizioni sfavorevoli: il centro specialistico tende ad "appropriarsi" del caso ma non dell'insieme dei bisogni del bambino e della sua famiglia; il mancato coinvolgimento del PLS nel progetto relativo al bambino determina una eccessiva dipendenza della famiglia dal Centro anche per patologie intercorrenti; la mancanza di una integrazione fra PLS e Centro molto spesso comporta ospedalizzazioni inutili; il mancato coinvolgimento di servizi non sanitari come la scuola fa si che spesso la disabilità si strutturi in handicap in particolare per quanto riguarda la dislessia evolutiva; si osserva la disabilità ma poco ci si occupa della vita di relazione del bambino e della sua famiglia. Nell'ambito di un progetto riabilitativo individuale è, quindi, fondamentale prevedere il collegamento con gli altri Servizi territoriali in previsione delle necessità assistenziali future al fine di garantire sempre di più la presa in carico globale e continuativa, integrata sia negli aspetti sanitari, che in quelli sociali ed educativi. Attraverso équipe multidisciplinari con specifiche competenze specialistiche, deve essere assicurato il passaggio da un ambito assistenziale all'altro, coordinando i tempi e le azioni attraverso protocolli definiti e condivisi.

Aree nelle quali vanno promossi interventi innovativi sono quelle del ritardo mentale conclamato, delle gravi patologie della comunicazione nonché quelle condizioni di sofferenza che se non prese in carico condurranno ad una riduzione di potenziali attivi. Sono per lo più patologie sfumate in bambini con un'originaria fragilità individuale o ambientale, i quali presentano disarmonie o ritardi di acquisizione di tappe dello sviluppo, goffaggini, instabilità emotive. La letteratura recente dimostra che le "anomalie minori dello sviluppo" si manifestano in particolare in bambini pretermine ad alto rischio e, contrariamente ai casi di "danno neurologico conclamato" - sensibilmente diminuiti grazie alla migliore assistenza nelle terapie intensive neonatali - permangono ancora ad alti livelli (20%). Non si possiedono, invece, dati su bambini che appartengono ad altri gruppi a rischio come i lenti maturatori, i bambini che hanno subito ospedalizzazioni prolungate, o coloro che provengono da gruppi sociali particolarmente disagiati o non integrati. L'interconnessione tra riabilitazione funzionale e psico-sociale diviene, dunque, particolarmente stretta in tali situazioni ed è, quindi, fondamentale che gli interventi sulla disabilità non siano diretti solo all'abilitazione di singole funzioni, ma abbiano sempre come obiettivo la globalità dello sviluppo.
Un altro aspetto rilevante riguarda la specificità degli interventi riabilitativi. Così come indicato nelle LG nazionali, è necessario che l'attività di riabilitazione sia mantenuta nell'ambito di Servizi per l'età evolutiva con competenze specifiche per i disturbi dello sviluppo neuromotorio, cognitivo e neuropsicologico e per i disturbi psicopatologici (Servizi TSMREE), anche facendo ricorso alle strutture già previste in sede regionale (Centri Diurni Terapeutici per i Disturbi di Sviluppo in età prescolare),riservandone l'accesso ai casi più gravi e complessi.

Obiettivo 2.1
Aumentare le conoscenze statistico-epidemiologiche sull'incidenza e la prevalenza delle diverse disabilità, sulla entità della domanda, costituire una commissione regionale che indaghi sull'offerta riabilitativa, censendo i servizi TSMREE del Lazio, il personale, l'adeguatezza delle strutture e i mezzi diagnostico-riabilitativi a loro disposizione.

Obiettivo 2.2
Rafforzare la rete dei Servizi di salute mentale e riabilitazione in età evolutiva, avendo come riferimento gli standards minimi di personale così come previsti dalla D.G.R. n. 1017 del 13/07/1994.

Obiettivo 2.3
Istituire una rete di presidi per le malattie rare, recependo la normativa nazionale attualmente in vigore (decreto 279/2001).

Obiettivo 2.4
Realizzare il processo di accreditamento delle strutture.

AREA DI INTERVENTO 3: Promozione della salute mentale in età evolutiva.

Per attuare un intervento efficace di promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale. Un approccio che tenga conto delle peculiarità e specificità delle esigenze di questa fase della vita implica:

1. un intervento complessivo che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute;
2. il riconoscimento della stretta interdipendenza esistente tra sviluppo e contesto relazionale, che richiede un intervento allargato alla famiglia e all'ambiente educativo-scolastico;
3. la considerazione della reciproca interazione delle varie aree di sviluppo: motoria, cognitiva, psico-affettiva e relazionale;
4. una specifica attenzione alle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, età di latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza) attraverso l'uso di strumenti e metodi idonei, considerando l'adolescenza come punto d'arrivo di un continuum evolutivo di sviluppo;
5. necessità di considerare gli altissimi indici di comorbidità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età.

I problemi di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva devono essere affrontati all'interno di uno stesso servizio che, attraverso un'équipe muiltidisciplinare specificatamente formata per l'età evolutiva, si ponga come principio e come obiettivo un approccio integrato al bambino/adolescente ed alla sua famiglia, ed una interazione costante con l'ambiente educativo e di socializzazione.

L'individuazione precoce dei disturbi dello sviluppo riveste un'importanza cruciale per la tutela dell'infanzia, anche ai fini della prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto. Particolare significato acquista, in tal senso, la capacità dei Servizi TSMREE di fornire consulenza e supporto ai Pediatri di libera scelta, ai fini di un riconoscimento precoce.

La gestione dell'urgenza/emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza.
La questione dell'emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza (12-18 anni) rappresenta un problema aperto nel panorama sanitario regionale. La DGR 4871 del 29.09.1998 ha previsto l'attivazione di Centri Diurni Terapeutici (CDT) con Residenzialità Temporanea Protetta (RTP) nell'ambito di un progetto d'intervento territoriale nella crisi "psichiatrica in età preadolescenziale ed adolescenziale orientato a ridurre il rocorso al ricovero per gli adolescenti che presentano situazioni cliniche d'emergenza psichiatrica.

Obiettivo 3.1
Svolgere una effettiva azione di prevenzione mediante l'individuazione dei fattori di rischio e la valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale nei soggetti in età evolutiva.

Obiettivo 3.2
Organizzare ed incentivare attività preventiva tramite screening in età prescolare per individuare precocemente ritardi dello sviluppo psicomotorio, cognitivo e linguistico.

Obiettivo 3.3
Aumentare le conoscenze sull'incidenza e sulla prevalenza dei disturbi di rilevanza psicopatologica in età evolutiva, sull'entità della domanda e sull'offerta di trattamento, per avere gli elementi di base per una programmazione dei servizi

Obiettivo 3.4
Garantire la gestione dell'emergenza psichiatrica in età preadolescenziale ed adolescenziale, all'interno del sistema dell'emergenza.

AREA DI INTERVENTO 4 : L'area delle cure ospedaliere

L'attività ospedaliera deve rivolgersi al trattamento delle urgenze e delle malattie che richiedono una elevata complessità diagnostica, terapeutica e riabilitativa di tipo intensivo. Va, quindi, considerato come obiettivo generale del Piano la riduzione dei ricoveri per patologie lievi che devono necessariamente ricadere nell'area delle cure primarie ed il potenziamento e razionalizzazione della rete ospedaliera per le patologie ad elevata complessità. Quest'ultimo obiettivo va conseguito attraverso una riqualificazione delle UU.OO. di pediatria generale e delle UU.OO. ad elevata specializzazione.
Alla luce di questi principi generali, si rimanda ad un documento successivo la stesura di un Piano regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera di assistenza pediatrica, ivi inclusa l'emergenza pediatrica,(il Piano dovrà definire, sulla base di una attenta conoscenza dei bisogni di salute della popolazione in età evolutiva, l'assetto organizzativo, i criteri per l'accreditamento e gli indicatori di processo e di esito da considerare per l'attività di valutazione).
L'organizzazione della componente pediatrica, nell'ambito della rete ospedaliera regionale complessiva,dovrà rispondere in modo efficace ed appropriato ai bisogni di assistenza della popolazione pediatrica, attraverso la definizione dei bacini di utenza, l'articolazione delle strutture per gradi di intensità assistenziale e la specializzazione della offerta, favorendo altresì, l'integrazione con i Pediatri di Libera Scelta e le strutture territoriali. A questo proposito nel piano dovrà avere rilevanza l'aspetto delle continuità assistenziali, identificando i modelli operativi in grado di rispondere in modo unitario ai bisogni di salute del bambino. L'area delle cure primarie in questo contesto, rappresenta quelle su cui investire maggiormente al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri impropri e permettere una gestione territoriale del bambino con bisogni speciali. Riguardo la gestione del bambino in situazioni di emergenza dovrà essere permesso l'accesso a istituti che prevedono la presenza del pediatra in Pronto Soccorso.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	• Seminari di formazione per PLS. • Interventi di educazione sanitaria rivolti al bambino ed alla sua famiglia.	ASL
1.2	Incentivazione della Pediatria di gruppo e dell'associazionismo per garantire la continuità delle cure.	ASL
1.2	Condivisione di protocolli diagnostici e terapeutici sulle più comuni situazioni di urgenza da parte dei PLS.	ASL
1.3	• Promuovere e incentivare la centralità del ruolo del PLS nella gestione della patologia cronica a bassa complessità. • Promuovere un consenso terapeutico con le maggiori strutture di riferimento.	ASL
1.4	• Promuovere e incentivare la centralità del ruolo del PLS nella gestione dei problemi di salute generali del bambino con patologia complessa e delle malattie intercorrenti. • Incontri periodici sul caso con il centro di riferimento.	ASL
1.5	Attivare sistemi sperimentali che migliorino la comunicazione del PLS con lo specialista, l'ospedale e la famiglia.	ASL
1.6	Promuovere programmi per vaccinazioni obbligatorie e facoltative effettuate presso lo studio del PLS.	Regione, ASL
1.7	• Corsi di formazione per i PLS. • Attivazione di un sistema di comunicazione fra PLS e Servizio di salute mentale e riabilitazione in età evolutiva per l'invio di caso sospetto a cui faccia seguito una nota di presa in carico o meno del caso segnalato.	ASL
1.8	Realizzazione di programmi educativi sull'alimentazione al seno, sulle abitudini alimentari, sull'igiene orale, sull'attività fisica, sul fumo rivolti ai bambini e alle loro famiglie anche con l'ausilio del Libretto Pediatrico Regionale.	ASL
2.1, 3.3	Realizzare un SI dei servizi dell'area della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva.	ASP, ASL
2.1	Realizzare registri per patologie croniche ad elevato impatto sanitario e sociale.	ASP
2.2	Garantire la presenza adeguata sul territorio di Servizi di salute mentale e riabilitazione in età evolutiva dotati di équipes multidisciplinari in grado di valutare e soddisfare i bisogni della popolazione.	ASL
2.2	Valorizzare i Centri Diurni Terapeutici per i Disturbi dello Sviluppo in età prescolare, attivando contestualmente un sistema di valutazione delle attività svolte.	ASL
2.3	Istituire la rete di presidi per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare.	Regione, ASL
2.4	Realizzazione di un processo di accreditamento delle strutture dedicate alla diagnosi, terapia e riabilitazione dei bambini con disabilità fisiche e psichiche.	Regione, ASP, ASL

segue

3.1	Realizzare progetti di prevenzione con le agenzie educative e di servizi socio-assistenziali	Regione, ASL
3.2	Attivare progetti di individuazione precoce dei disturbi di sviluppo in età prescolare.	ASL
3.4	Attivare e potenziare i Centri Diurni Terapeutici (CDT) con Residenzialità Temporanea Protetta (RTP) per la preadolescenza e adolescenza come alternativa al ricorso al ricovero ordinario.	ASL

2.1.3 PERSONE ANZIANE

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente rilevante nelle società di tipo occidentale, ed il conseguente aumento di persone a rischio di perdita dell'autosufficienza, hanno comportato radicali ripensamenti delle strategie sanitarie, con l'individuazione di nuovi e più appropriati modelli assistenziali, tesi sia al miglioramento della qualità della vita dei soggetti ultrasessantacinquenni che ad un più razionale utilizzo delle risorse. Tali modelli, per quanto compiutamente formulati da un punto di vista teorico, devono trovare nella nostra Regione concreta e diffusa applicazione. Va comunque ribadita l'assicurazione alla cura delle malattie delle persone anziane, indipendentemente da quale ne sia la durata, la qualità, la fenomenologia.
In termini di principi di riferimento ciò si traduce nello sforzo di favorire: la promozione di stili di vita positivi ed il contrasto dei fattori che favoriscono la perdita dell'autosufficienza; la prevenzione delle principali patologie; il sostegno per convivere attivamente con la cronicità; l'appropriatezza e la flessibilità dei Servizi sociali e sanitari e la loro integrazione in rete; la formazione mirata alla multidisciplinarietà, alla qualità delle prestazioni ed alla umanizzazione dei servizi; l'equità di accesso ai servizi.

Caratterizzazione socio-demografica ed epidemiologica della popolazione anziana nel Lazio
La dinamica demografica della regione, in linea con il profilo nazionale, dimostra una progressiva tendenza all'invecchiamento della popolazione, pur non ponendo il Lazio tra le regioni più "anziane" d'Italia. Secondo dati Istat aggiornati al 2001, gli ultrasessantacinquenni nella regione sono circa 920.000 e costituiscono oltre il 17 % della popolazione generale, con un indice di vecchiaia pari a 123. All'interno della popolazione anziana, gli ultrasettantacinquenni sono oltre 387.000, pari ad oltre il 7,3% della popolazione generale e al 42% della popolazione anziana complessiva, mentre gli ultraottantenni sono oltre 192000, pari a oltre il 3,6% della popolazione totale e a circa il 21% della popolazione anziana complessiva.
L'analisi della popolazione per provincia, sempre in base a dati ISTAT 2001, evidenzia come la provincia di Latina e la provincia di Roma (escluso il comune) costituiscano le aree più giovani della regione, con una percentuale di ultrasessantacinquenni sulla popolazione generale che è di poco inferiore al 15%, contro il 18.2% di Frosinone e Roma Comune, il 20.4% di Viterbo ed il 22,2% di Rieti. Anche nel Lazio, come nel resto della nazione, si registra una maggiore prevalenza di donne tra gli anziani con più di 65 anni (59%); dopo i 75 anni la quota proporzionale femminile continua a crescere (64%) fino a raggiungere il 67% dopo gli 80 anni.
La durata media della vita ha superato nella regione i 76 anni per gli uomini e gli 82 anni per le donne (stime Istat 2000).
Dall'indagine multiscopo ISTAT 1997, emerge come nel Lazio il 42,5% degli ultrasessantacinquenni sia vedovo o non coniugato e come circa il 15% delle famiglie sia costituito da persone sole con più di 60 anni.
Dall'indagine multiscopo ISTAT 1999/2000, si evince inoltre più del 9% della popolazione anziana non istituzionalizzata, cioè nel Lazio oltre 83.000 soggetti, sarebbe confinata a casa. Di questi, si stima che almeno 36.000 siano confinati a letto o su sedia, il che prefigura necessità assistenziali prevalentemente sanitarie da erogare a domicilio. Anche per gli altri circa 47.000 soggetti che, pur in condizioni di salute meno compromesse, sono comunque confinati in casa, è da prevedere un impegno assistenziale significativo di tipo sociosanitario. Sempre dalla stessa indagine si stima che circa il 12,6% degli ultrasessantacinquenni abbia limitazioni funzionali più o meno gravi in almeno due o più attività della vita quotidiana (ADL - Activities Daily Living).

Il sottoinsieme più rilevante, da un punto di vista sanitario, dell'area della cosiddetta fragilità sarebbe perciò rappresentato, nella regione, da un universo di oltre 115.000 anziani, per i quali sembra indispensabile trovare efficaci risposte assistenziali con azioni articolate e a complessità variabile.
Per quel che riguarda i ricoveri, circa un terzo di quelli osservati nella Regione nel 2000 ha riguardato persone ultrasessantacinquenni; per circa la metà di questi si tratta di persone con più di settantacinque anni. Le patologie più frequenti che motivano il ricorso all'ospedalizzazione sono nell'ordine: le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (circa il 25% per i 65+ e il 28% per i 75+), i tumori (13% per i 65+ e 11% per i 75+), le malattie neurologiche (12% per i 65+ e 13% per i 75+), le malattie dell'apparato digerente (9,3% per i 65+ e 8,9% per i 75+) ed i traumatismi (6,7% per i 65+ e 8,4% per i 75+). Circa la metà del totale delle giornate di degenza del 2000 hanno riguardato persone ultrasessantacinquenni, con una media di 12 giorni di ricovero contro la media di 8 riferibili al totale della popolazione. Tale fenomeno è significativamente rilevante per la popolazione ultrasettantacinquenne, per la quale si registrano più di 13 giorni di degenza media, per un numero complessivo di giornate di ricovero pari al 55,5% di quelle riguardanti il totale della popolazione anziana del Lazio.

Tipologie di offerta
Con riferimento a quanto già enunciato nel paragrafo sulla continuità ed integrazione dell'assistenza (vedi "Indirizzi strategici") e di quanto sviluppato in quello sul potenziamento dell'assistenza domiciliare (vedi "Sfide prioritarie") si riassumono le diverse tipologie di offerta assistenziale attivabili per rispondere ai bisogni dell'anziano: l'Unità Operativa Geriatrica ospedaliera, l'Unità di Riabilitazione ospedaliera, l'Ospedale Diurno, la RSA, l'assistenza domiciliare (programmata, integrata, spedalizzazione a domicilio), il Centro Diurno socio-sanitario.

AREA D'INTERVENTO: Garantire il mantenimento della salute e la migliore qualità di vita possibile per la popolazione anziana

Come è noto, la *non autosufficienza* è un concetto ampio, correlato sia all'età sia allo stato di salute dell'individuo, ed esprime, nella sua accezione più comune, l'incapacità totale o parziale di compiere le "normali attività della vita quotidiana". Va evidenziato che, nella popolazione anziana, la non autosufficienza spesso si coniuga con una serie di fattori di rischio, prevalentemente di natura socio-economica, che ne possono determinare una precoce insorgenza ed una più rapida progressione.
A fronte di queste diverse dimensioni di fragilità è indispensabile mettere in atto tutti gli interventi che possano promuovere la salute dell'anziano prevenendo o minimizzando i possibili danni. E' altrettanto necessario essere in grado di operare un'attenta e globale valutazione dei bisogni assistenziali – da parte dell'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) – attraverso strumenti che esplorino le diverse aree di interesse: capacità funzionali nello svolgimento delle attività della vita quotidiana; stato di salute sia fisico sia mentale; consistenza e qualità delle risorse sociali ed economiche. Ciò allo scopo di definire, sulla base delle effettive necessità, attraverso piani individualizzati, le più opportune forme di assistenza da erogare con le modalità appropriate all'interno di una rete di servizi realmente integrati negli aspetti sociali e sanitari. E' fondamentale, infatti, di fronte a compromissioni funzionali stabilizzate, garantire un aiuto alla convivenza attiva con la cronicità che rifiuti la logica "dell'eutanasia d'abbandono"; si tratta di assicurare, attraverso un'articolazione di risposte commisurate ai bisogni rilevati, la continuità dell'intervento di cura, garantendo, fin quando è possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti, anche con eventuali interventi di sostegno alle famiglie.

Obiettivo 1
Promuovere il mantenimento ed il recupero dell'autosufficienza nell'anziano sia attraverso interventi di prevenzione primaria, sia contrastando le compromissioni funzionali conseguenti a patologie cronico-degenerative, sia mettendo in atto una strategia riabilitativa articolata nelle varie fasi (acuzie, post-acuzie, mantenimento).

Obiettivo 2
Promuovere l'assistenza continuativa ed integrata, attivando e potenziando la rete dei Servizi socio-sanitari, con atti formalizzati tra i diversi livelli istituzionali, individuando ed adottando percorsi assistenziali mirati, attribuendo all'UVG distrettuale il ruolo di orientamento nella gestione del paziente.

Obiettivo 3

Favorire il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita potenziando l'assistenza domiciliare, in particolare nella forma integrata, sperimentare, nel primo anno di vigenza del Piano per un'utenza selezionata, modalità di ospedalizzazione domiciliare all'interno della RM G, prevedendo l'istituzione, all'interno dei servizi sanitari territoriali, dell'intervento sanitario domiciliare, attraverso l'ospedalizzazione domiciliare, al fine di rendere compatibili terapie complesse con il mantenimento e/o reinserimento della persona anziana nell'ambiente familiare, valorizzando il ruolo dei MMG e dei *caregivers* informali (familiari, vicini, volontari).

Obiettivo	**Azione**	**Attore**
1	Educazione sanitaria su alimentazione (vedi "Sfide prioritarie" – Prevenzione).	Regione, ASP, ASL
1	Educazione sanitaria e LG per la prevenzione degli incidenti domestici (vedi "Sfide prioritarie" – Prevenzione).	Regione, ASP, ASL
1	Interventi e LG per la promozione della vita attiva (attività fisica, socializzazione, etc.).	Regione, ASP, ASL
1	Vaccinazione antinfluenzale (vedi protocollo campagna regionale).	Regione, ASP, ASL
1, 2, 3	Adozione di strumenti per la Valutazione Multidimensionale validati ed omogenei.	Regione, ASP, ASL
1, 2	Attivazione e potenziamento delle UVG in ogni Distretto.	ASL
2	Configurazione ed attivazione della rete integrata di servizi (vedi "Linee strategiche").	ASL
2, 3	Interventi per garantire l'accessibilità alle risorse sanitarie e sociali (Carta dei Servizi per gli anziani, formazione personale URP).	ASL, Enti Locali
1, 2, 3	Definizione di profili assistenziali mirati all'appropriatezza degli interventi ed alla limitazione del danno da patologie croniche degenerative (vedi "Azioni patologie critiche").	Regione, ASP, ASL
2, 3	Promozione dell'integrazione socio-sanitaria tra sistema sanitario e l'assistenza sociale.	Enti Locali, ASL

segue

2, 3	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (vedi "Sfide prioritarie").	Regione, ASP, ASL
2, 3	Standardizzazione dei criteri di presa in carico dei pazienti nei Centri di Assistenza Domiciliare (CAD) regionali (vedi "Sfide prioritarie").	Regione, ASP
2, 3	Creazione di flussi informativi specifici e armonizzazione con quelli esistenti per il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza agli anziani nei diversi comparti.	Regione, ASP, Aziende sanitarie
2, 3	Formazione specifica per il personale dei Servizi di assistenza agli anziani (vedi "Sfide prioritarie").	Regione, ASP, ASL
2, 3	Realizzazione di materiale audiovisivo e corsi frontali per la formazione dei caregivers (vedi "Sfide prioritarie").	ASL
1, 2, 3	Diffusione del ricorso alle dimissioni protette per i soggetti a rischio attraverso la predisposizione e l'attuazione di protocolli operativi.	Regione, ASP, Enti Locali, Aziende sanitarie
1, 2, 3	Attivazione di strutture polifunzionali, residenziali e semiresidenziali, aperte al territorio ed integrate con i servizi sociali locali (vedi "Sfide prioritarie" – Evoluzione dell'ospedale per acuti).	Regione, Enti Locali, ASL
1, 2	Promozione della qualità dell'assistenza in regime residenziale all'interno delle procedure per l'accreditamento.	Regione, ASP
1, 2, 3	Valorizzazione del ruolo del MMG nella individuazione e gestione del bisogno di salute della popolazione anziana.	Regione, ASL
1, 2, 3	Valorizzazione del ruolo del volontariato nella gestione globale del paziente non autosufficiente.	Regione, Enti Locali, ASL, Associazioni di volontariato

2.1.4 IMMIGRATI

DEFINIZIONE DEL TEMA

L'immigrazione dai Paesi in via di sviluppo è un fenomeno ormai radicato nel nostro Paese ed in costante aumento. I risvolti sanitari del fenomeno riguardano, da una parte la presenza di particolari condizioni di rischio per la salute degli immigrati e, dall'altra, le difficoltà di accesso ai Servizi sanitari.

Le dimensioni del fenomeno

Secondo il Ministero dell'Interno gli stranieri presenti regolarmente nel Lazio all'inizio del 2001 erano 245.666, pari al 18% del totale nazionale. L'incremento rispetto all'anno precedente è stato dell'11%, in linea con il dato nazionale. Si concentra nella provincia di Roma il 90% dei presenti nel Lazio; seguono Latina (4%), Frosinone (2%), Viterbo (2%) e Rieti (1%).
Si tratta prevalentemente di stranieri provenienti da Paesi in via di sviluppo (56%) e dall'Est europeo (27%).
Le donne rappresentano circa la metà dell'intera popolazione. La distribuzione per età conferma il dato nazionale di una popolazione prevalentemente giovane (per oltre il 60% compresa tra 19 e 40 anni).
I due motivi principali del soggiorno sono il lavoro (64%) e i ricongiungimenti familiari (27%).

Le condizioni di salute della popolazione immigrata

Il fenomeno migratorio si caratterizza per aspetti socio-economici e caratteristiche individuali che tendono a selezionare una popolazione che, al momento della partenza, è prevalentemente sana. Questo meccanismo di selezione, noto come "effetto migrante sano", è maggiormente rilevante nei casi in cui la ragione dell'emigrazione sia la ricerca di lavoro, mentre tende ad avere minore peso qualora si tratti di ricongiungimento familiare o di emigrazione forzata (legata a situazioni di guerra, di persecuzione, etc.).
A carico della prima generazione di immigrati si è registrata, in questi anni, una bassa prevalenza di patologie d'importazione rispetto alle malattie acquisite nel Paese ospite ed a quelle cosiddette di adattamento. Le condizioni di salute si modificano in relazione al profilo demografico della popolazione immigrata, come conseguenza della progressiva sedimentazione sul territorio (presenza di nuove generazioni e di anziani).
Certo è che il patrimonio di salute di cui i migranti dispongono, quale che sia all'arrivo in Italia, più o meno rapidamente può depauperarsi per effetto della continua esposizione ai fattori di rischio presenti nel Paese ospite: possono essere quelli propri della povertà (degrado abitativo, apporto alimentare carente) o delle condizioni lavorative non legali (mancato rispetto delle condizioni di sicurezza), ai quali si aggiungono il disagio psicologico e la discriminazione nell'accesso ai Servizi socio-sanitari.
L'impatto del fenomeno sui Servizi sanitari è tuttora relativamente modesto: i dati relativi all'assistenza ospedaliera confermano che, sul totale delle dimissioni effettuate nel Lazio nel corso del 2000, quelle a carico di cittadini stranieri non superavano il 3%.

Aree critiche per la salute degli immigrati

Sulla base delle evidenze in nostro possesso, è possibile identificare alcune aree critiche per la salute degli immigrati.

a) Salute materno-infantile

La situazione di marginalità socioculturale e di isolamento affettivo possono determinare un maggior rischio di esiti negativi per la salute anche in ambiti assolutamente fisiologici, come la *gravidanza* ed il *parto*. La precarietà lavorativa, inoltre, costringe le puerpere ad un ritorno precoce al lavoro, con conseguente ricaduta negativa sulla cura del neonato.
Si registrano marcate differenze rispetto al *peso alla nascita* (maggiore incidenza di basso peso nei bambini nati da donne immigrate); alla *natimortalità* e alla *mortalità neonatale*, con tassi più che doppi rispetto a quelli fatti registrare dalla popolazione residente nel Lazio.

Significative appaiono, inoltre, le problematiche riguardanti le IVG. Nel 2000 gli aborti praticati a carico di cittadine straniere superavano il 21% delle IVG effettuate nel Lazio. Proprio rispetto all'aborto volontario, si è registrata in questi ultimi anni una forbice crescente tra giovani donne straniere ed italiane.

b) Condizioni patologiche particolari

Aree critiche per la salute degli immigrati sono anche specifiche condizioni patologiche, quali la tubercolosi, le malattie sessualmente trasmesse (MST) e l'infezione da HIV, non tanto per la consistenza numerica o i rischi di propagazione in forma epidemica, quanto per le difficoltà di gestione del paziente (*compliance* al trattamento e *follow-up*) e le implicazioni sociali.

c) Condizioni sociali particolari

Condizioni o gruppi sociali ad elevato rischio sanitario sono rappresentati da:

- prostitute, la cui presenza stimata nel Lazio si aggira intorno alle 4.000-5.000 unità/anno (prevalentemente Nigeriane e donne provenienti dall'Est europeo);
- tossicodipendenti, che nel 1999 rappresentavano l'8% dell'utenza complessiva dei Servizi di assistenza presenti sul territorio regionale;
- rifugiati, 22.900 riconosciuti e 18.000 richiedenti asilo al 1° gennaio 2001 in Italia: cifre ancora contenute ma in netto aumento;
- zingari, circa 6.000 a Roma, in gran parte stranieri, alloggiati in campi più o meno attrezzati (spesso abusivi ma tollerati);
- detenuti, 1.784 nel Lazio all'inizio del 1999. Dati relativi alla Casa Circondariale "Regina Coeli" indicano per il primo semestre 2000 una percentuale di stranieri sull'intera popolazione carceraria prossima al 50%.

d) Accesso ai servizi

La questione dell'accesso ai servizi costituisce l'aspetto forse più importante dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. L'esistenza di barriere giuridiche, burocratiche, organizzative ed economiche, presenti con peso diverso anche per i cittadini italiani, condiziona pesantemente gli immigrati nella possibilità di utilizzare le strutture sanitarie.

La progressiva entrata a regime della normativa nazionale e regionale dovrebbe portare a superare parte delle difficoltà anche se, a tutt'oggi, persistono ostacoli alla fruizione dei servizi, prevalentemente di carattere organizzativo (orari di servizio inadeguati, percorsi tortuosi, incapacità comunicativa).

Il ruolo del Servizio Sanitario Regionale

In questi ultimi anni, in cui il fenomeno immigratorio ha assunto sempre più consistenza e visibilità, sono stati compiuti numerosi tentativi, sia in termini normativi sia di programmazione, volti a garantire almeno sul piano dei diritti l'accesso ai Servizi sanitari pubblici per i cittadini stranieri presenti a vario titolo sul territorio nazionale.

Tale processo ha condotto alla Legge 40/98, successivamente confluita nel D.lgs 286/98: "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

La regione Lazio ha da tempo avviato una politica locale finalizzata a rimuovere gli ostacoli giuridici all'accessibilità delle strutture sanitarie e alla fruibilità delle prestazioni. La Deliberazione della Giunta Regionale (GR) n. 5122/97 già indicava alcune procedure per favorire le prestazioni sanitarie ad immigrati irregolari, anticipando peraltro ciò che è contenuto nell'attuale normativa nazionale. Il Lazio è anche la prima Regione italiana ad aver emanato delle "LG per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.", con Deliberazione di G.R. n. 2444 del 5/12/2000.

Informate a una logica di integrazione, queste norme si sono proposte di favorire al massimo la possibilità di iscrizione al SSN per tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti e per i loro familiari. Tutto questo in piena uguaglianza di diritti e di doveri con i cittadini italiani e secondo modalità che garantiscano la parità di trattamento.

Per quanto riguarda, invece, le condizioni di irregolarità e clandestinità, il Testo Unico (T.U.) riconosce la necessità di assicurare anche "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno., le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio" e di estendere "i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva" (T.U. art.34, comma 3).

Sul versante programmatorio, il PSN 1998-2000, in linea con le politiche nazionali sull'immigrazione, già identificava come obiettivi prioritari l'accesso all'assistenza sanitaria e la copertura vaccinale per la popolazione immigrata. Le azioni previste erano individuate in:

- sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati;
- formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali;

- organizzazione dell'offerta di assistenza in funzione di un'utenza etnicamente eterogenea.

Alla luce di quanto sopra esposto è possibile identificate alcune aree tematiche rilevanti.
Sul piano delle azioni, la strategia operativa prevede che le Aziende sanitarie siano responsabili degli interventi individuati, con il supporto tecnico-scientifico dell'ASP della regione Lazio.

AREA D'INTERVENTO 1: L'accesso all'assistenza sanitaria

La questione dell'accesso all'assistenza sanitaria, legata alla discrezionalità nell'applicazione delle norme, si intreccia con quella della reale fruibilità delle prestazioni da parte di chi può accedervi per diritto, e rimanda a un complessivo ripensamento dei servizi in funzione di un'utenza etnicamente diversificata. E' necessario pertanto garantire a tutti gli immigrati l'accesso all'assistenza sanitaria, in accordo con la normativa vigente, e rimuovere gli ostacoli alla fruizione delle prestazioni su tutto il territorio regionale.

Obiettivo 1.1
Promuovere e agevolare l'iscrizione al SSR da parte di tutti gli stranieri aventi diritto.

Obiettivo 1.2
Favorire l'accesso alle cure essenziali da parte degli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), anche in collaborazione con il volontariato sociale.

Obiettivo 1.3
Facilitare l'accesso per gli stranieri alle informazioni sui diritti acquisiti.

Obiettivo 1.4
Formare il personale, sanitario ed amministrativo, operante nei servizi sui temi della medicina delle migrazioni e sulla relazione con contesti culturali differenti.

Obiettivo 1.5
Valorizzare risorse umane straniere, interne ed esterne ai servizi, per promuovere un sistema di mediazione atto a superare gli ostacoli comunicativi.

AREA D'INTERVENTO 2: La valutazione dei bisogni

La valutazione dello stato di salute degli immigrati si presenta particolarmente problematica per via della grande eterogeneità del fenomeno. L'organizzazione di un sistema di monitoraggio costante ed accurato dei bisogni di salute della popolazione immigrata permette di seguirne l'evoluzione nel tempo e, soprattutto, contribuisce a creare una nuova cultura sanitaria centrata sui bisogni reali della popolazione e rivolta agli aspetti di maggiore criticità sanitaria.

Obiettivo 2.1
Disegnare un sistema di indicatori adeguati a monitorare nel tempo e valutare lo stato di salute degli immigrati.

Obiettivo 2.2
Organizzare una rete di osservatori epidemiologici territoriali sul tema specifico, coordinati a livello regionale.

AREA D'INTERVENTO 3: I programmi

L'individuazione di particolari aree critiche definite sulla base di specifiche condizioni patologiche (tubercolosi, MST, HIV, etc.), fisiologiche (ambito materno-infantile) e sociali (prostitute, tossicodipendenti, rifugiati, zingari, detenuti) è preliminare ed indispensabile ad organizzare programmi di prevenzione e assistenza, orientati alla tutela della salute di gruppi particolarmente a rischio.

Obiettivo 3.1
Individuare, in ogni ambito territoriale, le aree critiche prioritarie.

Obiettivo 3.2
Organizzare e realizzare in ogni Azienda sanitaria programmi di prevenzione ed assistenza, orientati alla tutela della salute di gruppi particolarmente a rischio.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1, 1.2, 1.3	Promozione di iniziative di orientamento all'utilizzo dei servizi sanitari, rivolte ai cittadini immigrati, su: • modalità di iscrizione al SSR; • accesso alle cure essenziali per gli stranieri STP, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale; • accesso e funzionamento dei servizi; • tipologie di prestazioni erogate con il coinvolgimento del volontariato sociale e di strutture pubbliche territoriali (Uffici comunali per i diritti dei cittadini, URP circoscrizionali, etc.).	Enti Locali, ASL, Associazioni di volontariato
1.4	Formazione specifica rivolta al personale delle Aziende sanitarie sui temi della medicina transculturale.	Regione, ASP, ASL, Associazioni di volontariato
1.5	Promozione di un sistema di mediazione culturale atto a superare gli ostacoli comunicativi e relazionali (utilizzo di facilitatori o interpreti, valorizzazione del personale di origine straniera eventualmente presente nei servizi).	ASL, Associazioni di volontariato
2.1	Costruzione di un sistema di indicatori adeguati e di fonti di informazione affidabili a monitorare i bisogni di salute della popolazione immigrata.	Regione
2.2	Creazione di una rete di osservatori epidemiologici territoriali (strutture di PS, consultori familiari, poliambulatori del volontariato con specifica esperienza sul campo), coordinati a livello regionale.	Regione, ASP, Associazioni di volontariato
3.1	Individuazione delle aree critiche sulla base di specifiche condizioni patologiche, fisiologiche e sociali. Attivazione di programmi che includano: l'identificazione dei problemi prioritari, la fattibilità e l'efficacia delle soluzioni proposte, la valutazione dell'impatto sulla salute delle categorie oggetto dell'intervento.	Regione, ASP, Enti Locali, ASL, Associazioni di volontariato
3.2	Realizzazione di programmi aziendali di offerta attiva di prestazione, anche in collaborazione con il privato sociale e le comunità etniche.	Enti Locali, ASL, Associazioni di volontariato

2.1.5 PERSONE DISABILI

DEFINIZIONE DEL TEMA

La fascia di popolazione affetta da disabilità necessita di particolari attenzioni sia perché costituita da persone destinate a convivere con una limitazione spesso rilevante della propria autonomia funzionale, sia perché esposte al rischio di possibili ulteriori involuzioni. E' evidente che i bisogni complessi di tali soggetti necessitino di risposte assistenziali articolate e composite che devono di logica scaturire da una revisione e da una riorganizzazione dei servizi offerti tesi non solo a gestire la "menomazione" o la "minorazione funzionale del soggetto" ma orientati verso un processo sanitario, sociale ed educativo diretto a potenziare le funzionalità residue e a valorizzare le cosiddette " abilità diverse". Il PSN 1998-2000 e le LG che ne costituiscono parte integrante hanno indicato alcuni principi di fondo del riordinamento del settore che non possono essere ignorati. Infatti viene dato mandato alle regioni di assumere nei propri piani sanitari obiettivi di natura gestionale e professionale realizzando riconversioni di strutture preesistenti e riequilibrando gli interventi in rapporto alle diverse funzioni riabilitative, attuando forme di monitoraggio sistematico di efficienza e di efficacia, incentivando le integrazioni funzionali fra le diverse UU.OO. interessate. In particolare, partendo dal concetto di progetto riabilitativo individuale, diviene fondamentale la necessità di garantire la continuità terapeutica, che si realizza attraverso l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria, in una logica di un intervento rieducativo globale ed appropriato mediante la valutazione del bisogno, l'inquadramento diagnostico e l'applicazione di programmi terapeutici e riabilitativi individuali basati su evidenze scientifiche di efficacia. Solo in tal modo si può concretizzare, infatti, la presa in carico globale e continuativa, integrata sia negli aspetti sanitari che in quelli sociali ed educativi, che consente di prevedere anche quelle che saranno le necessità assistenziali future.
Non meno importante è l'articolazione dell'intervento riabilitativo in fasi: la prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni (inserendo l'intervento già nella fase acuta all'interno del programma terapeutico), la riabilitazione intensiva (collocata generalmente nella fase della post-acuzie della malattia), la riabilitazione estensiva (completamento del processo di recupero e progetto di riabilitazione), ed, infine, il mantenimento e/o la prevenzione della progressione della disabilità**,** fortemente integrata con l'attività di riabilitazione sociale. È fondamentale, poi, che vengano assicurate azioni tese a risolvere le situazioni di bisogno che pesano sulle persone con "gravissima" disabilità e delle loro famiglie che le assistono.

Caratterizzazione socio-demografica ed epidemiologica della popolazione disabile
Non esistono dati certi ed univoci su quanti siano oggi i disabili nella nostra Regione. Dall'indagine Multiscopo ISTAT 1999/2000 si stima che, nel complesso, oltre il 5% della popolazione Italiana è affetto da almeno una disabilità. Si suppone, quindi, che nel Lazio i disabili nella fascia di popolazione tra i 6 e 64 anni siano circa 115.000, di cui almeno 40.000 confinati a casa, e circa 50.000 con compromissioni funzionali più o meno gravi che comunque ne riducono sensibilmente l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (*Activities Daily Living* - ADL).

Tipologie di offerta
Le diverse tipologie di offerta assistenziale attivabili per rispondere ai bisogni delle persone disabili sono:
- strutture per acuti con attività intensiva di riabilitazione anche ad alta specialità, in ambito ospedaliero (o presso l'area di degenza della specialità di ricovero, o in reparti espressamente dedicati alla riabilitazione);
- strutture per la postacuzie a valenza riabilitativa estensiva (strutture ambulatoriali distrettuali ed ex art. 26 nelle forme residenziali, semiresidenziali, non residenziali e domiciliari);
- strutture per la postacuzie a valenza riabilitativa di mantenimento (lungodegenze, RSA, residenze protette per l'età evolutiva, strutture ambulatoriali distrettuali ed ex art. 26 nelle forme residenziali, semiresidenziali, non residenziali e domiciliari).

Nella Regione l'intervento riabilitativo extraospedaliero sulle disabilità, secondo le indicazioni fornite dalle LG, è stato attivato con la delibera n. 398 del 15 febbraio 2000, che ha dettato i criteri e le modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende sanitarie del Lazio ex art. 26 L. 833/78. Attraverso tale delibera si è pervenuti alla riqualificazione ed alla rimodulazione dell'offerta riabilitativa secondo una riprogrammazione della stessa per tipologie assistenziali che privilegi attività e servizi non residenziali, garantendo contestualmente la continuità terapeutica delle persone già accolte dalle strutture. La "presa in carico" del paziente con la cartella clinica riabilitativa rappresenta lo strumento che garantisce la continuità della relazione assistenziale in tutte le fasi

di realizzazione del progetto terapeutico. Successivamente, con la deliberazione n. 2591 del 19 dicembre 2000, sono state accreditate sperimentalmente 75 strutture per l'erogazione di attività riabilitative e di mantenimento.

AREA DI INTERVENTO 1: Prevenire la disabilità

Le cause delle disabilità possono essere ricondotte a malattie, malformazioni congenite ed a traumi e, conseguentemente, le relative strategie preventive sono oltremodo articolate e differenti anche a seconda delle varie età di insorgenza. Come premessa, la prevenzione delle cause di disabilità nell'infanzia necessita della ricerca scientifica per la conoscenza di tutti i fattori che la determinano, nonché di migliore assistenza al parto e fase curante perinatale. La prevenzione delle cause della disabilità nella popolazione giovanile, adulta ed anziana, invece, esige che siano messe in pratica le conoscenze già acquisite per prevenire incidenti stradali, sul lavoro, domestici e nella pratica sportiva, e per ridurre fattori di rischio e modificare stili di vita la cui pericolosità è già ampiamente accertata, come l'alcol, il fumo, l'alimentazione scorretta, la sedentarietà (vedi capitolo su "Le persone anziane" e la sfida prioritaria "Programmi di prevenzione").

Obiettivo 1.1
Favorire la ricerca scientifica finalizzata alla diagnosi precoce e alla prevenzione delle patologie congenite causa di disabilità.

Obiettivo 1.2
Promuovere la prevenzione delle disabilità causate da incidenti in ambienti di vita o di lavoro e da patologie legate agli stili di vita.

AREA DI INTERVENTO 2: La disabilità in età adulta

Per Il tema della riabilitazione in età evolutiva si rimanda allo specifico capitolo "Salute dell'età evolutiva". L'area della disabilità in età adulta è quella che più necessita di interventi di prevenzione secondaria e terziaria, (cura e riabilitazione) attraverso una concreta integrazione dei Servizi socio-sanitari. Deve essere, infatti, garantito un approccio globale ai bisogni dei disabili adulti che preveda la presa in carico e gli interventi necessari al fine di assicurare il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale. I programmi riabilitativi devono essere integrati con le prestazioni sociali di aiuto a soggetti in temporanea o permanente limitazione della propria autosufficienza e/o autonomia. Obiettivi primari del SSR sono, quindi: il sostegno ai non autosufficienti, il conseguimento del grado massimo di autonomia personale, il sostegno alla socializzazione e l'assistenza domiciliare per garantire la permanenza nel proprio nucleo abitativo o familiare dei soggetti in situazione di gravità. Per i soggetti con disabilità più rilevanti o con necessità socio-assitenziali maggiori è auspicabile privilegiare sempre più, ove possibile, le soluzioni semiresidenziali piuttosto che quelle residenziali e prevedere per queste una temporaneità, anche riservando una quota di p.l. alle situazioni di emergenza assistenziale, come sollievo momentaneo per i *caregivers* o come risposta ad improvvisi eventi negativi (decesso del *caregivers*, aumento delle necessità assistenziali); per le disbilità gravi e gravissime, per le quali non siano praticabili soluzioni alternative, si dovrà provvedere alla realizzazione di strutture comunitarie capaci di offrire tutti gli strumenti di una convivenza attiva, comunque organizzata su piccoli nuclei di intervento personalizzati. Particolare attenzione deve essere posta alle disabilità gravi causate da lesioni acquisite conseguenza di eventi traumatici vertebro-midollari, sia per la popolazione interessata, prevalentemente al di sotto dei 40 anni, sia per i costi sociali enormi. Attraverso le Unità Spinali Unipolari (USU), strutture ad alta specialità riabilitativa ed i Centri di Riabilitazione dedicati a questa patologia, può essere garantito un adeguato soccorso e trattamento nella fase di emergenza, una appropriata continuazione delle cure nella successiva fase di acuzie ed una efficace ed appropriata assistenza anche dopo la dimissione per la gestione di eventuali complicanze.
All'interno di questo contesto un adeguato rilievo va dato anche all'offerta di assistenza odontoiatrica che preveda soprattutto l'accoglimento delle esigenze quotidiane delle persone svantaggiate che spesso si vedono costrette a ricorrere, per l'impossibilità di cure preventive, a terapie di bonifica con scarse possibilità di una successiva riabilitazione.

Obiettivo 2.1

Istituire un SI regionale sulle disabilità, che consenta di analizzare i bisogni, le condizioni sociali e di salute della popolazione disabile, programmare, gestire e valutare i servizi forniti, monitorare la qualità e l'efficacia delle iniziative attuate dai vari soggetti assistenziali.

Obiettivo 2.2
Realizzazione di "LG per le disabilità più comuni e più importanti per le attività di riabilitazione" a livello regionale e rimodulazione dell'offerta riabilitativa regionale, anche per evitare ricoveri o accessi impropri.

Obiettivo 2.3
Istituire in ogni Distretto l'area della Disabilità Stabilizzata che, attraverso équipe multidisciplinari, esercitino la presa in carico dei disabili adulti e programmino l'attivazione e l'integrazione della rete di Servizi sociali e sanitari, garantendo il miglior livello possibile di vita sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale.

Obiettivo 2.4
Stabilire per ogni servizio per la riabilitazione, pubblico o privato accreditato, l'adozione di una cartella riabilitativa che indichi il progetto riabilitativo individuale ed i relativi programmi, adottando una metodologia del lavoro riabilitativo, attraverso le procedure indicate nelle LG: identificare/valutare/trattare/misurare i risultati e lo stato di salute.

Obiettivo 2.5
Promuovere il miglioramento delle autonomie funzionali delle persone disabili in relazione alla vita familiare e al contesto sociale, non solo semplificando i meccanismi di erogazione di ausili e protesi e la formazione e/o educazione al loro uso, ma anche incentivando, nelle forme più opportune, l'adeguamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie esistenti (con riferimento al paragrafo "L'adeguamento delle strutture", capitolo 4.3 "Autorizzazione e accreditamento istituzionale") e degli ambienti di vita in funzione del superamento delle barriere architettoniche.

Obiettivo 2.6
Promuovere l'integrazione nella rete dei Servizi pubblici e di quelli accreditati e la definizione di criteri di accreditamento basati su indicatori di qualità e di efficacia.

Obiettivo 2.7
Assicurare percorsi riabilitativi efficaci ed in strutture appropriate, in particolare per quei soggetti affetti da disabilità gravi causate da lesioni acquisite a seguito di eventi traumatici vertebro–midollari.

Obiettivo 2.8
Incentivare e formare il MMG ai fini di una maggiore collaborazione con le strutture riabilitative pubbliche e private accreditate per la presa in carico globale del disabile.

Obiettivo 2.9
Istituire, al fine di creare una giusta rete di tutte le strutture dedicate ai mielolesi nel nostro territorio, un Coordinamento, tramite, per esempio, un Dipartimento Spinale Regionale, che possa organizzare tutte le varie realtà specializzate in tale patologia dall'emergenza all'assistenza domiciliare per questi malati, dalla formazione degli operatori allo studio degli ambienti per i necessari adattamenti.

Obiettivo 2.10
La giunta regionale entro un anno dall'entrata in vigore del piano istituisce una Consulta regionale permanente con compiti di supporto per i provvedimenti nel settore dell'handicap e della disabilità nonché di studio e monitoraggio sull'efficienza e sulla qualità dell'offerta dei servizi.

Obiettivo 3.0
Assicurare l'appoggio informativo e psicologico per i familiari di chi nasce o diviene disabile.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Promozione di iniziative di ricerca sulle cause che determinano disabilità mentali e plurime.	Regione: finanziare. ASL, territorio, Università: promuovere le iniziative.
1.2, 2.8	Promozione di campagne di sensibilizzazione ed informazione sui rischi domestici, nella pratica sportiva, sulla strada ed educazione sanitaria favorente sani stili di vita	Regione: finanziare. ASL, territorio, Università: promuovere le iniziative.
2.4	Predisposizione della cartella riabilitativa individuale che sarà utilizzata da tutte le strutture accreditate del Lazio	Regione: predisposizione della cartella. Servizi pubblici ed accreditati per l'adozione.
2.2	Realizzazione di LG per le disabilità	Regione per promozione LG. ASL per adozione LG.
2.3	Creazione presso ogni Distretto dell'Area della Disabilità Stabilizzata e definizione dell'equipe riabilitativa in rapporto alla specificità dei centri ed alla tipologia assistenziale.	Regione per programmazione. ASL ed Enti Locali: attuazione degli interventi.
2.3	Adeguare l'offerta di assistenza odontoiatrica speciale in ciascuna ASL	ASL per programmazione
2.8	Favorire la collaborazione dei MMG con le strutture riabilitative pubbliche ed accreditate per la presa in carico globale del disabile.	Regione per programmazione. ASL ed Enti Locali: attuazione degli interventi.
2.3, 2.4	Definire i percorsi assistenziali, precisare la presa in carico per livelli di gravità e di impegno assistenziale riabilitativo.	Regione per promozione. ASL per definizione dei percorsi assistenziali.
2.2	Predisporre linee generali per la trasformazione e/o riconversione delle strutture erogatrici con modalità, strumenti e tempi di attuazione (ipotesi di trasformazione e/o riconversione delle strutture per attività più specificamente socio assistenziali).	Regione per programmazione e riconversione.
2.1	Attivare il flusso informativo delle attività riabilitative.	Regione per predisposizione SI. Servizi Pubblici ed Accreditati di Riabilitazione per la rilevazione dei dati.
2.3	Predisporre correttivi ed accordi di programma tra comuni ed Aziende sanitarie per la promozione di attività a sostegno dei disabili.	ASL ed Enti Locali per la formulazione e l'adozione degli accordi di programma.
2.3	Istituire una rete di servizi soprattutto nei territori carenti.	Regione per programmazione ed ASL per allocazione risorse
2.4	Garantire una forte integrazione con i Servizi sociali, (inserimento scolastico, lavoro protetto, ADI, soggiorni estivi, etc.).	ASL ed Enti Locali per la formulazione e l'adozione di protocolli operativi.
2.5	Semplificare i meccanismi di erogazione degli ausili e delle protesi.	ASL per la formulazione e l'adozione di protocolli operativi.
2.5, 2.6, 2.7	Promozione della qualità delle strutture e/o servizi di riabilitazione pubblici e/o accreditati.	Regione
2.4	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (vedi "Sfide prioritarie")	Regione per la funzione programmatoria. ASL per la riorganizzazione della funzione di assistenza domiciliare anche relativamente alle risorse umane e tecnologiche.
2.9	Istituire Coordinamento Regionale per le Mielolesioni	Regione, per predisposizione; Servizi pubblici ed Accreditati di Riabilitazione dedicati ai mielolesi per l'adozione
3.0	Assistenza familiare ai disabili	ASL per informativa ai famiiari

2.1.5.1 PERSONE CON IPOVISIONE

DEFINIZIONE DEL TEMA

La rilevanza che le minorazioni visive e le patologie oculari in genere hanno sulla qualità della vita di chi ne è affetto e l'impatto che esse hanno in termini di assorbimento di risorse sia sociali che economiche, impongono, senza dubbio, un importante impegno per il Sistema Sanitario Regionale nella promozione della salute oculare e nella prevenzione di quelle patologie cronico degenerative che ne costituiscono i principali fattori di rischio.

La dimensione del problema, le evidenze epidemiologiche e gli aspetti critici

Non esistono al momento attuale dati certi nel Lazio sul numero di persone affette dai diversi gradi di minorazioni visive e sull'incidenza e la prevalenza delle più importanti patologie oculari principali causa di cecità nel nostro Paese. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in Europa la prevalenza della cecità varia dallo 0.2% della Francia allo 0.7% dell'Inghilterra. Da studi epidemiologici italiani effettuati su campioni di popolazione con età tra i 40 e 70 anni (CNR – Progetto FATMA (Fattori di Malattia) - Cerulli e al.) si registra una prevalenza dello 0.2% di cecità bilaterale che aumenta allo 0.5% quando si includono anche persone più anziane. La prevalenza dell'ipovisione varia dallo 0.7% all'1% mentre dal 3.6% al 6.5% del campione esaminato soffre per una minorazione visiva monolaterale. Va tuttavia sottolineato che in questi studi è stata evidenziata la prevalenza della minorazione visiva teorica, quella, in altre parole, rilevata con la migliore correzione possibile. Nella realtà quotidiana si riscontra invece una maggiore prevalenza della minorazione visiva "reale" risultante dalla somma di quella teorica più quella effettiva, quest'ultima causata dal mancato uso della correzione o dall'uso di una correzione inadeguata. Si stima infatti che mentre la prevalenza teorica di ciechi è pressoché identica a quella reale, si può giungere sino al 90% in più di minorazioni visive totali (dal 6,7% aI 12,7%). Se i valori di prevalenza rilevati in questi studi si dovessero applicare all'intera popolazione residente nel Lazio secondo i dati ISTAT del 2000 questi si tradurrebbero in almeno 24.000 ciechi bilaterali, quasi 42.000 ipovedenti bilaterali, circa 68.000 ciechi monolaterali e oltre 93.000 ipovedenti monolaterali, per un totale approssimativo di 227.000 minorati visivi. Se si prende in considerazione il progressivo invecchiamento della popolazione in atto nella nostra regione come nel resto del Paese è facile prevedere come le cifre precedentemente indicate possano aumentare nei prossimi anni proporzionalmente all'aumento dei quelle fasce di popolazione maggiormente a rischio di patologie cronico degenerative. Accanto a tale quadro va posta una speciale attenzione a quelle patologie che interessano la prima e la seconda infanzia, in particolare quelle derivanti da multi-handicap, che, pur rappresentando una parte poco significativa dal punto di vista statistico, assumono una grande rilevanza principalmente per i risvolti umani ed anche per quelli sociali ed economici. Per una parziale valutazione dell'aspetto economico del fenomeno si può far riferimento all'analisi dei costi relativi all'ospedalizzazione per l'anno 2000 causata da patologie oculari (tab 1).

Tab. 1) **Costo dei ricoveri in regime ordinario e di day-hospital per malattie dell'occhio e degli annessi (ICD-IX CM 360-379) nel Lazio (Anno 2000).**

PATOLOGIA	ICD IX CM	N° dimissioni	costo totale (€)	*(%)*	costo medio (€)
Cataratta	366	34186	53.720.182	*57,0*	1.571
vizi di rifrazione	367	11238	17.274.831	*18,3*	1.537
Glaucoma	365	1751	2.999.643	*3,2*	1.713
degenerazione maculare della retina o del polo posteriore	3625	1052	1.016.394	*1,1*	966
retinopatia diabetica	3620	1331	1.005.385	*1,1*	755
Altro	-	11283	18.305.682	*19,4*	1.622
Totale	-	60841	94.322.116	*100,0*	1.550

Tipologie di offerta

L'offerta regionale di servizi assistenziali in favore delle persone affette da minorazioni visive è costituita da: le divisioni oftalmiche ospedaliere, la specialistica ambulatoriale oculistica, e alcuni specifici Centri di Ipovisione presso l'Ospedale Oftalmico di Roma - AUSL ROMA E, presso il CTO - AUSL ROMA C, presso il poliambulatorio del distretto di Latina AUSL LATINA, presso la divisione oculistica del Policlinico Casilino - Università di Tor Vergata e presso il Centro di riabilitazione Sant'Alessio – Margherita di Savoia.

AREA DI INTERVENTO 1 - Promuovere la prevenzione e aumentare le conoscenze sulla epidemiologia delle patologie oculari

Le conoscenze epidemiologiche sulle patologie oculari e sulle relative necessità assistenziali, allo stato attuale, sono basate solo su studi o stime che non permettono di analizzare il problema in modo completo. La Legge 284/97 ha istituito dei finanziamenti specifici rivolti alla prevenzione della cecità nonché alla realizzazione e gestione di centri per la riabilitazione visiva. Tale legge richiede alle regioni di fornire al Ministero della Salute gli elementi informativi necessari per la valutazione degl'interventi messi in atto in tale ambito. In tal senso l'impegno della Regione è orientato nel promuovere specifici programmi di prevenzione delle patologie oculari e nella definizione di Linee guida per la standardizzazione dei criteri di riconoscimento delle stesse ai fini di una diagnosi precoce per la prevenzione delle complicanze più gravi quali la cecità attraverso l'attivazione dei percorsi più idonei di cura e di riabilitazione. A tal fine è di fondamentale importanza anche la realizzazione di un sistema informativo articolato che permetta sia di rilevare la prevalenza e l'incidenza reale delle minorazioni visive nella popolazione che la valutazione complessiva dei bisogni sanitari e sociali che queste comportano mediante l'istituzione di un registro regionale dei pazienti ipovedenti.

Obiettivo 1.1

Favorire la ricerca scientifica finalizzata alla diagnosi precoce e alla prevenzione delle patologie congenite causa di minorazioni visive.

Obiettivo 1.2

Promuovere la prevenzione delle minorazioni visive causate da incidenti in ambienti di vita o di lavoro e da patologie legate agli stili di vita.

Obiettivo 1.3

Realizzare Linee Guida per le patologie oculari più comuni e più importanti individuando i percorsi assistenziali più appropriati.

Obiettivo 1.4

Stimare la prevalenza e l'incidenza delle minorazioni visive nella popolazione.

Obiettivo 1.5

Valutare i carichi assistenziali e i costi, diretti e indiretti, generati dalle patologie oculari nei loro differenti stadi di evoluzione.

Obiettivo 1.6

Sviluppare un modello di raccolta dei dati utile alla costruzione di un sistema informativo regionale sulle patologie oculari.

Obiettivo 1.7

Istituire un Registro Regionale dei pazienti ipovedenti.

AREA DI INTERVENTO 2 – Promuovere la qualità degli interventi assistenziali e riabilitativi.

Le tecniche di rieducazione e di riabilitazione funzionale per ciechi e per ipovedenti sono ancora troppo poco diffuse nella nostra regione come nel resto del Paese. Queste devono fondarsi, come già espresso nel capitolo " Persone Disabili" sulla garanzia di un approccio globale ai bisogni dei soggetti ipovedenti attraverso progetti riabilitativi individuali che valorizzino le "abilità diverse" e che siano tesi al raggiungimento del grado massimo di autonomia personale e alla migliore qualità di vita possibile.Tale obiettivo si può realizzare sia in ambito domiciliare sia attraverso centri residenziali specificamente realizzati per la riabilitazione degli ipovedenti. La formazione di operatori specificamente addestrati alla riabilitazione funzionale degli ipovedenti, secondo tale logica, deve trovare gli opportuni spazi e le necessarie modalità attuative. La regione si fa promotrice di una forte integrazione tra le diverse professionalità che a vario titolo assicurano i vari ambiti dell'assistenza agli ipovedenti. In particolare è fondamentale l'integrazione tra

oftalmologi e diabetologi per quanto attiene le prevenzione, la diagnosi e la cura della retinopatia diabetica. Anche in questo ambito devono essere formulati specifici piani formativi che consentano tale integrazione.

Obiettivo 2.1
Realizzare Linee guida per gli interventi riabilitativi in favore degli ipovedenti.

Obiettivo 2.2
Promuovere il miglioramento della autonomia funzionale delle persone affette da minorazioni visive, assicurando percorsi riabilitativi efficaci e semplificando i meccanismi di erogazione di ausili/protesi/ortesi.

Obiettivo 2.3
Promuovere la formazione specifica per le varie figura professionali in particolare per ortottisti e terapisti della riabilitazione della ipovisione e per oftalmologi e diabetologi.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Promozione di iniziative di ricerca sulle cause che determinano patologie visive	Regione, Università, Aziende sanitarie
1.2	Promozione di campagne di sensibilizzazione ed informazione per la prevenzione delle patologie oculari rivolte all'intera popolazione	Regione, ASP, Università, Aziende sanitarie
1.2	Interventi di educazione sanitaria specifici per i pazienti a rischio delle principali patologie oculari	Regione, Università, Aziende sanitarie
1.3	Elaborazione di Linee Guida per la prevenzione, diagnosi, cura delle patologie oculari	Regione, ASP, Università, Aziende sanitarie
1.4, 1.5, 1.6, 1.7	Sperimentazione e istituzione di un Registro dei soggetti ipovedenti con il compito di monitorare le prestazione oftalmologiche erogate, rilevare la prevalenza e l'incidenza delle malattie oculari di interesse sociale, valutare l'impatto economico del fenomeno	Regione, ASP
2.1	Elaborazione di Linee Guida per gli interventi riabilitativi in favore degli ipovedenti	Regione, Università, Aziende sanitarie
2.2	Realizzazione di una offerta assistenziale integrata tra centri di diabetologia e di oftalmologia per la cura della retinopatia diabetica	Regione, Università, Aziende sanitarie
2.2	Promozione di una rete integrata di assistenza domiciliare per i i portatori di disabilità visive, con particolare riguardo all'assistenza post operatoria della chirurgia ambulatoriale e alla riabilitazione per l'addestramento all'utilizzo di ausili	Regione, Università, Aziende sanitarie
2.2	Istituzione di almeno un centro Regionale Residenziale di Riabilitazione per l'ipovisione dell'età adulta	Regione
2.3	Formazione specifica ed integrata per oftalmologi e diabetologi	Regione, Università, Aziende sanitarie

2.1.6 PERSONE CON DISAGIO PSICHICO

DEFINIZIONE DEL TEMA

Le problematiche legate alla salute mentale risultano in costante aumento in Italia come nel resto del mondo, sono fra le maggiori cause di disabilità e di malattia, hanno implicazioni rilevanti per ambiti diversi quali l'alcolismo o le tossicodipendenze; sono fonte di elevati costi sociali ed economici sia per il SSN, che per i diretti interessati ed i loro familiari. Nel mondo, circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni soffre, nel corso di un anno, di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. In Italia, è stato valutato che nel corso di un anno il 2-2,5% della popolazione adulta viene trattato da servizi psichiatrici pubblici o privati, pari a circa il 10% dei potenziali fruitori.

Uso dei servizi e tipologie dell'offerta nel Lazio

Nel corso del 2000, circa l'1,4% della popolazione adulta del Lazio è stata trattata presso i Presidi pubblici (Centro Salute Mentale - CSM) dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM); il tasso di dimissione da reparti psichiatrici pubblici e privati della Regione è stato rispettivamente di 3,3 e 2,5 per 1.000 abitanti.

Nel 2000, i Servizi psichiatrici pubblici della Regione sono articolati in 12 DSM, 73 CSM (Presidi multifunzionali), 20 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC (reparti psichiatrici ospedalieri – deg. mediana 8 gg.) e 1 reparto di degenza della Clinica Psichiatrica Universitaria (deg. mediana 19 gg.) per complessivi 271 p.l., 54 Centri Diurni, 13 Day Hospital, di cui 2 universitari, 18 Comunità Terapeutiche Riabilitative. Per lo stesso periodo e nel settore privato, 14 reparti di degenza presso Case di Cura Neuropsichiatriche, con una dotazione di 1.252 p.l. ed una degenza mediana di 28 giorni, hanno prodotto circa il 44% di tutte le dimissioni da reparti psichiatrici nel Lazio, ed il 76% delle giornate di degenza corrispondenti; il 12,5% dei presenti in questo tipo di strutture al 15.01.2000 erano degenti da oltre un anno. Un censimento nazionale effettuato nel corso del 2000 ha rilevato, inoltre, nella regione Lazio la presenza di 1.261 pazienti psichiatrici in 108 strutture residenziali con più di 4 p.l. a diversa tipologia e d intensità assistenziale.

Questo PSR assume e fa propri gli obiettivi prioritari del PSN 1998-2000, quelli più articolati del Progetto Obiettivo Nazionale (P.O.N.) "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000, e tutti gli obiettivi di salute del Progetto Obiettivo Regionale (P.O.R.) "Salute Mentale" 2000-2002 Età Adulta. Per quanto attiene alle strutture residenziali e semiresidenziali, si fa riferimento alla DGR n. 351 del 15/02/2000 "Criteri per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale".

In tal senso, si intende sottolineare la necessità di:

- prevenire quanto più possibile l'evoluzione disabilitante dei disturbi psichici attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio, specie nella popolazione giovanile, e la promozione della salute mentale nell'intero ciclo della vita;
- ridurre quanto più possibile le condizioni disabilitanti dei soggetti con patologie gravi, al fine di favorirne l'inserimento sociale e lavorativo, e di proteggere la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare;
- realizzare l'integrazione funzionale delle risorse e dei servizi operanti nel campo della salute mentale, privilegiando la questione della continuità assistenziale. Ai fini della tutela della salute mentale, questa deve includere il concetto di coerenza interna e di mantenimento della qualità della relazione con l'istituzione, attraverso i vari passaggi che un percorso assistenziale può includere.

AREA D'INTERVENTO 1: Favorire l'accesso per chi ha meno risorse

Nonostante la rilevanza e la quantità di interventi efficaci per il trattamento del disagio psichico, vi sono evidenze che mostrano come l'accesso ad un trattamento appropriato si compia solo per una minoranza di coloro che ne hanno bisogno, anche se interessati da patologia grave. Nei CSM del Lazio, oltre la metà dei trattamenti avviati nel corso del 2000 erano a favore di pazienti con disturbi nevrotici, verosimilmente anche in relazione alla maggiore facilità con cui pazienti affetti da patologie meno disabilitanti possono richiedere attivamente un trattamento. In questo senso, vanno intese come risorse della persona anche la capacità di individuare ed utilizzare in modo appropriato un ambito adatto al trattamento del proprio disturbo, o anche solo immaginare che questo sia suscettibile di trattamento. Appare necessario intervenire su tutti quei fattori che rendono più difficile l'accesso ai servizi e l'ottenimento di una risposta pronta ed appropriata.

Questa sarà effettivamente sollecita e precoce se sarà in grado di cogliere le prime manifestazioni del disagio psichico grave, e finalizzata a prevenirne quanto più possibile l'evoluzione verso la disabilità. E' in questa prospettiva che assume una particolare rilevanza uno scambio di competenze con i servizi per l'età evolutiva, con i MMG, con i servizi per i soggetti anziani o per disabili, con i servizi sociali e con gli Enti Locali, da attuarsi attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro integrato nell'ambito di ciascuna ASL. Esso dovrà facilitare la reciproca consulenza fra servizi e realizzare una "rete" di comunicazione, integrandone i contributi particolarmente nei percorsi assistenziali del DSM e dei servizi per la tutela della salute mentale in età evolutiva, al fine di realizzare strategie complessive di tutela della salute mentale nelle varie fasi del ciclo vitale sostenute da un adeguato supporto informativo.

Obiettivo 1.1
Integrazione e coordinamento dei servizi con aree d'intervento complementari o contigue, al fine di migliorare le caratteristiche di accessibilità ed equità nei servizi di salute mentale.

AREA D'INTERVENTO 2 : Formazione e ricerca come premessa organizzativa

Sono in costante sviluppo nei DSM strategie operative che vedono l'organizzazione come essenziale supporto alle proprie attività. La formazione e l'aggiornamento continuo del personale operante nel campo della salute mentale dovrà porre una particolare attenzione alla cultura e alle tecniche di valutazione, favorendo la partecipazione a progetti di ricerca, di MCQ e di accreditamento professionale, considerando la qualità delle prestazioni sanitarie erogate e la soddisfazione degli operatori interessati. Il tema dell'appropriatezza degli interventi dovrà essere affrontato adottando, ove disponibili, LG fondate su una revisione costante e sistematica della letteratura scientifica. La collaborazione con l'Università va intesa nel senso di un reciproco scambio di competenze, che possa da un lato integrare la formazione universitaria dei futuri psichiatri e psicologi (scuole di specializzazione, etc.) in ambito clinico e clinico-organizzativo, e dall'altro riguardare quella del personale operante nel campo della salute mentale. I DSM dovranno promuovere la formazione e potenziare la ricerca nel campo della salute mentale, con particolare riguardo a:

- valutazione della qualità e dell'esito degli interventi;
- identificazione dei fattori di rischio (biologici, psicologici e sociali);
- caratteristiche e trattamento della popolazione lungoassistita;
- psichiatria di collegamento e di consultazione;
- analisi dei costi e sistemi di finanziamento.

Obiettivo 2.1
Potenziare nei DSM l'attività formativa, favorendo l'acquisizione e la diffusione della cultura e delle tecniche di valutazione, e l'avvio di progetti di ricerca, con particolare riguardo alla valutazione dell'esito degli interventi.

AREA D'INTERVENTO 3: Suicidio e programmi di prevenzione

Ai fini della riduzione del numero di suicidi, occorre distinguere gli eventi che si producono nella popolazione trattata da quelli attuati da soggetti che non hanno mai avuto contatti con il DSM. I dati relativi alla popolazione trattata dovranno pervenire alla Regione insieme ai flussi informativi prodotti annualmente dai DSM, e ne sarà monitorizzato l'andamento temporale insieme con quello relativo alle conclusioni non concordate di trattamento (21% nei CSM del Lazio nel 1999; fonte: Sistema Informativo dei Servizi Psichiatrici – SISPs). Quelli relativi alla popolazione non trattata (210 suicidi nel Lazio nel 1999; fonte: Registro Nominativi delle Cause di Morte – ReNCaM) devono essere oggetto di studi a carattere epidemiologico per individuarne, nell'ambito delle fasce di età più esposte, i fattori di rischio e gli eventuali percorsi assistenziali idonei ad attuare interventi preventivi. Individuare i soggetti a rischio di condotte autolesive o suicidarie non in trattamento presso un DSM richiede la collaborazione di altri servizi, quali quelli deputati alla tutela della salute mentale in età evolutiva, i Centri di assistenza agli anziani, i servizi sociali, i SERT, i MMG e i PLS.

Obiettivo 3.1
Ridurre l'incidenza dei suicidi e dei tentativi di suicidio nelle fasce di età e nei gruppi di popolazione più a rischio.

AREA D'INTERVENTO 4: Precursori e fattori di rischio: conoscere le caratteristiche e la prevalenza dei disturbi* psichici *in età evolutiva

Appare necessaria una particolare attenzione al disagio psichico che si manifesta in età evolutiva e nel corso dell'adolescenza, finalizzata al riconoscimento di quadri precursori di patologie psichiatriche conclamate in epoca successiva, creando specifici spazi di ascolto e trattamento per adolescenti nei servizi per la salute mentale in età evolutiva, e per giovani adulti nei DSM, integrati ove necessario da interventi di supporto e di orientamento per le famiglie. Disturbi spesso presenti in questo periodo, come quelli del comportamento alimentare, possono talvolta raggiungere livelli di criticità e di organizzazione che richiedono l'interessamento di figure provenienti da discipline diverse. Un'azione efficace in questo ambito richiede una sinergia di interventi di ordine sanitario, psicologico e sociale, e una maggiore integrazione dei servizi per la tutela della salute mentale in età evolutiva (TSMREE) e in età adulta (DSM), anche avvalendosi del gruppo di lavoro integrato di cui all'area d'intervento 1. Nella nostra regione è operante da diversi anni ed ha piena copertura un SI dedicato ai servizi psichiatrici pubblici; diviene ora necessario realizzare un SI dei servizi per la tutela della salute mentale in età evolutiva, che consenta di: a) essere di supporto all'area organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva, così come specificato nel P.O.N. "Tutela della salute mentale 1998-2000"; b) stabilire un solido collegamento ed una maggiore integrazione con il DSM; c) rilevare costantemente il rapporto fra domanda di assistenza ed uso dei servizi che si occupano di salute mentale in età evolutiva presenti sul territorio, rendendo nel contempo disponibili informazioni quantitative e di contenuto circa le attività e le prestazioni che sono erogate.

Obiettivo 4.1
Valutare le caratteristiche epidemiologiche relative ai disturbi psichici in età evolutiva, in termini di popolazione assistita e dell'offerta di servizi, e produrre indicatori utili per la valutazione dell'appropriatezza degli interventi.

AREA D'INTERVENTO 5: Residenzialità ed integrazione sociale. Uso delle strutture residenziali

Il numero di pazienti accolti presso strutture residenziali è in costante aumento, e non più dipendente dalle vicende relative al processo di superamento degli Istituti manicomiali. Nella nostra Regione non sono stati prodotti rapporti informativi sistematici relativi al numero ed alle caratteristiche dei soggetti che vi sono accolti. Attualmente è in corso di elaborazione il rapporto sulle attività svolte nell'ambito dei DSM della Regione nell'anno 2000. In esso un apposito capitolo è dedicato alle strutture residenziali e semiresidenziali. Sino al completamento delle procedure di accreditamento si rende necessario un miglioramento delle conoscenze relativamente alle caratteristiche dell'offerta (strutture, anche non sanitarie, che ospitano pazienti con disturbo psichico), ai bisogni presentati dai soggetti interessati ed al loro percorso assistenziale (in particolare nell'articolazione con soluzioni di tipo semiresidenziale). L'accoglienza di utenti presso questo tipo di strutture dovrà essere preceduta da una valutazione standardizzata e confrontabile di ciascun soggetto da parte del DSM sull'opportunità/necessità del provvedimento, con particolare riferimento al grado di funzionamento globale, da effettuare e ripetere nei tempi e nei modi specificati nella DGR n. 351 del 15/02/2000.

Obiettivo 5.1
Ottimizzare l'uso delle strutture residenziali e semiresidenziali, migliorando le conoscenze delle caratteristiche dei soggetti che vi sono accolti, e valutando gli esiti intermedi e finali dei trattamenti.

AREA D'INTERVENTO 6: La gestione dell'urgenza/emergenza in psichiatria

I servizi per la salute mentale sono integrati nel circuito dell'emergenza regionale (Dipartimento Emergenza Accettazione - DEA, PS, Servizi di Emergenza Territoriale). Per i pazienti già in trattamento i CSM garantiscono, per l'intero orario di apertura, l'accesso diretto ed eventuali interventi di urgenza domiciliare.

Negli stessi orari, in collegamento con la Centrale Operativa del 118, forniscono consulenza al Servizio di Emergenza Territoriale, che garantisce l'intervento di primo livello per tutta la popolazione presente nel territorio. Al di fuori di questi orari, il DSM garantisce gli interventi psichiatrici di urgenza nel PS e nel DEA degli ospedali provvisti di SPDC. Al fine di effettuare una razionale organizzazione del Servizio è necessario documentare con modalità uniformi le dimensioni effettive del fenomeno e le sue caratteristiche. Gli interventi del DSM relativi all'emergenza su chiamata della Centrale Operativa devono essere rilevati in maniera univoca, registrati dal SI per i Servizi Psichiatrici e divenire parte integrante dei rapporti regionali prodotti.

Obiettivo 6.1
Garantire la partecipazione del DSM alla valutazione ed agli interventi nell'ambito del Servizio di Emergenza Territoriale, e la consulenza ai DEA ospedalieri; ottenere la rilevazione sistematica e la documentazione dell'attività svolta.

AREA D'INTERVENTO 7: Il ricovero ospedaliero nella dimensione della continuità assistenziale

Il ricovero ospedaliero in psichiatria si connota come un evento limitato nel tempo e come episodio di un più complesso progetto di trattamento di lungo periodo del paziente psichiatrico. Acquista, dunque, particolare rilevanza la dimensione della continuità assistenziale, intesa sia come coordinamento dell'intervento ospedaliero ed extra-ospedaliero sia come coerenza del piano di cura nei diversi contesti. Ogni ospedale dotato di SPDC ha un rapporto privilegiato, di convenzione, con un determinato bacino d'utenza. Le proposte di ammissione in SPDC da parte dei Servizi che vi sono collocati devono avvalersi di modalità concordate di invio, che definiscano il proprio impegno rispetto al progetto terapeutico ed i livelli di collaborazione nel corso del ricovero. Assume uno speciale significato la presa in carico dei servizi territoriali nel caso di esordi psicopatologici per i quali il ricovero segna l'avvio di un percorso terapeutico, e la dimissione dal reparto, che deve ricercare la presenza e la qualità della necessaria continuità assistenziale.

Obiettivo 7.1
Azioni di ricovero concordate con i servizi di assistenza territoriale, attraverso invii documentati e motivati dalle strutture richiedenti, e dimissioni protette da accordi espliciti con i servizi territoriali.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1, 3.1	Attivazione di una U.O. integrata con funzioni di rete di consultazione per la salute mentale.	ASL
2.1	Incremento delle attività formative (accreditate ECM) avviate dai DSM nel settore della salute mentale.	DSM
2.1	Sviluppo di partecipazione a progetti di ricerca nel campo della salute mentale.	DSM
3.1	Attivazione di un registro di DSM per tutti i suicidi e tentativi di suicidio (popolazione in trattamento).	DSM
3.1	Attivazione di un progetto di prevenzione del suicidio e dei tentativi di suicidio nei gruppi di popolazione e nelle fasce di età più a rischio (popolazione generale).	ASL, avvalendosi dell'U.O. integrata di cui all'azione 3.1, per la realizzazione del progetto; Regione per il monitoraggio.
3.1	Attivazione di un programma di verifica e revisione sistematica delle modalità di conclusione del trattamento nei CSM, con particolare riguardo a quelle non concordate.	DSM
4.1	Realizzazione ed attivazione di un SI regionale dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE).	Regione per la realizzazione e l'impianto del SI, ASL per l'avvio delle procedure necessarie.
4.1	Monitoraggio del numero di trattamenti avviati dal DSM successivi ad invio da parte dei Servizi per la tutela della salute mentale in età evolutiva.	DSM

5.1	Definizione di LG ed applicazione di procedure standardizzate per l'inserimento di soggetti presso strutture residenziali e semiresidenziali.	DSM
5.1	Applicazione di procedure standardizzate di valutazione a tutti i soggetti inseriti presso strutture residenziali e semiresidenziali, nei tempi e nei modi previsti dalla DGR n. 351 del 15/02/2000.	DSM
5.1	Attivazione di un sistema di rilevamento univoco degli inserimenti lavorativi.	Regione per la definizione dei contenuti informativi; DSM per la realizzazione
6.1	Realizzazione ed attivazione di un SI regionale relativo agli interventi di emergenza territoriale effettuati dal DSM su chiamata della centrale operativa.	Regione per la realizzazione e l'impianto del SI, DSM per l'avvio delle procedure necessarie.
6.1	Attivazione di procedure volte a limitare il ricorso alla centrale operativa del 118 in orario di apertura del Servizio da parte di propri utenti in stato di crisi, privilegiando l'intervento domiciliare del DSM.	DSM
6.1	Attivare programmi formativi specifici per gli operatori del 118 incaricati delle funzioni di triage e di indirizzo, eventualmente estesi al personale non sanitario direttamente interessato.	Regione per l'attivazione dei programmi di formazione; DSM per i contenuti.
6.1	Attivare programmi finalizzati all'elaborazione di Linee Guida e protocolli relativi all'emergenza/urgenza in psichiatria.	Regione; DSM
6.1	Incremento degli interventi effettuati dal DSM a domicilio in situazioni di crisi.	DSM
7.1	Attivazione di procedure che facciano uso di schede di invio e modalità standardizzate per tutti gli invii in SPDC da parte dei servizi territoriali.	Regione per la definizione del contenuto informativo della scheda; ASL per la realizzazione; DSM per il monitoraggio.
7.1	Attivazione di procedure che prevedano accordi definiti con i servizi territoriali al momento della dimissione.	DSM

2.1.7 PERSONE DETENUTE

DEFINIZIONE DEL TEMA E NUOVO QUADRO NORMATIVO

Il diritto dei detenuti ad una assistenza sanitaria all'interno delle carceri viene sancito per la prima volta con la Legge 740/70 e con la Legge 354/75. In queste norme viene affermato che le prestazioni sanitarie vengono erogate da medici incaricati per l'assistenza di base, da medici specialisti e da infermieri; una attenzione particolare viene rivolta alla salute mentale, riconoscendo il ruolo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) dove i Direttori erano - e sono tuttora - dei medici specialisti in Psichiatria. Viene prevista anche la figura di Esperti qualificati (art. 80) i quali, soprattutto psicologi, garantiscono la tutela dello stato di salute psicologico del detenuto predisponendone sin dall'entrata una effettiva presa in carico e contribuendo anche alla importante fase dell'osservazione della personalità, in ottemperanza alle esigenze dell'Ordinamento Penitenziario durante il periodo della pena.

Nei successivi trent'anni pochissime sono state le integrazioni o modifiche a tale stato normativo e queste hanno riguardato quasi esclusivamente il problema dei malati di AIDS e della loro possibilità di uscire dal carcere per essere sottoposti a cure presso strutture extracarcerarie. A fronte di questa marcata carenza legislativa nazionale, numerose sono state le risoluzioni di organismi internazionali che hanno espresso pareri e raccomandazioni in merito (OMS, Consiglio d'Europa, Governi locali, etc.). Il rilievo sollevato unanimamente da tali documenti è stato che i vari sistemi sanitari erano, nello specifico settore, generalmente carenti o inefficaci, che le prestazioni rese all'interno delle carceri erano di qualità nettamente inferiori a quelle ricevute dai cittadini in libertà e che tale discriminazione dovesse essere superata. Alle

medesime conclusioni arrivava anche una approfondita ricerca condotta dalla Commissione del Senato della Repubblica Italiana nel 1995.
Il 30 Novembre 1998, il Parlamento vara la Legge n. 419 ("Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al D.Lgs. 30 Dicembre 1992 n. 502). All'art. 5 (Riordino della medicina penitenziaria) il legislatore ha chiesto l'osservanza di alcuni principi e criteri direttivi ben precisi:

1. Prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute ed internate attraverso forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria;
2. Assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria;
3. Prevedere l'organizzazione di un'attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti ai fini di giustizia;
4. Prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle Aziende unità sanitarie locali;
5. Prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica, al Fondo Sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero della giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione.

Il 22 Giugno 1999 viene promulgato il primo decreto in delega alla L. 419/98: il D.Lgs. n. 230. Esso fornisce chiare direttive in materia e pone come prima scadenza della fase sperimentale il 1° Gennaio 2000, data a partire dalla quale si prevede che tutte le competenze in materia di tossicodipendenza e prevenzione vengano riunite e trasferite ai Ser.T. ed ai Dipartimenti di Prevenzione delle AUSL, che dovranno operare sulla base di direttive regionali concordate con gli organi periferici del Ministero della Giustizia (Direzioni delle carceri, Provveditorati Regionali, etc.).
Conseguentemente, la Regione Lazio, il 1° Marzo 2000, ha sottoscritto con il Ministero della Giustizia un Protocollo Operativo relativo agli adempimenti collegati all'applicazione del citato D.Lgs. n. 230 e relativi alla presa in carico dei tossicodipendenti detenuti. Il documento è ora in avanzata fase di applicazione presso le ASL interessate: Roma A, Roma B, Roma E, Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo, non ospitando le altre Aziende sul proprio territorio di competenza alcun istituto di pena.
Il Lazio è, tra l'altro, regione identificata, in una prima fase - ai sensi del Decreto 20 Aprile 2000 - insieme a Puglia e Toscana, cui si sono successivamente aggiunte Emilia Romagna, Campania e Molise, quale regione 'test' che deve sperimentare il progressivo trasferimento di tutte le altre funzioni sanitarie, oltre a quelle relative alla tossicodipendenza e alla prevenzione.

Aspetti socio-demografici, problematiche epidemiologiche, aspetti critici[*]

Nella Regione Lazio sono attualmente presenti 16 strutture penitenziarie, così distribuite: un carcere a Rieti; Viterbo; Latina; Frosinone; Cassino; Paliano; Velletri; 2 a Civitavecchia (dove esiste anche una sezione femminile); un complesso Polipenitenziario a Roma "Rebibbia", comprendente quattro strutture (Casa di Reclusione, Nuovo Complesso, 3ª Casa Circondariale e Carcere Femminile) ed il carcere di "Regina Coeli". Sempre a Roma c'è il Carcere Minorile ed il Centro di Prima Accoglienza di Via dei Bresciani. Non esistono nel Lazio Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nei penitenziari di Roma Rebibbia e di Civitavecchia sono presenti due asili nido.
Il fenomeno della detenzione si caratterizza per aspetti demografici, sociali, economici, psicologici, antropologici e strutturali del tutto peculiari. Una esatta conoscenza di queste variabili dinamiche risulta determinante per un buon approccio metodologico e di organizzazione sanitaria.
Al 31 Dicembre 2001 la presenza di detenuti nella Regione Lazio era di 5.137 soggetti, di cui 369 donne (7%) e 4.768 uomini (93%); di questi, circa il 60% aveva una posizione giuridica di condannato definitivo. Le cifre testimoniano il rischio 'sovraffollamento', in quanto lo stesso Ministero della Giustizia ha quantificato che la capienza massima tollerabile nel Lazio ammonta a 5.232 persone detenute. Un dato che è necessario rimarcare, in quanto definisce gli esatti livelli di problematicità della situazione globale, è quello dell'entità

[*] Fonte dei dati: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia – Dipartimento Servizio Sanitario Regionale del Lazio

del turn-over. Nel primo semestre del 2001 nella regione ci sono stati 4.412 ingressi 'dalla libertà', quindi annualmente il turn-over globale dei detenuti che transitano presso le strutture penitenziarie della regione è valutabile intorno ai 10.000 soggetti, di cui il 10% circa donne. Al 30 Giugno 2001 erano presenti 1.848 stranieri (il 36% del totale) di cui 182 donne; i paesi di provenienza più frequenti sono: Marocco, Tunisia ed Albania; tale sottopopolazione presenta, oltre ai problemi di salute propri di tutti i detenuti, fattori di rischio aggiuntivi, quali quelli legati alle difficoltà di comunicazione, di relazione, di punti di riferimento affettivo-amicali all'esterno del carcere, di conoscenza e confidenza con i sistemi di prevenzione e cura occidentali. Al 30 giugno 2001 erano complessivamente presenti 160 tra sieropositivi e malati di AIDS; di questi, 68 soggetti sono quelli rilevati nel I semestre 2001 attraverso il test per l'HIV cui hanno aderito il 24,4% dei soggetti. I tossicodipendenti rappresentano certamente il gruppo più numeroso e mediamente sono pari al 40-50% del totale, a seconda delle casistiche cliniche, denotando generalmente un'ampia sottostima. Anche il problema dell'alcoldipendenza e dell'abuso alcolico sembra essere globalmente sottovalutato. Nell'anno 2000 nel Lazio si sono avuti inoltre 803 episodi di autolesionismo e 92 tentati suicidi, di cui 5 con esito fatale; 1.748 detenuti hanno proclamato lo sciopero della fame.

Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale o regionale delle patologie in ambito penitenziario e permanendo gravi lacune circa la possibilità di osservare in modo scientificamente rigoroso la natura e la frequenza delle patologie di cui è affetta la popolazione carceraria, l'osservazione diretta degli operatori sanitari ha evidenziato come, attualmente, in ambito penitenziario prevalgano le patologie infettive (come le epatiti virali, la tubercolosi e l'AIDS), quelle psichiatriche e quelle gastroenterologiche. Le patologie dell'apparato cardiovascolare, in carcere, sembrano colpire prevalentemente classi di età relativamente più basse rispetto al resto della popolazione; frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le broncopneumopatie cronico-ostruttive, essenzialmente legate all'elevato consumo di sigarette. Di difficile gestione sono anche le malattie metaboliche quali il diabete mellito, che dovrebbero comportare l'osservanza di regimi dietetici, l'effettuazione di sufficienti livelli di attività fisica e la possibilità di autogestione farmacologica.

Tipologia dell'offerta sanitaria nel Lazio

L'intervento sanitario sinora gestito dal Ministero della Giustizia all'interno delle carceri, prevede una assistenza di primo livello espletata da medici incaricati, un'assistenza in emergenza svolta da medici di guardia ed infermieri, visite specialistiche erogate attraverso medici specialisti convenzionati od ospedalieri. Per ciò che riguarda l'assistenza psicologica, questa viene garantita da psicologi convenzionati, mentre forme più gravi di disagio mentale richiedono il trasferimento presso OPG presenti in altre Regioni. Alcune forme lievi di disagio possono essere trattate nella sezione di seminfermi mentali presso la Casa di Reclusione di Rebibbia. I tossicodipendenti vengono già assistiti dai Ser.T. territorialmente competenti, in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 230/99. A questo proposito, si ricorda il Day Hospital del Ser.T. della ASL Roma 'B' presso il Nuovo Complesso di Rebibbia, dotato di 40 posti letto. Nel Lazio esiste inoltre un Istituto a Custodia Attenuata per Detenuti Tossicodipendenti (ICATT) e un Centro Diagnostico Terapeutico. Il ricovero ospedaliero viene garantito presso gli ospedali della regione attraverso piantonamenti a cura della Polizia Penitenziaria. In alcuni ospedali esistono delle camere di degenza protette; presso l'ospedale 'S. Pertini' è in costruzione un'intera ala dedicata ai detenuti e dotata di circa 25 posti letto; presso l'Ospedale Belcolle di Viterbo è stata allestita, ma non ancora attivata, una sezione con 16 p.l.

Gli orientamenti regionali

Gli indirizzi normativi (D.Lgs. 230/99 e Decreto Interministeriale 21/4/2000) prevedono quindi le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel PSN, nei piani sanitari regionali e locali.

Alla luce dei dati epidemiologici finora disponibili e delle principali criticità emerse, sulla base dei modelli già in sperimentazione, la Regione Lazio intende:

1. dare progressiva attuazione ai principi generali della normativa attraverso un piano di trasferimento e integrazione tra i servizi sanitari penitenziari e i servizi territoriali del Ssr, a partire dall'individuazione delle modalità organizzative più adeguate per la gestione dell'emergenza sanitaria sulla base delle criticità dei singoli Istituti;
2. garantire la continuità assistenziale durante il periodo detentivo, nella fase di dimissione dal carcere e nel periodo di successivo ritorno alla comunità sociale (anche in osservanza dei principi di integrazione socio sanitaria previsti dalle normative vigenti);

3. promuovere iniziative di informazione e di educazione sanitaria per i detenuti e di formazione per gli operatori;
4. attuare un piano di intervento in tema di prevenzione, specie in rapporto alle condizioni igienico-ambientali degli Istituti penitenziari, allo scopo di studiare e modellare proposte di adeguamento;
5. predisporre modelli operativi di intervento adeguati ai seguenti specifici settori, tenuto conto dell'ambito peculiare in cui si viene a trovare il paziente detenuto: tutela della salute mentale; tossico-alcol dipendenze; malattie infettive;
6. predisporre interventi per la migliore presa in carico della popolazione detenuta straniera, anche attraverso iniziative di mediazione culturale;
7. verificare le necessità di assistenza della popolazione detenuta in regime di ricovero, rilevare l'attuale ricettività delle strutture ospedaliere e garantire adeguate risposte assistenziali;
8. regolamentare i rapporti tra le Amministrazioni interessate (Direzione degli Istituti, Enti Locali) e le ASL del territorio, anche attraverso la stipula di protocolli di intesa.

Il passaggio di competenze gestionali previsto dalla normativa richiederà una opportuna gradualità e necessiterà di una piena collaborazione tra il Servizio sanitario regionale (ai suoi diversi livelli) ed il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (PRAP) ed il Centro di Giustizia Minorile. La stretta collaborazione con gli Istituti di Pena rappresenta comunque condizione necessaria per l'efficacia degli interventi intrapresi e la loro efficienza organizzativa.

Adolescenti e giovani adulti (14-21 anni) sottoposti a procedimenti penali

Pur facendo riferimento agli stessi orientamenti normativi e assumendo quanto precedentemente indicato, si ritiene opportuno riservare uno spazio al settore penale minorile poiché presenta alcuni elementi di specificità - connessi al mandato normativo e istituzionale, all'organizzazione del sistema dei servizi e alla peculiarità dell'utenza - che necessitano di altrettanto specifici indirizzi di programmazione.

Per quanto riguarda la dimensione organizzativa, il modello d'intervento della Giustizia Minorile si basa essenzialmente su un sistema integrato di servizi che comprende, nel Lazio, oltre all'Istituto Penale Minorile (IPM), un Centro di Prima Accoglienza (CPA) ed un Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM), tutti dipendenti dal Centro Giustizia Minorile per il Lazio e l'Abruzzo.

Partendo da pochi e sintetici dati elaborati dal Dipartimento Giustizia Minorile relativi ai ragazzi presi in carico, nell'anno 2001, dai servizi minorili di Roma, si conferma il trend registrato negli ultimi anni, con oltre 800 ingressi in CPA, 294 in IPM e 2.202 segnalazioni dell'Autorità Giudiziaria all'USSM. Questi dati mettono in evidenza una prima forte peculiarità del settore: la significativa prevalenza dell'utenza sottoposta a misure cautelari non detentive e a misure sostitutive ed alternative alla pena detentiva.

La specifica domanda di salute che l'adolescente che compie reati pone sembra rimandare ad alcune specifiche dimensioni:

- ✓ la necessità di una significativa presa in carico psicologica per una analisi dei significati veicolati dall'azione-reato (sempre più frequentemente l'azione-reato rimanda a quadri di personalità che presentano forme di disagio psicopatologico talora importante). Questo impone la necessità di dotarsi di adeguati strumenti per la valutazione e la presa in carico, così come rende urgente il tema della creazione di strutture di tipo residenziale per l'accoglienza di giovani con questa forma di disagio e sottoposti a misure restrittive della libertà;
- ✓ la diversa connotazione del fenomeno della tossicodipendenza in età evolutiva: si registra l'emergere significativo di "nuove dipendenze" e nuove modalità di assunzione (poliassunzione) che rendono necessario elaborare progettualità capaci di "agganciare" un ragazzo che, in genere, non si riconosce alcun problema di dipendenza e che siano in grado di cogliere il complesso legame tra crisi evolutiva dell'adolescente ed uso di sostanze psicotrope.

Questi elementi rendono necessario predisporre modelli operativi fondati su criteri di globalità e continuità dell'intervento e di unitarietà del sistema dell'intervento, anche attraverso l'adozione, nell'ambito del distretto sanitario, dei più adeguati interventi interprofessionali per la tutela della salute dell'adolescente autore di reato.

AREA D'INTERVENTO 1: Prevenzione dei rischi aggiuntivi per la salute dei detenuti.

E' noto che il carcere, per molti aspetti, è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti. Nella condizione di restrizione della libertà personale, i problemi della quotidianità esasperano una eventuale vulnerabilità di salute. Le caratteristiche ambientali costituiscono il primo possibile campo di intervento per la tutela della salute.

Obiettivo 1.1
Interventi migliorativi delle condizioni ambientali

Obiettivo 1.2
Adozione di interventi collettivi a protezione della salute

Obiettivo 1.3
Attivazione di programmi di prevenzione secondaria

AREA D'INTERVENTO 2: Le Attività e l'organizzazione dell'Assistenza Sanitaria.

Gli ambiti territoriali delle ASL ove sono allocate strutture penitenziarie necessitano di modelli organizzativi tali da soddisfare la domanda di cura dei detenuti con percorsi terapeutici appropriati. Tempestività degli interventi assistenziali, continuità assistenziale, appropriatezza e qualità delle prestazioni, verifica dei risultati e predisposizione di linee guida e procedure operative, rappresentano elementi irrinunciabili.

Obiettivo 2.1
Riordino e razionalizzazione delle funzioni di medicina di base, specialistica e riabilitativa

Obiettivo 2.2
Riordino e razionalizzazione del servizio di medicina d'urgenza

Obiettivo 2.3
Assistenza nell'ambito delle principali aree critiche di salute (dipendenze, malattie infettive, salute mentale)

Obiettivo 2.4
Assistenza sanitaria alle persone straniere detenute

Obiettivo 2.5
Individuazione di modelli organizzativo-gestionali per l'assistenza sanitaria ai detenuti.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Individuare e attuare interventi strutturali	Regione, ASL, PRAP, Istituto penitenziario
	Destinare celle per non fumatori	ASL, PRAP, Istituto penitenziario
1.2	Istituire un gruppo di lavoro regionale al fine di individuare i rischi per la salute e proporre specifici interventi	Regione, ASP, ASL, PRAP, Istituti penitenziari
	Promuovere interventi di educazione sanitaria	ASL, Istituto penitenziario
	Migliorare il regime alimentare	ASL, Istituto penitenziario
	Promuovere campagne di lotta al tabagismo	ASL, Istituto penitenziario
	Costruire mappe di rischio ed elaborare procedure standardizzate di valutazione clinica dei detenuti all'ingresso in carcere	Regione, ASP, Università, ASL, PRAP
1.3	Attuare screening / indagini specifiche sulle principali patologie sospettate (malattie infettivo-parassitarie, cardiovascolari, respiratorie, psichiatriche, etc.)	Regione, ASP, ASL, PRAP, Istituto
2.1	Attivare corsi di formazione specifici per gli operatori sanitari	Regione, ASP, Università, ASL, Enti di formazione
	Informatizzare un Diario Clinico degli assistiti	Regione, ASP, ASL
	Creare strumenti idonei a garantire flussi informativi utili alla continuità assistenziale	Regione, ASP, ASL
	Creare percorsi di garanzia per interventi specialistici tempestivi	ASL, Istituto
	Sviluppare azioni di integrazione funzionale con i presidi di ricovero e cura territoriali, anche in dimissione protetta se coesiste patologia all'atto della fine della pena detentiva	Regione, ASP, ASL, PRAP
	Favorire azioni atte a uniformare in tutti gli istituti penitenziari gli standard assistenziali	Regione, ASL, PRAP
	Ridistribuire le quote capitarie destinate ai detenuti tenendo conto della "mobilità" interregionale e intraregionale	Regione, ASP
2.2	Predisporre procedure organizzative per un pronto intervento nel sistema emergenza-urgenza	Regione, ASP, ASL, PRAP, Istituto
	Integrare le funzioni tra strutture di emergenza interne e territoriali	Regione, ASL, PRAP, Istituto
	Creare momenti di formazione interprofessionale teorica e pratica sul tema delle urgenze	Regione, ASP, Università, ASL,Enti di formazione
	Attivare reparti ospedalieri già predisposti riservati ai detenuti che abbisognino di cure ospedaliere ed individuare (in caso di fabbisogno ulteriore) presidi ospedalieri (o Aziende) presso le quali istituirne ulteriori	Regione, ASL

segue

2.3	Attuare specifici modelli di presa in carico dei pazienti affetti dalle patologie critiche	Regione, ASP, ASL
	Creare un sistema regionale di raccolta dati relativo alle patologie maggiormente critiche	Regione, ASP, ASL, PRAP, Istituti
	Predisporre programmi terapeutici personalizzati a partire da una accurata diagnosi multidisciplinare, in particolare per i trattamenti farmacologici	ASL
	Favorire l'ottimizzazione di impiego delle strutture a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti (ICATT e sezioni in istituti maggiori)	Regione, ASL, PRAP, Istituto
	Creare iniziative specifiche di formazione permanente congiunta con il personale del Ministero della Giustizia	Regione, ASP, Università, ASL, PRAP, Enti di formazione
	Attivare programmi di prevenzione dell'autolesionismo e del suicidio	Regione, ASL, PRAP
2.4	Predisporre indagini sulle caratteristiche socio-demografiche e sui bisogni sanitari specifici della popolazione straniera detenuta	Regione, ASP, ASL, PRAP
	Attuare specifici programmi di prevenzione per le malattie trasmissibili	ASL, PRAP
	Coinvolgere il volontariato e l'associazionismo per la mediazione culturale	Regione, ASL, PRAP
	Allestire strumenti informativi sui diritti alla salute in diverse lingue	Regione, Università, ASL,PRAP
2.5	Definire e sperimentare modelli organizzativo-gestionali coordinati a livello distrettuale, attraverso strutture di complessità proporzionale alle dimensioni e alle caratteristiche della popolazione detenuta negli Istituti presenti sul territorio di competenza della Asl.	Regione, ASP, ASL

2.2 PATOLOGIE CRITICHE

Sono definiti interventi specifici per i raggruppamenti di patologia a maggiore impatto epidemiologico (mortalità e morbilità) e che provocano un cospicuo assorbimento di risorse assistenziali.

AZIONI

2.2.1 Malattie del sistema circolatorio

2.2.2 Tumori

2.2.3 Malattie respiratorie croniche

2.2.4 *Insufficienza renale cronica*

2.2.1 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Le malattie del sistema circolatorio comprendono la cardiopatia ischemica, la patologia cerebrovascolare, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, le aritmie, la morte improvvisa e la vasculopatia periferica. Sono condizioni a forte impatto sociale ed economico in Italia, come in altri Paesi occidentali, a causa della loro grande diffusione e le rilevanti conseguenze per la salute dell'individuo e per la società. Esse rappresentano una delle maggiori cause di mortalità, morbosità e disabilità permanente e richiedono al sistema sanitario regionale modalità diversificate di risposta con stretta integrazione tra ospedale e territorio.
Nell'ambito delle malattie del sistema circolatorio verranno sviluppati i temi riguardanti la cardiopatia ischemica e le malattie cerebrovascolari, in particolare gli accidenti cerebrovascolari. Saranno inoltre descritti alcuni aspetti relativi alle malattie del sistema vascolare periferico.

2.2.1.1 CARDIOPATIA ISCHEMICA E MALATTIE DEL SISTEMA VASCOLARE PERIFERICO

DEFINIZIONE DEL TEMA

Le malattie del sistema circolatorio sono la principale causa di morte in Italia. L'ultima pubblicazione ISTAT sulle Cause di Morte (anno 2000) indica per il 1997 un numero di decessi per malattie del sistema circolatorio pari a 243.839 (43,4% di tutti i decessi); di questi 179.385 tra gli anziani oltre 75 anni di età. Un totale di 75.700 decessi sono dovuti alla cardiopatia ischemica, di cui 40.548 (53,6%) tra gli uomini. Negli ultimi decenni la mortalità per cardiopatia ischemica è diminuita in molti Paesi come riflesso di una riduzione dell'incidenza e un miglioramento delle cure.

Nell'ambito dello studio internazionale MONICA dell'OMS (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases), si stima che nella fascia di età compresa tra i 35 e i 64 anni:

- circa il 40% dei pazienti colpiti da eventi coronarici muore entro 28 giorni dall'inizio dell'attacco;
- negli uomini la letalità nella prima ora è del 20%, nelle prime 24 ore è 32%, nei primi 28 giorni è del 40%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 3%, quella extraospedaliera è del 17%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 27%;
- nelle donne la letalità nella prima ora è del 15%, nelle prime 24 ore è del 36%, nei primi 28 giorni è del 45%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è dell'11%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 13%, quella extraospedaliera è del 23%. Per circa metà degli eventi fatali coronarici il decesso avviene in ospedale (49,2% tra gli uomini e 57,5% tra le donne), mentre il 44,6% degli eventi fatali tra gli uomini ed il 37% tra le donne avvengono a casa prima di ricevere assistenza medica adeguata.

Nel Lazio il 38,3% dei decessi tra gli uomini e il 46% dei decessi tra le donne (tutte le età; anni 1993-1996) sono dovuti a cause cardiovascolari. Nella fascia di età 35-64 anni esse sono al secondo posto dopo i tumori. Un totale di 13.823 decessi tra gli uomini (tutte le età) per malattie ischemiche del cuore con un tasso di 122 per 100.000 ed 7.650 decessi tra gli uomini per infarto miocardico con un tasso di 67,7 per

100.000 sono stati registrati nel ReNCaM relativamente agli anni 1993-96; i corrispondenti valori tra le donne sono 10.770 decessi per cardiopatia ischemica (tasso 61,7 per 100.000) e 4.658 decessi (tasso 27,6 per 100.000) per infarto miocardico. I valori di mortalità tendono ad essere più bassi dei valori medi nazionali. Nel 1999 il SIO del Lazio ha registrato un totale di 7.422 dimissioni per "malattie cardiovascolari con infarto acuto del miocardio" (DRG 121-122-123) (70% tra gli uomini) per una spesa complessiva pari a 26,3 milioni di euro (51 miliardi di lire).

Le malattie vascolari periferiche sono un gruppo di patologie croniche ed acute che coinvolgono il sistema arterioso, venoso e linfatico. Esse hanno un forte impatto sociale ed economico per gli aspetti invalidanti. In particolare, la prevalenza dell'arteriopatia periferica è stimata pari allo 0.6% nel sesso femminile e 6.9% nel sesso maschile, mentre l'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori ha una prevalenza del 10-15% nella popolazione adulta maschile e del 50-55% in quella femminile.

AREA DI INTERVENTO 1: Documentazione epidemiologica, ricerca, formazione

Anche in ambito di malattie del sistema circolatorio la conoscenza di dati epidemiologici è lo strumento base di una corretta programmazione sanitaria. E' necessario, inoltre, promuovere la ricerca finalizzata sia alla epidemiologia clinica sia alla programmazione sanitaria, in particolare relativamente al tema della valutazione di appropriatezza ed efficacia dei trattamenti sanitari. La formazione del personale e l'aggiornamento sono indispensabili e vanno fortemente perseguiti impegnando adeguate risorse e finanziamenti.

Obiettivo 1.1
Stimare la prevalenza delle malattie del sistema circolatorio e dei fattori di rischio.

Obiettivo 1.2
Monitorare l'incidenza di nuovi eventi cardiovascolari nella popolazione.

Obiettivo 1.3
Potenziare le attività di ricerca e formazione.

AREA DI INTERVENTO 2: Prevenzione primaria e secondaria

La prevenzione primaria è riconosciuta scientificamente di particolare importanza nel settore cardiovascolare e consiste nella riduzione e nel controllo dei fattori di rischio sia nella popolazione generale sia nei soggetti "ad alto rischio", allo scopo di impedire l'insorgenza di nuovi eventi patologici. A livello di popolazione devono essere realizzati interventi rivolti a modificare i maggiori determinanti del rischio cardiovascolare: fumo di sigaretta, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, inattività fisica. Particolare attenzione deve essere rivolta anche ad altri fattori di rischio riconosciuti quali obesità e diabete. Altrettanto importanti sono le evidenze in letteratura della efficacia della corretta applicazione di misure di prevenzione secondaria. Per prevenzione secondaria si intende il monitoraggio e la riduzione dei fattori di rischio e l'impiego di trattamenti di provata efficacia in pazienti affetti da malattie del sistema circolatorio al fine di ridurre la morbosità e la mortalità.

Obiettivo 2.1
Ridurre l'incidenza e la letalità di eventi ischemici coronarici.

Obiettivo 2.2
Ridurre e controllare i fattori di rischio nella popolazione per le malattie del sistema circolatorio.

Obiettivo 2.3
Ridurre la morbosità e la mortalità per le malattie del sistema circolatorio.

Obiettivo 2.4
Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da malattie del sistema circolatorio.

AREA DI INTERVENTO 3: Qualità dell'assistenza sanitaria omogeneamente distribuita su tutto il territorio regionale

Le malattie del sistema circolatorio richiedono al SSR modalità estremamente differenti di risposta assistenziale. Esiste la necessità di garantire un'alta qualità dell'assistenza a tutti i pazienti attraverso: il superamento di disfunzioni che comportano ritardi nella fase acuta nonché difformità di approcci e trattamenti per le cardiopatie ischemiche; il supporto alla gestione dei pazienti con cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco a livello di territorio da parte dei MMG; il miglioramento delle qualità dell'assistenza specialistica e la valutazione della appropriatezza ed efficacia dei servizi erogati.

3.a Area dell'emergenza

L'area dell'emergenza è di importanza critica dal momento che nelle prime ore dell'episodio ischemico possono essere salvate decine di migliaia di persone ogni anno. Infatti, l'elevata percentuale di mortalità che si registra nella prima ora di un infarto acuto ha permesso di individuare nel ritardo del trattamento un fattore critico per la sopravvivenza complessiva e per il miglioramento della prognosi successiva (trombolisi più efficace se praticata entro 6 ore). Il Servizio di emergenza deve utilizzare personale addestrato ad una prima valutazione clinica ed all'esecuzione della rianimazione cardiopolmonare e della defibrillazione elettrica; deve inoltre poter utilizzare il più vicino Dipartimento di Emergenza (trasmissione di ECG, di dati clinici) così da facilitare l'identificazione del problema e dei pazienti a rischio più elevato, riducendo i tempi di diagnosi all'arrivo in ospedale ed accelerando gli interventi terapeutici.

3.b Area della alta specialità per il trattamento della malattia coronarica

L'affinamento e la sempre maggiore diffusione di procedure diagnostiche cardiologiche (sia invasive che non), la migliorata sopravvivenza dopo infarto acuto e la riduzione globale della mortalità per cardiopatia ischemica hanno portato ad un aumento del numero di pazienti che possono trarre beneficio da terapie non farmacologiche (angioplastica con o senza applicazione di *stent*, *by-pass* aortocoronarico). Nella regione Lazio è stato documentata una sotto-utilizzazione delle procedure di *by-pass* aortocoronarico associata ad un differenziale socio-economico. In particolare, in una analisi dei dati del SIO del Lazio relativi al biennio 1996-97, la proporzione dei pazienti sottoposti a *by-pass* aortocoronarico in diversi Istituti di ricovero e cura di Roma, sul totale delle ospedalizzazioni per malattie ischemiche del cuore, è stata pari al 14,1% tra i pazienti di livello socio-economico più elevato e 8,9% tra i pazienti di stato socioeconomico più basso. Al momento attuale, inoltre, le liste di attesa per il *by-pass* aortocoronarico ed angioplastica risultano eccessivamente lunghe.

3.c Area della riabilitazione del paziente cardiologico

La riabilitazione cardiologia consiste in un globale approccio diagnostico, valutativo e di trattamento; essa consente la riduzione della progressione della malattia, riduce la mortalità e la frequenza delle riospedalizzazioni, migliora la qualità della vita dei pazienti e contiene i costi sociali. I servizi di riabilitazione cardiologica sono a pieno titolo parte integrante dell'assistenza cardiologia e devono essere diffusi e potenziati. Un discorso a parte merita la cura dei pazienti portatori di patologie cardiache congenite in età adulta (disabili cronici). Si stima che in Italia l'incidenza delle malformazioni cardiache congenite sia pari all'8‰ dei nati vivi e che siano presenti 60.000 cardiopatici congeniti di età inferiore a 21 anni che necessitano, o necessiteranno, di continua assistenza medica/chirurgica.

3.d Area della chirurgia del sistema vascolare extra-coronarico

Dalla letteratura scientifica emerge che l'intervento di endoarterectomia carotidea consente una riduzione del rischio di ictus cerebrale a due anni pari al 17% dei pazienti con stenosi carotidea severa sintomatica e al 7% con stenosi moderata asintomatica. Inoltre, è stato osservato che lo *screening* ecografico dell'aorta addominale su popolazione anziana ed il successivo trattamento chirurgico può ridurre del 55% il rischio di rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale. Parimenti efficaci si dimostrano gli interventi di rivascolarizzazione dei vasi periferici nel ridurre il tasso di amputazioni. Si rende, pertanto, opportuno nella nostra Regione ottenere dati sull'utilizzo di tali procedure e sul loro impatto in termini di riduzione di incidenza di eventi ischemici nella popolazione.

3.e Area della cardiochirurgia

Gli interventi di cardiochirurgia, eseguiti in circolazione extracorporea (CEC), comprendono: bypass aortocoronarico (60-65%), interventi sulle valvole (20-25%), cardiopatie congenite (7%), chirurgia dell'aorta toracica (2-3%), altri interventi (1%). Si tratta di interventi chirurgici di alta specialità e come tali molto impegnativi sotto il profilo sia professionale sia economico. Sulla base di dati di casistiche europee e americane è presumibile che anche in Italia, e nel Lazio, la domanda di prestazioni cardiochirurgiche possa aumentare nei prossimi anni. E' opportuno potenziare le attività di valutazione, anche attraverso l'uso dei sistemi informativi sanitari, ed in collaborazione con le Società Scientifiche, della effettiva domanda di assistenza ed offerta dei servizi di tipo cardiochirurgico nel Lazio al fine di pianificare opportuni provvedimenti destinati ad ottimizzare la qualità degli interventi cardiochirurgici in termini di appropriatezza e di esiti clinici.

Obiettivo 3.1

Garantire lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale di programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, sia specialistica sia di base, per il paziente con malattie del sistema circolatorio.

Obiettivo 3.2

Ottimizzare l'organizzazione dei Servizi sanitari in area cardiologia, in particolare nell'area dell'emergenza.

Obiettivo 3.3

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

Obiettivo 3.4

Ridurre le diseguglianze di accesso ed efficacia dei trattamenti tra aree geografiche e tra gruppi sociali.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1, 1.2, 1.3	• Promuovere lo sviluppo di un registro specifico per le patologie del sistema circolatorio; • promuovere lo sviluppo di un registro relativo alle procedure diagnostiche e terapeutiche di alto livello; • promuovere lo sviluppo di un registro dei pazienti con cardiopatie congenite in età adulta; • definire flussi informativi specifici nell'ambito dei SSII correnti a livello sia aziendale sia regionale; • promuovere e realizzare progetti di ricerca finalizzata (epidemiologia clinica).	Regione, ASP, Università, Aziende sanitarie, Società Scientifiche
2.1, 2.2, 2.3, 2.4	• Attuare interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione generale, alla scuola, alle famiglie, agli operatori del mondo economico-produttivo e dell'associazionismo cointeressati per ridurre i comportamenti a rischio (diete aterogene, tabagismo, inattività fisica); • emanare specifiche linee di indirizzo regionale come supporto tecnico, metodologico e organizzativo per le ASL, tenendo conto delle LG elaborate dalle Società Scientifiche in tema di prevenzione delle malattie del sistema circolatorio; • attuare interventi di sensibilizzazione, responsabilizzazione e formazione degli operatori sanitari (in particolare MMG) specifica sulla prevenzione delle malattie del sistema circolatorio; • assicurare la partecipazione degli specialisti competenti in materia a programmi condivisi di prevenzione, concordati con le ASL; • realizzare ambienti ospedalieri senza fumo.	Regione, ASP, Aziende sanitarie

segue

3.1, 3.2, 3.3, 3.4	• Promuovere la diffusione di LG prodotte dalle Società Scientifiche, e PDT e riabilitativi per pazienti con malattie del sistema circolatorio; • promuovere e realizzare programmi di ricerca finalizzata alla valutazione epidemiologica di appropriatezza ed efficacia dell'assistenza sanitaria anche utilizzando i dati dei SSII correnti; • realizzare indagini di farmacoeconomia e farmacoepidemiologia per verificare l'appropriatezza dei ricorso ai farmaci; • definire modalità operative di collaborazione tra MMG/medici specialisti; • promuovere la integrazione tra assistenza specialistica ed assistenza territoriale ambulatoriale/ unità cardiologiche ospedaliere rivolte a garantire una adeguata continuità assistenziale e gestione multidisciplinare del paziente; • elaborare programmi di educazione del paziente e/o dei familiari (vedi ruolo MMG e loro preparazione) mirati a riconoscere i sintomi più comuni e ad intraprendere le azioni più adeguate al momento della loro comparsa (assumere aspirina e nitroglicerina, accedere al Servizio di emergenza); • promuovere corsi di formazione per personale specializzato nell'area dell'emergenza cardiologia; • elaborare e diffondere presso gli operatori del Servizio di emergenza protocolli specifici di trattamento delle emergenze cardiologiche, secondo le indicazioni delle LG internazionali (es.: uso della terapia trombolitica in fase pre-ospedaliera);	Regione, ASP, Università, Aziende sanitarie, Società Scientifiche
3.1, 3.2, 3.3, 3.4	• Sperimentazione e valutazione di nuovi modelli organizzativi per l'emergenza cardiologica, con definizione di centri di riferimento, anche in rapporto al volume di attività, per l'esecuzione di procedure interventistiche di alta specialità; • potenziare le attuali Unità di Emodinamica e valutare l'opportunità di istituire nuove unità in rapporto al fabbisogno stimato della popolazione regionale; • aggiornare il rapporto posti Unità Terapia Intensiva Coronarica – UTIC/casi IMA per anno in funzione di un migliore Servizio di emergenza ed un conseguente aspettato aumento di casi di IMA; • identificare i centri per l'intervento di *by-pass* aortocoronarico d'urgenza in pazienti selezionati; • definire i criteri per l'identificazione e l'accreditamento di strutture idonee all'esecuzione di test invasivi di aritmologia clinica ed impianto di *pacemaker* temporanei e definitivi in presidi della rete dell'emergenza con un Servizio di cardiologia con annessa sala sterile di elettrofisiologia; • definire i criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie di alta specialità, anche in rapporto al volume di attività; • definire i criteri per la riorganizzazione dell'attività specialistica di chirurgia vascolare; • potenziare le strutture di riabilitazione cardiologica e post-intervento di cardiochirurgia; • definire i criteri per l'identificazione e l'accreditamento di strutture altamente specializzate adibite alla diagnosi e cura dei pazienti con cardiopatie congenite in età adulta; • promuovere la vaccinazione antinfluenzale nei pazienti affetti da cardiopatie croniche. • valutare la domanda e l'offerta delle prestazioni di cardiochirurgia, anche attraverso l'uso dei sistemi informativi sanitari; • definire i criteri per la riorganizzazione dell'attività specialistica di cardiochirurgia.	

2.2.1.2 MALATTIE CEREBROVASCOLARI

DEFINIZIONE DEL TEMA

In Italia, come in altri Paesi industrializzati, gli accidenti cerebrovascolari (ACV) sono responsabili del 10-12% di tutti i decessi per anno risultando la terza causa di morte e la principale causa d'invalidità, con un tasso d'invalidità grave del 15% e lieve del 40% ad un anno dal primo evento. In Italia, in particolare, la prevalenza aumenta con il crescere dell'età, colpendo soprattutto le classi di età più avanzata. Nella popolazione anziana è il 6,5%, lievemente superiore nei maschi (7,4%) rispetto alle femmine (5,9%) (studi ILSA). Anche l'incidenza segue lo stesso andamento; risulta, infatti, che il 75% degli ictus colpisce l'età geriatrica dai 65 anni in su (studio SEPIVAC; A Carolei 1997; G D'Alessandro 1992).
Gli ACV sono responsabili del 28% dei decessi registrati in Italia nel 1997. I tassi di mortalità in Italia, riferiti dall'ISTAT per lo stesso anno, sono 8 per 10.000 abitanti e 5 per 10.000 abitanti rispettivamente nei maschi e nelle femmine per la fascia di età compresa tra 45 e 74 anni. Inoltre, la mortalità in fase acuta (intesa come proporzione di casi che sono fatali entro 28 giorni dal suo esordio) è del 30%, con invalidità grave residua nel 35% dei sopravvissuti (studio ILSA).
Dal registro nominativo delle cause di morte della regione Lazio (ReNCaM) i tassi di mortalità riferiti agli anni '95-'96 sono 7,4 per 10.000 abitanti e 6 per 10.000 rispettivamente negli uomini e nelle donne per tutte le età.
Da studi condotti in diversi Paesi, dai più industrializzati ai meno sviluppati, è emerso che non c'è stato un decremento significativo dell'incidenza dell'ictus, mentre una riduzione della mortalità e disabilità si è verificata in seguito al miglior controllo dei fattori di rischio, ad un più precoce e mirato trattamento terapeutico secondario ed alle migliori possibilità diagnostiche.
Questo è spiegato dal fatto che molti dei fattori determinanti il tasso di mortalità sono potenzialmente modificabili (l'abitudine al fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa, il diabete ed alcune cardiopatie come fibrillazione atriale, etc.).
Inoltre, è dimostrato che il ricovero precoce presso unità dedicate (*stroke unit*) determina una riduzione assoluta del rischio morte/dipendenza del 5,6%, cioè ogni 1.000 pazienti ricoverati in tali unità, 56 evitano morte/dipendenza. La numerosità e la gravità degli ictus (ogni anno 110.000 cittadini sono colpiti da ictus e 230.000 sono quelli con esiti di ictus pregressi) rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile.
A tale proposito, la bozza del PSN 2001-2003 prevede misure atte a controllare o modificare tali fattori di rischio. Inoltre, sottolinea l'importanza di considerare l'ictus cerebrale come emergenza medica curabile prevedendone un precoce ricovero, possibilmente in unità specializzate (*stroke unit*), con un tempestivo ricorso a terapie mirate. Altresì stimolando l'inizio di un'adeguata prevenzione secondaria.
Gli ACV sono riconosciuti come una delle problematiche sanitarie più costose sia in termini monetari che in termini di qualità della vita e l'assistenza ospedaliera seguente la fase acuta dell'ictus è spesso ritenuta quale unica componente estremamente costosa. In realtà da molti studi è emerso che rappresenta solo il 20% dei costi totali. I costi indiretti, dovuti a perdita di produttività, sono invece il 43% dei costi totali. Ciò induce a riflettere sull'importanza della buona gestione del paziente nella fase post–acuta (R. Bonita 1992; M. Dunbabin 1992).

Uso dei servizi e tipologie di offerte nel Lazio

I p.l. previsti per il 1999 nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate del Lazio sono 5,04‰ abitanti e 1,40‰ abitanti rispettivamente per acuti e per non acuti. Il rapporto RAD 1999 dell'ASP mostra che il totale dei dimessi per i DRG dal 14 al 17 corrispondente a ACV è 22.951 di cui il 93,1% è per ricovero ordinario e il 4,9% è per ricovero in DH con un minimo di degenza media per i ricoveri ordinari di 8,5 giorni ed un massimo di 12,2 giorni. Il valore teorico di spesa del SSN per i ricoveri ordinari è 67,1 milioni di euro (130 miliardi di lire) e di circa 1 milione di euro (2 miliardi di lire) per i ricoveri in regime di DH.

Per quanto riguarda la fase post-acuzie, secondo dati del Ministero della Sanità, al 1999 i centri di riabilitazione nel Lazio sono così distribuiti: 8 tra Istituti pubblici (450 p.l. in assistenza residenziale; 143 p.l. in assistenza semiresidenziale) e 50 in Istituti privati (1.360 p.l. in assistenza residenziale; 1.713 p.l. in assistenza semiresidenziale). Il numero di utenti che hanno avuto bisogno di assistenza riabilitativa neurologica sono così distribuiti: 872 per assistenza residenziale; 967 per assistenza semiresidenziale; mentre 157.149 sono il numero di accessi per l'assistenza ambulatoriale, corrispondente al 36%, al 33,8% e al 23,8% dell'assistenza totale per riabilitazione rispettivamente per assistenza residenziale, assistenza semiresidenziale ed assistenza ambulatoriale.

Riferimenti normativi
La DGR 8 luglio 1997, n. 4238 sulla Legge 18 luglio 1996, n. 382 sul "Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel trienno 1997-1999", in cui si fa riferimento all'approvazione di un piano riguardante il sistema di emergenza sanitaria con l'individuazione delle sedi di DEA di primo e secondo livello, Pronto soccorso e primo soccorso. Istituzione del 118.
La DGR 16 febbraio 1999, n. 553. "Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere" della regione Lazio. Triennio 1998/2000. Prevede negli ospedali di DEA di I livello un area subintensiva polivalente con Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN) e negli ospedali con DEA di II livello l'UTN anche come reparto autonomo.
La DGR 15 febbraio 2000, n. 398, "Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le ASL", ex art. 26 Legge n. 833/78, in cui vengono descritte le strutture deputate alla riabilitazione intensiva post-acuzie ed estensiva.
La DGR 19 dicembre 2000, n. 2591, "Centri di riabilitazione convenzionati" ai sensi dell'art. 26 Legge n. 833/78. Accreditamento sperimentale.

AREA D'INTERVENTO 1: Promuovere la documentazione epidemiologica, la formazione e la ricerca

Ottenere dati di natura epidemiologica quali, ad esempio, incidenza e prevalenza degli ACV è utile a comprendere l'entità del problema ed a prevederne una gestione ottimale. La formazione del personale operante deve mirare a fornire strumenti utili per poter gestire al meglio la problematica degli ACV e, quindi, deve essere di tipo continuo ed anche riconosciuta. Necessari sono i programmi di formazione sulle terapie farmacologiche o chirurgiche considerando il rapporto rischio-beneficio nel singolo paziente e campagne d'informazione sull'ictus cerebrale acuto per il personale coinvolto nella gestione dell'emergenza e non.
La proposta di progetti da parte di istituzioni quali Università, centri specialistici all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali, che variano dalla prevenzione alla terapia, dall'organizzazione strutturale della fase acuta e riabilitativa all'analisi dei costi e l'istituzione di LG regionali facendo riferimento ad altre di rilievo nazionale (vedi SPREAD) sia alla base della ricerca.
Importante è la collaborazione tra istituzioni esperte quali l'Università, ma anche ASL, ospedali ed ASP per promuovere la formazione e la ricerca, particolarmente per la valutazione della qualità e dell'esito degli interventi; controllo dei fattori di rischio.

Obiettivo 1.1
Potenziare le attività di formazione e ricerca.

AREA D'INTERVENTO* 2: *Promuovere la prevenzione e l'educazione sanitaria

Fondamentali sono gli interventi per la prevenzione fatta attraverso programmi di informazione ed educazione sanitaria sulla riduzione dell'abitudine al fumo di tabacco, su abitudini di sana alimentazione, sulla promozione dell'attività fisica rivolti alla popolazione generale ed a rischio; interventi per il monitoraggio e controllo della pressione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito rivolti agli operatori sanitari.

Obiettivo 2.1
Incentivare programmi di prevenzione ed informazione per la popolazione generale ed a rischio e campagne d'informazione sull'ictus per operatori sanitari coinvolti nella gestione dell'emergenza (118 e MMG).

AREA D'INTERVENTO* 3: *Promuovere l'istituzione, l'organizzazione ed il controllo delle Unità di Trattamento Neurovascolare

Creare tante Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN-*stroke unit*) quante ne richiede il bacino d'utenza, al fine di migliorare l'accessibilità a cure intensive iniziali nel più breve tempo possibile dei pazienti con sospetto ictus onde facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate quali la rivascolarizzazione farmacologica e chirurgica. È essenziale pianificare le risorse a disposizione attraverso l'adeguamento dell'offerta alla domanda. Controllare l'attività della UTN, attraverso l'analisi su dati d'incidenza degli ACV, di costo-efficacia,

di risorse aggiuntive, e la valutazione ed il monitoraggio delle prestazioni fornite. Non meno importante è la pianificazione della dimissione tenendo conto dei familiari e dei pazienti stessi, coinvolgendo tutte le collaborazioni con gli operatori territoriali, per evitare attività non coordinate con notevole dispendio di risorse.

Obiettivo 3.1
Istituzione, organizzazione e controllo delle UTN, attraverso il monitoraggio di alcuni indicatori e la costituzione di una rete tra le varie unità.

AREA D'INTERVENTO* 4: *Promuovere la continuità dell'assistenza, la riabilitazione e la prevenzione delle complicanze

Gli obiettivi a lungo termine dell'assistenza sanitaria rivolta ad un paziente che ha subito un ictus comprendono: la limitazione delle patologie concomitanti; la prevenzione delle recidive di danno vascolare all'encefalo; il potenziamento del recupero dell'autonomia; il mantenimento a lungo termine delle prestazioni acquisite con l'intervento riabilitativo. Da un punto di vista economico, inoltre, il potenziamento dell'aspetto riabilitativo porterà a lungo termine, soprattutto nelle fasce d'età a rischio (anziani), ad una riduzione dei costi assistenziali.

Obiettivo 4.1
Garantire la continuità dell'assistenza al malato acuto, della riabilitazione e della prevenzione delle complicanze. Incentivare le attività di diagnostica strumentale e prevenzione in regimi alternativi al ricovero ordinario per acuti (ambulatori, DH etc.), in modo da ridurre i costi e la durata delle degenze ospedaliere nonchè i ricoveri impropri (malati non acuti o, comunque, non a rischio immediato).

Obiettivo	**Azione**	**Attore**
1.1, 2.1	Educazione sanitaria ed alimentare *(prevenzione-informazione-formazione).*	Regione: promozione delle iniziative; ASL, Università: organizzazione degli interventi.
1.1, 2.1	Corsi di formazione per medici specialisti, MMG e medici dei distretti.	Regione: definizione obiettivi di formazione specifici e formazione dei formatori; AO, Az. Territoriali: effettuazione e valutazione dei corsi.
1.1	Promozione e attuazione LG regionali.	Regione: promozione LG; ASL, territorio, Università: formulazione LG e organizzazione degli interventi.
1.1	Finanziare progetti di ricerca finalizzata.	Regione: finanziamento; ASL, territorio, Università: promuovere i progetti.
1.1, 3.1	Sorveglianza epidemiologica degli ACV.	Regione: creazione e gestione di un registro per ACV; AO, Dipartimenti: forniscono i dati e partecipano all'elaborazione.
3.1	Attivazione o potenziamento di UTN in strutture ospedaliere con DEA I e II livello.	Regione: programmazione e definizione di criteri per finanziamenti incentivanti a strutture con DEA; Struttura ospedaliera con DEA: attuazione protocolli d'intesa interaziendali.
3.1	Pianificare le risorse delle UTN e le sue attività.	AO ed ASL: istituzione interna di un registro per ACV.
3.1	Verifica di efficacia delle UTN.	AO con UTN.
3.1	Verifica di efficienza delle UTN.	UTN

3.1	Configurazione ed attivazione della rete integrata di servizi interni e con territorio.	Regione: promozione del teleconsulto per l'emergenza su tutto il territorio. AO Dipartimenti con UTN: costituzione di una rete telematica tra le vari unità; attuazione protocolli e piano di dimissione. Servizi territoriali (RSA, centri di riabilitazione, ADI):garantire la continuità assitenziale.
3.1, 4.1	Definizione di profili assistenziali per l'appropriatezza degli interventi nella fase acuta e post-acuzie.	Regione, Università: promozione profili assistenziali. AO, territorio: definizione e adozione dei profili.
4.1	Promozione dell'integrazione socio-sanitaria tra sistema sanitario e l'assistenza sociale.	ASL per formulazione e adozione di protocolli operativi.
3.1, 4.1	Flussi informativi specifici per monitoraggio e valutazione dell'assistenza ai pazienti con ACV.	Regione: predisposizione SI; ASL, AO: rilevazione dati.
4.1	Attivazione di strutture residenziali polifunzionali aperte al territorio.	Regione: indirizzi programmatori.
4.1	Promozione dell'assistenza in regime residenziale all'interno delle procedure per l'accreditamento.	Regione: definizione requisiti.
3.1, 4.1	Promozione del ruolo del MMG nell'individuazione precoce del paziente con ictus e gestione del paziente post-acuzie.	Regione: predisposizione degli interventi.
		ASL, territorio con MMG: attuazione degli interventi.
3.1, 4.1	Promozione del volontariato per pazienti non autosufficienti.	Regione ed associazioni qualificate di volontariato: predisposizione interventi.
		ASL ed Enti Locali: attuazione degli interventi.

2.2.2 TUMORI

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il cancro è una delle patologie più complesse e diffuse nella popolazione. La complessità della patologia oncologica dipende da alcune caratteristiche biologiche e cliniche peculiari dei tumori maligni, quali l'eziologia multifattoriale, l'eterogeneità biologica, la variabilità delle manifestazioni cliniche e della storia naturale della malattia, l'estrema diversificazione della risposta terapeutica ai diversi trattamenti, in particolare alla terapia medica, in funzione del tipo istologico e delle proprietà bio-molecolari, della sede d'insorgenza della neoplasia ed, infine, la gravità delle problematiche assistenziali, psicologiche e sociali sollevate dal riconoscimento della malattia e dall'evoluzione della stessa verso la cronicità o verso la fase terminale.
La diffusione della malattia rappresenta, inoltre, un dato quantitativo che, al pari della complessità biologica e clinica, pone l'esigenza del controllo del cancro fra le priorità in tema di tutela della salute.
Non esistono dati esaustivi per il Lazio che riguardano incidenza, prevalenza e sopravvivenza essenzialmente per la mancanza di un registro Tumori Regionale; di conseguenza mancano dati fondamentali per un'adeguata attività programmatoria regionale.
I dati epidemiologici disponibili di maggior rilievo evidenziano che i tumori costituiscono (v. Tabelle Allegate) la seconda causa di morte nel Lazio (Mortalità Proporzionale maschi 31,8, donne 25,6) con una sopravvivenza proporzionale a 5 anni per tutte le sedi del 48% (maschi 38%, donne 59%). È stimato che nel Lazio siano diagnosticati ogni anno poco meno di 20.000 tumori. Si registrano ogni anno circa 57.000 ricoveri ospedalieri corrispondenti a circa 36.000 soggetti e a 700.000 giornate di degenza.
La condizione perché si realizzi un efficace intervento di controllo del cancro, è che le relative azioni siano coordinate ed integrate nella considerazione che, solo realizzando l'integrazione organizzativa delle risorse dedicate alla prevenzione, alla diagnosi ed alle cure oncologiche, sia prevedibile il miglioramento

dell'efficacia dei Servizi sanitari. In questo senso è necessario procedere ad un coordinamento operativo delle risorse dedicate nel Lazio:

- al trasferimento nella pratica dei risultati delle ricerche ed in particolare alla sperimentazione (studi di *effectiveness*) di interventi terapeutici e/o organizzativi;
- agli interventi preventivi di popolazione (che sono specificati nella "Sfida prioritaria": Prevenzione);
- alla qualità delle cure (vedi anche, per l'aspetto dell'accesso, "Tempi di attesa");
- alla qualità della vita delle persone ammalate (anche attraverso rapporti organici con il volontariato).

Tuttavia, oltre alla necessità di un "governo integrato" è necessario mobilitare le risorse regionali su alcuni obiettivi specifici che appaiono di massimo rilievo nelle aree di intervento di:

- governo del sistema per aumentare la capacità di governo e razionalizzare l'uso delle risorse;
- assistenza per migliorare la qualità delle cure e la qualità della vita del paziente;
- organizzazione di poli oncologici integrati.

AREA DI INTERVENTO 1: Governo del sistema

La capacità di governo del sistema è di particolare rilievo per l'importanza quantitativa delle patologie tumorali, per le ampie implicazioni etiche, per il loro carattere "cronico", per il grande impatto sulla qualità delle vita dei pazienti e delle loro famiglie e sull'assorbimento di risorse, per la stringente necessità di assicurare la più completa integrazione dei servizi disponibili. Sono ostative ad un efficace governo del sistema la mancanza di informazioni adeguate ed il non coordinamento delle risorse impegnate sul campo.

Obiettivo 1.1
Rendere disponibili ed acquisire le informazioni necessarie al governo del sistema.

Obiettivo 1.2
Procedere alla realizzazione di profili assistenziali per il malato oncologico che comprendano l'uso delle risorse ospedaliere e di quelle disponibili sul territorio.

AREA DI INTERVENTO 2: Assistenza

Oltre agli interventi di prevenzione di documentata efficacia, la qualità dell'assistenza è il principale determinate delle modificazioni di mortalità, sopravvivenza e qualità percepita. Presupposto irrinunciabile di una buona assistenza è la definizione di specifici percorsi assistenziali, per:

- garantire la presa in carico del paziente oncologico durante tutte le fasi della malattia;
- realizzare l'integrazione delle terapie chirurgiche, mediche, radioterapiche che è in grado di determinare la guarigione nel 55-60% dei malati di tumore maligno;
- promuovere la corretta applicazione di programmi terapeutici e degli interventi riabilitativi.

Obiettivo 2.1
Assicurare la qualità tecnica ed organizzativa.

Obiettivo 2.2
Assicurare la qualità percepita delle cure e l'umanizzazione dell'assistenza.

Obiettivo 2.3
Favorire l'assistenza e la riabilitazione in regime non di ricovero e domiciliare.

Obiettivo 2.4
Promuovere, sperimentare e valutare iniziative volte al miglioramento dell'accoglienza nelle strutture sanitarie del paziente oncologico, al fine di ridurre l'impatto psicologico derivante dall'ospedalizzazione o dalla esecuzione di trattamenti antineoplastici.

Obiettivo 2.5
Promuovere, in accordo con le linee e gli orientamenti nazionali, progetti mirati alla realizzazione dell'ospedale "senza dolore" per il trattamento del dolore acuto e cronico, oncologico e non.

AREA DI INTERVENTO 3: Poli Oncologici Integrati

In accordo col Piano Oncologico regionale e con la proposta della Commissione Oncologica (CO) regionale, deve essere perseguito l'obiettivo di realizzare una rete di Poli Oncologici (PO). I PO sono da intendersi come strutture complesse del SSR cui è delegata la funzione di assistenza oncologica integrata di competenza degli ospedali per acuti: integrazione strutturale e/o funzionale delle risorse.
L'individuazione dei PO si basa sull'analisi della distribuzione geografica del rapporto domanda-offerta di prestazioni specializzate.

Obiettivo 3.1
Garantire, nella realizzazione di tale rete, la qualità organizzativa, tecnica e percepita.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Definire un progetto di Registro Tumori della regione Lazio come strumento di analisi epidemiologica e come supporto alle funzioni di governo e valutazione del SSR.	ASP
1.1	Realizzare il Registro Tumori della regione Lazio.	ASP
1.1	Predisporre studi di valutazione costo efficacia degli interventi in campo oncologico.	ASP
1.2	Costituire un gruppo operativo interdisciplinare presso l'ASP con compiti di: analisi epidemiologica e costo-efficacia degli interventi in atto; promozione e valutazione di impatto di percorsi assistenziali presso le ASL; istruzione tecnica degli orientamenti della CO regionale.	ASP, CO regionale
2.1	Predisposizione di una rete di presidi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, adeguati ai bacini di utenza ed identificati a livello regionale, con l'individuazione di poli oncologici.	Regione, ASL
2.1	Definire e attuare un piano organico di adeguamento dei presidi che erogano radioterapie, secondo criteri programmatori definiti dopo specifiche analisi dei bisogni e di costo-efficacia.	Regione, ASP, ASL
2.1	Valutare il fabbisogno di Unità Operative di Fisica Sanitaria ed individuare i relativi standard. Predisporre un apposito provvedimento regionale	Regione, ASP
2.1	La promozione e la diffusione di protocolli validati, in base alle evidenze scientifiche per migliorare la tempestività diagnostica per le principali patologie e l'appropriatezza degli interventi.	ASP, ASL
2.1	Attuazione di percorsi assistenziali.	ASL
2.1, 2.2	Attivazione di strutture ospedaliere e territoriali dedicate alle cure palliative.	ASL
2.1, 2.2	Attuazione di progetti di miglioramento dell'integrazione per soggetti che prestano assistenza ai pazienti oncologici	Aziende sanitarie, Associazioni di Volontariato
2.5	Istituzione di Unità Operative interdipartimentali di Terapia del Dolore Promuovere iniziative di formazione continua del personale sanitario sull'applicazione delle Linee Guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore (G.U. 149 del29.6.01)	ASL, AO

2.1, 2.2	Attivazione di programmi di controllo di qualità delle attività diagnostiche e terapeutiche.	ASP, ASL
2.1, 2.2	Realizzazione dell'ADI e dell'ospedalizzazione domiciliare.	ASL
3.1	Definizione dei bacini d'utenza dei PO e dei rispettivi rapporti domanda/offerta.	Regione, ASP, CO regionale
3.1	Definizione delle complessive risorse necessarie e loro distribuzione tra i presidi facenti parte del PO.	Regione, ASP, Università, Aziende sanitarie, IRCCS
3.1	Destinazione di risorse idonee alle cure palliative e antalgiche.	ASL
3.1	Sperimentazione di gestione di reparti di degenza da parte del *case-manager*.	ASL
3.1	Definizione di percorsi assistenziali all'interno dei PO, definiti in base ai bisogni degli utenti.	Università, Aziende sanitarie, IRCCS
3.1	Potenziamento delle strutture dedicate alle prestazioni ambulatoriali, di DH e *day-surgery*, per garantire adeguate risposte ai programmi di diagnosi precoce di lesioni iniziali.	ASL

2.2.3 MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

Le malattie respiratorie croniche sono condizioni ad alto impatto socio-economico sia per l'elevata diffusione, sia per le importanti conseguenze economiche sull'individuo (invalidità, perdita di produttività, peggiore qualità della vita) e sulla società (ricoveri ospedalieri, terapie complesse e costose, compresa l'ossigeno terapia domiciliare e la ventilazione meccanica domiciliare). Verranno prese in considerazione la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e l'Asma Bronchiale.

2.2.3.1 - BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

DEFINIZIONE DEL TEMA

La BPCO è una sindrome ad andamento cronico caratterizzata da un lento e progressivo decadimento della funzione respiratoria ed incremento della pressione arteriosa polmonare, con progressiva perdita di efficienza della pompa ventilatoria e con lento aggravamento della sintomatologia clinica (dispnea) fino allo sviluppo di insufficienza respiratoria e scompenso cardiorespiratorio. I pazienti affetti da BPCO affrontano ricorrenti episodi di riacutizzazione (da uno a quattro episodi per anno con punte fino a sei episodi annui) che si manifestano primariamente con un peggioramento di vario grado dei sintomi e che riconoscono nelle infezioni dell'apparato respiratorio (virali o batteriche) la loro causa più frequente.

Dati epidemiologici – Offerta dei servizi nel Lazio

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in Italia dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori. Il numero assoluto di morti per Bronchite, Enfisema ed Asma nel 1997 (dati ISTAT) è di 18.074 di cui 12.186 maschi e 5.888 femmine. Nel Lazio i tassi di mortalità per le malattie dell'apparato respiratorio, standardizzati per età (tutte le età), relativi al 1997-1998 (dati ReNCaM), sono pari a 45,5 per 100.000 uomini con un numero totale di casi pari a 2.799 e di 21,8 per 100.000 donne con un numero totale di casi pari a 2.167.

Nella graduatoria totale delle malattie croniche più frequenti (Indagine Multiscopo ISTAT 1999), l'insieme dato da Bronchite, Enfisema e Insufficienza Respiratoria è al quarto posto con una percentuale del 4,6% (maschi 5,7% e femmine 3,7%), mentre si colloca al terzo posto (totale 16,2%, maschi 23%, femmine 11,4%) quando si considera la sola fascia degli ultrasessantacinquenni.

I dati desunti dal Rapporto sull'attività di Assistenza Ospedaliera nel Lazio pubblicato nel 1999 evidenziano come il numero di dimissioni per il DRG 88 (Malattia polmonare cronica-ostruttiva) è stato pari a 12.887 (11.558 per i ricoveri ordinari e 1.198 per quelli in DH) per una spesa complessiva pari a circa 34 milioni di euro (66 miliardi di lire). Dall'indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 (dati preliminari sui primi due trimestri) emerge che le persone che dichiarano di soffrire di Bronchite Cronica ed Enfisema nel Lazio sono il 4,4% della popolazione con una stima estesa alla popolazione che va da un minimo di 196.000 ad un massimo di 263.000 persone.

AREA DI INTERVENTO 1: Documentazione epidemiologica

Il monitoraggio epidemiologico della malattia è utile per comprendere l'entità del problema e per programmare una gestione ottimale del paziente con BPCO. In tutta Europa non esistono statistiche di morbidità attendibili per la BPCO. Tuttavia, ci sono evidenze di una sottostima diagnostica nella popolazione generale, con solo il 25% dei casi di malattia diagnosticati. Anche in alcuni studi italiani condotti nell'area del Delta del Po è stata documentata la sottostima da parte dei MMG rispetto a quella posta con questionari standardizzati usando la definizione riportata nelle LG dell'European Thoracic Society (1995). Esistono inoltre evidenze che solo nel 10% dei casi i MMG sono al corrente circa gli indici di ostruzione dei propri pazienti trattati e definiti come affetti da BPCO. Considerata tale carenza di dati diventa auspicabile che oltre ai sistemi correnti di rilevazione di dati epidemiologici quali il SIO ed il ReNCaM, vengano organizzate delle reti informative di MMG "sentinella" per la realizzazione di sistemi di sorveglianza e di documentazione, al fine di ottenere informazioni analitiche sulla popolazione affetta da BPCO (diagnosticata secondo criteri standardizzati) e da insufficienza respiratoria. Inoltre, l'istituzione di un Registro Regionale dei pazienti in Ossigenoterapia e/o Ventilazione Meccanica Domiciliare viene indicato come strumento fondamentale per la programmazione sanitaria in relazione alle malattie respiratorie croniche e all'insufficienza respiratoria.

Obiettivo 1.1
Ottenere indicatori epidemiologici per la misura della rilevanza del problema. Sopperire alla carenza di dati epidemiologici riguardanti l'ossigenoterapia e la ventiloterapia domiciliare.

AREA DI INTERVENTO 2: Prevenzione – Educazione Sanitaria – Formazione

Molti fattori di rischio, ambientali e costituzionali, sono alla base dello sviluppo della BPCO. Tra tutti il fumo di sigaretta è senza dubbio il più importante seguito dall'inquinamento atmosferico e dalle infezioni. In realtà, per quel che riguarda queste ultime, pur essendo ormai accertato il loro ruolo importante nell'aggravamento della BPCO, non è ancora completamente chiarita la loro importanza relativa nella genesi delle stesse. Prevenire le BPCO significa, quindi, attuare campagne rivolte alla riduzione del fumo di sigaretta, alla rimozione di potenziali situazioni a rischio negli ambienti di lavoro (polveri inorganiche, come silice e cadmio; polveri organiche e sostanze chimiche) e di vita (ossidi di azoto, anidride solforosa, ozono, particolati inalabili, sostanze bilogiche, tra cui le muffe). Di notevole importanza è anche la formazione di medici ed operatori sanitari per attività di *counseling* ai pazienti ed alle famiglie al fine di promuovere, tra l'altro, stili di vita ed alimentari adeguati.

Obiettivo 2.1
Prevenzione primaria mediante riduzione del fumo di sigaretta e rimozione di potenziali situazioni a rischio nell'ambiente di lavoro e domestico.

Obiettivo 2.2
Potenziare attività di formazione e ricerca.

AREA DI INTERVENTO 3: Diffusione ed implementazione Linee Guida esistenti

L'applicazione delle LG attualmente disponibili (GOLD 2001, ATS 95 e ERS 95) per la prevenzione, diagnosi e trattamento delle BPCO, rappresenta il primo passo indispensabile per garantire uniformità, appropriatezza ed efficacia dell'assistenza su tutto il territorio regionale. Tenendo conto delle direttive internazionali le ASL, mediante MMG e Specialisti pneumologi, dovrebbero realizzare una diagnosi precoce

(secondo criteri clinici e strumentali standardizzati) ed un'educazione diretta alla sospensione del fumo di sigaretta, ad una corretta alimentazione, all'uso della terapia farmacologica e all'uso di ossigenoterapia e ventiloterapia domiciliare. Allo scopo di controllare e ridurre i sintomi, di prevenire l'aggravamento delle riacutizzazioni, la comparsa di complicanze ed il ricovero ospedaliero, i pazienti affetti da BPCO andrebbero sottoposti a sorveglianza clinica e strumentale periodica (con rilievi spirometrici, monitoraggio giornaliero del picco di flusso espiratorio e misura del peso corporeo) nonché a sorveglianza sulla qualità di vita e sulla terapia di mantenimento. Le riacutizzazioni più gravi andrebbero trattate in ambiente ospedaliero con eventuale trattamento in terapia intensiva respiratoria con lo scopo di ridurre la mortalità ed i ricoveri ospedalieri per BPCO. A tal proposito sarebbe utile promuovere la definizione di criteri per l'accreditamento delle strutture, tra quelle dotate di DEA di I e II livello, abilitate a trattare pazienti con BPCO-Insufficienza Respiratoria.

Obiettivo 3.1
Garantire l'uniformità del livello assistenziale su tutto il territorio regionale fornendo prestazioni che rispondono al principio di efficacia ed appropriatezza.

Obiettivo 3.2
Prevenzione delle cronicità evitabili: rallentare l'evoluzione e l'aggravamento della sintomatologia.

Obiettivo 3.3
Trattare in ospedale le forme più gravi di riacutizzazione bronchitica, con eventuale ricovero in terapia intensiva per ridurre la mortalità ed i ricoveri ospedalieri per BPCO. Promuovere il trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria in unità di trattamento intensivo dedicato (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria, U.T.I. R.), che si è dimostrato garantire migliori risultati sia in termini di esiti clinici sia in termini economici.

Obiettivo 3.4
Istituzione, ad opera delle ASL, di servizi territoriali necessari a garantire una completa assistenza domiciliare pneumologica, con lo scopo di riservare il ricovero solo per la grave patologia acuta.

AREA DI INTERVENTO 4: Continuità Assistenziale - Ossigenoterapia Domiciliare

Al fine poi di garantire la continuità assistenziale dei pazienti con insufficienza respiratoria è necessario promuovere l'assistenza sanitaria territoriale mediante potenziamento dei CAD, che dovrebbero avvalersi delle figure professionali necessarie ad affrontare il settore specifico di intervento (medico pneumologo, fisioterapista respiratorio, nuove figure come il tecnico della riabilitazione respiratoria). L'assistenza domiciliare sembra essere, infatti, la soluzione ottimale per i pazienti con insufficienza respiratoria cronica in fase avanzata le cui condizioni fisiche richiedono l'utilizzazione di supporti tecnologici complessi (ossigeno liquido, concentratori, ventilatori meccanici polmonari, etc.), il ricorso ad una terapia impegnativa (somministrazione di ossigeno per molte ore al giorno) e la necessità di controlli clinici ed esami funzionali ripetuti. L'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine è stata dimostrata efficace nel ridurre i giorni di degenza ospedaliera e nel migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti con insufficienza respiratoria. Tenuto conto della rilevanza socio-sanitaria dell'ossigenoterapia, un ulteriore obiettivo del PSR dovrebbe essere quello di riesaminare le modalità di fornitura dell'ossigenoterapia a domicilio, introducendo parametri di economicità, qualità, semplificazione del Servizio e miglior gradimento da parte dell'utenza. Particolare attenzione deve essere rivolta a sviluppare adeguatamente, attraverso una regolare collaborazione con i servizi consultoriali, la componenente psicosociale del Servizio di assistenza domiciliare, al fine di realizzare misure assistenziali continuative nei confronti delle famiglie dei pazienti affetti da BPCO o dei pazienti stessi che spesso per motivi culturali, psicologici o socio-economici non si rendono conto della loro situazione sanitaria e non accettano prolungati trattamenti di cura o di riabilitazione. Mediante tale supporto psicologico e sociale è possibile trasformare il paziente ed i suoi familiari in "datori di cura" realizzando così l'obiettivo dell'economicità e dell'efficacia dell'assistenza.

Obiettivo 4.1
Riesaminare le modalità di fornitura dell'ossigenoterapia a domicilio, introducendo parametri di economicità, qualità, semplificazione del Servizio e miglior gradimento da parte dell'utenza. Al fine di razionalizzare ed omogeneizzare i criteri di prescrivibilità, vengono identificati gli specialisti pneumologi quali referenti per l'ossigeno terapia a lungo termine e la ventilazione meccanica domiciliare.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Organizzare una rete informativa di MMG "sentinella" per la realizzazione di sistemi di sorveglianza e documentazione. Istituire il Registro Regionale dei pazienti in ossigenoterapia e/o ventiloterapia domiciliare.	Regione, ASL (MMG)
2.1, 2.2	Realizzare programmi di formazione dei MMG che dovranno essere anche attori centrali dei programmi di educazione sanitaria (fumo, alimentazione, inquinamento indoor, etc.). Individuare di misure di controllo per limitare l'esposizione a polveri e sostanze dannose negli ambienti di lavoro e nell'ambiente esterno.	Regione, ASL (MMG e Medici Specialisti Pneumologi)
	Istituire di ambulatori specialistici per la sospensione del fumo di sigaretta.	ASL (Medici Specialisti Pneumologi), AO (Medici Specialisti Pneumologi)
3.1	Diffondere delle LG esistenti al fine di ottenere: diagnosi precoce, supporto psicologico, educazione diretta alla sospensione del fumo, ad una corretta alimentazione, all'uso della terapia farmacologia, all'uso di ossigenoterapia e ventiloterapia domiciliare.	Regione, ASL (MMG e Medici Specialisti Pneumologi)
	Promuovere forme di remunerazione incentivante per le attività specialistiche conformi ai protocolli di cura.	Regione
3.2	Promuovere la sorveglianza clinica e strumentale periodica, il monitoraggio della qualità della vita e la terapia farmacologica di mantenimento secondo LG.	ASL (MMG e Specialisti pneumologi) AO (Specialisti pneumologi)
3.3	Promuovere la definizione di criteri per l'accreditamento delle strutture, tra quelle dotate di DEA di I e II livello, abilitate a trattare pazienti con BPCO-Insufficienza Respiratoria, criteri che tengano conto anche del volume della casistica trattata. Il fine è quello di utilizzare tali strutture per ricoverare pazienti BPCO con gravi riacutizzazioni. Promuovere la definizione di criteri per l'accreditamento delle strutture adibite alla terapia intensiva respiratoria (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria)	Regione, AO

segue

3.4	Fornire l'assistenza specialistica a domicilio. Fornire interventi di fisiochinesiterapia motoria e respiratoria domiciliare. Fornire il supporto di uno psicologo e di un assistente sociale al fine di sviluppare un programma di analisi e di intervento su tutti bisogni del nucleo familiare del paziente. Impostare e verificare l'educazione sanitaria permanente dei pazienti e dei familiari che li assistono. Collaborare e sostenere l'azione dell'MMG nelle situazioni di riacutizzazione (evitando quando possibile, l'ospedalizzazione) ed in caso di dimissione protetta. Valutare e segnalare situazioni critiche temporanee o permanenti di pazienti che richiedono l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare.	ASL mediante i CAD, MMG
4.1	Introdurre parametri di economicità, qualità, semplificazione del Servizio di fornitura dell'ossigeno	Regione, ASL AO (Specialisti pneumologi)

2.2.3.2 ASMA BRONCHIALE

DEFINIZIONE DEL TEMA

L'asma bronchiale è una patologia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da ricorrenti episodi di respiro sibilante, mancanza di respiro, senso di costrizione toracica e tosse. Questi episodi sono generalmente reversibili spontaneamente o con terapia. L'asma può evolvere verso un'ostruzione bronchiale irreversibile con conseguente invalidità cronica, influendo pesantemente sulla qualità della vita dei soggetti che ne sono affetti. Si verifica una limitazione delle attività del vivere quotidiano, una riduzione del numero di giorni in cui è possibile svolgere qualsiasi attività lavorativa, una inidoneità nei confronti di alcune specifiche attività lavorative, un ricorso talvolta frequente a prestazioni di PS o periodi di ricovero in ospedale. In occasione di una riacutizzazione, un attacco d'asma può essere mortale.
L'asma è una patologia multifattoriale riconducibile a condizioni predisponenti (atopia, sesso), fattori causali che inducono l'asma ex novo (allergeni, farmaci), fattori contribuenti (infezioni respiratorie, fumo attivo e passivo etc.) e a fattori scatenanti le riacutizzazioni (allergeni, infezioni, attività fisica, variazioni climatiche, inquinanti atmosferici [SO_2], fattori emozionali, alimenti, additivi e farmaci). La condizione predisponente più accreditata è l'atopia. Per tale motivo, sia le manifestazioni cliniche, sia i più rilevanti aspetti epidemiologici dell'asma bronchiale, sono strettamente associati con quelli di altre malattie su base atopica, come la rinite e la dermatite atopica.

Dati epidemiologici – Offerta dei servizi nel Lazio

L'asma per cause ancora sconosciute, presenta una prevalenza progressivamente crescente nei Paesi sviluppati e rappresenta così un problema di sanità pubblica rilevante con elevati costi sanitari e sociali. Si stima che almeno il 25% dell'intera popolazione soffra di patologie da allergia e che un bambino su 10 sia affetto da asma. L'indagine Multiscopo ISTAT 1999-2000 riferisce che circa 1,7 milioni di italiani dichiara di soffrire di asma. I dati ISTAT del 1994 rilevano che nel Lazio 4,5 su 100 maschi e 4,2 su 100 femmine soffrono di asma. Inoltre, dagli stessi dati emerge che in Italia, le morti totali per asma (ICD-9-CM 493), sono state pari a 1.425 pazienti (per tutte le età) di cui 749 maschi e 676 femmine. I dati desunti dal rapporto sull'attività ospedaliera nel Lazio pubblicati nel 1999 evidenziano come il numero di dimissioni per i DRG 96-97-98: rispettivamente "Bronchite e Asma con età >17 anni con e senza complicanze" e "Bronchite e Asma età <18 anni" sono state in totale 11.801 per una spesa complessiva pari a circa 15,5 milioni di euro (30 miliardi di lire).

AREA DI INTERVENTO 1: Documentazione epidemiologica – Formazione – Ricerca

Ottenere dati di natura epidemiologica è utile a comprendere l'entità del problema e a prevedere una gestione ottimale del paziente con asma. Utile a tal fine sarebbe attivare una rete di MMG "sentinella" capaci di sorvegliare la popolazione e fornire dati aggiornati sull'epidemiologia dell'asma. Di notevole importanza è, inoltre, la collaborazione tra istituzioni esperte quali l'Università, ma anche ASL, ospedali e ASP per promuovere la formazione e la ricerca al fine di comprendere meglio i meccanismi eziopatogenetici dell'asma (compresa la relazione tra genetica e ambiente) e valutare la qualità e l'esito dei trattamenti.

Obiettivo 1.1
Ottenere dati aggiornati sull'epidemiologia dell'asma e dei fattori di rischio.

Obiettivo 1.2
Promuovere le attività di ricerca sull'argomento.

AREA DI INTERVENTO 2: Prevenzione – Educazione sanitaria – Controllo ambientale

Per un efficace controllo a lungo termine dell'asma è essenziale identificare e ridurre le esposizioni ad allergeni e irritanti e controllare gli altri fattori notoriamente capaci di peggiorare i sintomi e/o di indurre riacutizzazioni asmatiche. In particolare, l'attenzione va rivolta a quattro categorie di fattori di rischio: aeroallergeni; esposizioni occupazionali; irritanti ambientali e altre condizioni che possono influenzare la gravità dell'asma (rinite, sinusite, reflusso gastroesofageo, sensibilità all'aspirina, ad altri farmaci antinfiammatori non steroidei ed ai solfiti, uso di beta-bloccanti, infezioni virali delle vie respiratorie). Esiste, inoltre, la necessità di formare gli operatori sanitari e sviluppare percorsi clinico-assistenziali per un'adeguata gestione del paziente e per eseguire un'attività di *counseling* ai pazienti ed alle famiglie.

Obiettivo 2.1
Identificare e ridurre le esposizioni ad allergeni ed irritanti e controllare gli altri fattori capaci di peggiorare i sintomi e/o di indurre riacutizzazioni asmatiche.

Obiettivo 2.2
Promuovere lo svolgimento di un'attività educativa, rivolta ai pazienti ed alle loro famiglie al fine di ottenere la massima cooperazione con il medico, finalizzata alla cura della malattia.

AREA DI INTERVENTO 3: Diffusione ed implementazione Linee Guida esistenti

L'aumento allarmante della prevalenza e della morbosità dell'asma bronchiale, che pur rappresenta una malattia facilmente diagnosticabile e curabile, indica un approccio inadeguato al problema in termini di strategia globale. Per tale ragione alcune prestigiose istituzioni quali il National Institute of Health degli USA e il WHO si sono fatte promotrici, nel corso dell'ultimo decennio, della formulazione di LG per la "Diagnosi e la Terapia dell'Asma". Purtroppo, alcune evidenze disponibili in letteratura ed alcuni dati correnti, quali la scarsa quantità di farmaci antinfiammatori specifici venduti per la terapia dell'asma o il rilevante numero di ricoveri ospedalieri summenzionato, suggeriscono che l'applicazione degli indirizzi contenuti nelle LG non ha trovato finora una soddisfacente diffusione. Il ruolo del SSR potrebbe sinteticamente essere riassunto nella promozione della applicazione delle LG per la "Diagnosi e la Terapia dell'Asma" prodotte in ambito internazionale. Queste ultime andrebbero distribuite a tutti i MMG che rappresentano gli attori fondamentali dell'intervento sanitario nell'asma bronchiale, garantendo in tal modo, l'adeguata assistenza dei pazienti. Un ulteriore incentivo all'applicazione delle LG potrebbe essere quello di introdurre forme di remunerazione aggiuntive per le attività specialistiche e dei MMG conformi ai protocolli di cura.

Obiettivo 3.1
Promuovere la diffusione di LG per garantire l'applicazione di una terapia medica integrata secondo le indicazioni dei comitati scientifici, che serva a prevenire l'evoluzione del processo patologico infiammatorio tipico dell'asma ed a curare le eventuali riacutizzazioni.

Obiettivo 3.2
Promuovere la diffusione di LG per favorire l'uso di misure oggettive di funzione polmonare per misurare la gravità della malattia e per controllare l'efficacia della terapia.

Obiettivo 3.3
Promuovere la formazione degli operatori sanitari e lo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali per un'adeguata gestione del paziente, riuscendo così a seguire la popolazione dei pazienti affetti da asma secondo protocolli specifici, validati e concordati.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1, 1.2	• Finanziare progetti di ricerca finalizzati allo studio dei meccanismi eziopatogenetici dell'asma e alla valutazione della qualità e degli esiti delle terapie; • creare una rete di MMG sentinella in grado di fornire informazioni analitiche sulla popolazione assistita e fornire dati sui nuovi casi di asma.	Regione, Società scientifiche, Università Regione, ASL (MMG)
2.1	• Individuare metodi per la riduzione/rimozione degli allergeni e degli irritanti nell'ambiente, con particolare riferimento agli ambienti confinati (domestico, scolastico, lavorativo, ricreativo); • educare il paziente affinché eviti l'assunzione di beta-bloccanti, aspirina o altri infiammatori e cibi contenenti solfiti o ai quali il paziente è sensibile; • trattare, qualora presenti, le condizioni di reflusso gastroesofageo, rinite e sinusite; • attivare una campagna di vaccinazione antinfluenzale nei pazienti con asma persistente.	Regione, ASL (MMG e Specialisti pneumologi), AO (Specialisti pneumologi)
2.2	• Promuovere l'educazione sanitaria per sensibilizzare i pazienti e le famiglie alla partecipazione alla cura.	Regione, ASL (MMG, Specialisti pneumologi), AO (Specialisti pneumologi)
3.1, 3.2, 3.3	• Inviare ad ogni MMG di una copia delle LG per la Diagnosi e la Terapia dell'Asma; • organizzare incontri tra MMG e Specialisti pneumologi al fine di chiarire eventuali punti oscuri o controversi scaturiti dalla lettura delle LG; • favorire la definizione e la condivisione delle modalità operative di collaborazione tra centri specialistici e MMG; • individuare dei criteri entro i quali i centri specialistici possano essere considerati centri di riferimento nell'ambito di ciascuna Azienda sanitaria.	Regione, ASL Regione, ASL (MMG e Specialisti pneumologi), AO (Specialisti pneumologi) Regione
3.1, 3.2, 3.3	• Applicare protocolli terapeutici secondo LG; • introdurre modalità di remunerazione incentivanti le attività specialistiche e quelle dei MMG conformi ai protocolli di cura.	ASL (MMG, Specialisti pneumologi), AO (Specialisti pneumologi) Regione
3.1, 3.2, 3.3	• Controllare l'efficacia e l'appropriatezza della terapia sia mediante visite periodiche programmate in strutture qualificate, sia utilizzando i SSII correnti.	• Regione, ASL (Specialisti pneumologi), Aziende sanitarie (Specialisti pneumologi)

2.2.4 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

DEFINIZIONE DEL TEMA

L'Insufficienza Renale Cronica (IRC) rappresenta un insieme eterogeneo di condizioni cliniche che vanno dalla compromissione permanente ma asintomatica della funzione renale ad una fase terminale di dipendenza totale da un trattamento sostitutivo, la dialisi, finalizzato a conseguire una efficace rimozione delle tossine uremiche e garantire un adeguato equilibrio elettrolitico.

Le patologie che sono alla base della nefropatia e l'elevata frequenza di fattori comorbidi, insieme a caratteristiche demografiche peculiari come l'età avanzata, rendono l'IRC una malattia a forte impegno assistenziale non solo per i servizi nefro-dialitici, ma anche per quelli territoriali ed ospedalieri. Inoltre, accanto a bisogni specificatamente sanitari le persone con IRC richiedono da parte del SSR un forte impegno in attività riabilitative ad elevata integrazione socio-sanitaria.

La dimensione del problema, le evidenze epidemiologiche e gli aspetti critici
Mentre numerosi sono i dati relativi ai soggetti immessi in un programma di dialisi cronica, poche sono le evidenze sulla dimensione della IRC nella fase pre-dialitica. Studi condotti negli USA stimano che il rapporto fra IRC terminale e non terminale sia di 1 a 7. Applicando questi dati alla popolazione del Lazio si può valutare in circa 25.000 il numero di persone a rischio di progressione verso una forma terminale ed ha dimensioni numeriche molto più elevate la prevalenza di condizioni di rischio come, ad esempio, il diabete o l'ipertensione.

Molte delle informazioni epidemiologiche sulla malattia nel Lazio provengono dal Registro Dialisi. Al 31 dicembre del 2000 nella Regione erano attivi 79 centri dialisi: 39 pubblici, comprensivi di Centro Assistenza Limitata (CAL) e Unità di Dialisi (UDD), e 40 a gestione privata. La prevalenza delle persone in dialisi risulta in aumento, nel 1994 il tasso per milione di abitanti era di 540 e 692 nel 2000. Parte di questo incremento è sicuramente da attribuire ad una migliore copertura del sistema di notifica, ma non può essere escluso un effetto legato al miglioramento della sopravvivenza. La domanda riferita ai nuovi ingressi in dialisi (incidenti) rimane invece stabile con un tasso di incidenza nell'anno 2000 di 125 per milione. Si assiste ad un rapido cambiamento della struttura per età della popolazione in trattamento dialitico. Dal 1994 al 2000, la quota di persone con età superiore ai 74 anni è passata dal 13% al 25% fra i prevalenti e dal 17% al 27% fra gli incidenti. Questi risultati indicano un sostanziale cambiamento nella tipologia e complessità della domanda assistenziale che deve trovare risposte sempre più orientate ad interventi di tipo riabilitativo. La frequenza di trattamenti peritoneali rimane stabile dal 1994 al 2000, con un valore intorno al 3-4% fra i prevalenti ed al 6% fra gli incidenti. Se si calcola l'offerta di dialisi peritoneale solo fra le persone in trattamento presso centri pubblici, la percentuale sale all'8% fra i prevalenti e al 14-15% fra gli incidenti. Questi valori che rimangono ancora molto distanti dall'obiettivo del 30% di offerta di dialisi peritoneale previsto dal Piano regionale per la dialisi (DRG 619/98), suggeriscono la necessità di migliorare l'accesso alle diverse tecniche dialitiche. Permangono forti limiti nella pratica vaccinale per l'HBV. All'indagine del 31 dicembre 2000 il 19,8% dei soggetti ancora suscettibili all'infezione risultava non vaccinato; la frequenza di non vaccinati tra coloro entrati in dialisi nell'anno 2000 risultava pari al 42% senza mostrare alcun trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti. L'elevata frequenza dei non vaccinati fra gli incidenti indica come ancora sia carente la presa in carico da parte di centri nefrologici nel periodo pre-dialitico. Questo dato è confermato anche dall'elevata frequenza (23%) di pazienti che arrivano al trattamento senza un inquadramento diagnostico.
La sopravvivenza dall'inizio della dialisi era dell' 87,2% ad un anno, 75,7% a due anni, 66,6% a tre anni, 58,1% a quattro anni e 50,7% a cinque anni. Questi risultati risultano in linea con quelli prodotti da altri registri nazionali ed europei.

AREA DI INTERVENTO 1: Promuovere stili di vita favorenti la salute ed una presa in carico precoce delle persone con Insufficienza Renale Cronica

La fase di progressione verso la condizione di IRC rappresenta un periodo critico per il contrasto della progressione della malattia nonché per una adeguata preparazione della persona al trattamento sostitutivo. Interventi educativi, trattamenti terapeutici di provata efficacia ed una adeguata attività di coinvolgimento della persona e della sua famiglia devono realizzarsi attraverso la stretta collaborazione fra area delle cure primarie e secondarie.

Obiettivo 1.1
Identificazione e "presa in carico" precoce delle persone con fattori di rischio di IRC e con IRC, al fine di garantire una maggiore efficacia nel controllo della IRC, ritardare la progressione della malattia, preservare migliori condizioni nutrizionali e cardiovascolari e promuovere il coinvolgimento informato della persona nella gestione della patologia.

AREA DI INTERVENTO 2: Promuovere la qualità dell'assistenza dialitica

Nonostante i considerevoli progressi conseguiti nelle tecniche di dialisi e nella sopravvivenza e qualità della vita delle persone in trattamento dialitico non è stata ancora sviluppata nella nostra Regione una attività sistematica di valutazione della qualità ed efficacia dei trattamenti, soprattutto per la mancanza di sensibili indicatori di esito. Vanno, quindi, promosse, sviluppando ulteriormente i contenuti informati presenti nel Registro Dialisi, attività di revisione dell'assistenza dialitica allo scopo di individuare aree/aspetti critici suscettibili di un ulteriore miglioramento. Va sottolineato che qualsiasi attività valutativa dovrà vedere il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei servizi, degli operatori e degli utenti, utilizzando principalmente un approccio di valutazione fra "pari". Inoltre, la variabilità dei quadri clinici, le loro peculiarità evolutive, e le caratteristiche individuali dei pazienti rendono necessario un approccio personalizzato nella scelta tra le molteplici tecniche e i numerosi materiali disponibili: tale approccio non può, in quest'ambito, che essere prerogativa delle singole unità operative.

Obiettivo 2.1
Definizione di un sistema di indicatori per la valutazione dell'assistenza dialitica.

AREA DI INTERVENTO 3: Contrastare le complicanze e la disabilità associate alla Insufficienza Renale Cronica

L'IRC, specificatamente nella fase terminale, è associata a numerose complicanze legate alla malattia di base o al trattamento dialitico. La presenza di condizioni cliniche complesse e di situazioni caratterizzate da una forte compromissione delle funzioni fisiche e psichiche, determinano bisogni di tipo sanitario e sociale a cui il SSR deve rispondere con interventi orientati da una logica di tipo riabilitativo.

Obiettivo 3.1
Promuovere la qualità dell'assistenza generale ai pazienti con IRC terminale al fine di ridurre morbilità, mortalità, ospedalizzazione e migliorarne la qualità della vita.

AREA DI INTERVENTO 4: Ottimizzare e razionalizzare le risorse disponibili per il trattamento del paziente con malattie del rene e delle vie urinarie.

In molte patologie renali esiste un confine labile tra competenze nefrologiche e di altre discipline. Il mancato coordinamento tra diverse aree contigue determina effetti di frammentazione e moltiplicazione degli interventi a causa del mancato coordinamento funzionale tra gli operatori con conseguente spreco di risorse, aumento dei carichi di lavoro e soprattutto con disagi e rischi per i malati. I dati epidemiologici provenienti dal registro dialisi indicano, riguardo all'offerta di dialisi ambulatoriale, la presenza di alcune aree critiche che necessitano di interventi di programmazione, come ad esempio la scarsa offerta di dialisi peritoneale e la presenza di un eccesivo numero di posti dialisi dedicati a persone HBsAg positive.

Obiettivo 4.1
Identificazione di aree omogenee per il trattamento delle malattie del rene e delle vie urinarie.

Obiettivo 4.2
Valutazione del bisogno di dialisi peritoneale e programmazione dell'offerta.

Obiettivo 4.3
Programmazione dell'offerta di dialisi cronica ai pazienti HBsAg positivi.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Elaborazione e diffusione di LG cliniche ed organizzative rivolte ai MMG, internisti, cardiologi e diabetologi sulla identificazione precoce della IRC e sulle modalità di invio ai servizi nefro-dialitici.	Regione, ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Elaborazione e diffusione di LG cliniche rivolte ai MMG sulle strategie di contrasto della progressione della IRC e di controllo delle complicazioni dell'uremia, con particolare riferimento al trattamento dell'anemia, delle malattie cardiovascolari, delle alterazioni ossee e del controllo dello stato nutrizionale.	Regione, ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Elaborazione e diffusione di un opuscolo sugli stili di vita favorenti la salute rivolto agli assistiti dei MMG con fattori di rischio di IRC.	Regione, ASL, MMG.
1.1	Valutazione da parte del MMG della funzionalità renale di tutti gli assistiti con una familiarità di malattia renale, diabete e ipertensione.	ASL, MMG.
1.1	Corsi di formazione per i MMG con il coinvolgimento dei centri di riferimento di nefrologia e dialisi.	Regione, ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Realizzazione di un coordinamento tra MMG e nefrologo volto a garantire la continuità del programma assistenziale.	ASL, MMG, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Interventi educativi e di sostegno psicologico rivolti alla persona candidata alla dialisi.	
1.1	Organizzare un SI basato su di una rete di MMG per la valutazione della prevalenza e la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche della IRC non terminale.	ASL, MMG.
2.1	Realizzazione a livello di ASL di progetti obiettivo sulla dialisi peritoneale e sulle tecniche alternative emodialitiche	ASL,MMG,U.O.di nefrologia e dialisi.
2.1	Fornitura gratuita dei farmaci e dei prodotti aproteici atti a mantenere la funzionalità renale nei pazienti con I.R.C.	Regione, ASL
2.1	Realizzare un sistema di presa in carico dei casi a più alta complessità assistenziale presso i centri di riferimento.	ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
2.1	Promuovere a livello di ASL campagne vaccinali contro l'HBV per tutti i pazienti suscettibili.	ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
2.1	Realizzare un sistema di valutazione dei centri dialisi basato su indicatori di adeguatezza della dose dialitica e di frequenza di eventi "sfavorevoli" associati alla IRC.	Regione, centro di riferimento di nefrologia e centro di dialisi.
3.1	Realizzazione di una rete regionale di reparti di degenza nefrologica, con annessi posti per trattamento dialitico, dimensionata rispetto ai bisogni assistenziali.	Regione, ASL
3.1	Individuare nelle U.O. di nefrologia e dialisi un medico referente per quanto attiene la problematica degli accessi vascolari.	Regione, ASL e U.O. nefrologia e dialisi
3.1	Promuovere la comunicazione fra centro dialisi e reparto di degenza in caso di ricovero.	Centro dialisi, reparto di degenza.
3.1	Promuovere la comunicazione fra MMG e centro di dialisi nella gestione di patologie associate alla IRC.	Centro dialisi, MMG.

Segue

3.1	Realizzazione di una rete di collegamento fra centro dialisi, MMG, servizi territoriali sanitari e sociali per i pazienti con disabilità fisica e psichica o che vivono in condizioni di particolare svantaggio sociale.	Centro dialisi, Distretto, servizi sociali.
3.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio di eventi avversi.	Regione
4.1	Realizzazione di una rete di ambulatori nefrologici funzionalmente collegati ai reparti di ricovero ospedaliero ed ai centri dialisi accreditati.	ASL, U.O. di Nefrologia e Dialisi
4.2	Estensione ai centri di dialisi accreditati della possibilità di gestire programmi di dialisi peritoneale.	Regione, Aziende sanitarie
4.3	Definizione del numero di posti dialisi dedicati ai pazienti HBsAg positivi	Regione, Aziende sanitarie

2.3 PROBLEMI DI SALUTE SPECIFICI

Sono definiti interventi specifici per problemi di salute di rilevante impatto epidemiologico, sociale, economico e psicologico.

AZIONI

2.3.1 Diabete mellito

2.3.2 Malattie infettive
2.3.2.1 Le persone con malattia da HIV

2.3.3 Malattia di Alzheimer

2.3.4 Dipendenze
2.3.4.1 Tabagismo
2.3.4.2 Tossicodipendenze
2.3.4.3 Alcol dipendenze

2.3.5 Trapianti d'organo

2.3.6 Tutela igienico sanitaria degli alimenti e disturbi dell'alimentazione

2.3.7 Sanità pubblica veterinaria

2.3.1 DIABETE MELLITO

DEFINIZIONE DEL TEMA

Per diabete mellito si intende un gruppo di patologie metaboliche caratterizzate da iperglicemia e dovute ad un difetto della secrezione e/o dell'azione dell'insulina. L'iperglicemia cronica del diabete è associata a danni a lungo termine, a disfunzioni e ad insufficienza di vari organi, specialmente cuore e vasi sanguigni, occhi, nervi e reni.
I vari tipi di diabete differiscono per origine e gravità e coinvolgono fasce di età differenti; la caratteristica comune è di richiedere forme continue di controllo e di trattamento e di esporre i pazienti affetti ad un rischio aumentato di morbosità e mortalità.
Anche ai fini di una adeguata programmazione sanitaria è necessario distinguere le due principali modalità di presentazione della malattia diabetica. Il diabete di tipo I necessita obbligatoriamente della terapia insulinica, è ad insorgenza per lo più giovanile, si presenta con un quadro clinico di complessa gestione per l'elevata probabilità di scompenso dell'equilibrio metabolico il quale può mettere a rischio la vita stessa del paziente. Il diabete di tipo II non necessita obbligatoriamente della terapia insulinica; insorge prevalentemente in età adulta, differenziandosi dal tipo I per caratteristiche cliniche e per una maggiore "compliance" del paziente nei riguardi della terapia.
Il diabete può essere la causa di gravi complicanze quali la cecità, l'IRC, la cardiopatia ischemica e l'ulcera del piede.

Epidemiologia della malattia

L'incidenza del diabete mellito di tipo I nel mondo presenta una notevole variabilità legata a fattori razziali o geografici. Nel Lazio l'incidenza varia da 8 a 10 individui di età inferiore a 15 anni/100.000 per anno; ogni anno nella regione Lazio si riscontrano fra 75 e 85 nuovi casi di diabete in età pediatrica. La prevalenza del diabete di tipo 1 nella popolazione generale è di circa l'1 per 100, pertanto il numero stimato di soggetti con la patologia risulta di poco superiore a 5.000.
Secondo l'indagine Multiscopo ISTAT(1999-2000) nel Lazio la stima delle persone che dichiarano di soffrire di diabete è pari al 3,4%; in termini assoluti il numero di diabetici nella regione risulta compreso tra 146.000 e 207.000 unità.

I diabetici hanno una mortalità 2-3 volte più elevata rispetto ai non diabetici; in termini di riduzione dell'aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale, la stima è di circa 7-10 anni in meno.
Il tasso di mortalità specifica per diabete mellito nel Lazio (Codici ICD-9: 2500-2509) nel periodo 1993-1998 è stato pari a 18/100.000 tra gli uomini e a 16/100.000 tra le donne, rappresentando la sesta causa di morte.
Rispetto alla popolazione generale risulta più elevata di almeno il doppio la morbosità e la mortalità per cardiopatia ischemica, patologie vasculo-cerebrali e patologie degli arti inferiori. Il 50% delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori si verificano nei diabetici, con una frequenza 40 volte più elevata rispetto alla popolazione generale. La nefropatia diabetica costituisce un notevole problema socio-sanitario, per l'elevato costo sociale conseguente alla ridotta capacità lavorativa delle persone affette e per l'elevata morbosità. Il diabete mellito rappresenta una delle cause principali di IRC. Nel Lazio circa il 18% dei nuovi ingressi in dialisi hanno come nefropatia di base il diabete. Studi osservazionali prospettici hanno dimostrato che circa il 20% dei pazienti con una microalbuminuria persistente manifestano entro 9 anni una IRC.
Si stima che il 15% di tutte le cecità è imputabile alla malattia diabetica, rappresentando la più importante causa non traumatica di cecità. Rispetto alla popolazione generale i pazienti diabetici sono affetti da cecità con una frequenza 25 volte più elevata.
Nell'anno 2000 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari con diagnosi principale di diabete è stato pari a 154/100.000; se si fa riferimento alle dimissioni con diagnosi principale o secondaria di diabete il tasso è stato pari a 952/100.000. Il 38,9% delle dimissioni con diagnosi principale di diabete si riferiva a diabete con complicazioni; questa percentuale scende al 21,6% delle dimissioni con diagnosi principale o secondaria di diabete. I ricoveri con diagnosi principale alla dimissione di diabete rappresentano nel Lazio circa l'1% di tutti i ricoveri e quelli con diagnosi principale o secondaria di diabete circa il 6%. Fra tutti i ricoveri ordinari per DRG riferibili a diabete, l'11,6% riguardavano persone con età inferiore ai 35 anni.
Secondo lo studio europeo CODE-2, relativo ai costi del diabete e pubblicato nel 2000, la spesa per ciascun paziente assorbe risorse per 2991,32 euro (5.792.000 di lire) l'anno. Sulla base di questi dati, nel Lazio la spesa sanitaria complessiva per il diabete può essere stimata in circa 516,5 milioni di euro (circa 1.000 miliardi di lire).
Circa il 60% della spesa complessiva è imputabile ai ricoveri ospedalieri, il resto, quasi nella stessa misura, alle terapie farmacologiche ed alle visite ambulatoriali. La metà delle visite specialistiche sono effettuate per il trattamento delle complicanze. Lo studio CODE-2 valuta in 1188,36 euro (2.301.000 lire) la spesa per il paziente diabetico senza complicanze, 3120,95 euro (6.043.000 lire) per il paziente diabetico con complicanze macrovascolari, 4143,53 euro (8.023.000 lire) per chi è affetto da complicanze microvascolari, 5573,60 euro (10.792.000 lire) per chi è affetto da ambedue le complicanze. In particolare, tra le complicanze il piede diabetico, specie nel caso di amputazione, rappresenta una patologia ad elevato consumo di risorse a seguito della prolungata ospedalizzazione, della necessità di interventi riabilitativi e di assistenza domiciliare. Il tasso di ospedalizzazione per DRG riferibili ad amputazioni agli arti nei pazienti diabetici nel 2000 è stato pari a 6/100.000.

AREA DI INTERVENTO 1: Aumentare le conoscenze sulla epidemiologia del diabete di tipo 1 e 2

Obiettivo 1.1
Stimare l'incidenza e la prevalenza del diabete mellito di tipo I e II e le sue complicanze, potenziando la sorveglianza epidemiologica, regionale e locale.

AREA DI INTERVENTO 2: Promuovere la qualità dell'assistenza nell'area delle cure primarie e la continuità assistenziale fra cure primarie e secondarie del diabete di tipo 1 e 2

Obiettivo 2.1
Favorire l'identificazione precoce degli individui a rischio per anamnesi familiare e stile di vita, a livello dell'area delle cure primarie (MMG e PLS).

Obiettivo 2.2
Predisporre interventi educativi diretti alla popolazione per la prevenzione della malattia diabetica e delle sue complicanze.

Obiettivo 2.3
Produrre LG regionali sulla malattia diabetica rivolte agli operatori sanitari.

Obiettivo 2.4
Incentivare i MMG con progetti finalizzati ad una migliore gestione del paziente diabetico.

Obiettivo 2.5
Migliorare la qualità della vita attraverso la riduzione delle complicanze: cecità, insufficienza renale ed ulcere del piede.

Obiettivo 2.6
Promuovere interventi integratii socio-sanitari in persone con grave disabilità ed in situazione di disagio sociale.

Obiettivo 2.7
Garantire controlli di salute appropriati per le donne in gravidanza con diabete mellito o gestazionale.

AREA DI INTERVENTO 3: Diabete giovanile

Obiettivo 3.1
Garantire che la cura dei bambini e adolescenti con diabete sia assicurata dai Servizi di Diabetologia Pediatrica di riferimento in collaborazione con il PLS.

Obiettivo 3.2
Assicurare al bambino e adolescente con diabete ed alla famiglia un adeguato supporto sociale, psicologico, economico ed educativo specifico.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Sperimentazione di un Sistema Informativo (SI) basato su di una rete di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).	ASL
1.1	Produzione di un rapporto regionale annuale che, sulla base di informazioni del ReNCaM, del SIO, del SIAS e del Registro Dialisi descriva l'epidemiologia della malattia diabetica.	ASP
2.1	Promuovere a livello di MMG e PLS l'identificazione precoce dei soggetti con fattori di rischio di diabete o con diabete. Promuovere forme di collegamento fra MMG e PLS e Servizi di Diabetologia di riferimento sia per adulti che pediatrici.	ASL
2.2	Formazione di un medico per Distretto responsabile della campagna educativa. Realizzazione di un opuscolo da destinare agli assistiti dei MMG e PLS ed ai pazienti in trattamento presso i Centri di Diabetologia per adulti e pediatrici.	ASL
2.3	Elaborazione e diffusione di LG sulla prevenzione e trattamento della malattia diabetica realizzate con il coinvolgimento delle società scientifiche, dei MMG, PLS e delle associazioni dei malati.	Regione, ASL
2.4	Attivazione di progetti specifici per incentivare l'adesione alle LG regionali da parte dei MMG, PLS e dei Servizi di Diabetologia Pediatrici e degli adulti. Definizione di protocolli che garantiscano la continuità assistenziale fra cure primarie e Servizi di Diabetologia delle ASL.. Realizzazione di indagini campionarie finalizzate a valutare l'adeguatezza dei profili di trattamento.	Aziende sanitarie

segue

2.5	Definizione di protocolli assistenziali per i casi complessi (pazienti con diabete scompensato e con complicanze). Attivazione di un sistema che promuova la continuità assistenziale fra servizi di diabetologia e servizi specialistici (ad esempio nefro-dialitici). Realizzazione di un SI dei pazienti con complicanze.	ASL
2.6	Garanzia della presenza di una figura di collegamento per la realizzazione di interventi integrati socio-sanitari che prevedano il coinvolgimento dei servizi di diabetologia, dell'area dell'assistenza sociale e del volontariato sociale. Identificazione precoce dei bisogni non sanitari inevasi in gruppi di popolazione vulnerabili.	ASL
2.7	Realizzazione di protocolli di presa in carico precoce da parte di centri ostetrici-neonatologici di III livello per le donne con diabete mellito o gestazionale.	ASL
3.1	Definizione di protocolli per una gestione comune del bambino diabetico da parte dei servizi di diabetologia pediatrica e del PLS. Realizzazione di incontri periodici sui bisogni di salute del bambino con diabete da parte del Servizio di diabetologia pediatrica e dal PLS. Diffusione delle LG di assistenza al bambino e adolescente con Diabete tipo 1 elaborate dai Servizi di diabetologia pediatrica di riferimento nella Regione Lazio e pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio in data 09/02/2002.	Aziende sanitarie
3.2	Garantire il supporto di specifiche competenze professionali (psicologo, dietista, pedagogista, assistente sociale) ai Servizi di Diabetologia Pediatrica di riferimento indispensabili per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.	Regione, ASL
3.3	Predisporre da parte dei Distretti progetti integrati socio-sanitari per la realizzazione di Campi Scuola per bambini e adolescenti con diabete tipo 1. Predisporre da parte dei Distretti progetti integrati socio-sanitari che consentano interventi educativi e di supporto terapeutico nelle scuole frequentate da bambini con diabete.	ASL
3.4	Assumere le opportune iniziative per assicurare l'assistenza ai bambini e adolescenti con diabete e renderla omogenea su tutto il territorio regionale in accordo con l'erogazione ed il mantenimento dei LEA. Elaborare le procedure per il controllo di qualità e appropriatezza dell'azione e per la verifica dei risultati.	Regione, Aziende sanitarie

2.3.2 MALATTIE INFETTIVE

DEFINIZIONE DEL TEMA

Le malattie infettive sono incluse nel PSN tra le principali patologie di rilievo sociale, in base ad una duplice motivazione. Da una parte alcuni fattori sociali sono riconosciuti come determinanti delle malattie infettive; dall'altra, l'obiettivo di contrastare le malattie infettive è perseguibile soltanto mediante interventi di sanità pubblica, mirati alla popolazione e capaci di ridurre l'impatto e la diffusione delle infezioni.
Gli interventi di pertinenza del sistema sanitario consistono in:

- ridurre la quota di suscettibili all'infezione, mediante la vaccinazione, come per il morbillo, la rosolia e la parotite;
- individuare il più rapidamente possibile gli infetti e sottoporli a terapia, in modo da interrompere la trasmissione dell'infezione, come nel caso della tubercolosi polmonare;
- ridurre le occasioni di esposizione al contagio, modificando i comportamenti individuali e adottando idonei protocolli di assistenza, come nel caso dell'AIDS e delle infezioni ospedaliere.

Sono individuate come aree di intervento prioritario dei Servizi sanitari:

1. le patologie prevenibili mediante vaccinazione;
2. la tubercolosi;

3. le meningiti batteriche;
4. le tossinfezioni alimentari;
5. le infezioni ospedaliere;
6. la promozione dell'appropriatezza dell'impiego degli antibiotici e degli antivirali;
7. il potenziamento della sorveglianza delle malattie infettive, tramite la sorveglianza di laboratorio.

I criteri alla base di queste indicazioni sono:

- l'incidenza delle patologie nella nostra Regione;
- la disponibilità di interventi di efficacia documentata a controllare la diffusione delle malattie, quali le vaccinazioni;
- la possibilità di interventi di sorveglianza sanitaria che contribuiscano alla identificazione di rischi emergenti, quali la resistenza agli antibiotici.

AREA DI INTERVENTO 1: Le patologie prevenibili mediante vaccinazione

Le malattie per le quali sono attualmente disponibili vaccini caratterizzati da un alto profilo di efficacia e da un favorevole rapporto tra costi e benefici sono rappresentate da: poliomielite, tetano, difterite ed epatite virale B (per i nuovi nati, gli adolescenti e gruppi di popolazione a rischio), per le quali la pratica vaccinale è, nel nostro Paese, obbligatoria, nonché pertosse, morbillo, parotite, rosolia per le quali la pratica vaccinale è raccomandata per neonati e bambini; inoltre, la prevenzione primaria dell'influenza è, sulla base delle stesse premesse, oggetto di specifiche campagne di vaccinazione rivolte a gruppi a rischio.

Varie sono le ragioni che giustificano vaccinazioni di massa per tali patologie: la constatazione dell'abbattimento dell'incidenza di alcune di esse attraverso la vaccinazione (difterite e tetano), il recente successo dell'eradicazione della poliomielite in 51 Paesi Europei, tra i quali l'Italia, la diffusione e la gravità delle complicanze (epatite virale, morbillo, rosolia, parotite).
Nel Lazio non sono finora stati raggiunti i tassi di coperture vaccinali previsti per nuovi nati e adolescenti e quelli per la epatite virale B sono ancora insoddisfacenti soprattutto per gruppi di popolazione a rischio quali tossicodipendenti e persone in trattamento dialitico.

Obiettivo 1.1
Assicurare una copertura vaccinale del 95% per poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite virale B, morbillo, rosolia, parotite nella popolazione di età inferiore ai 24 mesi.

Obiettivo 1.2
Raggiungere una copertura vaccinale del 95% entro il 12° anno di vita per l'epatite virale B.

Obiettivo 1.3
Raggiungere una copertura vaccinale del 95% per morbillo, rosolia e parotite, entro il 12° anno di vita.

Obiettivo 1.4
Creare un'anagrafe vaccinale dei nuovi nati.

Obiettivo 1.5
Migliorare la copertura vaccinale per epatite virale B, rosolia ed influenza nei gruppi a rischio, utilizzando sistematicamente i contatti con le strutture sanitarie pubbliche e private.

Obiettivo 1.6
Raggiungere la copertura vaccinale del 75% della popolazione di età superiore ai 64 anni per l'influenza.

Obiettivo 1.7
Valutare l'opportunità dell'introduzione della vaccinazione antipneumococcica nell'anziano e nel bambino.

Obiettivo 1.8
Valutare la situazione epidemiologica delle patologie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b e, di conseguenza, l'opportunità di modificare le strategie vaccinali fino a ora adottate.

AREA DI INTERVENTO 2: La tubercolosi

Nel Lazio la tubercolosi polmonare, la cui incidenza era stata caratterizzata da una progressiva diminuzione fino agli anni '80, ha manifestato una stabile tendenza all'incremento dei casi a partire dai primi anni dello scorso decennio, raggiungendo valori superiori a 8 casi per 100.000 abitanti nella seconda metà degli anni '90, con una letalità di circa il 12%.
Nel nostra Regione la proporzione di pazienti che interrompe il trattamento o ha un fallimento della terapia è superiore al 30%
Esistono interventi in grado di ridurre significativamente la circolazione dell'infezione tubercolare nella popolazione, in particolare, assicurando il completamento della terapia nei casi contagiosi e sottoponendo a accertamento diagnostico e a terapia preventiva le persone con infezione tubercolare latente

Obiettivo 2.1
Completare il ciclo terapeutico almeno nell'85% dei casi di tubercolosi diagnosticata e raggiungere la copertura totale del trattamento preventivo per i contatti di tutti i casi di tubercolosi contagiosa diagnosticati.

Obiettivo 2.2
Migliorare la qualità della diagnosi: conferma microbiologica in almeno il 70% dei casi polmonari ed effettuazione del test di sensibilità ai farmaci nel 100% dei casi con isolamento del micobatterio.

Obiettivo 2.3
Migliorare la sorveglianza, inclusa la sorveglianza della farmacoresistenza, e la sorveglianza degli esiti del trattamento.

AREA DI INTERVENTO 3: Le Meningiti batteriche

Le meningiti batteriche rappresentano nel Lazio un importante problema di Sanità pubblica sia per la frequenza (settimo posto tra le malattie trasmissibili notificate, di cui circa il 30% di casi in bambini di età inferiore ai 15 anni), sia per la gravità del quadro clinico, sia per l'elevato tasso di mortalità (dal 6% al 26%, secondo l'agente eziologico). Inoltre, desta preoccupazione la recente segnalazione di un aumento delle forme sostenute da microrganismi antibiotico-resistenti.
La diagnosi microbiologica dell'agente batterico è importante per effettuare la profilassi. Il 34% delle meningiti batteriche sono state notificate senza identificazione dell'agente batterico fino al '96, dal '97 la percentuale si riduce al 21%.
Sono disponibili vaccini per la meningite da *Haemophilus influenzae*, da *Streptococcus pneumoniae*, da *Neisseria meningitidis*. La decisione sul loro utilizzo dipende, per gli ultimi due, dalla identificazione dei sierotipi prevalenti nella popolazione bersaglio. Lo *S.pneumoniae,* che era responsabile del 33% di meningiti batteriche nel '96, ha provocato nel '98 il 40% di queste patologie.

Obiettivo 3.1
Raggiungere la copertura diagnostica totale per quanto riguarda l'agente batterico e la sensibilità agli antibiotici.

Obiettivo 3.2
Raggiungere la copertura totale della profilassi farmacologica dei contatti per i casi di meningite da *N. meningitidis* ed *H.influenzae.*

Obiettivo 3.3
Raggiungere la copertura totale della definizione del sierotipo batterico in tutti i casi di meningite da *N.meningitidis*, *S.pneumoniae* ed *H.influenzae,* in cui sia stato isolato l'agente batterico.

Obiettivo 3.4
Migliorare la sensibilità, specificità e validità del sistema di sorveglianza delle meningiti.

AREA DI INTERVENTO 4: Le tossinfezioni alimentari

Nella regione Lazio le tossinfezioni alimentari notificate come epidemie, negli anni che vanno dal '96 al 2000, sono di 82 all'anno in media. Le salmonellosi, che sono un indicatore indiretto di tossinfezione hanno un tasso di incidenza nella nostra Regione di 19 casi su 100.000 abitanti.
Compiti di pertinenza del SSN al fine di prevenire le tossinfezioni sono la vigilanza sulla salubrità degli alimenti, prima che vengano consumati e la diagnosi delle tossinfezioni. Questa può essere definita come la capacità di misurare la dimensione dell'epidemia, di individuare l'agente responsabile, di natura infettiva o tossica e di individuare l'alimento responsabile per sè o quale via di trasmissione. Nel '96 - 2000 la proporzione di tossinfezioni diagnosticate è stata solo del 17%.
Sono state diffuse nella regione Lazio dal 1997 delle LG per la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari, divenute Delibera di Giunta Regionale nel 1999 (DGR 1944/99), le quali hanno come obiettivo: garantire che venga svolta un'indagine epidemiologica dai Servizi sanitari per ogni evento epidemico fino a definire l'entità numerica dell'evento stesso, l'agente eziologico ed i fattori di rischio; garantire che le diverse ASL adottino un comportamento omogeneo su tutto il territorio regionale e che i diversi servizi coinvolti abbiano un protocollo di comportamento integrato; garantire il coordinamento tra ASL nella conduzione dell'indagine; fornire un quadro epidemiologico regionale delle tossinfezioni, requisito fondamentale per poterne controllare la diffusione.

Obiettivo 4.1
Miglioramento del sistema di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari, potenziando la tempestività degli interventi, migliorando l'accuratezza degli accertamenti diagnostici, utilizzando metodi statistici e microbiologici per la definizione dei casi e delle via di trasmissione.

Obiettivo 4.2
Definizione dei rischi per alimento e fase di lavorazione, utilizzando l'indagine epidemiologica e la HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point).

Obiettivo 4.3
Attivazione di interventi mirati al comparto della ristorazione collettiva (con particolare riguardo alle scuole, comunità residenziali, strutture di assistenza) per ridurre il numero di eventi epidemici.

AREA DI INTERVENTO 5: Le infezioni ospedaliere

Si definiscono infezioni ospedaliere quelle infezioni la cui esposizione all'agente etiologico (virus, schizomiceti, ecc.) si realizza all'interno dell'ospedale, e nello specifico durante il ricovero.
In considerazione della particolare gravità delle patologie che caratterizzano una rilevante aliquota della popolazione di ricoverati, nonché della disponibilità di tecnologie, farmaci e metodologie assistenziali avanzate, che consentono il mantenimento delle principali funzioni vitali per periodi di tempo medio-lunghi, la presenza di infezioni ospedaliere è da considerarsi un evento atteso.
Pertanto quantunque gran parte delle infezioni ospedaliere siano prevedibili, soltanto un'aliquota di queste sono prevenibili. Infatti queste si verificano in pazienti con riduzione delle difese immunitarie anche a causa di trattamenti farmacologici, chirurgici, e assistenziali non altrimenti vicariabili, e comunque salvavita.
In Italia si stima che, mediamente, poco meno del 10% dei cittadini ricoverati contrae un'infezione ospedaliera. L'apparato urinario risulta essere quello più frequentemente interessato in ragione del diffuso, e spesso non evitabile, utilizzo dell'applicazione del catetere vescicale. In termini di frequenza le infezioni urinarie sono seguite dalle infezioni dell'apparato respiratorio e della ferita chirurgica.
Poiché la quasi totalità delle infezioni ospedaliere è sostenuta da microrganismi resistenti ai comuni antibiotici, la prevenzione, finalizzata all'adozione di pratiche assistenziali rapide, corrette e aggiornate, risulta essere lo strumento prioritario.

Obiettivo 5.1
Presenza in tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, di programmi e procedure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere.

Obiettivo 5.2
Diminuzione della frequenza di infezioni ospedaliere riferibili a situazioni di maggior prevalenza e/o di maggior impatto prognostico (cateterismo vescicale/venoso centrale, ventilazione meccanica, interventi chirurgici di tipologia definita) nella misura del 30%.

AREA DI INTERVENTO 6: Promozione dell'appropriatezza dell'impiego di antibiotici ed antivirali

I farmaci antibiotici ed antivirali costituiscono una quota rilevante e crescente della spesa farmaceutica. Il continuo sviluppo della ricerca farmacologica mette a disposizione molecole sempre nuove e di costo elevato.
Gli agenti antinfettivi rappresentano la classe di farmaci più frequentemente prescritta negli ospedali e determinano il 30-45% delle spese del prontuario. Circa il 25-30% dei pazienti ricoverati nell'ospedale riceve antibiotici durante la degenza. Si registra un uso massivo di antibiotici potenti e costosi, senza indicazioni per il loro impiego chiaramente definito.
Numerosi studi hanno dimostrato che l'uso inappropriato degli antibiotici non e' un problema teorico, ma rappresenta un problema reale in ambiente ospedaliero. Uno studio ha dimostrato che nel 62% di 5.000 cartelle cliniche, pur non essendo riportata alcuna evidenza di infezione, era prescritto un antibiotico. Un altro studio ha dimostrato che, su 1.000 casi, il 65% di pazienti sottoposti a terapia antibiotica riceveva una dose inadeguata o non necessitava di alcuna terapia. In almeno il 50% dei casi in cui questi agenti vengono adoperati, il farmaco e' sbagliato oppure vi e' un errore del dosaggio o della durata della terapia.
Il cattivo uso degli antibiotici determina, oltre che uno spreco di denaro, anche risultati terapeutici scarsi ed effetti indesiderati per il paziente e la selezione di microrganismi resistenti.
Diverse strategie sono state sviluppate per controllare l'uso non razionale degli antibiotici, con effetti diversi. Una revisione dell'utilizzo degli antibiotici e' stata avviata dalla Commissione per l'Accreditamento degli Ospedali (JCAH) statunitense.
Il recente sviluppo di nuovi farmaci antivirali, stimolato dai successi nella terapia dell'AIDS, ha determinato un'altra rilevante voce di spesa per il Servizio sanitario. La resistenza ai farmaci antivirali è stata documentata da molti anni, anche se sul piano pratico finora le conoscenze disponibili erano limitate prevalentemente ai farmaci antierpetici. Solo recentemente le conoscenze sul tema hanno avuto un reale sviluppo a seguito degli studi sulle resistenze nei confronti di farmaci antiretrovirali, evidenziando molti aspetti comuni a quelli da tempo identificati per la resistenza ai farmaci antibatterici. Con gli stessi meccanismi il virus risponde alla pressione selettiva degli antivirali con lo sviluppo di varianti resistenti; la resistenza costituisce una risposta alla pressione selettiva dei farmaci.
Il concetto di verifica di un antibiotico comprende due procedimenti. Il primo e' l'acquisizione e l'analisi dei dati riguardanti l'uso degli antibiotici. Un secondo aspetto e' l'attivazione di alcuni sistemi per correggere pratiche che sono considerate dannose.
E' imperativo per un uso appropriato degli antibiotici che ognuno di questi sistemi sia accompagnato da LG sull'utilizzazione dei farmaci, che forniscono una base obiettiva la cui utilizzazione permette la valutazione dell'uso degli antimicrobici da parte di osservatori diversi.
Un programma di controllo dell'impiego di antibiotici potrebbe determinare una consistente riduzione dell'onere per gli antibiotici.
Inoltre, per il governo della spesa, è urgente monitorare i costi delle terapie antivirali, ed, in particolare, quelle antivirus epatitici ed antiretrovirali in crescita esponenziale.
Occorre, inoltre, verificare i criteri di appropriatezza ed il corretto impiego nella pratica terapeutica.
Un processo di definizione del consumo e dei costi dei farmaci antibiotici ed antivirali può rappresentare la base per la definizione di standard di riferimento utili per:

- la costruzione di sistemi di remunerazione a tariffa, prestazione, attività;
- la definizione di costi di riferimento;
- la disponibilità di LG e protocolli validati come di supporto decisionale;
- la costruzione di sistemi di monitoraggio del consumo dei farmaci;
- l'applicazione di sistemi di verifica ed appropriatezza delle cure.

Obiettivo 6.1
Razionalizzare l'utilizzo degli antibiotici e degli antivirali nella pratica clinica.

Obiettivo 6.2
Sperimentare una prima valutazione di appropriatezza delle cure basate su antimicrobici ed antivirali.

Obiettivo 6.3
Definire strumenti di analisi decisionale per lo sviluppo di LG e verifica della loro efficacia nella fase di concreta applicazione.

AREA DI INTERVENTO 7: Il potenziamento della sorveglianza delle malattie infettive, tramite la sorveglianza di laboratorio

La sorveglianza delle malattie infettive tramite notifica da parte dei medici presenta alcuni limiti ben noti, dovuti in parte alla sottonotifica, ma anche a problemi di sensibilità e specificità. Per le malattie infettive, per le quali la diagnosi va effettuata in seguito all'accertamento di laboratorio, è possibile avviare un sistema di sorveglianza basato su dati di laboratorio, con vantaggi rispetto alla sensibilità, specificità delle diagnosi ed al maggior rigore nella definizione di caso.
Già in diversi Paesi sono stati istituiti sistemi di sorveglianza di questo genere ed anche nel Lazio è stato avviato un sistema di sorveglianza di laboratorio. Occorre tuttavia estendere e potenziare tale sistema e produrne un'adeguata valutazione.

Obiettivo 7.1
Migliorare la sensibilità e la specificità del sistema di sorveglianza delle malattie infettive per le diarree infettive e le meningiti batteriche, tubercolosi e legionellosi.

Obiettivo 7.2
Definire la distribuzione dei patogeni e dei sierotipi.

Obiettivo 7.3
Valutare i sistemi di sorveglianza e definire le strategie future rispetto a tale valutazione.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Potenziamento dei programmi di immunizzazione dei nuovi nati in tutte le ASL della Regione, con particolare attenzione ad aree geografiche e gruppi di popolazione con coperture vaccinali basse.	ASL
1.2	Ultimazione della campagna di vaccinazione dei dodicenni iniziata nel 1991.	ASL
1.2	Monitoraggio del livello di copertura degli adolescenti nati dopo l'introduzione dell'obbligo vaccinale per i nuovi nati (1991).	ASL
1.3	Implementazione di strategie per utilizzare ogni occasione di contatto del Servizio sanitario per un'offerta tempestiva della vaccinazione.	ASL
1.4	Creazione di un SI che colleghi le anagrafi comunali ai centri vaccinali delle ASL.	Regione, Enti Locali, ASL
1.5	Campagne di vaccinazione in gruppi di popolazione ad alto rischio, come nomadi e profughi.	ASL
1.5	Offerta attiva delle vaccinazioni a tossicodipendenti e pazienti dializzati per l'epatite virale B, donne in età riproduttiva per la rosolia o cardiopatici per l'influenza.	ASL
1.6	Predisposizione di campagne di vaccinazione anti-influenzale nei gruppi di popolazione a rischio coinvolgendo in modo integrato i Servizi delle ASL ed i MMG.	Regione, ASP, ASL

segue

1.7	Valutazione di opportunità dell'introduzione della vaccinazione anti-pneumococcica in concomitanza con la vaccinazione anti-influenzale negli anziani e valutazione dell'opportunità e delle modalità di offerta del nuovo vaccino anti-pneumococcico coniugato per i nuovi nati. Nella valutazione devono essere coinvolti gli operatori dei servizi impegnati nelle vaccinazioni, dei PLS e dei MMG e sentito il Comitato scientifico regionale per le strategie vaccinali.	Regione
1.7	Valutazione dell'opportunità di ampliare l'offerta attiva del vaccino anti-*Haemophilus influenzae* tipo b. Nella valutazione devono essere coinvolti gli operatori dei servizi impegnati nelle vaccinazioni, dei PLS e dei MMG e sentito il Comitato scientifico regionale per le strategie vaccinali.	Regione
1.8	Stima dell'incidenza delle patologie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b attraverso la sorveglianza integrata delle malattie infettive.	Regione
2.1	Favorire l'accesso dei pazienti alla cura in particolare nel periodo che segue il ricovero ospedaliero, effettuare le indagini epidemiologiche per i casi di tubercolosi contagiosa lo *screening* tubercolinico dei contatti e la terapia preventiva.	Aziende sanitarie
2.1	Effettuare programmi sperimentali che tendano a favorire l'aderenza dei pazienti alla terapia, quali programmi di terapia sotto osservazione diretta.	Aziende sanitarie
2.2	Garantire l'applicazione di corrette procedure diagnostiche e terapeutiche.	Aziende sanitarie
2.3	Assicurare il rispetto dei tempi previsti per la notifica dei casi di tubercolosi contagiosa, avviare la sorveglianza degli esiti del trattamento.	Aziende sanitarie
3.1	Adeguare le potenzialità diagnostiche dei laboratori clinici delle strutture di ricovero, sia pubbliche che private, in modo da poter identificare l'agente responsabile di meningite mediante coltura o test antigenico, di effettuare il test della sensibilità agli antibiotici, di inviare il ceppo batterico isolato al laboratorio regionale di riferimento.	Aziende sanitarie, Centri Regionali di Riferimento
3.2	Garantire la tempestività nella segnalazione dei casi dalle strutture di ricovero, la ricerca attiva dei contatti e la prescrizione della profilassi farmacologica.	ASL
3.3	Garantire la corretta sierotipizzazione per la *N. meningitidis*, lo *S. pneumoniae* e l'*H. influenzae* ed una adeguata conservazione dei ceppi batterici.	Centri Regionali di Riferimento
3.4	Garantire l'invio tempestivo dei dati nominativi al Sistema di Sorveglianza Regionale di laboratorio. Sviluppare l'integrazione del sistema di sorveglianza (notifiche di malattia infettiva, dati di laboratorio e dati di fonte ospedaliera).	Regione, ASP, Aziende sanitarie
4.1	Istituzione nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione della équipe operativa per la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari, formata da operatori dei Servizi di Igiene Pubblica, dei Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione e dei Servizi Veterinari, che basa la conduzione dell'indagine sulle LG regionali.	ASL
4.1	Assicurare adeguate potenzialità diagnostiche, per le analisi relative ad uomo e alimenti, da parte dei laboratori dell'IZS (Istituto Zooprofilattico Sperimentale) di Lazio e Toscana, dell'ARPA e delle ASL.	ARPA, IZS, ASL
4.2	Generalizzare l'adozione della tecnica dell'HACCP per determinare i rischi legati alla preparazione degli alimenti ed i punti critici dove più facilmente ed efficacemente possano essere controllati. Questa tecnica deve essere adottata anche per accertare le modalità di contaminazione degli alimenti durante le indagini in seguito a tossinfezione alimentare.	ASL

segue

4.3	Rispetto dei piani di campionamento degli alimenti, vigilanza sulla applicazione delle norme di autocontrollo degli esercizi alimentari e rispetto del piano regionale per i controlli ispettivi ai laboratori di manipolazione degli alimenti.	ASL
4.3	Raccogliere le informazioni da parte del SI a livello regionale, per valutare l'incidenza delle tossinfezioni e i rischi per alimenti e processi di lavorazione.	Regione
5.1, 5.2	Definire LG finalizzate all'attuazione di programmi di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere, implementarle a livello aziendale e valutarle attraverso uno specifico programma regionale di sorveglianza.	ASP, Aziende sanitarie, Centri Regionali di Riferimento
5.1, 5.2	Prevedere requisiti specifici per il controllo delle infezioni ospedaliere funzionali all'accreditamento istituzionale delle strutture di ricovero.	ASP, Aziende sanitarie, Centri Regionali di Riferimento
5.1, 5.2	Promuovere specifici interventi di formazione/aggiornamento per il personale di assistenza.	ASP, Aziende sanitarie, Centri Regionali di Riferimento
6.1	Sviluppare programmi di educazione e di controllo.	Aziende sanitarie, Istituti scientifici di riferimento
6.1	Effettuare valutazioni dei modelli di prescrizione, organizzare ed implementare il monitoraggio del consumo dei farmaci antinfettivi.	Aziende sanitarie, Istituti scientifici di riferimento
6.2	Sperimentare verifiche di appropriatezza degli interventi terapeutici, in rapporto a criteri di corretto utilizzo dei farmaci basati sul tipo di patologia e sullo stadio di malattia.	Aziende sanitarie, Istituti scientifici di riferimento
6.2, 6.3	Effettuare il controllo dei costi per singola U.O. delle strutture che effettuano la sperimentazione (esempio, dose terapeutica giornaliera per ogni farmaco utilizzato e relativo costo, costo per ciclo terapeutico, costo medio per paziente trattato, etc.).	Aziende sanitarie, Istituti scientifici di riferimento
6.3	Procedere alla individuazione dei criteri e degli strumenti di supporto alla decisione clinica. Costruire un modello decisionale e sperimentarlo.	Aziende sanitarie, Istituti scientifici di riferimento

segue

7.1	Favorire la diffusione dei protocolli di isolamento, identificazione e conservazione dei vari patogeni.	ASP, Aziende sanitarie, Centri Regionali di Riferimento
7.1	Curare il miglioramento di qualità del SI.	ASP, Aziende sanitarie
7.2	Curare la formazione del personale dei laboratori di riferimento.	Centri Regionali di Riferimento
7.3	Effettuare una valutazione dei sistemi di sorveglianza (notifica e laboratorio) e di sistemi di sorveglianza integrati.	ASP

2.3.2.1 LE PERSONE CON MALATTIA DA HIV

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il contenimento dell'infezione da HIV rappresenta un obiettivo di sanità pubblica in quanto esistono interventi efficaci atti a ridurre la diffusione dell'infezione, l'incidenza e la mortalità per AIDS.
Al 30 giugno 2001 sono stati notificati nel Lazio 6.298 casi cumulativi di AIDS, di cui 116 casi pediatrici (0-12 anni). La modalità di tossicodipendenza per via endovenosa è il rischio maggiormente rappresentato (56% fra gli uomini, 48% fra le donne), mentre la trasmissione sessuale è la modalità di rischio immediatamente seguente (36% fra gli uomini e 41% fra le donne).
Con l'introduzione delle nuove terapie, avvenuta nel corso del 1996, nel Lazio, come nel resto del Paese, i nuovi casi di AIDS sono progressivamente diminuiti, e così pure i decessi per questa malattia.
Oggi abbiamo un'incidenza di nuove infezioni da HIV intorno all'8 per centomila, rispetto a oltre 20 per centomila all'inizio degli anni 90.
Per quanto riguarda i ricoveri esiste una considerevole diminuzione dei ricoveri ordinari (di circa un terzo) mentre aumenta la quota dei ricoveri in Day Hospital che è circa raddoppiata rispetto a cinque anni fa.

La situazione epidemiologica attuale è caratterizzata da:

1. riduzione del numero di casi di AIDS, particolarmente accentuata per quelli in età pediatrica, legata al crescente utilizzo delle terapie altamente efficaci;
2. crescente proporzione di pazienti che arrivano alla diagnosi di AIDS senza essere a conoscenza del proprio stato di infezione, in particolare tra le persone contagiate per via sessuale;
3. significativa proporzione di pazienti che arrivano alla diagnosi di AIDS senza aver fatto ricorso alle terapie, pur essendo a conoscenza dello stato di infezione, o che arrivano alla diagnosi di AIDS o al decesso per fallimento delle terapie conseguente a scarsa aderenza, gravità degli effetti collaterali dei farmaci e sviluppo di resistenze;
4. aumento della prevalenza delle persone che vivono con infezione da HIV/AIDS sostenuto dalla diminuita mortalità e da una stabilizzazione del numero di nuove infezioni;
5. ampliamento dell'età dei contagi in quanto sempre meno circoscritta e coincidente, generalmente, con la popolazione sessualmente attiva.

AREA DI INTERVENTO 1: La Prevenzione

Negli ultimi tempi si è abbassata notevolmente la guardia sulla prevenzione dell'AIDS; sia a causa dell'introduzione nella terapia di farmaci efficaci, sia per la crescente noia dei giovani di sentir parlare di AIDS, spesso in modo riduttivo ed obiettivamente poco accattivante. Ciò è molto pericoloso, infatti, se da una parte il miglioramento delle terapie sta producendo una maggiore sopravvivenza delle persone HIV positive ed una migliore condizione fisica, dall'altra questo ha come conseguenza l'aumento della prevalenza

di soggetti HIV positivi e, quindi, maggiori probabilità di diffusione dell'epidemia. Inoltre, si cominciano a diffondere le resistenze virali alle nuove terapie per cui è possibile che l'AIDS possa ritornare ad essere rapidamente letale come in passato.
Molti sono gli interventi di prevenzione fatti, con diversi metodi ed assai scarse valutazioni di efficacia. L'ASP ha condotto sperimentazioni nel Lazio di interventi condotti dai "pari" che hanno dato alcuni elementi utili sulle strategie e sugli approcci da attuare. Occorre da un lato diffondere le metodologie che si sono dimostrate maggiormente efficaci e dall'altro approfondire l'efficacia dei diversi approcci.
Del resto, anche a causa della rarità dei casi, vanno percorse altre strategie preventive, oltre a quelle in uso nella comunità scolastica. Ad esempio, la prevenzione sui gruppi ad alto rischio ed una strategia centrata principalmente sui pazienti infetti, compresi quelli non a conoscenza del proprio stato di infezione, e sui soggetti che persistono in comportamenti a rischio anche dopo un test risultato negativo (esempio, pazienti risultati negativi ma con nuova infezione da MST).
In tale contesto assume particolare importanza l'offerta del test per anticorpi anti-HIV.

Obiettivo 1.1
Ridurre l'incidenza delle infezioni da HIV, attraverso opportune politiche di prevenzione.

Obiettivo 1.2
Aumentare la conoscenza dello stato di infezione delle persone che hanno contratto l'HIV.

Obiettivo 1.3
Aumentare l'adozione ed il mantenimento di comportamenti sicuri per la prevenzione della diffusione dell'HIV e delle altre malattie a trasmissione ematica e sessuale tra coloro che hanno contratto l'HIV.

AREA DI INTERVENTO 2. L'assistenza

L'uso delle nuove potenti terapie antiretrovirali, ha coinciso, nei Paesi in cui queste sono disponibili, con una marcata riduzione dei tassi di ospedalizzazione, morbosità e mortalità per AIDS. Nella popolazione di casi della regione Lazio è stato calcolato che la mortalità sia diminuita dell'84% dal 1995 al 1998. Pertanto, uno degli interventi più importanti in questo ambito è la garanzia dell'accesso alle terapie.
Inoltre, alcuni dati recenti sull'aderenza alle LG nelle attività diagnostiche e terapeutiche per i casi di AIDS, testimoniano che esiste una grande variabilità e ci sono ampi margini di miglioramento della qualità delle cure.
Occorre, inoltre, porsi problemi specifici di una proporzione non piccola di pazienti; se, infatti, per molti pazienti il miglioramento delle condizioni cliniche ha determinato il ritorno alle attività quotidiane e, quindi, il miglioramento della qualità della vita, in altri l'impatto delle terapie sulle condizioni di salute e di vita è stato limitato. Soprattutto per le persone con malattia avanzata, l'uso delle attuali terapie ha comportato cronicizzazione di una malattia fortemente disabilitante e, quindi, il prolungamento della sopravvivenza ha significato un prolungamento del periodo di disabilità. In altri pazienti, ancora, il ritorno alla autonomia ha determinato il presentarsi di problematiche di ordine sociale e l'acuirsi di condizioni di estremo disagio ed emarginazione. Infine, sono emerse "nuove" tipologie di malati, nei quali l'AIDS è associata ad altre patologie croniche quali la malattia mentale, la malattia neurologica, l'epatite virale cronica, la tossicodipendenza. La persona con infezione da HIV ha diritto ad essere curata presso qualsiasi contesto sanitario–assistenziale. Pertanto, in caso di necessità, sarà la struttura con competenza specifica, relativa allo stato psico-patologico o internistico o chirurgico che si presenti in fase critica, a fornire la risposta assistenziale adeguata alla persona, anche se tale criticità sia associata alla malattia da HIV. Alla luce dei cambiamenti indotti dalle nuove terapie, si impone oggi una rilettura dei bisogni assistenziali delle persone in AIDS, per le quali la legge 135/90 ha previsto la continuità terapeutica "in domicilio". Più in particolare, il processo di revisione dei criteri assistenziali extraospedalieri a persone in AIDS deve riguardare coloro che, in condizioni di precarietà sociale, sono incapaci di badare a se stessi o di mantenere un buon livello di continuità terapeutica e che, pur godendo di autosufficienza fisica, rischiano il repentino deterioramento delle condizioni fisiche, se non adeguatamente assistite. La regione Lazio con la DGR 7549/92 ha istituito il Piano per il trattamento a domicilio delle persone con AIDS che contiene disposizioni sulle modalità di svolgimento di trattamento a domicilio, valide su tutto il territorio regionale, in base a quanto disposto a livello nazionale con DPR 14/09/1991.
L'esperienza induce a ritenere necessaria la sperimentazione dei nuovi modelli di assistenza, complementari a quelli già esistenti, caratterizzati da una forte integrazione socio-sanitaria, come il reinserimento lavorativo

e le attività di formazione o l'utilizzo dei gruppi appartamento, ma evitado la creazione di servizi specifici, quali quelli di assistenza a carattere diurno, poiché discriminanti e carenti di supporti scientifici.
I modelli di assistenza extraospedaliera già sperimentati negli anni passati nella regione Lazio - casa alloggio e Trattamento Assistenziale a Domicilio del paziente (TAD) pur confermando ancora la loro validità e congruenza come risposta assistenziale alle persone con malattia da HIV, non sempre riescono a sopperire a bisogni sempre più diversificati e complessi.
Data l'evoluzione della malattia, spesso alcune problematiche preesistenti o seguenti all'AIDS (problemi psichiatrici, tossicodipendenza, comportamenti antisociali, disadattamento, difficoltà alloggiative, etc.) hanno il sopravvento sulle problematiche proprie della malattia, costringendo il Servizio domiciliare ad intervenire, senza adeguata formazione e diretto mandato istituzionale, in ambiti non di stretta competenza. Infatti, pur ponendosi come importante punto di raccordo tra i servizi del territorio, questo modello di assistenza non riesce a garantire un adeguato coinvolgimento degli stessi, MMG, SERT,DSM, etc.
Nella Regione sono attive 7 U.O. pubbliche e 3 strutture private che svolgono assistenza domiciliare in convenzione. Tali strutture non riescono a soddisfare la domanda spesso perché la lunga permanenza delle persone che vi entrano, rende nulle le prospettive di dimissione dal servizio per: carenza di presupposti da parte dell'ospite, mancanza di risorse territoriali adeguate, difficoltà del territorio stesso ad accogliere persone con una biografia complessa e devastata da molteplici devianze. Al fine di aumentare le risorse la regione Lazio prevede anche il ricorso a strutture extraregionali, purché presentino le necessarie garanzie. Sono, quindi, opportune strategie di espansione ed articolazione del trattamento a domicilio per le persone con AIDS.

Obiettivo 2.1
Migliorare l'accesso e l'aderenza alle terapie.

Obiettivo 2.2
Migliorare la qualità delle cure e dei trattamenti.

Obiettivo 2.3
Estendere l'accesso e migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare e residenziale.

Obiettivo 2.4
Potenziare i sistemi di sorveglianza nel pieno rispetto della privacy e del sistema di criptazione previsto dal Ministero della Sanità, al fine di evitare l'allontanamento delle persone dai controlli e dalle cure.

Obiettivo 2.5
Migliorare e garantire il diritto alla cura ed all'assistenza per le persone con malattia da HIV e/o con AIDS detenute.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Promuovere l'offerta attiva del test presso i Servizi sanitari che assistono persone a rischio di infezione.	ASL, SERT, Servizi carcerari, Unità di strada
1.1	Facilitare l'accesso al test ed al *counseling* per la valutazione del rischio garantendo il test in anonimato, abbreviando i tempi di attesa per il ritiro dei referti, mantenendone la gratuità.	Istituti di ricovero, UU.OO. AIDS
1.1	Promuovere attività di *counseling* sulla poposzione per l'adozione di comportamenti sicuri.	UU.OO. AIDS ed altri servizi ASL o strutture di volontariato
1.1	Facilitare l'accesso al test degli stranieri nella rete esistente delle UO HIV/AIDS ed integrando tale attività nei servizi di assistenza per gli immigrati, garantendo anonimato, gratuità e volontarietà.	Istituti di ricovero UUOO AIDS, Servizi sociali e sanitari

segue

1.1	Sperimentare attività di "*contact tracing*" e "*partner notification*"in centri selezionati della rete esistente delle UO HIV/AIDS del SSR.	UU.OO. AIDS
1.1	Aumentare le proporzioni di soggetti che si sottopongono al test tramite interventi educativi mirati.	ASL, Strutture di volontariato
1.2	Garantire il *counseling* finalizzato alla adozione e mantenimento di comportamenti sicuri, al supporto psicologico ed alla aderenza alla cura presso i servizi di assistenza specialistica per le persone per le quali è stata posta diagnosi di infezione da HIV.	Istituti di ricovero, UU.OO. AIDS, organizzazioni di volontariato
1.3	Promuovere la prevenzione attraverso attività educative nelle scuole.	ASP, ASL, Organizzazioni di volontariato, Istituti scolastici
1.3	Promuovere programmi mirati su target specifici di prevenzione primaria, secondaria e di riduzione del danno, finalizzati alla riduzione di comportamenti a rischio.	ASP, ASL, SERT organizzazioni di volontariato
2.1	Favorire l'avvio rapido ai servizi di assistenza specialistica delle persone per le quali è stata posta diagnosi di infezione da HIV.	ASL, UU.OO. AIDS
2.1	Garantire l'accesso ai sistemi di diagnostica avanzata anche attraverso l'istituzione di centri di riferimento per la diagnostica di laboratorio.	ASL, Istituti di ricovero
2.1	Garantire l'assistenza domiciliare o presso strutture alternative (case-famiglia , Hospice) e le cure palliative per le persone in fase avanzata di malattia e per i detenuti in AIDS conclamato o con grave immunodeficienza accertata ai sensi dell'articolo 286 del C.P.P.	ASL, Istituti di ricovero, Organizzazioni del privato sociale
2.2	Promuovere interventi di miglioramento della qualità assistenziale, per garantire gli opportuni interventi terapeutici, l'accessibilità alle tecniche diagnostiche ed ai presidi terapeutici necessari, l'adozione degli schemi terapeutici raccomandati.	ASL e Istituti di ricovero
2.3	Accreditamento sperimentale delle strutture di assistenza domiciliare e residenziale alle persone con malattia da HIV, precedentemente convenzionate, se in possesso dei requisiti minimi previsti dalla normativa vigente.	Regione, ASP
2.3	Elaborare criteri di autorizzazione, accreditamento e modalità tariffarie sulla base della sperimentazione attuata e definizione di modalità di integrazione del SSR con il Servizio di Assistenza Sociale di competenza degli Enti Locali.	Regione, ASP
2.3	Prevedere risorse alternative per i pazienti che sono in lista di attesa per il TAD o la casa alloggio.	ASL
2.3	Integrare i servizi per le persone con malattia da HIV nella rete dei servizi del Distretto.	ASL

segue

2.4	Aggiornare il sistema di notifica di laboratorio e clinica delle infezioni da HIV e dei casi di AIDS in accordo con le disposizioni del Ministero della Sanità sulla sorveglianza epidemiologica.	SERT, UO AIDS, Istituti di ricovero, Centro di riferimento AIDS
2.4	Promuovere interventi per garantire l'acceso a diagnostica, cura, assistenza e continuità terapeutica preso gli istituti penitenziari.	ASP, ASL, laboratori, SERT, UO AIDS, Istituti di ricovero, Centri di riferimento AIDS e Istituti penitenziari

2.3.3 MALATTIA DI ALZHEIMER

DEFINIZIONE DEL TEMA

La malattia di Alzheimer è una forma di demenza che colpisce prevalentemente le persone anziane. Alla base dell'Alzheimer è una lenta e progressiva degenerazione dei neuroni cerebrali, le cui cause non sono ancora pienamente definite, che determina un crescente deterioramento delle capacità cognitive ed intellettuali del soggetto. Le problematiche connesse con la gestione dei bisogni assistenziali del malato di Alzheimer diventano, col progredire della malattia, considerevoli. La progressione lenta ma inesorabile della malattia comporta infatti, come quadro finale, la totale perdita dell'autosufficienza spesso associata a gravissimi disturbi della personalità. Il malato di Alzheimer versa invariabilmente in una condizione di fragilità non solo cognitiva, ma anche fisica, familiare, sociale e, spesso, economica. Dato il progressivo invecchiamento delle popolazioni occidentali, la malattia di Alzheimer è sicuramente una delle più importanti emergenze che i sistemi sanitari e la società si trovano sin da oggi ad affrontare proprio per il forte impatto che essa ha sia sui servizi assistenziali, che sui familiari e gli altri *caregivers*.

La dimensione del problema, le evidenze epidemiologiche e gli aspetti critici

La malattia di Alzheimer rappresenta il 50-60% di tutte le demenze. Secondo l'OMS e la Banca Mondiale, la malattia di Alzheimer rappresenta il 2,4% dei 575 milioni di DALY (Disability Adjusted Life Years) persi nel mondo per malattie non trasmissibili ed, in particolare, l'8,7% dei 161 milioni di DALY persi per malattie non trasmissibili tra la popolazione ultrasessantenne. Le ultime stime di prevalenza delle demenze in Italia riportano che tra l'8 e il 9% degli ultrasessantacinquenni è affetto da questa malattia. Si stima, inoltre, che la sopravvivenza mediana dall'inizio della sintomatologia sia attorno ai nove anni. A questi aspetti ne vanno aggiunti altri non di minore importanza che riguardano l'identificazione diagnostica, ad oggi ancora non esiste un test in vivo specifico per la diagnosi di malattia di Alzheimer, e la ricerca di trattamenti farmacologici che possano efficacemente contrastare l'evoluzione della malattia e non solo attenuarne i sintomi. Il costo medio annuale per paziente, stimato negli studi italiani, è in armonia con ricerche fatte in ambito internazionale e si aggira attorno ai 46.000 euro (tra gli 86 e i 93 milioni di lire). Ciò significa che, stimando nel Lazio una prevalenza di 70.000 ammalati, per questi verrebbero annualmente spesi 3,1-3,3 miliardi di euro. Le ospedalizzazioni ripetute e l'istituzionalizzazione del paziente con malattia di Alzheimer sono la modalità assistenziale più costosa per la collettività ma la gran parte dei costi di tale malattia si configura attualmente come costo indiretto che grava sostanzialmente sulle famiglie, rappresentato non solo da quello del lavoro del *caregiver* ma anche dai costi derivanti dalla perdita del lavoro e dalle conseguenze sulla sua salute. A questo proposito esistono evidenze preliminari che trattamenti in grado di migliorare le funzioni cognitive del paziente possono ridurre le sue necessità assistenziali e risultare economicamente vantaggiosi. Dato che oggi la famiglia si fa carico del 70-80% dei costi, tutti gli interventi che sono in grado di supportare la famiglia ed il *caregiver* possono tradursi in un vantaggio economico per la comunità: in particolare, quando questi interventi permettono di ridurre la necessità di ricorso all'istituzionalizzazione o riducono il tempo che il *caregiver* deve dedicare all'accudimento del paziente, o migliorano le sue condizioni di vita.

Tipologie di offerta
Le diverse tipologie di offerta assistenziale attivabili per rispondere ai bisogni delle persone malate di Alzheimer debbono essere concepite dunque su un principio di modularità e flessibilità che preveda una rete effettivamente integrata di servizi che privilegino il supporto domiciliare, i centri diurni, i letti di respiro e la residenzialità temporanea. Infatti, accanto all'U.O. Geriatrica Ospedaliera e all'Unità di Riabilitazione ospedaliera, l'ospedale diurno, la RSA, l'assistenza domiciliare (nelle forme programmata, integrata e ospedalizzazione a domicilio) e il Centro Diurno socio-sanitario, devono costituire il tessuto fondamentale per la realizzazione della continuità assistenziale di cui le persone malate di Alzheimer o affette da altri tipi di demenza hanno particolarmente necessità. Le unità di Valutazione Alzheimer - UVA (nella Regione ne esistono 33), istituite con la funzione di monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei protocolli terapeutici previsti dal progetto Cronos, costituiscono spesso il primo anello per il passaggio nella rete assistenziale dei servizi dedicati ai soggetti malati di demenza e sono divenuti anche un riferimento costante per le loro famiglie e in particolare per i caregivers. Le UVA assumono pertanto una rilevanza fondamentale in questa strategia, non solo nel campo della ricerca, ma anche in quelli dell'assistenza, della prevenzione, della formazione e della valutazione della qualità degli interventi rivolti alle persone affette da demenza.

AREA DI INTERVENTO 1: Aumentare le conoscenze sulla epidemiologia della malattia di Alzheimer e sulle relative necessità assistenziali

Al momento le conoscenze epidemiologiche sulla malattia di Alzheimer e sulle relative necessità assistenziali sono basate solo su studi o stime che permettono di analizzare il problema solo parzialmente. Nella fase attuale appare pertanto urgente definire criteri di riconoscimento della malattia ai fini di una diagnosi precoce e realizzare un SI articolato che permetta sia di rilevare la prevalenza e l'incidenza reale del fenomeno nella popolazione > 64 anni, che la valutazione complessiva dei bisogni sanitari, anche di quelli dovuti a fattori di comorbidità. Una precoce identificazione della malattia, infatti, può consentire strategie di intervento ed approcci terapeutici in grado di rallentare l'inesorabile progressione dell'evento morboso. Devono essere, poi, definiti criteri omogenei di gestione del paziente mediante lo sviluppo, il monitoraggio e la verifica di un sistema assistenziale realmente integrato che includa i servizi territoriali e quelli specialistici al fine anche di una valutazione completa dei costi sia diretti che indiretti generati dalla malattia. La regione Lazio, in linea con questi propositi, ha già promosso e coordina cinque progetti, approvati nel 2001 dal Ministero della Sanità, finalizzati allo studio della malattia di Alzheimer e dei relativi percorsi assistenziali. Si tratta di ricerche scientifiche complesse che spaziano dal settore bio-sanitario a quello epidemiologico, dal campo della ricerca organizzativa a quello delle indagini biochimiche e farmacoeconomiche.

Obiettivo 1.1
Definire criteri di riconoscimento della malattia utilizzabili a livello di popolazione.

Obiettivo 1.2
Stimare la prevalenza e l'incidenza della demenza nella popolazione superiore ai 64 anni.

Obiettivo 1.3
Valutare i carichi assistenziali ed i costi, diretti e indiretti, generati dalla malattia nei suoi differenti stadi di evoluzione.

Obiettivo 1.4
Sviluppare un modello di raccolta dei dati utile alla costruzione di un SI regionale sulla malattia.

AREA DI INTERVENTO 2: Promuovere la qualità degli interventi assistenziali, l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale

Vi è largo accordo sull'opportunità che il malato di demenza di Alzheimer resti per quanto possibile nel proprio abituale ambiente di vita. I dati di alcune ricerche indicano che l'istituzionalizzazione delle persone con demenza arriva fino al 14% e che i soggetti con più di 85 anni raggiungono percentuali di istituzionalizzazione assai più elevate, fino al 50%. Per la persona affetta da demenza, il proprio ambiente di vita può rappresentare, attraverso la presa in carico globale da parte delle strutture formali, una e vera e propria risorsa terapeutica. Per la collettività, poi, l'assistenza a domicilio è sicuramente il modo più

economico ed appropriato per affrontare il problema delle persone con malattia di Alzheimer e del loro nucleo familiare. In quest'ottica vanno valorizzati e potenziati i ruoli, le motivazioni e le professionalità di tutte quelle figure che hanno contatto con il malato nel suo ambiente di vita, in primo luogo i *caregiver*, i familiari e i MMG. È raccomandabile, inoltre, che modalità alternative di gestione del paziente con malattia di Alzheimer, quali i «*group living*» ed i centri diurni che in altri Paesi si sono dimostrati particolarmente vantaggiosi, non solo in termini di costi, ma anche in termini di qualità della vita, abbiano una larga sperimentazione all'interno del nostro SSR. Attraverso il maggiore coinvolgimento dei MMG è possibile individuare i soggetti a rischio e sviluppare un sistema di referaggio presso i centri specialistici (UVA) promuovendo la valutazione prospettica della storia assistenziale in funzione del livello di gravità. Deve essere, inoltre, potenziata e/o consolidata la rete dei servizi socio-sanitari per l'assistenza al malato (assistenza domiciliare, attività di volontariato organizzato, strutture di assistenza residenziale, etc.) prevedendo azioni di coordinamento ed integrazione delle diverse attività assistenziali che assicurino, la piena integrazione socio-sanitaria ai diversi livelli, la raccolta puntuale di elementi di conoscenza circa l'appropriatezza dei percorsi diagnostici, la stima del carico assistenziale.

Obiettivo 2.1
Garantire la continuità dell'assistenza e la cura delle comorbidità, attraverso un sistema assistenziale innovativo che privilegi l'ADI o la semiresidenzialità.

Obiettivo 2.2
Contrastare il declino delle funzioni fisiche e cognitive attraverso efficaci progetti terapeutici individuali di riabilitazione che assicurino la piena integrazione socio-sanitaria.

Obiettivo 2.3
Favorire azioni innovative integrate di sostegno ai *caregivers* sia attraverso interventi assistenziali tesi a sollevarne il carico assistenziale che a sostegno di tipo psicologico che ne contengano lo stress emotivo.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Definizione di criteri di riconoscimento dei casi di demenza caratterizzati da elevato livello di sensibilità.	Regione, UVA ed ASP per la definizione dei criteri
		Le Aziende sanitarie per la promozione degli stessi ai diversi livelli.
		MMG per adozione dei criteri
2.1	Realizzazione di corsi di formazione per medici specialisti, MMG e medici dei Distretti.	Regione: definizione obiettivi di formazione specifici e formazione dei formatori; AO, Az. Territoriali: effettuazione e valutazione dei corsi.
1.1, 1.2, 1.3	Finanziare progetti di ricerca finalizzata.	Regione: finanziamento ASL, territorio, Università: promuovere i progetti
2.1	Promozione del ruolo e della funzione del MMG nell'individuazione precoce del paziente affetto da demenza e gestione dei relativi bisogni assistenziali.	Regione: predisposizione degli interventi.
		ASL, territorio con MMG: attuazione degli interventi.
1.1, 2.3	Promozione del volontariato e sostegno ai *caregivers*.	Regione e associazioni qualificate di volontariato: predisposizione interventi.
		ASL ed Enti Locali: attuazione degli interventi.
2.1	Qualificazione delle UVA con particolare riferimento all'adeguamento del personale e delle strutture alle necessità assistenziali.	Regione e ASL
1.1, 2.2, 2.3	Realizzazione di materiale audiovisivo e corsi frontali per la formazione dei *caregivers* (vedi "Sfide prioritarie").	ASL
2.1, 2.2	Promozione della qualità dell'assistenza in regime residenziale anche all'interno delle procedure per l'accreditamento.	Regione: monitoraggio per la programmazione, la definizione e la verifica dei requisiti.
2.1	Adozione di strumenti per la Valutazione Multidimensionale validati e omogenei per la malattia di Alzheimer.	Regione per la proposta di strumenti di Valutazione Multidimensionale.
		ASL per sperimentazione e adozione di strumenti Valutazione Multidimensionale validati.
2.1	Configurazione ed attivazione della rete integrata di servizi per i malati di Alzheimer (vedi "Linee strategiche").	Regione: Monitoraggio e attuazione protocolli ASL per la formulazione e l'adozione di protocolli operativi.
1.1, 1.3, 1.4	Flussi informativi specifici per monitoraggio e valutazione dell'assistenza per i malati di Alzheimer	Regione: predisposizione SI ASL, AO: rilevazione dati.
2.1	Promozione dell'integrazione sociosanitaria tra sistema sanitario e l'assistenza sociale per malati di Alzheimer.	Regione: Monitoraggio e attuazione protocolli ASL per la formulazione e l'adozione di protocolli operativi

segue

2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (vedi "Sfide prioritarie")	Regione per la funzione programmatoria. ASL per la riorganizzazione della funzione di assistenza domiciliare anche relativamente alle risorse umane e tecnologiche.
2.1, 2.2	Sperimentazione di centri diurni per malati di Alzheimer	Regione: indirizzi
2.1, 2.3	Sperimentazione della domiciliarità protetta Monitoraggio della sperimentazione Valutazione dei risultati per la definizione del modello di offerta	Regione, ASL, Enti Locali, Università, RSA Regione, Università Regione

2.3.4 DIPENDENZE

2.3.4.1 TABAGISMO

DEFINIZIONE DEL TEMA

Consolidate evidenze scientifiche dimostrano la relazione esistente tra abitudine al fumo di tabacco e stato di salute.
Anche l'esposizione passiva al fumo di sigaretta costituisce un importante fattore di rischio; è stato osservato un aumento della frequenza di tumori polmonari, dell'infarto del miocardio e delle malattie delle vie respiratorie nei soggetti esposti. Tali patologie determinano ogni anno nella nostra Regione circa 60.000 ricoveri e oltre 10.000 morti premature (2.300 delle quali dovute a tumore polmonare, 1.000 a broncopneumopatie croniche, 3.000 per vasculopatie ischemiche)
Il fumo passivo, inoltre, causa, nell'infanzia, l'insorgenza di patologie all'apparato respiratorio (asma bronchiale e infezioni acute) e, negli adulti, aumento del rischio per tumori polmonari e infarto miocardio acuto.
I figli di madre fumatrice presentano basso peso alla nascita, aumento rilevante delle morti improvvise del lattante e problematiche relative alla funzione respiratoria. Si calcola, inoltre che circa la metà dei bambini sia esposto a fumo passivo in famiglia.

L'indagine ISTAT "Multiscopo sulla famiglie: aspetti di vita quotidiana", effettuata nel 1996 rilevava che solo metà delle popolazione era costituita da non fumatori e che la restante era costituita dal 30% di fumatori e dal 20% da ex fumatori. Dal confronto dei dati statistici anni 98/99 relativi alla percentuale di fumatori nonché di coloro che fumano un numero di sigarette giornaliere superiore a 20, si rileva che nel Lazio è diminuita la percentuale di fumatori dello 0,6%, mentre risulta aumentata dello 0,4% la percentuale dei fumatori che consumano oltre 20 sigarette giornaliere.
I rischi aumentano in modo proporzionale al crescere del numero di sigarette fumate, ma appaiono parzialmente reversibili nel tempo: a 15 anni dall'interruzione dell'abitudine al fumo i rischi di morte degli ex-fumatori si avvicinano a quelli dei non fumatori. Il fumo è dannoso ad ogni età; tuttavia l'abitudine precoce facilmente permane nel tempo e può causare una morte prematura.
Il livello culturale e socio-economico ha influenza nell'abitudine al fumo, determinando differenze nella popolazione. Altro elemento importante è la diffusione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti, senza particolari differenza fra i sessi. Tale abitudine è poi direttamente influenzata dall'eventuale abitudine al fumo dei genitori

Alcune stime mostrano percentuali di abitudine al fumo fra gli adolescenti nel Lazio decisamente elevate Esiste inoltre una diversa distribuzione dell'abitudine al fumo tra i diversi strati sociali, i più disagiati, infatti sono più frequentemente esposti.
Esistono diverse strategie su cui esiste evidenza di efficacia per la prevenzione o la limitazione dell'abitudine al fumo. Fra esse le politiche sulla proibizione della pubblicità e sui prezzi, ma anche interventi informativi e quelli di cessazione, anche attraverso ausilio farmacologico. Tuttavia tali interventi hanno il limite di essere poco praticati, anche, a volte, per la scarsa fiducia in essi da parte degli operatori sanitari. Politiche di diffusione di tali interventi, specie di quelli di cessazione che si sono dimostrati efficaci e costo efficaci in diversi studi, hanno potenzialmente una grande rilevanza, perché il coinvolgimento di un gran numero di persone garantirebbe una proporzione ampia di soggetti che cessano di fumare.
Le evidenze disponibili dimostrano che esistono inconfutabili prove di efficacia delle seguenti azioni:

- l'aumento del prezzo delle sigarette ha effetto sulla frequenza dei fumatori;
- l'abolizione della pubblicità diretta ed indiretta riduce l'abitudine al fumo tra i giovani;
- la proibizione del fumo nei luoghi pubblici, quando a questi si accompagna un adeguato controllo, riducono la frequenza dei fumatori e sono efficaci nel prevenire l'esposizione al fumo passivo;
- l'educazione e l'informazione attuata attraverso i mezzi di comunicazione di massa riduce l'abitudine al fumo tra i giovani e gli adulti;
- l'utilizzo dei servizi sanitari per la raccolta delle informazioni sulle abitudini al fumo dei cittadini che li contattano, ha una utilità nella sensibilizzazione e nell'attenzione al problema
- l'effettuazione sistematica di un colloquio, anche semplice e breve, del MMG aumenta il numero di soggetti che smette di fumare;
- gli interventi di cessazione del fumo in gravidanza sono estremamente efficaci;
- la terapia sostitutiva della nicotina è un efficace coadiuvante del trattamento di cessazione;
- gli interventi di supporto di gruppo aumentano la proporzione di chi smette di fumare.

Obiettivo 1.1
Prevenire l'avvio del tabagismo giovanile.

Obiettivo 1.2
Favorire l'interruzione dell'abitudine al fumo tra i fumatori.

Obiettivo 1.3
Proteggere i non fumatori dalla esposizione al fumo passivo.

Obiettivo 1.4
Ridurre la prevalenza di fumatori e la quantità quotidiana di sigarette fumate.

Obiettivo 1.5
Favorire la cessazione dall'abitudine al fumo delle donne in gravidanza.

Per le ***Azioni e Attori*** si rimanda al capitolo Sfide Prioritarie – *OBIETTIVO GENERALE C.2: Prevenzione di patologie legate agli stili di vita.*

2.3.4.2 TOSSICODIPENDENZE

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il problema delle tossicodipendenze è stato sempre affrontato da molteplici punti di vista anche discordanti. A causa di queste posizioni, spesso non conciliabili tra di loro, le conseguenti impostazioni di politica sanitaria e di trattamento della dipendenza si sono sviluppate in direzioni diverse con l'utilizzo di metodi e obiettivi terapeutici disomogenei da parte dei diversi servizi.
Il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope rappresenta un enorme problema sia per quanto attiene la salute dell'individuo, sia per quanto attiene gli effetti indiretti sul contesto sociale.
Gli anni '90 sono caratterizzati da una regolamentazione generale sulla materia e dalla determinazione dei servizi in cui, però, si rendono manifeste le contraddizioni di impostazione sopra esplicitate; in relazione alla funzione di controllo sociale, infatti, i SERT diventano referenti di una specifica classe di utenti: gli

eroinomani. Tutte le altre forme di dipendenza di fatto non sono trattate, come se esse non fossero assimilabili alle prime.
Iniziano, quindi, a coesistere nella programmazione degli interventi i due principali filoni storici: il trattamento sintomatico (principalmente farmacologico) ed il trattamento eziologico (prevalentemente psicologico e a volte sociale). Spesso questi due interventi non sono stati integrati tra di loro.
Attualmente il panorama sembra mutato e si rende necessaria una verifica degli obiettivi, delle strategie e dei modelli organizzativi dei servizi: l'eroina non è più la sostanza di maggior diffusione e le nuove sostanze di sintesi e l'alcol impattano su una popolazione giovanile, per certi versi, molto diversa dall'eroinomane del decennio passato.

La situazione locale nel Lazio
Per quanto attiene la popolazione dipendente da sostanze stupefacenti, la prevalenza di tossicodipendenti è stimata solo in relazione agli eroinomani ed agli alcolisti. Secondo tale valutazione si stima che nel Lazio siano presenti circa 26.000 eroinomani e che circa il 50% di essi nel 1999 si sono rivolti ai servizi, di cui circa l'80% a strutture pubbliche e circa il 20% a strutture private.

Nel Lazio sono attivi 46 SERT e 37 sedi di Enti Ausiliari autorizzati di cui 28 con accreditamento provvisorio per un totale di 523 posti letto di residenzialità al momento accreditati. Il numero di utenti di ogni SERT è estremamente diversificato secondo le zone e l'utenza media per SERT è di 273 tossicodipendenti.

AZIONI

Livello regionale
- Implementazione ed attuazione del progetto obiettivo di cui alla DGR 716/2000.
-
- Miglioramento della pianificazione dell'offerta dei servizi sul territorio;
- Definizione di standard minimi per i servizi;
- Recepimento dell'Atto di Intesa Stato–Regioni per l'autorizzazione e l'accreditamento degli Enti Ausiliari.

Livello aziendale
- Sviluppare una rete di servizi integrati per la riduzione della domanda, che effettuino gli interventi appropriati di prevenzione primaria e secondaria e di assistenza.
- Sviluppare una rete di servizi integrati volti al miglioramento della qualità della vita per le persone dipendenti.
- Adeguare, potenziare ed ottimizzare le risorse esistenti (umane economiche e strutturali) attraverso la realizzazione di un modello organizzativo comune.
- Sviluppare un sistema per la qualità.

2.3.4.3 ALCOL DIPENDENZE

DEFINIZIONE DEL TEMA

In numerosi Paesi occidentali (G.B., USA, Francia, etc.) la prevalenza dell'alcolismo è stimata intorno al 10%. In Italia mancano dati affidabili che permettano di stimare l'entità del fenomeno nella nostra popolazione: possiamo ritenere da dati parziali, che la prevalenza dell'alcolismo interessi anche in Italia circa il 10% della popolazione con più di 14 anni di età.
Rispetto alla dipendenza da alcol, non essendo in possesso di dati epidemiologici di rilevazione del fenomeno regionale, è ragionevole stimare che siano circa il 9-10% le persone alcoliste o che fanno uso non moderato di alcol oltre i 14 anni (dati del Centro di riferimento alcologico della regione Lazio) o che sono comunque a rischio di sviluppare danni da alcol.
Si è soliti considerare i soggetti con Problemi Alcol Correlati come appartenenti ad un gruppo omogeneo di individui caratterizzati da un'unica problematica cioè di dipendere dall'alcol.

Al contrario l'alcolista esplicita propriamente bisogni ed esigenze quanto mai variabili e differenziati, in considerazione proprio della natura multifattoriale e multidimensionale della problematica considerata che differenzia notevolmente la tipologia dell'utenza.

Struttura dell'offerta

Si rende necessaria un'attenta articolazione "poli-modulare" della rete del Servizio pubblico preposta all'attuazione di Programmi di Intervento Integrato sulle PAC.
L'intervento deve avvalersi di risorse sia specialistiche in ambito ospedaliero, sia articolate sul territorio al fine di ridurre la soglia di accesso dei servizi per l'utente e di rispondere adeguatamente all'esigenza di uniformità e di disponibilità dell'esigenza dell'alcolista e dei suoi familiari, garantendo al contempo un più razionale impiego delle risorse in termini di efficacia, di efficienza e di contenimento dei costi umani ed economici.

AREA DI INTERVENTO 1: Potenziare le attività di assistenza da parte delle strutture pubbliche

Il MMG rappresenta il primo e più importante sensore della salute pubblica e a lui spetta il compito di fare la prima diagnosi, di curare, ma ancor prima di prevenire le malattie attraverso la sensibilizzazione e l'informazione.
In un'ottica attenta ai costi socio-economici, l'utilizzo di questa risorsa, già operante sul territorio, costituisce un elemento vantaggioso (se opportunamente sensibilizzata, incentivata e coordinata) sia in termini di bacino d'utenza assistito che di costi economici. D'altro canto la preparazione professionale dei MMG si presta meglio di qualunque altra ad acquisire quelle competenze necessarie ed indispensabili alla individuazione, all'orientamento ed al monitoraggio nel tempo delle PAC.
La peculiarità stessa del rapporto che si realizza tra MMG ed utente e la notevole facilità d'accesso (bassa soglia) degli ambulatori di MMG da parte degli utenti sono certamente dei fattori che potrebbero favorire l'efficacia di un suo intervento nel campo delle PAC. Esistono prove evidenti che l'intervento del MMG può condurre con successo ad una sostanziale riduzione dei consumi alcolici.
Le più recenti linee di indirizzo generale di politica sanitaria sul fronte della dipendenza da alcol hanno più volte messo in risalto il ruolo che può essere svolto dai reparti ospedalieri, che molto spesso rappresentano la prima occasione di contatto dell'utente con PAC con una struttura in grado di assisterlo ed orientarlo ad un trattamento terapeutico riabilitativo.
Visto il ruolo essenziale svolto dall'ospedale nei riguardi delle PAC è importante potenziare il ruolo preventivo sul fronte delle emergenze (attraverso una crescente sensibilizzazione degli operatori del PS e del Dipartimento di Medicina d'Urgenza) al fine di favorire l'individuazione ed il trattamento delle principali emergenze mediche, chirurgiche e psichiatriche.
Il SERT è individuato quale struttura pubblica territoriale cui affidare il ruolo di individuazione, cura e orientamento dei soggetti affetti da alcoldipendenza.
Tale attività potrà essere inserita nell'ambito delle attività di un Dipartimento delle Dipendenze (Progetto obiettivo dipendenze DGR 716/2000). La proposta operativa nel campo della Diagnosi e cura dell'alcoldipendenza è quella di attivare in ogni ASL un Servizio Alcologico Territoriale (SALT) in cui sia presente un équipe alcologica multidisciplinare con i seguenti compiti:

- attività di prevenzione secondaria e terziaria (diagnosi, cura, educazione della salute per l'alcolista ed i suoi familiari con programmi di breve e medio termine medico e di *counseling* psicologico, nonché di orientamento sui programmi di riabilitazione psicosociale di lungo termine;
- attuazione di programmi di prevenzione primaria da svolgere sul territorio in collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale (CRR), con particolare riferimento al mondo della scuola, del disagio sociale e del mondo del lavoro;
- concorso all'organizzazione ed allo sviluppo ed al consolidamento di una Rete Territoriale dei Servizi Pubblici e della rete sociale operante nel territorio di competenza;
- attivazione di protocolli di Verifica di Qualità degli interventi sia nell'ambito dei Servizi Pubblici e della rete sociale convenzionata operante nel territorio di competenza;
- promozione, in sintonia con le LG espresse dal CRR, di corsi di formazione permanente agli operatori dei SALT per ampliare il bagaglio di conoscenze relative ai metodi più avanzati nel campo della diagnosi e del trattamento terapeutico-riabilitativo dell'alcol-dipendenza;
- attivazione di un servizio di sorveglianza epidemiologica e di monitoraggio del territorio al fine della promozione della salute e di riduzione del danno in tema di PAC.

Si rende inoltre necessario implementare il progetto obiettivo con il Piano di intervento regionale sui Problemi Alcol Correlati elaborato dal Centro di Riferimento Regionale per i problemi e le Patologie Alcol Correlate (PAC) istituito con DGR 5626/97 (Policlinico Umberto I- Dipartimento di Medicina Clinica).
Esperienze già acquisite in altri Paesi dimostrano per alcune tipologie di utenti è necessario un trattamento riabilitativo clinicamente assistito di lunga durata e che preveda un programma complesso e specifico.
Gli utenti che usufruiranno di tali trattamenti saranno quelli con danno organico grave o che si trovano in situazione di grave disagio socio-affettivo e, comunque, non inseriti in una rete sociale.
Questo tipo di trattamento può essere rivolto a quegli utenti alcoldipendenti che superata la fase acuta in ambiente ospedaliero, presentano condizioni generali che non permettono il loro reinserimento immediato ed una vita autonoma.
L'attività di coordinamento, essenziale per il buon funzionamento di un Piano di Intervento Regionale sulle PAC, sarà svolta dal CRR per i problemi e le PAC (Policlinico Umberto I – Dipartimento di Medicina Clinica) istituito con la DGR 5626/97.

Obiettivo 1.1
Potenziare l'operatività dei MMG per l'individuazione, l'orientamento ed il monitoraggio nel tempo delle PAC.

Obiettivo 1.2
Potenziare il ruolo preventivo svolto dalle strutture dell'emergenza.

Obiettivo 1.3
Attivare in ogni ASL il SALT.

AREA DI INTERVENTO 2: Realizzare una rete con le strutture del Privato Sociale e del volontariato

Compito delle strutture private e delle associazioni del volontariato e del privato sociale accreditate che, pertanto, porteranno all'attuazione di un piano coordinato di recupero psicosociale dell'alcoldipendente in collaborazione con i SALT competenti per territorio, sarà essenzialmente quello di attuare programmi riabilitativi e di recupero psicosociale nel lungo termine presso centri autonomamente organizzati e diffusi in accordo ed in rapporto con i SALT competenti sul territorio e in collaborazione con il CRR.
Vista la necessità di risposte ai bisogni primari espressi soprattutto da quelle fasce di popolazione che presentano uno stato di marginalità estrema (extracomunitari, senza fissa dimora, etc.) ad una prima accoglienza sarà necessario far seguire un più attivo coinvolgimento nel percorso riabilitativo in collaborazione con i SALT. Sarà importante a tal fine predisporre una disponibilità ad ospitare utenti che tra le loro marginalità esprimono anche delle PAC.
All'interno di questa variegata popolazione, una particolare attenzione meritano le numerose persone immigrare "momentaneamente presenti sul territorio".
Particolare attenzione dovrà essere rivolta ad attività di sensibilizzazione atte ad incentivare il volontariato. Ciò consentirà di irrobustire la rete sociale del territorio e, contemporaneamente, costituirà una forza di pronto impiego per programmi educativi di ampio respiro e basati sulla diffusione di documenti ed altro materiale, manifestazioni, etc.
Compito del servizio pubblico è quello della promozione della salute e della riduzione del danno per tutti i cittadini. Da vari anni le varie realtà alcologiche disseminate nel territorio nazionale hanno attuato un politica di fattiva collaborazione, in tema di riabilitazione psicosociale dell'alcolista e dei suoi familiari nel lungo periodo, con alcune associazione del PS attive sul tema dell'alcoldipendenza (AA, CAT, etc.). La necessità che il Servizio pubblico ha di demandare gran parte dell'attività riabilitativa di lungo termine alle organizzazioni del PS (nella logica dell'ottimizzazione delle risorse e del contenimento dei costi) rende però necessario che si operi un controllo dell'idoneità dei programmi terapeutici proposti al fine di assicurare all'utenza un'assistenza efficiente ed efficace.
Di qui la necessità che il servizio pubblico s'impegni a favorire quanto più una sempre maggiore sensibilizzazione ed orientamento sulle nuove proposte terapeutico-riabilitative degli operatori del PS e dall'altra che le associazioni accreditate operino nel rispetto delle norme di qualità dell'intervento proposto.

Obiettivo 2.1
Realizzare una rete che permetta l'integrazione dell'assistenza fra i soggetti pubblici e quelli del privato sociale e del volontariato

AREA DI INTERVENTO 3: realizzare l'attività di formazione permanente dei soggetti che operano nell'ambito dei problemi alcol correlati

La formazione permanente degli operatori del Servizio Pubblico e non si rende necessaria per la costante evoluzione a livello internazionale delle strategie diagnostiche e terapeutiche-riabilitative dell'alcoldipendenza e delle PAC. Lo scopo della formazione permanente, in collaborazione con CRR, sarà quello di:

1. orientare gli operatori della rete territoriale del Servizio pubblico per l'alcoldipendenza verso modelli diagnostici e di inquadramento omogenei, tali da garantire livelli di assistenza uniformi e degli standard minimi validi su tutto il territorio comunale;
2. favorire lo sviluppo di una maggiore "coscienza" epidemiologica al fine di giungere all'attuazione sia di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno nel territorio, che di verifica dei risultati;
3. stimolare gli operatori all'applicazione di metodologie di intervento differenziato nello spirito che è proprio di una équipe multidisciplinare, con la collaborazione del CRR;
4. favorire un lavoro di rete che faciliti e coordini le attività che sono proprie del servizio pubblico e delle associazioni private e del privato sociale (PS).

Incontri di informazione/sensibilizzazione sulle PAC potrebbero "a domanda" essere proposti ad altri soggetti pubblici e privati che per particolari situazioni ambientali possono svolgere un ruolo importante in termini di prevenzione e di sorveglianza epidemiologica del fenomeno (insegnanti, forze dell'ordine, personale degli istituti di pena, operatori del mondo del lavoro, associazioni professionali o di categoria, MMG, i militari, etc.).

Obiettivo 3.1
Predisporre ed attuare piani di formazione/sensibilizzazione degli operatori pubblici, del Privato Sociale e del volontariato sulle PAC.

2.3.5 TRAPIANTI D'ORGANO

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il trapianto d'organo rappresenta il trattamento di scelta per le persone affette da grave ed irreversibile insufficienza di organo, sia in termini di aspettativa che di qualità di vita. Il sistema sanitario, pertanto, deve assicurare alle persone idonee la possibilità di accedere a questa tipologia di trattamento.
Nel Lazio il numero di trapianti effettuati nella popolazione residente risulta inadeguato rispetto alla domanda, determinando un aumento continuo del numero delle persone in lista d'attesa. D'altra parte è sempre più difficile per questi pazienti avere un trapianto in altre Regioni o in altri Stati della Comunità Europea. L'orientamento dei Paesi della Comunità Europea, infatti, è quello di avere pazienti candidati al trapianto di organo iscritti in una sola lista di attesa nazionale. Per quanto riguarda l'Italia, le recenti LG emanate dal Centro nazionale trapianti raccomandano che persone idonee al trapianto di rene siano iscritte in Italia in non più di due centri di trapianto. L'unica possibilità concreta, pertanto, che hanno i pazienti del Lazio di essere sottoposti a trapianto è che si abbia nella nostra Regione un significativo aumento delle donazioni.
Le principali cause che hanno finora impedito un incremento del numero dei trapianti sono:

- lo scarso numero degli ospedali della Regione, quasi esclusivamente dell'area metropolitana, che partecipano al reperimento dei potenziali donatori di organi e tessuti;
- l'estrema variabilità del numero di diagnosi di morti encefaliche diagnosticate negli Istituti di ricovero a parità di tipologia e complessità dei pazienti assistiti;
- le gravi carenze nell'organizzazione intra-ospedaliera del processo che comprende l'identificazione del potenziale donatore, l'accertamento della morte, il mantenimento clinico, i rapporti con i familiari e, quindi, la donazione ed il prelievo degli organi e dei tessuti;
- la mancata formazione dei MMG;
- la mancata informazione della popolazione sulle tematiche relative alla donazione degli organi dopo la morte.

Nel 1998 la G.R. (deliberazione n. 1437) ha istituito presso il "Centro di coordinamento trapianti con annesso laboratorio di tipizzazione tissutale" dell'Università "Tor Vergata", il Centro Regionale di Riferimento per i

Trapianti del Lazio (CRRT) che ha compiti di coordinare l'attività di reperimento dei potenziali donatori, di gestire le liste di attesa, di eseguire i test immunologici pre-trapianto e di attuare la formazione del personale sanitario sulla donazione, il prelievo ed il trapianto degli organi e tessuti.
La riorganizzazione dell'attività di trapianto è stata definita a livello nazionale dalla legge n. 91/99, "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti". Questa legge, tra l'altro, prevede la nomina dei coordinatori locali per ciascuna ASL, che nel Lazio sono stati nominati da tutti i Direttori Generali entro la fine del 2000; è stata così attivata formalmente in ogni ospedale la figura del "coordinatore locale", per ottimizzare il processo della donazione ed il prelievo degli organi che, in precedenza, avveniva in modo episodico e sulla base di iniziative individuali. Questo processo è, tuttavia, ancora molto carente nella sua attuazione in quanto, nella quasi totalità degli ospedali il coordinatore locale solo marginalmente si è dedicato a tale attività, e gli ospedali non hanno ancora un'organizzazione intraospedaliera destinata alla gestione ed all'ottimizzazione dell'intero processo che porta all'effettiva utilizzazione dell'organo e tessuto donato.
Nel Lazio sebbene si sia registrato un incremento delle attività di prelievo degli organi ed il numero di donatori utilizzati per milione di abitante (p.m.a.) sia salito dal valore di 6,8 p.m.a. del 2000 a quello di 12,1 donatori p.m.a. del 30/09/2001, tuttavia esso è ancora lontano da quanto registrato dalla media nazionale (16,3) e da Regioni Centro-Nord che hanno valori superiori a 26 donatori p.m.a.
Al 30 giugno 2001 un totale di 1.389 pazienti risultava iscritto nei diversi Programmi di Trapianto afferenti alla Lista Unica Regionale gestita dal CRRT; il 91% (1.269) di questa lista era rappresentato da pazienti in attesa per trapianto di rene e di questi il 53,5% erano persone non residenti nel Lazio.
Nel corso dell'anno 2000 sono stati realizzati presso i centri di trapianto della Regione 192 trapianti di organo, di cui 99 trapianti di rene (72 riferiti a residenti), 68 trapianti di fegato e 24 trapianti di cuore e/o polmone a fronte rispettivamente di 1.244 pazienti che risultavano alla fine dell'anno ancora in lista per trapianto di rene, 84 per trapianto di fegato e 42 per trapianto di cuore e/o polmone.

AREA DI INTERVENTO 1*: *Aumentare il livello di conoscenze sull'offerta di trapianto, sulla attività di donazione e sugli esiti di salute delle persone con un trapianto d'organo

Obiettivo 1.1
Confrontare le informazioni del centro regionale per i trapianti con i dati epidemiologici delle persone in lista di attesa e valutare la corrispondenza tra idoneità al trapianto riferita dai centri specialistici per il trattamento della insufficienza d'organo e l'iscrizione in liste di attesa.

Obiettivo 1.2
Attivare ed aggiornare presso il centro di riferimento regionale per i trapianti il registro regionale dei soggetti deceduti con lesioni cerebrali.

Obiettivo 1.3
Valutare la sopravvivenza dell'organo e della persona in coorti di persone trapiantate.

AREA DI INTERVENTO 2: Il processo di valutazione dell'idoneità al trapianto, l'equità alle liste di attesa e la gestione della fase pre-trapianto

Obiettivo 2.1
Promuovere azioni che favoriscano una tempestiva valutazione dell'idoneità al trapianto e di iscrizione nella lista di attesa, specialmente nei gruppi con minori risorse culturali e sociali.

Obiettivo 2.2
Favorire l'integrazione fra area delle cure primarie, secondarie e terziarie nella gestione delle persone candidate al trapianto.

AREA DI INTERVENTO 3: Incremento della disponibilità di organi e dei tessuti destinati a trapianto

Obiettivo 3.1
Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti.

Obiettivo 3.2
Ottimizzare l'utilizzo degli organi e dei tessuti.

Obiettivo 3.3
Organizzare e migliorare i servizi intraospedalieri destinati al reperimento degli organi e all'effettuazione dell'intervento di trapianto.

AREA DI INTERVENTO 4: Promuovere la salute delle persone trapiantate

Obiettivo 4.1
Favorire l'integrazione fra area delle cure primarie, secondarie e terziarie nella gestione delle persone con un trattamento di trapianto.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Integrazione delle informazioni del CRRT e del Registro Dialisi per la descrizione epidemiologica delle persone in lista di attesa e la valutazione della corrispondenza fra idoneità al trapianto riferita dai centri dialisi ed iscrizione in lista di attesa.	Regione, CRRT
1.2	Attivare e aggiornare in collaborazione con il CRRT il Registro Regionale dei soggetti deceduti con lesioni cerebrali.	Regione, CRRT, Istituti di ricovero
1.3	Produzione di coorti di soggetti trapiantati.	Regione
2.1	• Valutazione della idoneità al trapianto nella fase iniziale di insorgenza della indicazioni cliniche al trapianto d'organo. • Identificazione e superamento delle barriere socio-culturali che possono determinare diseguaglianze nell'accesso alle liste di attesa.	Centro specialistico per il trattamento della patologia d'organo, Centro di trapianto
2.2	Realizzazione di un progetto integrato fra Centro di Trapianto, Centro specialistico per la patologia d'organo e MMG per la gestione delle persone candidate al trapianto.	Centro di trapianto, Centro specialistico, MMG, CRRT
2.1, 3.1	Campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini ed agli operatori sanitari promosse dal CRRT, nell'ambito di un progetto di educazione alla salute.	Coordinatori locali delle Aziende sanitarie, CRRT
3.1	Azione programmata sulla donazione e prelievo di organi e tessuti rivolta agli operatori coinvolti nel processo della donazione/prelievo.	CRRT, coordinatore locale, operatori coinvolti nel processo della donazione/prelievo
3.1	Promozione di campagne regionali di informazione rivolte alla solidarietà con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei pazienti, attraverso opuscoli informativi.	Regione, CRRT, Aziende sanitarie, coordinatore locale
3.1	Progetto integrato di formazione permanente CRRT-ASL (Coordinatori locali)-MMG, che renda il MMG protagonista dell'informazione per le famiglie sul tema delle donazioni e dei trapianti.	Regione, CRRT, Aziende sanitarie, coordinatore locale, MMG

segue

3.1	Costituzione in ciascun Istituto sede di DEA di I e II livello di un gruppo di sostegno multidisciplinare per i familiari dei donatori sottoposti a prelievo di organi.	Aziende sanitarie, coordinatore locale, CRRT
3.2	Ottimizzazione del processo di valutazione dell'idoneità degli organi.	CRRT, coordinatore locale
3.3	Azione programmata per le attività di trapianto attraverso l'applicazione di procedure assistenziali e percorsi diagnostici e terapeutici comuni a ciascun centro.	CRRT, Centro di trapianto
4.1	Realizzazione di un progetto integrato fra Centro di Trapianto, Centro specialistico per la patologia d'organo e MMG per la gestione delle "persone trapiantate".	Centro di Trapianto, Centro specialistico, MMG

2.3.6 TUTELA IGIENICO SANITARIA DEGLI ALIMENTI E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

DEFINIZIONE DEL TEMA

I recenti, profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli, hanno determinato, per un crescente numero di individui, la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando mense aziendali, mense scolastiche, fast food e ristorazione pubblica. Nonostante il miglioramento generalizzato degli standard igienici, le patologie di origine alimentare continuano a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica sia per gli aspetti connessi alla loro diffusione, sia per le conseguenze economico-sociali da esse derivanti.

Il 9,1% della popolazione italiana al di sopra dei 17 anni infatti risulta obeso (Istat 1998) e, in particolare, le risultanze di un recente studio epidemiologico, condotto negli anni 1998-1999, sulla popolazione scolastica di III elementare, nella Regione Lazio, hanno evidenziato una prevalenza del 33% di soggetti in soprappeso ed obesi. Inoltre si deve considerare la correlazione tra abitudini alimentari e rischio per patologie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, neoplasie dell'apparato digerente.

Tutto ciò sottolinea l'importanza sempre maggiore della tutela igienico sanitaria degli alimenti e di una idonea prevenzione nutrizionale**,** sia per garantire la sicurezza dei prodotti in tutte le filiere alimentari, sia per assicurare un'adeguata prevenzione delle diverse patologie di origine nutrizionale.

Gli obiettivi fondamentali della Sanità Pubblica riguardano la promozione di stili di vita salutari, tra i quali rivestono primaria importanza i comportamenti alimentari. Infatti,la tutela della salute può avvenire, in quest'ambito, mediante l'applicazione di idonee misure preventive sulle filiere alimentari, dalla produzione primaria al consumatore finale degli alimenti,verificando la loro rispondenza agli standard nutrizionali. Infine la sicurezza e la salubrità di un prodotto alimentare sono dei prerequisiti di qualità, elemento indispensabile per ottenere il consenso del consumatore e, conseguentemente, per conquistare il mercato.

La tutela della salute dei consumatori, si realizza mediante tutti quei controlli atti a garantire la sicurezza igienica e la salubrità dei prodotti alimentari, quali:

- verifica preliminare alla realizzazione e/o attivazione e/o modifica delle imprese di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e vendita degli stessi;
- controllo ufficiale sui prodotti alimentari e sui requisiti delle imprese di cui sopra;
- sorveglianza e relative indagini sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare;
- tutela delle acque destinate al consumo umano;
- sorveglianza sulla commercializzazione ed utilizzo dei prodotti fitosanitari;
- prevenzione delle intossicazioni da funghi;
- attività di informazione ed educazione sanitaria in materia di igiene alimentare.

La prevenzione delle patologie di origine nutrizionale, necessita della pianificazione e la realizzazione di interventi di igiene nutrizionale:

- raccolta mirata dei dati epidemiologici (mortalità, morbosità);
- rilievi sui consumi e sulle abitudini alimentari nonché sullo stato nutrizionale per gruppi di popolazione;

- diffusione di conoscenze e stili alimentari corretti per la popolazione generale e per fasce di popolazione a rischio (prima infanzia, età evolutiva, anziani);
- interventi nutrizionali volti alla predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche utilizzate nella ristorazione collettiva ed indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti;
- formazione in tema nutrizionale per il personale della ristorazione di strutture pubbliche e private;
- consulenza dietetico nutrizionale (prevenzione, trattamento ambulatoriale, e/o terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio), anche in collaborazione con strutture specialistiche e medici della medicina generale e pediatri di libera scelta.

La situazione nel lazio

Nella specifica realtà della Regione Lazio la sicurezza alimentare e l' igiene nutrizionale rivestono un ruolo di alta valenza economica e sociale, per i seguenti motivi:

- Rilevanza numerica della popolazione con importanti nuclei multietnici
- Progressivo incremento di fasce di popolazione a rischio per malattie di origine nutrizionale
- Altissima rilevanza turistica con connessa attività di somministrazione (bar e ristoranti)
- Presenza di porti (Civitavecchia) ed aeroporti (Fiumicino e Ciampino) crocevia di importazione ed esportazione di alimenti di provenienza internazionale
- Presenza di colture agricole specializzate ad alta produttività
- Presenza di mercati agricoli di importanza locale, nazionale e internazionale (mercati generali, mercato di Fondi, ecc.)
- Presenza di grandi industrie alimentari

AREA D'INTERVENTO

Considerata la rilevanza e l'estrema attualità delle diverse problematiche connesse a una corretta e sana alimentazione, gli strumenti previsti da PSR dovranno essere innanzitutto rivolti alla riorganizzazione complessiva dei SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione) e alla definizione delle risorse umane, tecnologiche ed economiche necessarie all'espletamento dei compiti istituzionali previsti dalla legge.
Dovranno inoltre essere definite delle linee operative comuni sull'intero territorio regionale sia in ambito di igiene e sicurezza alimentare, sia in ambito di prevenzione nutrizionale e ciò al fine di garantire dei livelli uniformi d'intervento da parte dei servizi e, quindi, di tutela dei consumatori.
Si dovrà, infine, consentire l'ammodernamento delle tecnologie (in particolare di quelle informatiche), l'adeguamento degli organici disponibili e l'aggiornamento professionale di tutti gli operatori.

OBIETTIVI

Obiettivo 1

Riorganizzare i SIAN sulla base di quanto previsto dagli Artt. 7-ter e quater del D.lgs. N° 229/99 e secondo il modello organizzativo e funzionale indicato dal DM N° 185 del 16.10.98 (prevedendo la costituzione in Area funzionale dell'Igiene degli Alimenti e delle Bevande e Area funzionale dell'Igiene della Nutrizione).

Obiettivo 2

Programmate e potenziare le attività di controllo ufficiale sulle industrie alimentari, con particolare riferimento alle problematiche connesse all'applicazione del D.lgs. N° 155/97

Obiettivo 3

Attivare l'area funzionale dell'Igiene della Nutrizione secondo le competenze previste dal DM N°185 del 16.10.98

Obiettivo 4

Attuare un adeguato iter formativo rivolto agli operatori ASL delle diverse categorie professionali coinvolte in ambito sia di igiene alimentare che nutrizionale.

Obiettivo	Azione	Attore
1	1. Adottare idonei provvedimenti regionali al fine di consentire la riorganizzazione dei SIAN secondo quanto previsto dal DM N°185/98	Regione Lazio
	2. Adottare specifici provvedimenti aziendali per l'attuazione dei modelli organizzativi previsti dalla Regione, ivi inclusa l'istituzione dell' Ispettorato micologico	ASL
2	1. Programmare sistematicamente le attività ispettive e di campionamento secondo quanto previsto dal DPR 14.07.95 e DGR N° 2902 del 1999	ASL
	2. Attuare il D.lgs. N°155/97 attraverso il potenziamento degli interventi di controllo ufficiale e di valutazione dei piani di autocontrollo	ASL
	3. Controllare le materie prime OGM nei prodotti alimentari commercializzati dalla grande distribuzione, con particolare attenzione a quelli destinati alla prima infanzia	REGIONE LAZIO per programmazione e coordinamento ASL per attività sul territorio ARPALAZIO per attività analitica
	4. Sorvegliare la commercializzazione ed utilizzo dei prodotti fitosanitari	REGIONE LAZIO per programmazione e coordinamento ASL per attività sul territorio ARPALAZIO per attività analitica
	5. Controllare i residui di antiparassitari nei prodotti ortofrutticoli	REGIONE LAZIO per programmazione e coordinamento ASL per attività sul territorio ARPALAZIO per attività analitica
	6. Controllare la presenza di micotossine negli alimenti a rischio di contaminazione	REGIONE LAZIO per programmazione e coordinamento ASL per attività sul territorio ARPALAZIO per attività analitica

segue

3	1. Avviare la Sorveglianza Nutrizionale: raccolta mirata di dati epidemiologici (rilievi antropometrici, mortalità, morbosità, ecc.), consumi e abitudini alimentari, rilievi sullo stato nutrizionale per gruppi di popolazione. 2. Realizzare iniziative di informazione ed educazione sanitaria in campo nutrizionale per diffondere le conoscenze di stili alimentari protettivi per il benessere di fasce di popolazione a rischio (prima infanzia, età evolutiva, anziani) o di comunità. 3. Attuare intereventi di Prevenzione Nutrizionale nella ristorazione collettiva con verifica e controllo delle tabelle dietetiche e valutazione della qualità/sicurezza nutrizionale del pasto a partire dalla formulazione dei capitolati. 4. Realizzare iniziative di formazione e aggiornamento in tema nutrizionale per il personale di strutture pubbliche (scuole di ogni ordine e grado, attività socio assistenziali, assistenza domiciliare, ecc.) e private (addetti mense, ausiliari, responsabili produzione vendita e manipolazione di alimenti e bevande, ecc.). 5. Definire interventi nel settore della filiera agroalimentare territoriale e del commercio per la promozione della qualità nutrizionale (etichettatura nutrizionale e sua verifica tramite campionamento, dieta equilibrata, rapporti favorevoli qualità nutrizionale / trattamenti di conservazione). 6. Fornire consulenza dietetica nutrizionale (prevenzione, trattamento ambulatoriale e/o terapia di gruppo per fasce a rischio dì popolazione), anche in collaborazione con strutture specialistiche (Ospedali, Centri di studio e di ricerca,ecc.) e con i Medici di Medicina Generale	ASL ASL ASL ASL ASL ARPA LAZIO per attività analitica ASL
4	1. Assicurare la formazione e aggiornamento continuo del personale ASL, laureato e non, in tema di igiene degli alimenti e di igiene della nutrizione. 2. Avviare, a livello regionale, momenti di confronto programmatici fra gli operatori dei SIAN sulle problematiche connesse alle diverse attività istituzionali	Regione Lazio ASL Regione Lazio

2.3.7 SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

DEFINIZIONE DEL TEMA

Le recenti emergenze che hanno investito il sistema agro-zootecnico-alimentare (Blue-tongue, Diossina, Encefalopatie Spongiformi nei Bovini – BSE – etc.) testimoniano l'importanza che assume la medicina veterinaria pubblica nella prevenzione collettiva per assicurare la salute degli animali e la salubrità degli alimenti di origine animale.

Sanità Pubblica Veterinaria

Nella realtà della regione Lazio la sicurezza alimentare ed il comparto agro-zootecnico rivestono caratteristiche di notevole importanza sia economica che sociale per:

- il vasto bacino di consumo di alimenti, rappresentato anche dal fatto che la nostra Regione è tra le più importanti mete turistiche nazionali;
- il numero di capi ovi-caprini per l'entità del quale il Lazio è la seconda Regione in Italia e, quindi, per l'importanza delle relative produzioni;
- il patrimonio zootecnico di notevole consistenza e qualità anche di pregio (ad esempio: bovini di razza maremmana, bufali, etc.);
- le produzioni di animali di pregio sia di tipo tradizionale e industriale, perfettamente allineate con le indicazioni fornite dalle normative europee.

Considerato:

- che uno degli obiettivi fondamentali della Sanità Pubblica è la promozione di comportamenti e di stili di vita per la salute,
- che questa può avvenire anche attraverso una costante azione di tutela igienico-sanitaria preventiva sugli alimenti di origine animale,
- che gli alimenti influiscono sullo stato di salute, non solo in relazione alla rispondenza agli standard nutrizionali, ma anche ai requisiti globali di qualità,
- che il consumatore orienta i propri consumi verso prodotti che ne ispirano fiducia nei confronti della qualità e della salubrità ed elemento di forza di questa fiducia è rappresentato dal livello di controllo sanitario degli allevamenti e delle produzioni alimentari,

deve essere perseguito il controllo di tutta la filiera produttiva "dal campo alla tavola" da parte dei Servizi Veterinari (SV) delle ASL integrati dalla rete di laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS).
La funzione di tutela sanitaria svolta dalla Sanità Pubblica Veterinaria (SPV) può essere assicurata solo da servizi che operino secondo livelli organizzativi omogenei ed in permanente coordinamento tra loro e con standard di elevata qualità. E', quindi, indispensabile, che vengano individuati i percorsi e le necessarie procedure al fine di accreditare i SV, percorso indispensabile per tutelare gli allevatori ed i produttori di alimenti di origine animale, per la tutela dei prodotti tipici e locali e per quelli di nicchia, per la verifica dei prodotti con certificazione biologica e, soprattutto, per la tutela degli interessi dei consumatori.
Il consumatore richiede agli organi di governo di adottare tutte le misure necessarie a garantire la sanità e la salubrità delle produzioni agro-zootecnico-alimentari. La salubrità degli alimenti e la loro qualità organolettica, merceologica e nutrizionale devono diventare uno degli elementi fondamentali per determinare un nuovo rapporto di fiducia e collaborazione con i consumatori.
Gli aspetti di SPV, evidenziati nel PSR, individuano una serie di problemi, di obiettivi e relative azioni che hanno come scopo finale la necessità di dimostrare al consumatore come il Servizio sanitario pubblico sia sul problema e non all'inseguimento dei problemi che emergono.
Il regime alimentare e gli alimenti che lo costituiscono influiscono sullo stato di salute non solo in relazione alla rispondenza sul piano nutrizionale agli standard raccomandati, ma anche ai requisiti globali di qualità. La ricerca della qualità in ogni settore della filiera agro-alimentare può contribuire in maniera determinante al miglioramento delle caratteristiche di igienicità dei prodotti alimentari. La salubrità degli alimenti è condizionata infatti da numerosi fattori che investono le diverse fasi (produzioni agricole, lavorazione e trasformazione industriale, distribuzione, conservazione ed, infine, preparazione, cottura ed assunzione dei cibi da parte del consumatore); se uno qualunque dei passaggi sopra elencati non si svolge in modo corretto, aumentano le probabilità di rischi per la salute. La SPV è chiamata a perseguire azioni tese a migliorare l'attività allo scambio rapido di informazioni, monitorare la qualità igienico sanitaria degli alimenti somministrati in ambito di ristorazione pubblica collettiva, verificare l'attività di autocontrollo sulla filiera produttiva, attivare sistemi di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari, valutare l'impatto sulla salute umana delle nuove biotecnologie.

In modo specifico la SPV si sviluppa su diverse aree operative che devono tenere conto tra l'altro dello stretto rapporto tra l'uomo e gli animali che si realizza direttamente attraverso la convivenza domestica o indirettamente attraverso il consumo e l'utilizzo di prodotti di origine animale. Il compito della SPV è, quindi, quello di operare per promuovere la salute animale e di quella umana. Infatti, assicurare un adeguato livello di benessere per gli animali costituisce uno strumento importante di prevenzione per la tutela della salute umana.
Gli animali costituiscono anche una fonte significativa di reddito e di occupazione e, dunque, la prevenzione delle malattie del bestiame rappresenta direttamente un interesse economico e benefico dell'intera società.
Le azioni di SPV eseguite attraverso il controllo delle filiere produttive dal campo alla tavola perseguono tutti gli obiettivi sopra elencati ed, in particolare, la tutela igienico-sanitaria sugli alimenti e la tutela degli interessi degli allevatori e dei produttori.
I servizi sanitari devono disporre di un servizio di primo soccorso, come previsto dalla legge regionale 34/97, all'articolo 3 comma b, per i cani randagi feriti.
In ogni ASL, deve esere istituito un servizio per la sterilizzazione gratuita dei cani e dei gatti di proprietà, a favore delle figlie con un reddito anuo inferiore a € 25.900 pari a circa lire 50.000.000 (art. 3 comma f e art. 5 della legge regionale 34/97). Inoltre, deve essere garantito, come previsto dalle norme, il servizio di sterilizzazione gratuita per tutti gli animali randagi o che fanno parte di colonie feline.
I servizi veterinari devono potenziare i controlli inerenti l'omessa iscrizione dei cani all'anagrafe canina e l'omesso tatuaggio dei cani. Conseguentemente va promosso il "cane di quartiere" e vanno potenziate le iniziative di informazione ed educazione volte alla prevenzione del randagismo.

Riferimenti normativi
Le più recenti norme relative alla sanità veterinaria sono:
- la L.R. 11/99 "Riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle regioni Lazio e Toscana";
- il D.lgs 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";
- il D.lgs 146/01 "Attuazione della direttiva 98/58/CE relativa alla protezione degli animali negli allevamenti".

In particolare il D.lgs 229/99 prevede:
- all'art. 7 che il Ministero della Sanità si avvalga degli IZS;
- all'art. 7 bis che le Regioni disciplinino l'istituzione e l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e che quest'ultimo promuova anche azioni volte a rimuovere le cause di nocività e le malattie di origine animale mediante iniziative coordinate;
- all'art. 7 ter la definizione delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione, tra le quali al punto d) quelle della SPV (sorveglianza epidemiologica degli animali, profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale);
- all'art. 7 quater che le Regioni disciplinino l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito dei quali sono previste tre aree dipartimentali di SPV (sanità animale; igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche); i suddetti SV operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia e rispondono dei risultati e delle risorse;
- all'art. 7 sexies che la programmazione regionale individui le modalità di raccordo funzionale tra i SV delle ASL e gli IZS per il coordinamento delle attività di SPV, nonché le modalità integrative rispetto all'attività degli uffici veterinari di porto ed aeroporto e di quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari.

AREA D'INTERVENTO

Gli interventi previsti dal PSR debbono essere indirizzati verso:
1. i SV delle ASL, sotto gli aspetti della organizzazione delle attività, della definizione delle risorse umane, tecnologiche ed economiche, del raccordo tecnico funzionale con l'IZS, del potenziamento delle capacità di informazione, di studio e di ricerca;
2. l'IZS, favorendone l'organizzazione interna anche in relazione alle aree funzionali dei SV delle ASL, il raccordo funzionale con i Dipartimenti di Prevenzione, lo svolgimento dei compiti di alta specializzazione, l'attività di sperimentazione e di ricerca scientifica, il ruolo di formazione ed aggiornamento anche in collaborazione con altre istituzioni ed organismi del settore sanitario ed

agro-zootecnico-alimentare. Tali interventi devono tenere conto dell'organizzazione polifunzionale e policentrica dell'IZS territorialmente concepita in termini di area provinciale o interprovinciale, che svolge altresì altri compiti che possono essere affidati dalla regione Lazio secondo il dettato della L.R. 11/99.

Il PSR deve prevedere risorse finanziarie adeguate per fronteggiare le attuali emergenze sanitarie e per assicurare sufficienti garanzie sanitarie ai consumatori ed agli imprenditori del settore agro-zootecnico-alimentare, nonché per l'adeguamento delle tecnologie, con particolare riguardo a quelle informatiche per la gestione dell'anagrafe degli animali e lo scambio di informazioni tra ASL, IZS e Regione.

OBIETTIVI

Obiettivo 1
Riorganizzazione e coordinamento delle articolazioni di SPV regionale.

Obiettivo 2
Ricerca e trasferimento delle conoscenze da parte dell'IZS alle altre componenti della SPV nel settore della salute e della salubrità degli animali, delle antropozoonosi e dell'igiene e della sanità degli alimenti di origine animale in modo da attivare un sistema di controlli capace di assicurare elevati livelli igienico-sanitari e di protezione del consumatore.

Obiettivo 3
Definizione di linee di indirizzo operative per i controlli integrati di filiera distinti in base alle diverse specie animali ed alla tipologia dei prodotti alimentari, con particolare riguardo alle produzioni tradizionali e tipiche del Lazio.

Obiettivo 4
Sviluppo di sinergie per l'attuazione di progetti mirati tra l'IZS ed altri Enti di ricerca presenti sia nel Lazio, che in ambito nazionale e comunitario.

Obiettivo 5
Adeguamento e sviluppo della rete dei laboratori centrali e periferici laziali dell'IZS.

Obiettivo	Azione	Attore
1	1. Predisposizione di una normativa regionale attuativa degli artt. 7 quater e sexies del D.lgs 229/99 che preveda: - l'organizzazione del SV Regionale (Area della Medicina Veterinaria Pubblica) che rispecchi l'organizzazione Dipartimentale prevista nel D.lgs 229/99; - l'istituzione nel Dipartimento di Prevenzione delle 3 aree dipartimentali di SPV, attribuendone la relativa autonomia.	Regione Regione

segue

2	1. Ricerca di metodiche diagnostiche innovative allo scopo di fare arrivare nei circuiti di consumo animali sani e salubri. 2. Ricerca e sperimentazione di metodologie d'analisi del rischio, con particolare riferimento agli obiettivi di sicurezza degli alimenti ed agli standard di risultato. 3. Studio e verifica delle condizioni igieniche degli allevamenti per migliorare all'origine la qualità igienico-sanitaria di tutte le produzioni animali, alimentari e non alimentari. 4. Attività di controllo e vigilanza per l'eradicazione di TBC, Brucellosi e Leucosi Bovina Enzootica. 5. Sorveglianza delle emergenze sanitarie, in particolare encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) e febbre catarrale degli ovi-caprini (Blue Tongue).	IZS IZS per la formulazione dei piani e per la valutazione dei risultati ASL per organizzazione ed attuazione IZS ASL per attuazione della attività negli allevamenti ASL per attività di sorveglianza negli allevamenti e nei macelli
	6. Predisposizione di un progetto per la creazione dell'anagrafe sanitaria delle popolazioni animali allevate. 7. Predisposizione di un progetto per la creazione dell'anagrafe canina, ai fini della prevenzione del randagismo. 8. Sorveglianza epidemiologica sulle malattie infettive degli animali ai fini del monitoraggio delle stesse e dello studio comparato delle malattie trasmissibili all'uomo. Analisi dei rischi in SPV, rendicontazione delle attività di SPV e dei relativi esiti.	IZS/ASL elaborazione progetto ASL/Comuni/Veterinari libero professionisti ASL/IZS progettazione per l'adeguamento della strumentazione e formazione ed aggiornamento del personale

segue

3	1. Sperimentazione degli strumenti epidemiologici innovativi che consentano la sorveglianza integrata dei processi e la realizzazione di una rete informatica capace di rivelare precocemente l'eventuale insorgere di malattie animali e di effettuare l'analisi del rischio per gli alimenti. 2. Azioni di tutela igienico-sanitaria preventiva sugli alimenti di origine animale perseguendo il controllo delle filiere produttive "dal campo alla tavola" e la verifica dei Piani di Autocontrollo. 3. Progettazione di protocolli e procedure in grado di evidenziare la rintracciabilità di tutti i passaggi della filiera produttiva degli alimenti di origine animale e dei suoi punti critici, in particolare per la prevenzione della BSE. 4. Controllo sull'impiego di materie prime OGM (Organismi Geneticamente Modificati) per l'alimentazione animale. 5. Assistenza agli allevatori ed ai produttori al fine della predisposizione di disciplinari produttivi per la tutela delle produzioni tradizionali e locali e delle produzioni biologiche. 6. Farmaco-sorveglianza sistemica presso gli allevamenti e controllo degli integratori negli alimenti di origine animale.	IZS per l'attivazione di specifiche sperimentazioni ASL per attività sul territorio Regione/IZS per l'emanazione dei Piani ASL per attività sul territorio IZS/ASL per lo studio ed emissione di procedure ASL per attività sul territorio ASL per attività sul territorio IZS per attività analitica IZS/ASL per lo studio e predisposizione di disciplinari IZS/ASL attuazione Piani Nazionali e Regionali
4	Intensificare la collaborazione con gli altri Enti di ricerca mediante: 1. Studio della patologia animale ed organizzazione delle attività veterinarie nell'ambito di aree zootecniche ed economico-produttive omogenee. 2. Formazione ed aggiornamento del personale addetto alle attività zootecniche di produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti di origine animale.	IZS ed altri Enti IZS/ASL Regione
5	1. Adeguamento delle strutture, degli impianti e delle attrezzature dei laboratori della sede centrale dell'IZS e delle sue articolazioni operative territoriali.	Regione per deliberazione

Controllo randagismo e promozione di un corretto rapporto uomo-animale

Le attività sanitarie di igiene urbana e veterinaria si propongono come esperienza di collaborazione tra servizio sanitario regionale, comuni e volontariato, oltre che come elemento di promozione di un corretto rapporto uomo-animale, valido come modello universale di civiltà e di reciproco rispetto.
Per integrare il percorso delineato dalla regione Lazio con la legge regionale n. 34/97 (Tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo), sono necessarie le seguenti azioni:

- Istituzione dell'anagrafe canina regionale, con banca dati centralizzata ed identificazione elettronica;
- Promozione e sperimentazione di nuove metodiche incruente di controllo delle popolazioni sinantropiche;

- Incremento delle attività di controllo demografico degli animali d'affezione, anche con sviluppo di nuove metodiche;
- Definizione di linee guida per l'accreditamento delle strutture utilizzate.

La Giunta regionale, entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano sanitario regionale, adotta specifici provvedimenti per attuare le predette azioni.

Benessere animale

Per migliorare il benessere animale è prevista la realizzazione di un progetto organico con lo scopo di approfondire le conoscenze e le relazioni esistenti fra la salute animale, le patologie condizionate e l'incidenza dei trattamenti farmacologici.

3.0 LE SFIDE PRIORITARIE

Tali sfide rappresentano le aree di intervento che la regione Lazio ritiene prioritarie sulla base dei disagi percepiti dai cittadini, della rilevanza dei problemi di salute collegati e delle criticità organizzative attualmente presenti. Su queste viene chiesto un particolare impegno delle Aziende volto al cambiamento.

Le sfide prioritarie impegnano e vincolano, quindi, tutto il SSR al raggiungimento dei risultati attesi entro il tempo prefissato; pertanto le proposte progettuali ed organizzative di seguito definite hanno il valore e la cogenza di programmi regionali obbligatori per i quali sono previsti finanziamenti vincolati. La loro attuazione verrà considerata tra i criteri di giudizio ai fini della valutazione dei Direttori Generali ed ai fini della retribuzione di risultato attivata all'interno delle Aziende.

I contenuti operativi delle singole Sfide saranno più dettagliatamente sviluppati in appositi "Progetti attuativi" a carattere regionale, di cui ad atti deliberativi successivi. L'elaborazione di tali Progetti vedrà il coinvolgimento delle Aziende sanitarie, attraverso tavoli di confronto con loro rappresentanti tecnici e con l'eventuale apporto di esperti esterni, sotto il coordinamento dell'Assessorato Regionale alla Sanità e con il supporto tecnico dell'ASP.

3.1 EMERGENZA

Il Sistema dell'Emergenza Sanitaria (SES) è formato da una fase di allarme, costituita dalle Centrali Operative del 118 e da due fasi di risposta, quella territoriale, gestita dal Sistema di Soccorso 118, e quella Ospedaliera costituita dalla rete dei PS e dei DEA di I e II livello.
Le disfunzioni che si evidenziano nella gestione del paziente critico sono di rilevante importanza in quanto avvengono nel corso di eventi nei quali la vita è a forte rischio. Le soluzioni vanno ricercate assumendo una logica di sistema integrato, ponendo attenzione particolare al rapporto tra offerta e domanda e considerando che quest'ultima è appesantita da prestazioni senza necessità di urgenza (codici bianchi). Emerge, dunque, la necessità di ridefinire i percorsi e le logiche che determinano sia i trasferimenti primari sia quelli secondari; nonché le regole complessive del sistema dell'emergenza. Lo sviluppo di ulteriori servizi informatici e la formazione mirata al "saper fare" diventano elementi strategici nella gestione e nell'organizzazione dell'emergenza.

Il Sistema dell'Emergenza: il contesto della regione Lazio
Nel tentativo di identificare soluzioni e modelli organizzativi per la gestione del sistema dell'emergenza, è indispensabile premettere che oltre il 95% dei PS/DEA del Lazio aderisce ad un progetto di informatizzazione denominato GIPSE, tale per cui è univoco ed omogeneo il linguaggio ed il modello organizzativo dalle strutture più complesse (DEA II livello) a quelle più semplici (PS). Inoltre, tutte le strutture di emergenza del Lazio devono obbligatoriamente fornire alla Regione un set di 33 informazioni nel contesto del SIES.
Nel Lazio l'attivazione del SIES permette, dunque, di disporre di dati analitici, sia sulle attività di emergenza sia su quella del SES 118.

La rete dell'emergenza nel Lazio è costituita da 60 strutture, di cui 35 PS, 18 DEA di I livello e 7 DEA di II livello. Mentre i PS ed i DEA di I livello sono distribuiti nelle varie Province del Lazio, i DEA di II livello sono tutti situati nella città di Roma.

Su un totale di 1.973.930 accessi nei PS del Lazio nel 2000 e di 2.188.941 nel 2001, è possibile avere dettagli relativamente all'anagrafica del paziente, compresa la residenza per circoscrizione su Roma, sulle modalità e condizioni all'ingresso, sulle diagnosi e prestazioni effettuate, sull'esito dell'accesso.

La maggioranza degli accessi in PS sono relativi ai DEA di I e II livello (66% anno 2000; 65% anno 2001). I pazienti hanno tempi medi di permanenza in PS, dalla registrazione e conseguente apertura della cartella clinica alla dimissione, di circa 30' nel 40% dei casi, entro 1 ora e mezza nel 32% dei casi, fino a 8 ore nel 24% dei casi oltre 8 ore in casi sporadici. La maggioranza dei pazienti arriva autonomamente in PS (82% anno 2000) (84% anno 2001) e soltanto il 7,4% per il 2000 e il 7,8% per il 2001 giungono mediante ambulanza del SES 118. L'invio del paziente in PS è determinato dal MMG soltanto nell'1,9% per il 2000 e nel 3,7% dei casi per il 2001 e dalla guardia medica nello 0,4% dei casi nel 2000 e nello 0,3% nel 2001. La distribuzione dei pazienti per codice triage evidenzia una quota elevata di codici verdi (61% anno 2000; 66% anno 2001), seguiti dai codici bianchi (24% anno 2000; 21% anno 2001). Non viene eseguito il triage nel 7,3% degli accessi (anno 2000) e nel 4,4% (anno 2001). L'esito degli accessi di PS vede un rinvio al domicilio del 68,7% dei pazienti nel 2000 e del 68,3% nel 2001, un 20% di ricoveri (anni 2000 e 2001), 1,5% di trasferimenti (anni 2000 e 2001), 0,06% di decessi nel 2000 e 0,07% nel 2001, 6,3% di pazienti che rifiutano il ricovero (anni 2000 e 2001) e 2,9% di non risposta alla chiamata nel 2000 e 3,3% nel 2001. Nel 2000 la media regionale di prestazioni effettuate per singolo accesso e per codice istituto è di 2,2, con un minimo di 1,0 ed un massimo di 3,3. Nel 2001 la media delle prestazioni è pari al 2,3% con un minimo di 1,1 ed un massimo di 3,5%. La diagnosi prevalente è la patologia traumatica (36,7% anno 2000; 34,3% anno 2001) seguita dagli stati morbosi mal definiti (16% anni 2000 e 2001), malattie del sistema nervoso (7,7% anno 2000; 8,8% anno 2001) e malattie cardiovascolari (5,7% nel 2000 e 5,2% nel 2001).

I pazienti trasportati in PS con ambulanza del SES 118, hanno come esito l'invio a domicilio nel 41,8% dei casi nel 2000 e nel 39,6% nel 2001, il ricovero nel 40,8% dei casi nel 2000 e nel 42% nel 2001, il trasferimento ad altri ospedali nel 5,2% dei casi (anno 2000) e nel 5,4% (anno 2001), mentre l'8,8% (anno 2000) e il 9,1% (anno 2001) rifiuta il ricovero. L'esito degli accessi di PS tramite elisoccorso è in maggior parte l'invio a domicilio (65,3% anno 2000; 30,1% anno 2001).

In merito ai trasferimenti del paziente critico nella rete dell'emergenza, si evidenzia che questi avvengono anche tra strutture di pari complessità assistenziale e nello specifico tra DEA di I livello (8,6% anno 2000; 7,9% anno 2001) e tra DEA di II livello (8,4% anno 2000; 7,9% anno 2001) e tra strutture di maggior complessità assistenziale verso quelle di minor complessità assistenziale, in particolare tra DEA di I livello e PS (11% anni 2000-2001), tra DEA di II livello e DEA di I livello (3,8% anno 2000; 3,7% anno 2001) e tra DEA II e PS (0,7% anno 2000; 1,34% anno 2001).

Gli accessi alle strutture di emergenza ad elevato rischio di inappropriatezza - definiti come gli accessi autonomi in PS, con triage bianco, e che hanno come prestazione unica la visita generale e dimessi a domicilio – hanno una media regionale di 6,4% sul totale degli accessi nel 2000, con una media specifica per tipologia di struttura così articolata: PS 4,6%; DEA I 6,0%; DEA II 8,9% e una media di 5,16% nel 2001 con una media specifica per struttura pari a 2,67% per i PS, 5,72% per i DEA I e 7,54% per i DEA II.

Le criticità che si evidenziano sono dunque: la maggioranza dei pazienti arriva in PS autonomamente; lo scarso ricorso al MMG prima dell'accesso al PS; l'alta percentuale di casi di non emergenza; la non attribuzione di un codice di differibilità; l'elevata quota di pazienti che ritornano al proprio domicilio, sia quando l'accesso è autonomo, che quando vengono trasportati con ambulanza del SES 118 e addirittura tramite l'elisoccorso; i trasferimenti in orizzontale tra le strutture di pari complessità assistenziale, nonché, anche se in misura limitata, tra strutture di maggiore complessità e quelle di minore complessità assistenziale; la quota di inappropriatezza degli accessi nei DEA di II livello.

A - OBIETTIVO GENERALE: RIDEFINIRE L'OFFERTA

A.1. OBIETTIVO SPECIFICO

APPROPRIATA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO: CRITERI E MODELLI ORGANIZZATIVI

La normativa in vigore (DGR 4238/97) definisce come criterio di afferenza alle strutture di emergenza le aree di riferimento territoriali, così che un paziente soccorso in una determinata area viene avviato presso

l'ospedale del livello adeguato, competente per bacino d'utenza. Si possono a questo punto evidenziare alcune criticità:

- l'ospedale di riferimento ha in trattamento una quantità tale di pazienti di codice triage rosso e giallo da non permettere un immediato intervento su nuovi pazienti gravi;
- l'ospedale di riferimento non ha disponibilità di p.l. e/o di sale operatorie;
- l'ospedale di riferimento non è idoneo a trattare il paziente, sia per la gravità della patologia sia per la mancanza di adeguate strutture specialistiche.

Inoltre, la localizzazione di tutte le strutture sede di DEA di II livello nella città di Roma crea notevoli problemi nella gestione complessiva del paziente critico.
Tutto ciò può esitare in una eccessiva, non necessaria e potenzialmente pericolosa attesa per accedere alle cure, nonché in un trasferimento secondario che espone a rischi generici e specifici sia il paziente, sia i sanitari addetti al trasferimento.
I bacini di afferenza ai DEA di II livello hanno semplificato la gestione del paziente critico nelle strutture periferiche del SES, pur lasciando aperte diverse problematiche.
Appare, dunque, necessario introdurre dei correttivi alla normativa che regola il trasporto del paziente verso il luogo di cura definitivo. La scelta di avviare "il paziente giusto all'ospedale giusto nel tempo giusto" consiste nel fatto che il personale di soccorso, una volta individuata la necessità di cura del paziente, lo indirizzi, immediatamente, alla struttura che risponda contemporaneamente ai criteri di appropriatezza ed efficacia del trattamento necessario.
L'attuale mancanza di alcune alte specialità in alcuni DEA di II livello, quali Chirurgia Maxillofacciale, Cardiochirurgia e Chirurgia Pediatrica determina oggi una serie di problematiche in particolar modo relative ai trasferimenti interospedalieri. L'introduzione di un sistema di *by-pass*, inteso come movimento intenzionale di un paziente dalla scena dell'evento verso un ospedale specifico, non necessariamente l'ospedale più vicino, basato sui bisogni medici rilevati, rappresenta in determinate situazioni la risposta più efficace rispetto alle esigenze del paziente stesso.
I criteri che possono essere utilizzati nella gestione dell'invio del paziente all'idonea struttura possono essere sintetizzati come segue:

1. geografico: l'ospedale più vicino;
2. infrastrutturale: l'ospedale più facilmente raggiungibile per ragioni legate alla tipologia delle strade o al traffico;
3. disponibilità al trattamento;
4. livello di cura: quello più idoneo a trattare la patologia acuta per funzioni diagnostico-terapeutiche attive;
5. offerta specialistica: quello idoneo a trattare la patologia specialistica unica ed evidente;
6. bacini di utenza effettivi: afferenza spontanea e/o sistematica alle strutture di emergenza.

Nel Lazio già dal 1999 con l'attivazione del SIES si è cercato di introdurre il triage quale criterio di selezione della differibilità del trattamento dei pazienti delle strutture di emergenza. Recentemente la Conferenza Stato Regioni si è favorevolmente pronunciata sull'obbligatorietà del triage in strutture di PS con un numero di accessi superiore a 25.000/anno o con flussi periodicamente elevati ed irregolari. Ad oggi non tutte le strutture di emergenza laziali utilizzano sistematicamente tale modello organizzativo dei pazienti; in particolare, soprattutto a livello provinciale si assiste, talora, al trasferimento di pazienti critici in ospedali non dotati delle specialità e delle tecnologie richieste dal caso.
Elemento concreto per determinare una rapida evoluzione del SES appare l'istituzione della Commissione per l'Emergenza Sanitaria, prevista dalle LG Ministeriali, che dovrà rappresentare la sede di confronto tra istituzioni ed esperti, di supporto tecnico alle decisioni Regionali e di elaborazione delle linee di intervento in questo settore.
Al fine di verificare le caratteristiche strutturali ed organizzative dei PS e dei DEA del Lazio, è indispensabile realizzare un censimento sistematico delle strutture per consentire alla Regione di avere piena e costante conoscenza della situazione del sistema, in termini di offerta, per poterne governare le dinamiche e rendere meglio interpretabili i dati prodotti dal SIES.
E', inoltre, indispensabile procedere ad un vero processo di Accreditamento delle strutture del SES, al fine di garantire la qualità delle prestazioni e l'effettiva capacità di risposta assistenziale, utilizzando standard che tengano conto dei volumi di attività, del *case-mix* e del livello di complessità delle strutture, promovendo un corretto uso delle risorse.

A garanzia del rispetto e a tutela della dignità del paziente in tutte le fasi dell'intervento di emergenza viene attivato il comitato etico già previsto dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n.1004/94, che vede la partecipazione, oltre che di esperti del settore, anche di associazioni di rappresentanza dei cittadini e dei malati.

AZIONI

- Ridefinizione da parte della Regione della rete dei DEA di I e II livello alla luce del esperienze maturate negli ultimi anni e in relazione alla prossima apertura di nuove strutture ospedaliere che potrebbero essere inserite nella rete dell'emergenza (S. Andrea, PTV, DEA di I Livello a Sora e II livello all'Ospedale di Frosinone Umberto I)
- Ridefinizione dei criteri di afferenza, per la gestione dell'indirizzo del trasporto primario e secondario del paziente critico per la tempestiva, adeguata ed appropriata collocazione del paziente critico, al fine di indirizzarlo alla struttura più idonea, più vicina e maggiormente disponibile per un trattamento immediato.
- Applicazione sistematica del triage, quale modello di indirizzo e selezione del paziente.
- Incentivazione ad introdurre il triage in tutte le strutture di emergenza, anche utilizzando la leva della remunerazione.
- Istituzione della Commissione regionale per l'Emergenza.
- Censimento delle strutture del SES.
- Promozione di un percorso di Accreditamento delle strutture del SES.
- Ridefinizione dei bacini d'utenza in funzione delle effettive afferenze e di indicatori di attività ospedaliera che definiscano il livello di assistenza offerto, non solo sulla base delle strutture disponibili, ma anche delle funzioni offerte e dei risultati ottenuti con particolare attenzione alle aree che comprendono l'aeroporto intercontinentale di Fiumicino e la fascia costiera della Regione, e con particolare attenzione alle aree che comprendono il territorio del sorano, confinante con il Parco Nazionale dell'Abruzzo e tale fascia del Comino e del Liri.
- Verifica della fattibilità di un sistema di *"by-pass"*.
- Definizione degli indicatori, sia di processo che di risultato, per singola struttura.
- Valutazione della fattibilità relativa all'attivazione di DEA di II livello nelle Province (uno nel Nord e uno nel Sud della Regione) per arginare le difficoltà delle strutture di Roma e ridurre i tempi di accesso e di trattamento dei pazienti critici, anche con l'utilizzo dell'elisoccorso, oggi pienamente attivo.
- Attivazione del Comitato Etico
- Valutazione della fattibilità per l'attivazione di DEA di II livello presso il P.T.V. d'intesa con l'Università.
- Incrementare funzioni assistenziali dedicate alle necessità specifiche dei politraumatizzati – tipo trauma center – secondo modelli da definire.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	**Attori**	**Tempi (mesi)**
Ridefinizione dei criteri di afferenza per la gestione del paziente critico	Regione, ASP	4
Applicazione sistematica del *triage*, quale modello di indirizzo e selezione del paziente	Aziende	2
Incentivazione ad introdurre il *triage* in tutte le strutture di emergenza, anche utilizzando la leva della remunerazione	Regione, Aziende	1
Istituzione della Commissione regionale per l'Emergenza	Regione	1
Censimento delle strutture del SES	Regione, ASP	2
Promozione di un percorso di Accreditamento delle strutture del SES	DSSR, ASP, Aziende	12-24
Ridefinizione dei bacini d'utenza	ASP	4
Verifica della fattibilità di un sistema di *by-pass*	ASP	6
Definizione degli indicatori sia di processo sia di risultato per	ASP	12

singola struttura		
Valutazione della fattibilità relativa all'attivazione di DEA di II livello nelle Province	Regione, ASP	12
Attivazione del Comitato Etico	Regione	1

A.2 OBIETTIVO SPECIFICO

INVESTIMENTO SULLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NELL'EMERGENZA: FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E POLITICHE DEL PERSONALE DELL'EMERGENZA

La promozione dell'adeguamento delle competenze e della professionalità degli operatori del SES costituisce un elemento di qualità di un sistema d'emergenza. Dalla revisione sistematica della letteratura sul tema, emerge chiaramente la necessità che gli operatori dell'emergenza abbiano una base comune di conoscenze del sapere, del saper fare e del saper essere. Un sistema dell'emergenza deve poter garantire che tutti i suoi operatori interagiscano allo stesso livello professionale, nello specifico delle proprie competenze, utilizzando un linguaggio ed una metodologia comune. In particolare, il personale infermieristico, viste le specifiche competenze, deve essere addestrato ad agire in modo da saper riconoscere i segni clinici di rischio e di gravità e prendere gli opportuni provvedimenti atti a salvare vita, organi e funzioni nel paziente critico, perfettamente fasato con il medico dell'emergenza.
La formazione e l'aggiornamento professionale per il personale operante nei PS, nei DEA e nel Lazio Soccorso 118, dovrà realizzarsi definendo opportuni Piani Formativi tesi al raggiungimento di standard considerati appropriati a livello internazionale.
Si ritiene indispensabile uniformare i comportamenti degli infermieri del SES riguardo alle modalità di effettuazione del triage, visto che nell'ambito regionale devono essere utilizzati gli stessi criteri di classificazione di gravità nell'accesso dei pazienti all'emergenza. In particolare, da controlli effettuati sul SIES si evidenziano difformità nell'attribuzione dei codici colore tra varie strutture.
Non meno rilevanti degli aspetti clinici sono gli aspetti organizzativi e gestionali delle strutture di emergenza, ivi compreso l'obbligo informativo del SIES e la conseguente possibilità di valutare l'attività delle singole strutture attraverso i dati raccolti e di effettuare analisi epidemiologiche. Dal momento che il sistema dell'emergenza "parla" un linguaggio comune tramite il sistema GIPSE sarebbe opportuno che gli addetti al sistema GIPSE siano costantemente aggiornati sugli aspetti tecnici della procedura.
Per le attività gestionali ed epidemiologiche diventa anche essenziale disporre di una buona qualità della codifica delle informazioni dei SSII specifici, per cui è ravvisabile l'indifferibilità della formazione sulla codifica utilizzata nei SSII, specialmente riguardo all'uso anche mirato dell'ICD-9-CM. Occorre anche definire corsi specifici per l'implementazione di LG organizzative.
E' estremamente importante anche l'adozione di politiche incentivanti sia in termini economici che professionali per motivare gli addetti all'emergenza, che per la loro specificità professionale vanno incontro ad una documentata sindrome da *burn out* e quindi, vivendo quotidianamente situazioni ad alto contenuto emotivo e stressanti, necessitano di un supporto sostanziale. Pertanto si dovrà prestare la massima attenzione a tali aspetti.

AZIONI

- Richiedere che le risorse umane dell'emergenza (PS e Lazio Soccorso 118), attraverso la definizione di opportuni Piani Formativi, seguano corsi di aggiornamento e formazione per mantenere e/o raggiungere uno *skill* adeguato, così come da standard internazionali. I principali corsi che dovranno essere proposti sono i seguenti:

A) Clinici:

- Basic Life Support (BLS), supporto vitale di base, con uso del defibrillatore (BLSD) per infermieri e medici, Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA).
- Basic Life Support pediatrico, supporto vitale di base mirato all'età pediatrica (BLSP) per infermieri e medici.
- Pre-Hospital Trauma Life Support (PHTLS), trattamento preospedaliero del paziente traumatizzato, per infermieri e medici.

- Advanced Cardiac Life Support (ACLS), trattamento avanzato del paziente con emergenze cardiovascolari incluso l'arresto cardiaco, l'infarto acuto del miocardio e lo stroke; per medici.
- Advanced Trauma Life Support (ATLS), trattamento avanzato del paziente traumatizzato all'arrivo nel PS; per medici.
- Corsi di Triage per infermieri.

In sintesi:

MEDICI DI PS	INFERMIERI	AUSILIARI/OTA
BLSD	BLSD	BLSD
ACLS	BPLS	
ATLS	BPTLS	
BLSP	PHTLS	
BPTLS	TRIAGE	

B) Organizzativo Gestionali:

- Corsi sul Sistema GIPSE per infermieri e medici.
- Corsi di assistenza alla codifica per medici. In particolare dovrà essere attivata una formazione specifica per l'assistenza alla codifica ICD-9-CM dei traumi in base alla gravità (AIS) per l'implementazione di LG sull'argomento, redatte da uno specifico gruppo di lavoro coordinato dall'ASP.
- Corsi di implementazione di LG clinico-organizzative. In particolare verrà effettuata l'implementazione delle "LG clinico organizzative sui trasferimenti interospedalieri del paziente critico nella rete dell'emergenza" redatte da un gruppo di lavoro di esperti coordinato dall' ASP Lazio.

Dovranno, inoltre, essere messe in atto altre tipologie di corsi di formazione sull'approccio clinico.

- Definire modalità e tempi per incentivare, sia economicamente che professionalmente, il personale dell'emergenza

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Corsi Clinici di aggiornamento e formazione	ASP, Aziende sanitarie	12
Corsi di triage per infermieri	ASP, Aziende sanitarie	6
Corsi organizzativo gestionali	ASP, Aziende sanitarie	3

A.3. OBIETTIVO SPECIFICO

DEFINIZIONE DI UNA STRATEGIA REGIONALE DI RILEVAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA NEL SISTEMA EMERGENZA

L'emergenza rappresenta un punto di incontro tra utente e servizio sanitario critico e di elevata complessità tecnico-organizzativa. La frequenza dei contatti e la particolare tipologia di rapporto sistema-utente rende l'emergenza un'area generalmente ad alto tasso di reclami che sollecitano l'implementazione di azioni volte a migliorare i processi gestionali e sociali dell'assistenza. La possibilità di monitorare la qualità percepita dai pazienti, di approfondire i motivi della loro insoddisfazione e di avviare cicli di correzione delle criticità rappresenta pertanto un obiettivo fondamentale all'interno del programma regionale di sviluppo della qualità che pone il cittadino al centro del sistema salute. Affinché ciò si realizzi occorre disporre di idonee procedure diffuse e condivise e di strumenti di rilevazione che siano pertinenti agli obiettivi di indagine validi, riproducibili, nonché agili e congruenti con i modelli teorici.

AZIONI

- Ricerca e analisi della letteratura nazionale e internazionale, con particolare attenzione al disegno dello studio, agli strumenti utilizzati e alla valutazione dei risultati, ottenuti da esperienze ritenute significative, in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza.
- Individuazione di metodologie appropriate all'indagine nell'area dell'emergenza.
- Sperimentazione nell'ambito di alcuni Pronto soccorso selezionati tra le strutture che volontariamente aderiranno al progetto.
- Analisi dei dati e valutazione delle procedure e degli strumenti.
- Diffusione dei risultati anche attraverso attività informative e formative rivolte al personale operante nei PS e nei DEA.
- Definizione di un programma di periodica rilevazione della qualità percepita diretto a tutti i PS del Lazio, improntato al benchmarking e finalizzato al miglioramento continuo della qualità.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Analisi della letteratura e delle esperienze	ASP	2
Individuazione di metodi e strumenti	ASP	4
Sperimentazione in alcuni PS	ASP, Aziende sanitarie	4
Valutazione dei risultati	ASP	1
Diffusione dei risultati	ASP	1
Elaborazione proposta programma regionale	ASP	4

A.4. OBIETTIVO SPECIFICO

INTRODUZIONE DI STRUMENTI EFFICACI DI GESTIONE: ADOZIONE DI LINEE GUIDA E DI CONSEGUENTI PROTOCOLLI

Le LG, da intendersi come "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche" *(Institute of Medicine Washington DC, 1992),* rappresentano un'interpretazione, condivisa in ambito professionale, delle informazioni scientifiche disponibili. Costituiscono, pertanto, uno strumento utile a migliorare la qualità dell'assistenza proprio perché, tra i requisiti essenziali, si prevedono: la revisione sistematica, la classificazione delle evidenze disponibili e la pratica del confronto con gli operatori direttamente interessati. In sintesi, le LG sono asserzioni sistematicamente sviluppate per assistere le decisioni dei medici circa l'appropriata cura della salute per specifiche circostanze cliniche.

Occorre distinguere le LG sia dai *protocolli* - schemi pre-definiti di comportamento diagnostico-terapeutico, di fatto una sequenza di comportamenti puntualmente definiti -, sia dagli *standard* - valori soglia di un determinato indicatore o di frequenza di offerta di un certo Servizio, o ancora di performance per un determinato intervento, al di sotto del quale una certa prestazione diventa subottimale.

Il processo sistematico attraverso il quale vengono elaborate distingue le *LG* dai *protocolli*, i quali sono in generale strumenti rigidi di esplicitazione di linee di comportamento ritenute ottimali e non sono né specificamente concepiti per assistere nella decisione clinica (comprendendone le componenti ed i determinanti) né il risultato di un percorso preciso e sistematico di analisi dei processi decisionali.

L'ASP della regione Lazio ha coordinato l'attività di vari gruppi di lavoro preposti alla stesura di LG sia clinico–organizzative, che di supporto alla codifica ICD-9-CM.

Sui temi dell'emergenza sono stati elaborati due documenti:

- LG clinico organizzative sui trasferimenti del paziente critico nella rete dell'emergenza;

- LG per l'uso della classificazione ICD-9-CM nella codifica degli eventi traumatici.

Le più importanti società scientifiche mondiali hanno sviluppato numerose LG riferibili all'emergenza come l'ACEP (American College of Emergency Physicians), l'ACEM (Australasian College of Emergency Medicine), l'ACS (American College of Surgeons, Committee on Trauma), l'Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST), l'ACCM (American College of Critical Care Medicine), la SFAR (Société Francaise d'Anesthésie et de Réanimation), (SCCM) Society of Critical Care Medicine, l'AHA (American Heart Association), etc. Come le suddette anche molte Società scientifiche nazionali si sono cimentate nella formulazione di LG.

AZIONI

- Validazione ed implementazione delle LG cliniche e clinico-organizzative esistenti, per consentire il miglioramento della pratica clinica ed informare i pazienti sulle diverse opzioni di comportamento disponibili.
- Definizione di LG organizzative e cliniche, preferibilmente costruite sull'EBM, che rendano omogenei l'organizzazione e la gestione nell'emergenza.
- Implementazione LG clinico organizzative sui trasferimenti del paziente critico nella rete dell'emergenza.
- Implementazione LG per l'uso della classificazione ICD-9-CM nella codifica degli eventi traumatici.
- Continuo aggiornamento delle LG già prodotte, tenendo conto dei cambiamenti nelle conoscenze mediche e nella pratica e particolarmente dei risultati di studi randomizzati e di meta-analisi.
- Implementazione di specifici protocolli, intesi come schemi pre-definiti di comportamento diagnostico-terapeutico, di fatto una sequenza di comportamenti puntualmente definiti.
- Elaborazione e adozione di specifici protocolli a partire dalle LG individuate.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	**Attori**	**Tempi (mesi)**
Validazione ed implementazione delle LG cliniche e clinico-organizzative esistenti	ASP	6
Definizione di LG organizzative e cliniche	ASP	12
Implementazione LG clinico organizzative sui trasferimenti del paziente critico nella rete dell'emergenza	Regione	1
Implementazione LG per l'uso della classificazione ICD-9-CM nella codifica degli eventi traumatici	Regione	1
Continuo aggiornamento delle LG già prodotte	ASP	24-36
Elaborazione e adozione di specifici protocolli	Regione, ASP	12

A.5 OBIETTIVO SPECIFICO

POTENZIAMENTO DEI SERVIZI INFORMATICI A SUPPORTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA

Il potenziamento dei servizi informatici a supporto del sistema dell'emergenza dovrà essere raggiunto sviluppando i tre seguenti progetti:

1) la rete dell'emergenza: integrazioni e servizi di rete;
2) controllo in linea della disponibilità di p.l. e sale operatorie;
3) integrazione tra Sistema GIPSE-SI 118.

Per ciascun progetto verranno evidenziate le azioni conseguenti per la realizzazione dell'obiettivo in questione.

PROGETTO 1. LA RETE DELL'EMERGENZA: INTEGRAZIONI E SERVIZI DI RETE

Il progetto GIPSE, che è attualmente in una fase di piena operatività e per il quale si sta provvedendo al completamento dell'installazione della *release GIPSE 2*.0 presso tutte le strutture di emergenza regionali, fa della regione Lazio un punto di eccellenza a livello nazionale per quanto riguarda lo sviluppo e la sperimentazione dei servizi di emergenza integrati sia dal punto di vista organizzativo che tecnologico. Da un punto di vista organizzativo la Regione ha, infatti, indicato il modello di riferimento per l'emergenza, mentre a livello tecnologico è stato completato il processo di informatizzazione delle strutture ospedaliere di emergenza ed è in corso la sperimentazione dell'integrazione con il sistema di allarme (118).

In questo scenario di informatizzazione capillare, che prevede l'utilizzo di un minimum data set omogeneo di dati che le strutture possono scambiarsi e condividere, diventa, allora, importante promuovere lo sviluppo di una serie di servizi di rete accessibili sia tramite la rete privata dedicata (linee ISDN e CDN), che la rete pubblica (Internet) in grado di soddisfare le diverse esigenze regionali (programmazione) e degli utenti (ricerca, scambio di dati su pazienti che nel tempo accedono a più strutture, etc).
In questo senso è possibile realizzare una serie di azioni che possono, in breve tempo, portare al raggiungimento degli obiettivi del progetto.

AZIONI

Definizione delle specifiche relative allo sviluppo del sistema GIPSE *ON LINE* in un'ottica di implementazione di una rete regionale dell'emergenza che, basandosi sulla attuale piattaforma GIPSE, ne preveda lo sviluppo in termini di servizi di *e-government* in sanità con particolare riferimento alle funzioni di integrazioni e servizi di rete ad alto valore aggiunto.

- Creazione di un *Datawarehouse* regionale dell'emergenza, ad accesso pubblico e privato, in grado di raccogliere e monitorare i dati di attività del sistema emergenza in modo da:
  - rendere disponibile all'ASP una banca dati relativa ai pazienti di PS/DEA della Regione, completa, aggiornata ed ottimizzata per effettuare interrogazioni sia di tipo riepilogativo (statistiche), che puntuali come, ad esempio, stato di afflusso ai PS/DEA, tempi di attesa, etc.;
  - ottimizzare lo scambio dati tra i PS della regione Lazio e l'ASP eliminando gli attuali protocolli di export-invio-import ed elaborazione;
  - rendere disponibile all'ASP una banca dati preparata per effettuazione di analisi evolute quali *data mining, trend analisys* e *forecasting.*
- Sviluppo di servizi di rete per il consulto remoto (dati ed immagini) e il *dispatch* dei pazienti verso i centri di eccellenza regionali.
- Sviluppo di strumenti informatici in grado di diffondere ed utilizzare in modo omogeneo le LG validate a livello regionale e la raccolta dati ad hoc (Data Entry Management).
- Sviluppo di servizi di visibilità incrociata per il trasferimento, in caso di necessità, del *medical record* tra le diverse strutture di emergenza coinvolte nel trattamento del paziente.
- Sviluppo di servizi di visibilità incrociata e continuità assistenziale che consentano a tutti gli operatori clinici autorizzati la navigazione tra le informazioni principali, cliniche e non, del singolo paziente, rilevate da tutti i PS facenti parte della rete.

TIPO DI SERVIZIO	
1	Messaggi/documenti
2	Posta elettronica
3	Condivisione dati clinici
4	LG
5	Allertamenti
6	Dispatch

Tali informazioni opportunamente strutturate potranno successivamente essere rese disponibili a livello territoriale attraverso l'attivazione dei servizi di continuità assistenziale. In questo senso il MMG potrà consultare pagine HTML con i dati relativi agli accessi in PS/DEA dei propri pazienti (esempio: epicrisi).

- Sviluppo di cartelle specialistiche orientate al trattamento ed al monitoraggio di specifiche patologie (trauma, patologie cardiovascolari, etc.).
- Creazione di una banca dati regionale sull'emergenza con alimentazione dei dati da GIPSE verso VPN (Virtual Private Network).
- Integrazione fra le rete di emergenza del 118 e la VPN del Sistema GIPSE per consentire lo scambio dei dati relativi all'emergenza (come ulteriore sviluppo del progetto 3).

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Creazione di un *Data Warehouse* regionale dell'emergenza	ASP	36
Sviluppo di servizi di rete per il consulto remoto ed il *dispatc*h dei pazienti	ASP	36
Data Entry Management	ASP	12
Sviluppo di servizi di visibilità incrociata per il trasferimento	ASP	36
Sviluppo di servizi di visibilità incrociata e continuità assistenziale	ASP	36
Sviluppo di cartelle specialistiche per il trattamento ed il monitoraggio di specifiche patologie	ASP	36
Sviluppo del VPN	ASP	12
Integrazione fra le rete di emergenza del 118 e la VPN del Sistema GIPSE	ASP	24

PROGETTO 2. CONTROLLO IN LINEA DELLA DISPONIBILITÀ DI POSTI-LETTO E SALE OPERATORIE

L'utilizzazione di informazioni standardizzate e tempestive relative all'effettiva disponibilità di p.l. e la loro reale occupazione, specie nei reparti legati fortemente all'emergenza (terapie intensive e sub-intensive, UTIC, cardiochirurgie, neurochirurgie, etc.), rappresenta un ulteriore elemento di gestione organizzata e mirata del paziente critico in un sistema che si propone appunto come rete. Tutto ciò permette ancora di più quell'invio del paziente "giusto alla struttura giusta", integrando informazioni provenienti dai PS e dai reparti in cui dovrebbe trovare definitiva accoglienza il paziente stesso. Anche la conoscenza della disponibilità di sale operatorie diventa informazione essenziale per la gestione del paziente critico entrato nella rete dell'emergenza. In sostanza, la risposta del sistema di emergenza, con tutti i suoi attori, deve essere tale che si abbia la sensazione di trovarsi in un'unica struttura in cui si accede dal PS e si viene trasportati alla definitiva destinazione per il trattamento definitivo. Proprio per integrare informazioni relative alla disponibilità di p.l. e sale operatorie nelle strutture di ricovero del Lazio, verrà attivato, un nuovo flusso informativo relativo alle seguenti iniziative:

- la definizione di nuovi modelli di rilevazione dati;
- l'integrazione con sistemi di rilevazione esistenti (SIO, GIPSE-SIES, SI 118);
- il disegno e sviluppo di nuovi strumenti di rilevazione mediante Internet;
- "la progettazione di un corso di formazione per gli operatori del sistema a vari livelli".

Il progetto prevede lo sviluppo di procedure snelle con strumenti di gestione e raccolta dati poco complessi in modo da facilitare la tempestiva rilevazione e aggiornamento delle informazioni. Il sistema viene concepito sfruttando tecnologie di ultima generazione in modo da impostare un nuovo modello di rilevazione dati in linea via Internet, ma in grado da poter essere aggiornato ed aggiornarsi a seconda delle necessità.

AZIONI

- Disegnare, progettare e sviluppare un'anagrafe dei p.l. della regione Lazio, gestita dinamicamente dalla Regione, ASP, ASL e Ospedali/Case di Cura.
- Progettare e sviluppare l'architettura tecnologica, hardware e software, per la gestione dell'anagrafe dei p.l. tramite procedure informatizzate via Internet.
- Sviluppare procedure automatizzate per la pubblicazione giornaliera di *report* sull'andamento dell'occupazione dei p.l. via Internet.
- Disegnare, progettare e avviare la rilevazione "*on-line*" delle informazioni sui ricoveri ospedalieri (SIO in linea) mediante la rete Internet.
- Progettare e sviluppare procedure di *linkage* con il SIO, GIPSE-SIES, SI 118 (vedi Progetto 3).
- Sviluppare strumenti automatizzati di interrogazione degli archivi e produzione di *report*.
- Realizzare l'integrazione con il SI 118 (vedi Progetto 3).
- Sperimentazione del sistema e sua attivazione a livello regionale.
- Organizzazione di corsi di formazione al fine di preparare gli operatori ad un corretto uso del sistema.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Realizzazione di un'anagrafe dei p.l. della regione Lazio	ASP	36
Progettare e sviluppare l'architettura tecnologica, hardware e software, per la gestione dell'anagrafe dei p.l.	ASP	10
Sviluppare procedure automatizzate per la pubblicazione giornaliera di *report* sull'andamento dell'occupazione dei p.l. via Internet	ASP	36
Disegnare, progettare ed avviare la rilevazione *on-line* delle informazioni sui ricoveri ospedalieri (SIO in linea) mediante la rete Internet	ASP	36
Procedure di *linkage* con il SIO, GIPSE-SIES, SI 118 (vedi Progetto 3).	ASP	36
Sviluppare strumenti automatizzati di interrogazione degli archivi e produzione di *report*	ASP	36
Realizzare l'integrazione con il SI 118 (vedi Progetto 3)	ASP	36
Sperimentazione del sistema e sua attivazione a livello regionale	ASP	36
Organizzazione di corsi di formazione	ASP	36

PROGETTO 3. INTEGRAZIONE TRA SISTEMA GIPSE-SI 118

Il collegamento informatico ed operativo tra sistema d'allarme (Lazio Soccorso 118) e sistema ospedaliero, in particolare con i PS/DEA della rete regionale d'emergenza, viene identificato come elemento critico per una corretta, efficiente ed efficace gestione del paziente critico nella rete dell'emergenza. La disponibilità nel Lazio di una piattaforma tecnologica comune tra tutte le strutture ospedaliere dotate di PS caratterizzata dall'uso del sistema GIPSE per la gestione delle informazioni del PS stesso, permette di rendere fattibile l'integrazione tra GIPSE ed il sistema informatico di supporto al 118. Quest'ultimo, che assiste gli operatori della centrale e quelli sui mezzi mobili nella fase dell'intervista telefonica ed in quella dell'intervento sul luogo dell'evento, dovrebbe attivare lo scambio informativo con le strutture ospedaliere al termine dell'intervento territoriale. Le informazioni chiave che il sistema 118 dovrebbe comunicare al GIPSE riguardano: codice intervento + codice paziente (codice univoco di identificazione del paziente) e codice identificativo del mezzo. Le informazioni che trasmette GIPSE al 118 riguardano: data ed ora di accettazione al triage (apertura cartella PS), che rappresenta l'ora di chiusura effettiva dell'intervento 118, e numero di scheda di PS. Lo scambio informativo è orientato, da un lato, ad allertare le strutture di emergenza fornendo l'elenco dei pazienti che stanno arrivando, dall'altro a fornire un dettaglio sul tipo di paziente (dati raccolti nelle prime

due fasi dell'intervento) e di conseguenza sulle risorse da predisporre per ottimizzare l'intervento stesso. Inoltre, i SSII di PS/DEA forniscono al sistema 118 la visibilità del loro stato di attività (n° casi in trattamento per gravità). Parimenti potranno essere fornite alcune informazioni cliniche sui pazienti trattati (quelli indirizzati dal 118).
Il sistema dovrà consentire di visualizzare in ogni PS/DEA, collegato al 118, le liste dei pazienti in arrivo (inviati dal 118) con una serie di specifiche utili per la successiva fase di trattamento ospedaliero, mentre, a livello di 118, dovrebbe rendere disponibili dati in ordine alla presa in carico del paziente ed allo stato di attività della struttura (esempio n° casi rossi in trattamento, n° casi gialli in trattamento, etc.).

AZIONI

- Sperimentazione del sistema in alcuni PS e/o DEA del Comune di Roma.
- Diffusione su tutta la Regione.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Sperimentazione del sistema in alcuni PS e/o DEA di Roma	ASP	3
Diffusione su tutta la Regione	ASP	12

A.6 OBIETTIVO SPECIFICO

SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE E DI REMUNERAZIONE DELLA ATTIVITA' DI EMERGENZA PER IL PERSEGUIMENTO DELL'APPROPRIATEZZA E DELL'EFFICACIA

La rete dell'emergenza, sistema integrato di strutture territoriali ed ospedaliere in grado di fornire efficace e tempestiva risposta alle emergenze-urgenze sanitarie, con funzioni di filtro, garantisce assistenza di vario livello di complessità nella fase di risposta (PS, DEA) mediata dalla fase di allarme (118). Il PS è una struttura altamente specialistica, con ampia e varia casistica, caratterizzata da un elevato numero di prestazioni erogabili e da un numeroso organico assistenziale. Una parte rilevante dei costi di gestione di un PS/DEA è sostenuta per organizzare il Servizio in modo da garantire risposte adeguate a domande non prevedibili (funzione di attesa). Di conseguenza, i costi totali variano solo marginalmente al variare del numero di prestazioni concretamente erogate a favore dei singoli pazienti (funzione di produzione propriamente detta). Il D.lgs 502/92 come modificato dal D.lgs 229/99, include, all'articolo 8-sexies, le attività con rilevanti costi di attesa tra le funzioni assistenziali da remunerare in base ai costi standard di produzione "tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta". Fino ad oggi, le Regioni hanno adottato modalità differenziate di finanziamento extra-tariffario delle attività di emergenza, riferite ora ai costi sostenuti e documentati, ora agli organici impiegati, ora a maggiorazioni forfettarie. Il PS dal punto di vista contabile è inquadrabile come centro di costo per prestazioni intermedie (ricoveri in urgenza effettuati dal PS) e come centro di costo per prestazioni finali per pazienti che vengono trattati e dimessi. Al momento attuale tuttavia, anche nei contesti in cui è attiva una contabilità analitica, è assai problematico quantificare i costi ed attribuirli correttamente alle due funzioni sopra menzionate (attesa e produzione).
Si avverte, dunque, l'esigenza di sviluppare e valutare, dopo revisione e verifica dei sistemi regionali esistenti, un sistema di remunerazione delle attività di emergenza, che tenga conto dei costi legati alle funzioni di attesa e di produzione e che si ponga anche l'obiettivo di disincentivare l'uso improprio delle risorse destinate all'emergenza/urgenza. E' fondamentale, pertanto, verificare se una descrizione standardizzata delle attività svolte dalle strutture di emergenza ed una puntuale quantificazione delle risorse impiegate presso tali strutture sia utile a migliorarne l'efficienza operativa senza ridurne l'efficacia.
Indispensabile premessa alla sperimentazione di un sistema di remunerazione è lo sviluppo di un sistema di classificazione dei pazienti atto a spiegare, in modo esaustivo, coerente e significativo, la quantità e la tipologia delle risorse utilizzate durante un accesso nella rete dell'emergenza.

AZIONI

- Individuazione di modelli di riferimento e scelta del sistema di classificazione più adeguato alle caratteristiche del sistema dell'emergenza.
- Aggiornamento del SI dell'emergenza rispetto alle specifiche esigenze.
- Creazione delle tabelle per la transcodifica dei codici delle prestazioni nei gruppi finali del nuovo sistema.
- Validazione del sistema di classificazione relativamente ai pesi dei raggruppamenti finali mediante i costi di produzione delle prestazioni.
- Determinazione dei costi fissi e dei costi variabili legati alle attività/funzioni di emergenza.
- Definizione dei costi fissi unitari di produzione con riferimento ai volumi erogati.
- Rilevazioni presso le UU.OO. per l'acquisizione dei costi variabili legati alle attività e funzioni di emergenza.
- Determinazione dei costi standard di produzione.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Individuazione di modelli di riferimento e scelta del sistema di classificazione più adeguato alle caratteristiche del sistema dell'emergenza	ASP	2
Aggiornamento del SI dell'emergenza rispetto alle specifiche esigenze	ASP	12
Creazione delle tabelle per la transcodifica dei codici delle prestazioni nei gruppi finali del nuovo sistema	ASP	3
Validazione del sistema di classificazione relativamente ai pesi dei raggruppamenti finali mediante i costi di produzione delle prestazioni	ASP	12
Determinazione dei costi fissi e dei costi variabili legati alle attività/funzioni di emergenza	ASP	12
Definizione dei costi fissi unitari di produzione con riferimento ai volumi erogati	ASP	12
Rilevazioni presso le UU.OO. per l'acquisizione dei costi variabili legati alle attività e funzioni di emergenza	ASP	6
Determinazione dei costi standard di produzione	ASP	12

A.7 OBIETTIVO SPECIFICO

IL LAZIO-SOCCORSO 118: RIDEFINIZIONE DEL RUOLO E DELLA FUNZIONE

L'attivazione di un SES efficiente e moderno rappresenta una delle sfide più difficili tra quelle che la regione Lazio si appresta ad affrontare.
Il Sistema 118, nato ormai da alcuni anni, appare ancora alla ricerca di una sua fisionomia più precisa che abbia caratteristiche specifiche nelle diverse realtà metropolitane o provinciali, e che implichi una scelta definitiva tra un sistema di solo trasporto ed un sistema di intervento e cura nel territorio.
Dal disegno della normativa italiana e di quella specifica della regione Lazio, viene affidato alla Centrale Operativa del Lazio Soccorso 118 il compito del coordinamento generale del SES e del trasporto stesso. A questa viene, inoltre, data la responsabilità del coordinamento dei mezzi che vengono utilizzati sia per il soccorso primario, che per il trasferimento interospedaliero nella rete dell'emergenza.

L'attuale organizzazione del Lazio Soccorso 118 appare alquanto lacunosa e ricca di criticità. Nel contesto della progettualità del potenziamento dei servizi informatici, a supporto del sistema dell'emergenza, la

principale criticità è rappresentata proprio dalla organizzazione interna del 118, che rallenta o impedisce di rilevare informazioni utili per gestire in maniera snella, appropriata, efficace ed efficiente il paziente critico.
Negli ultimi anni, le *policy* relative alla gestione del personale si sono rivelate carenti dal punto di vista della formazione degli operatori ed inesistenti in relazione alle strategie di acquisizione e *turn-over* di personale sia medico che infermieristico ed ausiliario, portando alla situazione attuale di staticità del sistema con l'impossibilità di attivare nuovi mezzi di soccorso, quali automediche ed ambulanze. Ciò comporta l'avere in circolazione un parco mezzi insufficiente nel numero, nelle potenzialità assistenziali e nella qualità del soccorso. D'altronde, l'attivazione di auto medicalizzate dovrebbe consentire una riduzione degli accessi impropri. La consistente quota di accessi impropri in PS "trasportata" da mezzi del 118, compreso l'elisoccorso, evidenzia la necessità di riallineare il 118 in tutte le sue fasi, dal triage di centrale a quello extraospedaliero, a protocolli definiti e condivisi.
Il sistema informatico di supporto al 118, oltre a utilizzare un *hardware* obsoleto, risulta inadeguato, privo di assistenza e manutenzione. Il SI, parimenti, necessiterebbe di aggiornamenti continui e di alimentazione sistematica.
Una criticità ulteriore è rappresentata dalla gestione dell'emergenza pediatrica e neonatale, mai affrontate in pieno.
Fino ad oggi non sono state effettuate campagne efficaci di informazione alla popolazione sulle funzioni e l'uso del 118, tanto che si verifica un cospicuo ed inadeguato ricorso a tale Servizio.

AZIONI

- Migliorare la qualità dell'assistenza, compresa la funzione di indirizzo e triage.
- Orientare il sistema all'appropriatezza del trasporto.
- Realizzare il potenziamento ed il rafforzamento degli organici.
- Realizzare il potenziamento quali-quantitativo dei mezzi di soccorso.
- Procedere all'adeguamento del sistema informatico.
- Realizzare l'adeguamento del SI alle esigenze attuali.
- Studi di fattibilità per organizzare l'emergenza pediatrica e neonatale.
- Effettuare l'informazione alla popolazione sulle funzioni e l'uso del 118.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Migliorare la qualità dell'assistenza, compresa la funzione di indirizzo e triage	ASP, Lazio Soccorso 118	12
Orientare il sistema all'appropriatezza del trasporto	ASP, Regione	6
Realizzare il potenziamento ed il rafforzamento degli organici	Lazio Soccorso 118, Regione	6
Realizzare il potenziamento quali-quantitativo dei mezzi di soccorso	Lazio Soccorso 118, Regione	6
Procedere all'adeguamento del sistema informatico	Lazio Soccorso 118, Regione	6
Realizzare l'adeguamento del SI alle esigenze attuali	Lazio Soccorso 118, Regione, ASP	12
Studi di fattibilità per organizzare l'emergenza pediatrica e neonatale	ASP, Lazio Soccorso 118	4
Effettuare l'informazione alla popolazione sulle funzioni e l'uso del 118	ASP	12

B OBIETTIVO GENERALE: CONTROLLARE LA DOMANDA

B.1. OBIETTIVO SPECIFICO

IL RUOLO DI "FILTRO" DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'alto numero di pazienti ai quali viene assegnato un codice di gravità "bianco", che chiedono di essere visitati in PS, rappresenta uno dei maggiori problemi che si evidenzia nella rete dell'emergenza. Molti cittadini, per una serie di motivi, quali: la cattiva conoscenza del sistema sanitario, una maggiore fiducia verso la struttura ospedaliera, un rapporto non fiduciario con il proprio MMG, percepito più come prescrittore di farmaci che come il professionista sanitario di riferimento, la ricerca di un colloquio tranquillizzatore o, a volte, il voler anticipare una visita o un esame specialistico ambulatoriale troppo lontani nel tempo, si rivolgono alle strutture d'emergenza per patologie non urgenti.
Da ciò nasce la necessità di recuperare la figura del MMG ed il suo ruolo di filtro nei confronti del sistema di emergenza.

AZIONI

- Verificare attraverso il SIES ed il SIO quali pazienti si rivolgono spesso al sistema d'emergenza con codici bianchi, o che, una volta dimessi dal ricovero ospedaliero, richiedono assistenza al sistema d'emergenza per patologie non acute.
- Incentivare e facilitare la possibilità da parte del cittadino di rivolgersi al proprio MMG.
- Gestire le "non emergenze" con il coinvolgimento dei MMG.
- Favorire l'accesso diretto dei MMG ai servizi diagnostici territoriali ed ospedalieri che consentano l'esecuzione di accertamenti e consulenze in tempi appropriati all'urgenza e gravità del paziente.
- Effettuare campagne pubblicitarie di informazione e formazione del cittadino per un corretto e adeguato uso del PS.
- Definire e sperimentare modelli relativi a Percorsi Clinico-Assistenziali condivisi con i MMG.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Verificare attraverso il SIES ed il SIO quali pazienti si rivolgono spesso al sistema d'emergenza con codici bianchi.	ASP	3
Incentivare e facilitare la possibilità da parte del cittadino di rivolgersi al proprio MMG.	ASP, Aziende sanitarie	12
Gestire le "non emergenze" con il coinvolgimento dei MMG.	ASP, Aziende sanitarie	12
Favorire l'accesso diretto dei MMG ai servizi diagnostici territoriali ed ospedalieri che consentano l'esecuzione di accertamenti e consulenze in tempi appropriati all'urgenza e gravità del paziente.	Aziende sanitarie	24
Effettuare campagne pubblicitarie di informazione e formazione del cittadino per un corretto e adeguato uso del PS.	ASP, Aziende sanitarie	24
Definire e sperimentare modelli relativi a Percorsi Clinico-Assistenziali condivisi con i MMG.	ASP, Aziende sanitarie	12

B.2. OBIETTIVO SPECIFICO

NUOVI MODELLI PER LA GESTIONE DELLA NON EMERGENZA/URGENZA

La gestione della non emergenza/urgenza rappresenta un problema internazionale con soluzioni che, ad oggi, non si presentano come risolutive nei vari contesti d'applicazione. Attualmente si sta discutendo, anche nel nostro Paese, di questo problema. Vi è, inoltre, ampia evidenza che alle strutture di emergenza (DEA e PS) viene indirizzata la richiesta di prestazioni sanitarie di base, principalmente da parte dei ceti socio-economici meno elevati e, comunque, per comodità di accesso e per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico-terapeutico migliore in tempi brevi. Tale uso improprio del PS (variabile tra il 5% e

l'80% negli USA e valutato intorno al 30% in Italia) non è evitabile completamente, ma solo contenibile con modalità organizzative specifiche.

AZIONI

- Analisi e valutazione delle esperienze esistenti attraverso revisione bibliografica, per la riduzione delle attese in PS, attraverso modelli organizzativi che introducano un filtro per la gestione delle non emergenze/urgenze.
- Sperimentazione di modelli per l'introduzione di ticket per gli accessi non urgenti in PS.
- Studio di fattibilità per l'introduzione di ambulatori dedicati alle non urgenze (*fast track, express care*).
- Sperimentazione di ambulatori dedicati alle non urgenze.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Analisi e valutazione delle esperienze esistenti attraverso revisione bibliografica, per la riduzione delle attese in PS, attraverso modelli organizzativi	Regione, Aziende, ASP	2
Sperimentazione di modelli per l'introduzione di ticket per gli accessi non urgenti in PS	Regione, Aziende, ASP	24
Studio di fattibilità per l'introduzione di ambulatori dedicati alle non urgenze	Regione, Aziende, ASP	12
Sperimentazione di ambulatori dedicati alle non urgenze	Regione, Aziende, ASP	24

B.3. OBIETTIVO SPECIFICO

ORGANIZZAZIONE DI UN REGISTRO REGIONALE SULL'ICTUS

L'ictus come terza causa di morte più frequente e causa di disabilità permanente nei soggetti di età avanzata (>60anni) è considerata a livello mondiale una malattia da sorvegliare e controllare.
L'istituzione di un registro regionale dell'ictus nel Lazio è previsto tra gli obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio. Il registro è uno strumento che permette la raccolta di una serie ampia, consecutiva, e non selezionata di casi, tale da permettere uno studio accurato sui vari aspetti legati a una malattia. In particolare, la disponibilità di dati di incidenza e prevalenza sull'ictus è importante per individuare: la frequenza relativa delle diverse forme (ischemiche, emorragiche), la gravità in termini di mortalità e di esiti invalidanti. Inoltre l'evidenziazione di fattori di rischio associati alla malattia e la conoscenza dei dati sulla disabilità residua consentono, da un lato la pianificazione di efficaci interventi sanitari di prevenzione primaria e secondaria, dell'assistenza sanitaria e dell'allocazione delle risorse e dall'altro l'individuazione del fabbisogno assistenziale della fase post-acuta, soprattutto in termini di riabilitazione.
Dall'analisi preliminare di tipo descrittivo di tutti i ricoveri SIO incidenti per ictus acuto presso i reparti delle strutture ospedaliere del Lazio si evince che non c'è una tipologia di reparto predominante. La conseguenza è che l'unico luogo per intercettare il paziente con ictus è il pronto soccorso.

AZIONI

- *Creazione di una cartella clinica ad hoc* (dati anagrafici, anamnestici, clinici, strumentali e relativi ai fattori di rischio e ad alcuni stili di vita di soggetti affetti da ictus acuto), con la *consulenza di persone esperte.*
- Identificazione della fonte dei dati e del flusso informativo *coinvolgendo strutture con PS e DEA I e II livello*
- *Creazione di una rete di distribuzione del registro* all'interno di quella già esistente del GIPSE.

- *Istituzione di corsi di formazione* sul flusso informativo del registro e sulla compilazione della cartella.
- *Sperimentazione del sistema e della cartella* in alcuni Pronto Soccorso e/o DEA di Roma, attraverso uno studio di fattibilità.
- *Diffusione su tutta la regione del sistema implementato*.
- Analisi dei dati *per avviare studi clinico-epidemiologici. integrando i dati clinici ottenuti con i dati ospedalieri SIO, si possono ottenere risultati realistici su frequenza, gravità, mortalità, disabilità residua, tasso di complicanze, carico assistenziale, destinazione alla dimissione, dei soggetti affetti da ictus della regione Lazio.*
- Valutazione della continuità assistenziale *che potrà essere analizzata attraverso studi di follow-up dei pazienti con ictus coinvolgendo anche i medici di medicina generale.*
- *Divulgazione dei risultati* attraverso seminari interni ed esterni rivolti agli operatori sanitari coinvolti nel progetto. Opuscoli informativi per il cittadino attraverso i MMG, ecc.

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Creazione di una cartella clinica ad hoc.	ASP, Università	1
Identificazione della fonte dei dati e del flusso informativo.	ASP	1
Creazione di una rete di distribuzione del registro all'interno di quella già esistente del GIPSE.	ASP	6
Corsi di formazione sul flusso informativo del registro.	ASP, Università	30
Sperimentazione del sistema e della cartella in alcuni Pronto Soccorso e/o DEA di Roma, attraverso uno studio di fattibilità.	ASP, strutture coinvolte	6
Diffusione su tutta la regione del sistema implementato.	ASP, strutture coinvolte	30
Analisi dei dati**.**	ASP	30
Valutazione della continuità assistenziale.	ASP, MMG	24
Divulgazione dei risultati.	ASP, PS, DEA, MMG	2

B.4. OBIETTIVO SPECIFICO

PROGETTO: ORGANIZZAZIONE DI UN REGISTRO REGIONALE SUL TRAUMA

Nella regione Lazio, analogamente a quanto avviene in altre regioni d'Italia, risultano di entità non trascurabile gli accessi in P.S. per traumatismi (oltre 750.000 accessi annui, includendo anche gli avvelenamenti), e i ricoveri (oltre 60.000 dimissioni annue).
L'istituzione di un registro regionale del trauma è ormai divenuta una esigenza indifferibile. La disponibilità di specifiche informazioni sia in relazione alla tipologia dell'evento, sia in relazione alla tipologia e alla qualità dell'assistenza risulta essere elemento essenziale per consentire il miglioramento della risposta del sistema Emergenza ad eventi di così elevata mortalità e morbilità. Inoltre può consentire di seguire in maniera sia sintetica, sia dettagliata diverse tipologie di trauma, l'accadimento dell' evento, la dinamica e le modalità, la natura e la gravità del trauma, la localizzazione delle lesioni e le informazioni cliniche.
L'esistenza del Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria, che permette la raccolta di 33 informazioni relative all'anagrafica del paziente, alle caratteristiche all'arrivo, alle diagnosi e procedure effettuate e all'esito e la diffusione capillare di un sistema unico (GIPSE) di gestione delle informazioni di Pronto Soccorso, in quasi tutti i presidi che esplicano attività di urgenza/emergenza, che fanno parte del SIES, permetterà di conseguire tale obiettivo a costi contenuti.

AZIONI

- Definizione delle informazioni da rilevare
- Creazione di un'apposita scheda di rilevazione a integrazione delle informazioni SIES nel sistema GIPSE
- Corsi di formazione sul registro del trauma
- Sperimentazione del sistema in alcuni Pronto Soccorso e/o DEA del Lazio
- Diffusione su tutta la regione del sistema implementato.
- Analisi dei dati
- Divulgazione dei risultati

Tabella riassuntiva delle azioni

Descrizione delle azioni	Attori	Tempi (mesi)
Definizione delle informazioni da rilevare	ASP, Università	1
Creazione di un'apposita scheda di rilevazione ad integrazione delle informazioni SIES nel sistema	ASP	3
Corsi di formazione sul registro del trauma	ASP, Università	30
Sperimentazione del sistema in alcuni Pronto Soccorso e/o DEA	ASP, strutture coinvolte	6
Valutazione dei risultati della sperimentazione	ASP	1
Diffusione su tutta la regione del sistema implementato	ASP, strutture coinvolte	12
Analisi dei dati	ASP	2
Divulgazione dei risultati	ASP, PS, DEA, MMG	6

3.2 TEMPI E LISTE D'ATTESA

Valore

Ogni cittadino ha il diritto ad avere appropriate prestazioni diagnostiche, assistenziali, riabilitative e di ricovero nel tempo necessario, in modo facilmente accessibile e secondo procedure esplicite. Ogni cittadino ha il diritto di essere informato sulla entità del tempo d'attesa e sui fattori e le condizioni che lo motivano. Ogni cittadino ha il dovere di usare in modo appropriato le strutture e di comunicare tempestivamente la rinuncia ad una prenotazione per permetterne l'utilizzo da parte di un altro cittadino.
Uno degli obiettivi prioritari è quello di limitare la lista di attesa per il primo accesso introducendo processi di presa in carico per ogni utente.

Impegno del Servizio Sanitario Regionale

Il SSR si impegna ad assicurare a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi ed adeguati alla gravità dei problemi clinici, volendo garantire anche per questa via l'efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici, l'equità e la soddisfazione degli utenti.
Le soluzioni al problema dei tempi e delle liste di attesa vanno ricercate a livello programmatorio e gestionale del rapporto domanda/offerta. Il SSR si impegna anche a promuovere i necessari interventi specifici per l'educazione all'uso appropriato dei servizi del SSR e per garantire la trasparenza delle liste di attesa. Il SSR impegna i Direttori Generali a dare piena attuazione alle norme previste dalla DGR 5836/98, a vigilare che le liste di attesa siano tenute continuamente aperte e che siano costantemente aggiornate al fine di ottimizzare la disponibilità; a controllare (ai sensi del D.L.vo 229/99) che il volume di attività in libera professione intramoenia non sia superiore all'attività per compiti istituzionali.

AREE DI INTERVENTO

Questa sfida prioritaria si applica a tre aree di intervento principali:

1. ricoveri ospedalieri e cure oncologiche: sono compresi in quest'area i ricoveri programmabili e le cure oncologiche erogabili in regime ordinario di ricovero, DH e day-surgery;
2. prestazioni specialistiche ambulatoriali: sono comprese le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, clinica e/o strumentale, rivolta a pazienti non ricoverati, erogate in tutte le strutture accreditate; non sono comprese le prestazioni preliiminari a ricoveri per le quali è obbligatoria l'effettuazione in regime di preospedalizzazione;
3. prestazioni riabilitative e di assistenza domiciliare: sono comprese le prestazioni riabilitative in regime di ricovero o in assistenza domiciliare comprese in piani riabilitativi post-acuzie (da trauma o accidenti).

Il contesto, gli obiettivi e le azioni si intendono riferiti a tutte le aree di intervento salvo diversa specificazione.

CONTESTO

Il problema della gestione delle liste e dei tempi di attesa è diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie. A determinare questo fenomeno concorrono:

- la crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione, al progresso tecnologico, all'ampliarsi della percezione di bisogno di tutela e assicurazione del proprio stato di salute;
- i criteri per la valutazione dei bisogni assistenziali applicati dai medici prescrittori (MMG, PLS e specialisti), non sempre tali da garantire una sufficiente assicurazione di appropriatezza della domanda;
- la disponibilità, spesso insufficiente, di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali ed un loro efficiente utilizzo; l'insufficiente capacità programmatoria e gestionale delle Direzioni delle Aziende sanitarie.

La caratteristica intrinseca dei tempi d'attesa è di essere la sommatoria dei rapporti domanda/offerta relativi a tutti gli individui (tempuscoli individuali d'attesa) concorrenti ad una determinata prestazione. Essi, pertanto, dimostrano un'ampia variabilità nel tempo, generata da "flussi" di domanda che si realizzano nel territorio sulla base di alcuni principali fattori: volume di offerta; complessità dell'iter diagnostico; ruolo d'indirizzo del prescrittore; autorevolezza dell'erogatore; influenze mediatiche.
Quindi, la soluzione del problema "tempi di attesa" non va ricercata attraverso meccanismi locali e temporanei di calmieramento del fenomeno (liste bloccate[1], barriere locali all'accesso, realizzazione parziale di percorsi assistenziali, etc.) ma attraverso interventi strutturali, a medio-lungo termine, a livello regionale e/o aziendale.
Il punto critico della problematica è l'attuale mancanza di dati accurati ed adeguati alle esigenze di descrizione del fenomeno, ordinariamente disponibili su base regionale, a fini di valutazione e di programmazione.
L'elemento di contesto di maggior risalto è, quindi, quello della mancanza di un adeguato ed idoneo SI.
In ambito nazionale è stato individuato un gruppo di prestazioni ambulatoriali e di ricovero di particolare rilevanza problematica, da considerarsi "traccianti" e rispetto alle quali è opportuno destinare specifiche azioni (v. tabella 1).

[1] Relazione della Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa del Ministero della Sanità: *Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN* - Roma, maggio 2001

Tabella 1 Prestazioni identificate come critiche dalla Commissione Ministeriale (cit.)

Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni di ricovero
Mammografia bilaterale	Colecistectomia
Ecografia addome superiore	Colecistectomia laparoscopica
Ecodoppler cardiografia	Cataratta in ricovero ordinario
Eco (color) doppler arti superiori o inferiori o distrettuale, arterioso o venoso	Cataratta in ricovero DH
TC del capo, senza e con contrasto	Artroscopia
Esofagogastroduodenoscopia	Artroprotesi d'anca
Elettromiografia semplice	By pass aortocoronarico
Visita oculistica	
Visita ginecologica	
Visita generale nella branca di cardiologia	

OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo generale di questa sfida prioritaria è quello di produrre, nel tempo di vigenza del Piano, risultati non transitori e, quindi, strutturali. Data la complessità del fenomeno, dovranno pragmaticamente essere perseguiti un numero limitato di obiettivi, con riferimento a:

- SI;
- governo dell'attività prescrittiva;
- pieno utilizzo della capacità tecnologica.

In questa sede verrà particolarmente sviluppato, in quanto preliminarmente ineludibile, il primo ambito di intervento.
Gli ultimi due ambiti, che non possono essere disgiunti da una adeguata promozione dell'appropriatezza della domanda e dell'offerta, richiederebbero interventi a medio-lungo termine e possono qui essere solamente delineati.
Uno degli obiettivi prioritari è quello di limitare la lista d'attesa per il primo accesso introducendo processi di presa in carico per ogni utente.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Definire un SI regionale per i tempi d'attesa.

Obiettivo 2
Definire un sistema di prioritarizzazione.

Obiettivo 3
Promuovere il governo locale aziendale dei tempi e liste di attesa.

Obiettivo 4
Orientare e verificare la domanda.

Obiettivo 5
Razionalizzare ed adeguare l'offerta.

Obiettivo 6
Assicurare la trasparenza.

Tabella riassuntiva delle azioni

Obiettivo	Azione	Attore	Tempi (mesi)
1	Realizzare un SI regionale per i tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali non di laboratorio	ASP, ASL	12
1, 4	Definire un'anagrafe delle prestazioni ambulatoriali per monitorare e valutare i volumi di prescrizione dei MMG e degli specialisti	Regione, ASP	24
1	Progettare SSII per i Ricoveri ospedalieri programmabili e per la Riabilitazione post-acuzie	Regione, ASP	18
2, 4, 5	Sperimentare un sistema di prioritarizzazione	ASP, ASL	12
5	Raggiungere un tempo di utilizzo a fini ambulatoriali della tecnologia diagnostica di almeno 68 ore/settimana	Regione, ASL	18
5	Realizzare l'accesso diretto senza prenotazione per tutta la diagnostica di laboratorio	Regione, ASL	8
4, 6	Attivare sistemi di prenotazione (CUP) integrati	Regione, ASL	12
4, 6	Promuovere la sensibilizzazione e l'informazione dell'utente e la formazione degli operatori	ASP, ASL	12
3, 6	Realizzare una struttura di responsabili locali dei tempi di attesa	Regione	6
5	Politiche per l'*intramoenia*	Regione	6
4	Politiche tariffarie per il controllo dei tempi di attesa	Regione	6
1, 3	Realizzare un SI aziendale per il monitoraggio e la programmazione	ASP ASL	12
6	Valutare la trasparenza della gestione delle liste e della genesi dei tempi	ASL	24
4, 5	Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali e dell'uso delle Strutture	ASL	36

AZIONE 1
Realizzare un SI regionale per i tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali non di laboratorio

La presente Azione ha come obiettivo di realizzare un SI regionale, centralizzato e compatibile con gli altri SSII regionalizzati gestiti dall'ASP, per permettere il monitoraggio dei tempi di attesa e la programmazione degli interventi migliorativi.
Le caratteristiche del SI sono riassunte nella tabella 2. Il SI si basa sul SI SIAS per l'importazione dei dati e ha come obiettivo di produrre *report* trimestrali.

Più in generale il sistema deve permettere di:

- verificare la prescrizione e l'erogazione delle prestazioni effettuate, attribuendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- monitorare variabili di tipo quantitativo (volumi di attività, tipologia delle prestazioni richieste e spesa generata) e di tipo organizzativo-gestionale (tempi di attesa e tipologia di attività effettuata);
- valutare gli aspetti correlati alle variazioni quali-quantitative della domanda espressa dai cittadini di prestazioni di specialistica ambulatoriale nonché la sua appropriatezza.

Il SI deve riguardare tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali, escluse quelle che rientrano nei programmi di *screening* e quelle necessarie ad interventi chirurgici da eseguirsi obbligatoriamente in preospedalizzazione.

Tabella 3 Caratteristiche del SI sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (escluse quelle di laboratorio - analisi ematochimiche)

BISOGNO CONOSCITIVO	Analizzando i tempi di attesa quali criticità si possono rilevare nell'organizzazione (strutture e processi) utilizzando l'angolo visuale dell'utente?			
GESTORE	ASP			
INTERLOCUTORE	Assessorato Sanità regione Lazio/Direzioni Aziendali			
BISOGNO INFORMATIVO	Conoscere la distribuzione spazio-temporale dell'incontro tra domanda ed offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali			
INDICATORI	Tempo di attesa		Distribuzione percentile del tempo di attesa	Confronto tra erogatori
DATI	Data prenotazione	Data erogazione	Periodo temporale Numerosità per prestazione	$Erogatore_n$ $Erogatore_i$
FONTE	SIAS			
FUNZIONE DEL SISTEMA	• Di esercizio: funzionale alla gestione delle attività correnti di monitoraggio e valutazione. • Di governo: funzionale ad alimentare decisioni di programmazione regionale e/o aziendale.			
CRITERI	• Pertinenza: esatta definizione dei tempuscoli di attesa individuali. • Validità interna dei dati (completezza, accuratezza, congruità). • Economicità: dati routinari.			

AZIONE 2

Definire un sistema di attribuzione delle prestazioni ambulatoriali erogate ai prescrittori, per monitorare e valutare i volumi e la tipologia di prescrizione dei MMG e degli specialisti.

Questa azione ha lo scopo di:

- assicurare la disponibilità dei dati per attivare il monitoraggio e la valutazione sistematica dei volumi prescrittivi dei singoli soggetti prescrittori afferenti al SSR;
- permettere di individuare comportamenti iperprescrittivi assoluti e relativi e di mettere a punto interventi di loro disincentivazione;
- stabilire obiettivi di contenimento e riorientamento della domanda, in base ai contenuti del presente PSR ed alle necessità della programmazione regionale;
- garantire un ritorno informativo finalizzato a eventuali interventi di reingegnerizzazione dei processi a livello aziendale.

La realizzazione di questo sistema di attribuzione si basa su:

- dati identificativi e quantitativi forniti dal tracciato record del SIAS;
- obbligo degli specialisti del SSR ad utilizzare sempre, a fini prescrittivi, la ricetta rosa;
- possibilità di identificare, a partire dalle ricette compilate dai MMG, la quota e la tipologia delle prescrizioni effettivamente attribuibili a specialisti non convenzionati (prescrizioni "su commissione", ossia per ratifica di prescrizioni indicate da altri professionisti).

AZIONE 3

Progettare SSII per i Ricoveri ospedalieri programmabili e per la Riabilitazione post-acuzie.

La presente azione ha come obiettivo quello di acquisire gli elementi basilari per la successiva progettazione dei relativi SSII ed ha, quindi, un carattere propedeutico.
Rispetto al tema dei tempi di attesa per i ricoveri programmabili, si intende uniformare e standardizzare l'agenda di registrazione dei casi destinati a ricovero programmabile, facendo restare per ora immodificate le procedure localmente in atto nei vari nosocomi.

L'agenda in questione dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche:

- essere un documento con validità legale, certificato dalle Direzioni Sanitarie;
- registrare progressivamente, in ordine cronologico, le domande di ricovero, senza permettere alterazioni dell'ordine di registrazione;
- identificare, per ogni registrazione, oltre alla data della medesima, almeno i seguenti dati: estremi anagrafici del paziente (cognome, nome, data di nascita, codice fiscale), tipo di intervento ipotizzato e reparto di presumibile destinazione.

I dati delle agende dovranno essere a disposizione (su richiesta) dell'ASP per studi di valutazione.
Tempo di realizzazione: sei mesi.

Gli "studi di valutazione" avranno come obiettivo di descrivere la realtà in termini di dimensione dei tempi di attesa e identificazione delle criticità (per tipologia di intervento, nosocomi ed altre variabili di interesse).
In base ai dati di questi studi dovranno essere prodotte proposte di governo della domanda e dell'offerta.
Tempo di realizzazione degli studi: dodici mesi.

AZIONE 4

Sperimentare un sistema di prioritarizzazione (esclusivamente per le prestazioni specialistiche ambulatoriali).

Scopo di quest'azione è di individuare, attraverso un approccio sperimentale, un sistema di stratificazione della domanda in base a criteri di priorità espliciti e condivisi.
A tale scopo si prevede di:

1. costituire un gruppo di studio con le professionalità di volta in volta inerenti l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in esame, per la definizione di un sistema sperimentale di prioritarizzazione basato sui bisogni clinici dei pazienti (priorità di "bisogno clinico") da testare in studi pilota a livello aziendale;
2. predisporre un sistema di classificazione delle priorità fondato sulla tipologia della prestazione assistenziale che dovrebbe conseguire all'accertamento (priorità di "risposta gestionale") in modo che il prescrittore possa esplicitare un "algoritmo decisionale" e sperimentarlo in uno studio pilota.

AZIONE 5

Raggiungere un tempo di utilizzo della tecnologia diagnostica già disponibile, per le attività ambulatoriali, di almeno 68 ore/settimana.

Scopo di quest'azione è di rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse tecnologiche, particolarmente di quelle più complesse e, comunque, prioritariamente di quelle utilizzate per le prestazioni più critiche in termini di tempi di attesa (riportate nella tabella 1).
Quest'azione deve, quindi, prevedere (con precedenza di intervento per gli erogatori pubblici):

- piani aziendali di razionalizzazione dell'uso interdisciplinare delle tecnologie (Attori: ASL, Assessorato Salute);
- interventi di tipo contrattuale per l'adeguamento della disponibilità di operatori necessari all'utilizzo delle apparecchiature (Attori: Assessorato Salute, ASL);
- l'attivazione di un sistema di verifica regionale del tempo di utilizzo delle apparecchiature in possesso delle Strutture accreditate (Attore: Assessorato Salute);
- la messa a punto e l'utilizzo routinario di sistemi di verifica del tempo medio delle prestazioni (Attori: ASL, Assessorato Salute).

AZIONE 6

Attivare un CUP regionale a partire da CUP di aree omogenee territoriali.

Quest'azione ha lo scopo di facilitare l'accesso per aree omogenee di accessibilità geografica e di contrastare la prenotazione multipla per una stessa prestazione, aumentando l'efficienza complessiva del sistema dell'offerta. Deve anche rispondere alla necessità, in particolare per le prestazioni a contenuto tecnologico più complesso, di pervenire ad un livello di integrazione regionale.

Quest'azione prevede:

- la definizione di aree omogenee (Attore: Assessorato);
- la gestione attraverso il CUP della totalità delle prestazioni ambulatoriali erogabili (Attori: Assessorato, ASL);
- la messa in rete dei CUP aziendali afferenti alla stessa area omogenea (Attore: Assessorato);
- la sperimentazione di sistemi di prenotazione di prestazioni gestite dal MMG allo scopo di facilitarne il ruolo di "presa in carico" (Attori: Assessorato, ASL).

AZIONE 7

Promuovere la sensibilizzazione e l'informazione dell'utente e la formazione degli operatori.

Quest'azione ha lo scopo di promuovere una cultura dell'uso appropriato delle strutture e delle risorse da parte dei cittadini del Lazio al fine di minimizzare gli effetti distorsivi di una domanda inappropriata ed al fine di diffondere una corretta informazione sui tempi d'attesa e la loro genesi; ha anche lo scopo di fornire agli operatori di *front-office* gli strumenti per una corretta gestione del rapporto con l'utenza.

Quest'azione prevede:

- una campagna triennale regionale sui media per responsabilizzare i cittadini ad un uso appropriato dei servizi garantiti dal SSR (Attore: ASP);
- programmi aziendali di informazione e corretta comunicazione rivolti agli utenti (Attore: ASL);
- interventi mirati a valorizzare il ruolo di informazione ed orientamento delle attività degli URP (Attore: ASL);
- programmi aziendali di formazione del personale (Attore: ASL);
- programmi regionali ed aziendali di verifica della trasparenza della comunicazione agli utenti, della compilazione delle liste di attesa e della genesi dei tempi di attesa.

AZIONE 8

Realizzare un Coordinamento regionale per la gestione dei tempi di attesa.

Quest'azione ha lo scopo di realizzare uno strumento operativo di gestione e governo dei tempi di attesa identificando responsabilità e funzioni specifiche.

Quest'azione prevede:

- l'identificazione per ogni ASL di un referente responsabile della gestione delle iniziative relative ai tempi di attesa identificate nel presente Piano ed in eventuali provvedimenti successivi (Attori: Assessorato Salute, ASL);
- la creazione di un gruppo regionale permanente costituito da tutti i responsabili aziendali e coordinato dall'Assessorato (eventualmente con il supporto tecnico dell'ASP), con funzioni di governo e programmazione (Attore: Assessorato Salute);
- la definizione di una procedura regionale di utilizzo dei dati forniti dai SSII, con l'identificazione degli interventi programmatori miranti alla riduzione dei tempi di attesa e la verifica dei relativi risultati (Attore: Assessorato Salute).

AZIONE 9

Politiche per l'*intramoenia*.

Le politiche per l'*intramoenia* e le regolamentazioni aziendali, devono assicurare un equilibrio tra strutture istituzionali e private anche in relazione ai tempi di attesa, verificando periodicamente che il ricorso a tale possibilità riduca i tempi d'attesa per l'attività di tipo istituzionale, come prescritto dalla normativa vigente, prevedendo anche meccanismi sanzionatori nei confronti delle Aziende inadempienti.
Strumenti della Direzione Generale: acquisto prestazioni.

AZIONE 10
Politiche tariffarie per il controllo dei tempi di attesa.

Quest'azione ha lo scopo di limitare l'effetto distorsivo sui tempi di attesa della prenotazione di prestazioni successivamente non eseguite per mancata presentazione dell'utente. Essa si basa sul principio della partecipazione dell'utente al costo del Servizio (ticket) ed, in particolare, sulla presa d'atto che nel servizio erogabile va complessivamente intesa tutta l'organizzazione tendente al soddisfacimento della richiesta ed in particolare la funzione di prenotazione (art. 1 D.lgs 124/98).

Quest'azione prevede quindi:
- di mettere in atto sistemi di pagamento, parziale o totale, del ticket contestualmente alla prenotazione (Attore: Assessorato, ASL);
- di mettere in atto sistemi di registrazione dei comportamenti individuali di mancata presentazione dell'utente per le prestazioni prenotate al fine di valutare ipotesi di "penalizzazione economica".

AZIONE 11
Realizzare un SI per il monitoraggio e la programmazione.

La presente Azione ha come scopo di realizzare un SI aziendale, compatibile con il SI di cui alle Azioni 1 e 2 che permetta un governo a livello aziendale del rapporto domanda/offerta assumendo come indicatore di performance quello dei tempi di attesa

Quest'azione prevede:
- l'identificazione di un responsabile aziendale per i tempi di attesa (vedi Azione 8)
- la formalizzazione di un SI aziendale subordinato a quello regionale, integrato da flussi ritenuti utili alle esigenze locali.

AZIONE 12
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali e dell'uso delle Strutture.

Quest'azione ha lo scopo di impostare attività che nel medio-lungo periodo permettano una diminuzione del carico di domanda inappropriata che grava sul SSR determinando un aumento dei tempi di attesa.
Considerata la sua importanza, tale azione ha valenze relative anche ad altri obiettivi del PSR ed effetti relativi anche alle dimensioni dell'efficacia, dell'equità, della sostenibilità del SSR.
Nell'impostare le attività di questa azione bisogna tenere anche conto che:
- il PSN 1998–2000 ritenendo prioritario l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa sul territorio nazionale, inserisce tale progetto tra le azioni da finanziare con le quote riservate del Fondo sanitario nazionale, di cui all'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96;
- il D.lgs 124/98 prevede, inoltre, all'art.3, comma 10, che le Regioni disciplinino i criteri e le modalità per la determinazione, da parte dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, dei tempi massimi di attesa che possono intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni sanitarie e l'effettiva erogazione della stessa. Il decreto prevede anche che le Regioni disciplinino, mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni;
- in attuazione delle disposizioni di cui al D.lgs 124/98 a fine anno 1998 la regione Lazio, con deliberazione n.5836/98 (allegato 1), ha dettato disposizioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai presidi pubblici;
- nel corso del 1999 è stato predisposto uno specifico progetto per accedere al finanziamento di cui all'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96 (allegato 2);
- a fine 1999 è stato attivato il monitoraggio delle liste per prestazioni critiche (allegato 3) i cui risultati per l'anno 1999 sono illustrati in allegato 4. Dall'esame preliminare dei dati (ottobre 1999-giugno 2000) è emerso che presso ogni Azienda è stato attivato un sistema informatizzato di prenotazione. Sono state adottate iniziative di confronto con i MMG sull'appropriatezza della domanda, ed iniziative, sui fattori di maggior incidenza sul problema, volte all'adeguamento dell'offerta attraverso: aumento dell'orario di servizio del personale, meccanismi incentivanti, assunzione/convenzione con nuovo personale, adeguamento delle attrezzature disponibili. Il

monitoraggio è ancora attivo ed, al tempo stesso, l'Assessorato ha aderito alla rilevazione promossa dal Ministero della Salute;

- e' in corso un progetto di ricerca finanziato ex art. 12bis del D.lgs 502/92 condotto dal Tribunale dei Diritti del Malato.

In base agli scopi di quest'azione si prevede di:

- concordare ed attuare PDT che consentano di razionalizzare l'erogazione di prestazioni specialistiche concorrendo ad una allocazione delle stesse coerente agli interessi dei pazienti e congrua rispetto alle capacità di erogazione della struttura[2]. Con la rilevazione e la riprogettazione dei PDT diventa quindi possibile attivare un processo di revisione e MCQ ed efficienza dei processi produttivi sanitari. I "protocolli diagnostico-terapeutici" così prodotti costituiranno modalità operative vincolanti per alcune tipologie di patologie e/o prestazioni soprattutto relativamente agli ambiti della radiologia diagnostica, radioterapia, medicina fisica, terapia fisica e riabilitazione;
- favorire la più capillare accessibilità ai servizi di prenotazione tramite modelli organizzativi innovativi che coinvolgano pienamente i MMG ed i PLS;
- che deve essere attuata la reingegnerizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ambito della rete dei servizi di competenza di ciascuna Azienda sanitaria, coinvolgendo tutti gli operatori interessati realizzando diffusamente i profili assistenziali.

3.3 QUALIFICAZIONE E POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

DEFINIZIONE DEL TEMA

Tra le diverse soluzioni assistenziali rivolte a soggetti non autosufficienti, parziali o totali, l'assistenza domiciliare è quella che consente alla persona di mantenere il proprio ambiente di vita e, quindi, preservare maggiormente le proprie relazioni affettive e sociali[3].
Organizzare un efficiente Servizio di assistenza domiciliare rappresenta un obiettivo essenziale al fine di fornire ai soggetti in condizioni di bisogno la migliore tutela praticabile della qualità di vita, alleviando contemporaneamente il carico assistenziale dei familiari.
Da un punto di vista di sanità pubblica, la finalità principale è quella di razionalizzare l'offerta assistenziale con una risposta coerente ed adeguata ai bisogni di salute (garanzia di cure di base ed intermedie), evitando l'assorbimento improprio di risorse legato a istituzionalizzazioni ed a ricoveri ospedalieri non giustificati.
Esperienze nazionali ed internazionali sembrano dimostrare per l'assistenza domiciliare un positivo rapporto costi-benefici. In particolare, alcune sperimentazioni condotte, nella seconda metà degli anni '90, sulla popolazione anziana assistita in assistenza domiciliare in due città italiane, hanno dimostrato, oltre che un significativo miglioramento delle condizioni dei pazienti, una riduzione della spesa complessiva pari a circa il 25%, principalmente determinata dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri ed in strutture di lungodegenza/RSA.
Il Servizio di assistenza domiciliare, quando correttamente pianificato e compiutamente gestito, rappresenta una delle forme privilegiate attraverso cui realizzare la continuità e l'integrazione dell'assistenza (si rinvia anche al paragrafo su "Continuità e integrazione dell'assistenza - sezione Indirizzi strategici").
Nel caso di bisogni molteplici e complessi, il necessario coordinamento delle diverse figure assistenziali e dei diversi comparti, all'interno del mondo sanitario e tra questo e quello sociale, che configura la forma di ADI (vedi L. 328/00 ed in particolare l'art.15), richiede capacità di pianificazione mirata degli interventi e di loro gestione centralizzata. L'ADI è anche la soluzione che facilita maggiormente il coinvolgimento attivo dei curatori informali (familiari, amici, volontari).

---

[2] Il PDT è l'iter che un paziente segue per cercare di risolvere un problema di salute. La standardizzazione del percorso del paziente consente di definire chiaramente l'insieme delle azioni da intraprendere rispetto al caso da trattare coordinando all'interno di una migliore sequenza temporale l'intervento e gli apporti richiesti dai diversi soggetti coinvolti nella gestione del paziente. Il PDT definisce la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse a disposizione, delle attività da svolgere dagli operatori sanitari (MMG, Medici Specialisti, infermieri, tecnici, etc.) per risolvere i problemi di salute del paziente.

[3] Per "*domicilio*" è da intendersi l'abituale luogo di vita del soggetto sia che si tratti della sua abitazione, che della struttura ove questi viene assistito stabilmente, ma priva di una propria autonoma organizzazione sanitaria (ad esempio: residenza).

In casi specifici, l'assistenza a domicilio può prevedere il coinvolgimento, più o meno diretto, di personale e tecnologie di provenienza ospedaliera.
Gli obiettivi e le caratteristiche qui richiamati devono essere necessariamente perseguiti attraverso la disponibilità di servizi (e, quindi, livelli articolati di responsabilità) specificamente dedicati, che la normativa regionale già individua nei CAD distrettuali, ma che recenti rilevazioni condotte da parte dell'Assessorato alla "Salvaguardia e Cura della Salute" hanno dimostrato essere ampiamente carenti.
Per quanto riguarda una più puntuale caratterizzazione del bisogno di AD nella regione Lazio, che gli attuali SSII non forniscono direttamente, ma che possono essere derivati, almeno parzialmente, dall'incrocio dei dati forniti da fonti diverse, si rimanda allo specifico Progetto attuativo di tale "Sfida prioritaria".

Sintesi della normativa di riferimento

L'ADI, che si ricorda essere compresa tra i LEA che il SSR è tenuto a garantire, è essenzialmente disciplinata nel Lazio dai seguenti provvedimenti normativi:

- L.R. n. 80 del 2 dicembre 1988;
- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 1020 del 29 novembre 1989;
- Circolare regionale n. 44 del 17 novembre 1994;
- DGR n. 7878 del 16 dicembre 1997.

La normativa regionale, nel suo complesso, promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, per consentire alla persona parzialmente o totalmente non autosufficiente, in modo temporaneo o permanente, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione. L'organizzazione ed il coordinamento delle attività di ADI e le prestazioni da erogare sono svolti da un CAD, collocato in ambito distrettuale. In ogni Distretto viene realizzata un'Unità Valutativa (UV) territoriale composta da un medico coordinatore del centro, un assistente sociale ed un assistente sanitario o capo sala, che provvede anche alla valutazione per l'accesso nelle RSA.
A livello centrale dell'Azienda sanitaria è realizzata una struttura di coordinamento dei servizi di ADI distrettuali, denominata CAD interdistrettuale, con funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica. I rapporti tra le strutture ospedaliere ed i Distretti in materia di ADI sono regolati a livello centrale dalla ASL con adeguati protocolli operativi. Nell'organizzazione e nella erogazione del Servizio di ADI, è dato grande rilievo al ruolo del MMG.
Ai fini dell'espletamento del Servizio di ADI, nel caso di impossibilità da parte delle ASL di provvedere con proprio personale, è possibile ricorrere a convenzioni con società cooperative ed associazioni di volontariato.
L'ambito di applicazione dell'ADI è quello della non autosufficienza nelle sue diverse forme; le prestazioni di ADI previste sono di natura medica, specialistica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero psicofisico, oltre che di natura sociale. Le ASL svolgono attività domiciliare, preferibilmente in forma integrata con i servizi sociali di competenza degli Enti locali, con i quali stipulano specifici protocolli d'intesa.
Le prestazioni di ADI sono estese anche a favore di anziani ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali.
Relativamente al numero di operatori delle diverse qualifiche preposte all'ADI, il modello standard regionale prevede, per ogni Distretto tipo di 80.000 abitanti, un'équipe composta dalle seguenti figure professionali:

- 2 medici,
- 1 caposala,
- 1 assistente sociale,
- 6 infermieri,
- 5 terapisti della riabilitazione,
- 1 logopedista,
- 1 amministrativo
- specialisti SUMAI (60 ore).

A livello operativo le fasi in cui si articola l'intervento di ADI sono quelle relative all'accoglienza, alla valutazione dell'utente ed alla stesura del Piano di intervento individuale. Per ogni paziente è prevista la redazione di una cartella tenuta dal CAD distrettuale; inoltre, attraverso degli specifici strumenti informativi e valutativi si provvede al monitoraggio dell'andamento dell'assistenza.
Il Servizio di assistenza domiciliare deve infine dotarsi di strumenti informativi ai fini della valutazione dell'efficienza del Servizio e dell'efficacia dei risultati, avvalendosi di strumenti di valutazione e di indicatori di qualità.

Lo stato dell'offerta

Nel luglio 1999 l'Assessorato "Salvaguardia e Cura della Salute" ha pubblicato i risultati di una "Ricerca sull'Assistenza Domiciliare nel Lazio" condotta, tramite questionario, nel I semestre del 1998. Da essa è emerso che, all'epoca della rilevazione, sui 51 Distretti della Regione erano attivi 58 CAD; di 56 di essi l'indagine ha potuto raccogliere dati quantitativi rispetto a: "tipo di organizzazione", "utenti", "personale" e "prestazioni".

Relativamente agli utenti, si è rilevato che, nel periodo in esame, sono risultate 20˙301 persone assistite tramite ADI di tipo sanitario, di cui 15.528 (76,5%) con un Piano di trattamento specifico, e 4.773 (23,5%) con prestazioni di tipo saltuario; inoltre, 17.765 utenti sono stati seguiti in assistenza programmata dai MMG in accordo con i CAD.

Per quanto riguarda le patologie dell'utenza, su dati riferiti a 10.196 soggetti (65,5% del totale), sono emerse: le malattie cardiovascolari (21,5%), l'ictus (17,1%), le malattie neurologiche (12,5%), la demenza senile (12%), le malattie oncologiche (11,4%), la frattura del femore (8,5%), la sclerosi multipla (1,7%); il 15,2% degli utenti ha presentato altri tipi di patologie.

Per 6.278 utenti, utilizzando la scheda di valutazione "Geronte", è stato rilevato il livello di disabilità; ne è derivato che il 31,6% degli utenti ha presentato un livello di disabilità grave ed il 44,8% un livello di disabilità gravissimo. La ricerca ha dimostrato, inoltre, che al momento della sua effettuazione, l'utenza dei CAD era prevalentemente costituita da donne (60% del totale). Tra le varie classi di età sono risultati prevalenti gli ultra75enni (60% del totale); meno del 10% degli utenti apparteneva alle classi di età comprese tra 0 e 60 anni.

L'indagine ha permesso di far emergere alcuni nodi critici connessi alla piena realizzazione dell'ADI nel Lazio: in primo luogo una complessiva carenza informativa, tale per cui sono state disponibili informazioni solo per il 75% dei 15.528 utenti in trattamento continuativo; anche la valutazione della disabilità ha riguardato un numero troppo esiguo di soggetti assistiti (40%); è parimenti emersa una forte carenza di risorse umane effettivamente disponibili: 472 unità di personale complessivo effettivamente utilizzato per ADI, a fronte delle 1.122 unità previste dalle LG regionali (DGR 7878/97), con un fabbisogno pari a circa il doppio per medici, infermieri, caposala ed assistenti sociali, a circa il triplo per terapisti della riabilitazione ed a circa il quadruplo per amministrativi, con carenze più o meno marcate tra le diverse ASL.

La Regione Lazio, nel biennio 2000–2001, ha realizzato il progetto "Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare" per il quale aveva ottenuto, dal Ministero della Sanità, un finanziamento di 60 miliardi, che è stato ripartito tra le ASL sulla base di specifici progetti aziendali. Sulla scorta di tale finanziamento le singole aziende hanno incrementato il numero di operatori e di risorse strumentali dei CAD. Per quanto riguarda il personale, si è passati dalle 470 unità del 1998 alle 772 del 2001. Da una rilevazione i cui dati sono in corso di pubblicazione, risulta che nel primo semestre 2001 sono stati presi in carico 21.459 utenti con piano di trattamento e sono stati trattati saltuariamente 14.731 utenti. Per quanto riguarda i soggetti con piano di trattamento, al 50% degli utenti sono stati erogati più di 8 accessi mensili, al 27% da 3 a 7 accessi mensili e al 23% 2 accessi mensili. Dall'analisi comparativa globale degli utenti assistiti nel primo semestre 2001 e nel primo semestre 1998, emerge un aumento da circa 20.000 a circa 36.000 utenti. E' stato anche rilevato che, nel Lazio, nel periodo in esame 24.204 utenti sono stati assistiti a domicilio dal proprio MMG, con accessi programmati in accordo con il medico del CAD (vedi Tabella 14 di Allegato B).

L'indagine ha rilevato, a favore della utenza sopraindicata, oltre 500.000 prestazioni domiciliari nel semestre, dettagliando la tipologia e il carico assistenziale delle singole figure professionali nell'ambito delle diverse aziende sanitarie.

Relativamente ai tempi di attesa, si rileva che il tempo medio di attesa per le prestazioni infermieristiche è inferiore a 8 giorni, mentre rimane ancora molto elevato il tempo di attesa per le prestazioni fisioterapiche. E' da rilevare che la percentuale di utenti in attesa si è ridotta rispetto al 1998 passando dal 5,8% al 5%. I tempi di apertura dei CAD sono mediamente di 6 giorni alla settimana, con una media di 38 ore di attività settimanale (range compreso tra le 30 e le 48 ore settimanali). Nei CAD della Regione si evidenziano notevoli differenze per quanto riguarda la dotazione delle risorse strumentali (autovetture, computer, strumenti diagnostici, ecc.). Infine, l'indagine 2001 ha previsto la somministrazione di un questionario anonimo di gradimento agli utenti e familiari, che ha ottenuto una notevole adesione. I risultati potranno contribuire ad orientare gli operatori per migliorare la qualità del servizio.

OBIETTIVI E STRATEGIE

OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali che informano ed accomunano i successivi obiettivi specifici e le strategie collegate sono quelli di pervenire, nei tre anni di vigenza del Piano, ad una "riequilibratura" tra domanda (appropriata) ed offerta di assistenza domiciliare, sulla base di criteri, procedure e standard verificati e formalizzati, e di dare piena funzionalità ed efficienza a questo modello assistenziale, attraverso interventi sistematici di formazione, informazione, organizzazione e valutazione, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, tali da garantire pari opportunità assistenziali a tutti i cittadini del Lazio.
In altri termini, si vuole indirizzare l'impegno di tutte le Aziende sanitarie regionali perché gli interventi di ADI, qualificando e potenziando i CAD, possano rispondere sempre più a requisiti di: appropriatezza, equità, accessibilità, tempestività, adeguatezza, sicurezza, integrazione, accettabilità, efficacia ed efficienza.

Al fine di raggiungere tali obiettivi, si prevede di condurre, in un Distretto per ogni ASL, una sperimentazione che persegua gli obiettivi specifici sottoindicati, al fine di individuare un modello di assistenza domiciliare, per lo più orientato ad un livello di assistenza intermedia, comprensivo di strumenti e procedure validati, che possa essere adottato su tutto il territorio regionale.
I contenuti specifici (le azioni, gli attori ed i tempi) della sperimentazione troveranno una definitiva formalizzazione nel Progetto attuativo della "Sfida prioritaria", che sarà messo a punto nel primo anno di vigenza del Piano, ad opera di un gruppo di lavoro, coordinato a livello regionale e con il supporto tecnico dell'ASP, che veda la partecipazione di tutti i Distretti individuati dalle singole ASL come sede di sperimentazione. La sperimentazione avrà la durata di un anno; al termine della sua effettuazione saranno analizzati, elaborati e discussi i risultati e adottate le necessarie modificazioni. Nel restante periodo di vigenza del Piano il modello verrà implementato in tutti i Distretti della Regione.

Nel frattempo, tutti i Distretti che non saranno individuati quali sede della sperimentazione, sono chiamati a:

- adeguare il proprio personale alle indicazioni fornite dalle LG regionali in vigore;
- assicurare che ogni richiesta di ADI che non preveda solo prestazioni occasionali, venga vagliata da una équipe valutativa multidisciplinare stabilmente insediata;
- assicurare che ogni intervento veda il coinvolgimento attivo del MMG/PLS del paziente in oggetto;
- assicurare che ogni valutazione multidisciplinare esiti in un Piano assistenziale individuale, che preveda almeno l'esatta definizione degli interventi da effettuare, i loro esecutori e la temporizzazione degli interventi.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGIE COLLEGATE

1. Definire la popolazione target e le prestazioni erogabili

Malgrado la normativa nazionale e regionale abbia nel tempo più volte genericamente individuato i gruppi di popolazione destinatari di interventi di ADI nelle sue diverse forme (malati cronici, disabili, pazienti oncologici terminali, malati di AIDS), risulta indispensabile definire con esattezza, per ogni gruppo di pazienti, i criteri di valutazione che ne configurano le caratteristiche di salute e di bisogno assistenziale adeguate al trattamento a domicilio.
Una condizione che accomuna le diverse tipologie di pazienti eleggibili per l'ADI – rappresentando al contempo un criterio univoco per la loro individuazione – è uno specifico ed oggettivabile livello di non autosufficienza, cioè di limitazione/impossibilità a recarsi presso strutture di assistenza esterne al domicilio.
Definita la popolazione destinataria di questo modello assistenziale, è necessario individuare esattamente le tipologie di prestazioni erogabili a domicilio (per efficacia dimostrata, praticabilità ed opportunità), di natura medica (di base e specialistica), infermieristica e riabilitativa - eventualmente associate alle diverse prestazioni di natura socioassistenziale - che rappresenteranno le "unità di intervento" che, diversamente assemblate, caratterizzano lo specifico Piano di assistenza. Insieme alle prestazioni è necessario definire anche le tipologie di presidi/ausili (di natura tecnologica e farmacologica) che è possibile fornire a domicilio.

2. Implementare la pratica della valutazione multidimensionale attraverso uno strumento omogeneo a livello regionale

Una corretta identificazione dei casi da trattare in assistenza domiciliare, nonché una loro adeguata presa in carico, è praticabile solo attraverso l'effettuazione di una valutazione multidimensionale, metodologia di lavoro che, attraverso specifici strumenti di indagine, si propone di caratterizzare puntualmente il bisogno assistenziale del paziente, indagando le seguenti aree fondamentali: salute fisica; salute mentale; stato funzionale (autonomia nelle attività della vita quotidiana); condizione economica; condizione sociale (rapporti familiari e rete di supporto sociale).
Tale valutazione comprende anche la caratterizzazione ambientale del domicilio del soggetto eleggibile, che consente di verificare la praticabilità dell'ADI.
A redigere la valutazione multidimensionale è un'èquipe multidisciplinare di professionisti insediati nel CAD (l'Unità Valutativa distrettuale già prevista dalla DGR 1020 del 29/11/1989), composta, nel suo nucleo di base, da: medico del CAD, infermiere professionale, assistente sociale, MMG/PLS del paziente; questa èquipe si avvale, sulla base degli specifici bisogni, di diverse altre figure professionali, tra cui, principalmente i medici specialisti.
Il Progetto attuativo comprenderà, tra gli altri, la scelta dello strumento di valutazione multidimensionale da adottare in tutti i distretti sede di sperimentazione. Questo dovrà comunque presentare i seguenti requisiti:

- rapporto equilibrato tra ampiezza dello strumento e grado di approfondimento raggiunto per le singole aree di valutazione del bisogno (equilibrio tra sintesi e finezza discriminativa);
- superamento di una corretta validazione;
- non eccessiva durata di somministrazione;
- facile procedura di compilazione.

3. Predisporre le garanzie per una corretta erogazione dell'Assistenza Domiciliare

L'effettiva realizzazione dell'ADI passa attraverso il perseguimento delle seguenti necessità gestionali ed organizzative:

a. Disponibilità di tutte le figure professionali necessarie all'ADI e loro formazione specifica

In coerenza con la natura delle prestazioni erogabili a domicilio, è necessario che ogni CAD possa effettivamente avvalersi di tutte le figure professionali a queste associate, sia in termini qualitativi che quantitativi. Le figure irrinunciabili sono rappresentate da: MMG/PLS, medici specialisti[4], infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, nonché il personale amministrativo funzionale alla gestione del Servizio CAD. Il medico incaricato del CAD, il MMG/PLS del paziente, l'infermiere professionale, l'assistente sociale e le figure di consulenza medica di volta in volta coinvolte hanno il compito di predisporre il Piano di assistenza individuale, sulla base della valutazione multidimensionale effettuata. Il corretto e continuo espletamento dell'attività di ADI richiederebbe la disponibilità di personale stabilmente operativo all'interno del CAD, con l'eccezione dei medici specialisti, di cui è comunque fondamentale assicurare la disponibilità all'intervento domiciliare.

L'adeguata e permanente dotazione di personale è indubbiamente uno dei punti di maggiore criticità, per la cui risoluzione occorre utilizzare al meglio le possibilità offerte dalla normativa vigente e dai contratti collettivi di categoria. Laddove si rendesse necessaria l'utilizzazione di personale esterno, attraverso convenzioni con cooperative di servizio o associazioni no-profit, è particolarmente opportuno che la scelta dello stesso avvenga prioritariamente sulla base di criteri di qualità professionale e comunque garantendo uno stretto collegamento operativo con il CAD.
Figura centrale dell'équipe di ADI, di cui va garantito un coinvolgimento stabile ed un ottimale raccordo con il CAD, è il MMG/PLS. Ancor prima del coinvolgimento diretto nell'assistenza a domicilio, questi, in forma singola o associata, può svolgere un prezioso ruolo di "intercettatore" del bisogno (attraverso l'utilizzazione di strumenti di valutazione agili e rapidi volti all'individuazione precoce dei cosiddetti "soggetti fragili" per i quali attivare tempestivamente gli interventi socio-sanitari più idonei), di collettore di dati sulla salute e di informazione della popolazione sull'ADI.

[4] Sulla base delle specifiche esigenze del paziente in trattamento è indispensabile poter disporre, di volta in volta, del geriatra, del fisiatra, del cardiologo, dello pneumologo, dell'oncologo, del palliativista, del neuropsichiatra, dell'infettivologo, etc.)

Per ogni paziente in trattamento va individuata la figura del *case manager* (incarico per lo più attribuito a figure infermieristiche), quale responsabile del coordinamento gestionale del caso secondo quanto previsto dal Piano di assistenza.
Di particolare rilevanza è la definizione e l'attuazione di specifici percorsi formativi per le diverse figure professionali coinvolte nell'assistenza, nonché di corsi di addestramento dei curatori informali coinvolgibili. Date le caratteristiche di alcune tipologie di utenti (gravi forme di non autosufficienza e disabilità, malattie terminali, AIDS), una specifica attenzione va anche rivolta alla prevenzione/trattamento del *burn out* degli operatori.

b. Disponibilità di procedure relative a tutte le diverse fasi di analisi, presa in carico e gestione del caso

Ogni fase che intercorre dalla richiesta di intervento in assistenza domiciliare (ADI) all'uscita dal trattamento (compresa la valutazione conclusiva del suo impatto), deve essere pianificata e dettagliata all'interno di procedure condivise. Le procedure non hanno esclusivamente una natura organizzativa, ma riguardano anche l'effettuazione di interventi assistenziali di particolare rilevanza in termini di complessità tecnica o rischio di complicanze. L'elaborazione delle diverse procedure, individuate secondo priorità in termini di frequenza di utilizzo e rilevanza, verrà suddivisa tra i gruppi di lavoro attivati nelle singole realtà distrettuali sede della sperimentazione.
Tra le diverse procedure da approntare, in una prospettiva di sistematizzazione ma anche di semplificazione dell'esistente, vanno previste anche quelle relative alla fornitura di tutti i presidi impiegabili in ADI (che dovranno necessariamente coinvolgere, per le questioni collegate al riconoscimento dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento, la competenza medico-legale).

c. Stabile collegamento e coordinamento dei Centri di Assistenza Domiciliare con gli altri comparti assistenziali, di natura sanitaria e sociale

In virtù della funzione di snodo funzionale strategico nella gestione dei diversi percorsi assistenziali, è necessario che ogni CAD sia stabilmente collegato con gli altri comparti sia ospedalieri che territoriali (Istituti di riabilitazione, RSA, Hospice, Centri diurni, Residenze socio-assistenziali, etc.). Dall'attività di valutazione multidimensionale svolta dai CAD emerge, infatti, la più corretta allocazione dei soggetti esaminati, da non trattare, quindi, solo in ADI, ma da destinare eventualmente ad una RSA o ad altra struttura territoriale.
Un puntuale raccordo con l'ospedale è requisito indispensabile per garantire la dimissione protetta dei pazienti ospedalizzati (vedi "Continuità e Integrazione dell'assistenza" nella Sezione su "Gli Indirizzi strategici"). Alla sua compiuta realizzazione vanno perciò dedicati progetti ad hoc, compresi all'interno di accordi formali tra i due comparti, sia che appartengano a due Aziende sanitarie distinte, sia che facciano parte della stessa ASL. Parimenti importante, al fine di costruire le premesse per la realizzazione della continuità assistenziale, è il raccordo sia con i medici dell'ex guardia medica sia con i medici specialisti territoriali ed ospedalieri.
Va altresì realizzato un efficiente raccordo con tutti i soggetti individuali o collettivi che, a vario titolo, costituiscono la rete dei possibili curatori informali del paziente. In particolare è necessario valorizzare il ruolo complementare delle associazioni no profit presenti sul territorio, aventi specifica esperienza e competenza.
Al fine di massimizzare l'integrazione tra gli interventi di natura sanitaria e quelli di natura sociale, laddove non sia attivo l'istituto della "delega" è, inoltre, indispensabile formalizzare accordi/convenzioni/protocolli tra Aziende sanitarie ed Enti Locali.

4. Promuovere la conoscenza del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata da parte della popolazione e del sistema sanitario e sociale

La piena utilizzazione ed efficacia dell'ADI è strettamente legata alla corretta percezione di questo Servizio da parte della popolazione generale e, nello specifico, dei soggetti potenzialmente destinati ad essere curati a casa e di chi ne ha cura. Risulta perciò indispensabile adottare interventi che possano orientare correttamente l'utenza potenziale, aumentando la quota di richieste di prestazioni di ADI da parte della popolazione effettivamente eleggibile. Ciò richiede un forte impegno, dal momento che tra i soggetti prioritariamente destinatari dell'ADI, vi sono persone con deficit spiccati di autosufficienza, cioè soggetti per lo più anziani con maggiori probabilità di deterioramento delle funzioni cognitive e relazionali e minori occasioni di scambio sociale. Essendo soggetti per lo più confinati a casa, è opportuno raggiungerli

prevalentemente attraverso messaggi veicolati dai media (televisioni, radio e giornali nazionali e locali) o, eventualmente, attraverso operatori sociali o curatori informali che siano già in contatto con essi.

Occorre parimenti verificare che anche gli operatori sanitari ed i MMG in testa, così come tutti i comparti ed i servizi sanitari (ed in particolare l'ospedale e le farmacie) e sociali (Comuni, Centri anziani, Parrocchie, etc.), abbiano un'esatta conoscenza della funzionalità ed operatività dei CAD. Nel caso dei MMG/PLS tale corretta conoscenza è funzionale all'esercizio del ruolo di filtro e di orientamento all'assistenza domiciliare, in cui sono peraltro direttamente operativi, secondo le specifiche modalità previste dagli ACN ed eventualmente dagli accordi integrativi regionali.
E' altrettanto importante chiarire sin dall'inizio ai familiari quali siano le esatte caratteristiche di questa modalità assistenziale, in termini di natura e frequenza degli interventi previsti dal Piano di assistenza individuale, per evitare di sollevare aspettative improprie e nel contempo per permettere di esercitare una funzione di verifica del rispetto dell'impegno assistenziale. Un ruolo centrale per una corretta informazione è affidato, all'interno di ogni Azienda sanitaria, all'URP, i cui operatori devono essere adeguatamente formati alle modalità di fruizione di questa forma di assistenza. Utile sembra anche il ricorso a estratti della Carta dei Servizi specificamente dedicati all'ADI e, se lo si ritenesse possibile, l'attivazione (ed il suo funzionamento almeno in particolari fasce orarie) di un numero di telefono dedicato, attivo all'interno del CAD, per fornire informazioni sul Servizio e rispondere ad eventuali quesiti dei cittadini.
Per quanto attiene alcune prestazioni di natura socio-assistenziale eventualmente costitutive di interventi di ADI, è altresì importante che il CAD sia in grado di informare chiaramente sulle condizioni e sui criteri che la normativa prevede per il loro ottenimento (limiti di reddito, livello di malattia o disabilità emergente da analisi diagnostico/laboratoristiche o dall'applicazione di scale ad hoc).
Una corretta e capillare informazione potrà consentire di disporre di una rete di individuazione/segnalazione ai CAD dei casi trattabili in ADI.
Tra le necessità comunicative di particolare rilievo, per il loro risvolto etico e medico-legale, vi è quella di una corretta informazione relativa all'acquisizione del Consenso informato alle cure domiciliari.

5. Attivare, in ogni Centro di Assistenza Domiciliare distrettuale, un SI informatizzato

L'informatizzazione dei CAD e la garanzia di disponibilità corrente delle informazioni ad essi relative rappresentano la condizione necessaria per il monitoraggio periodico delle loro caratteristiche funzionali e di performance e l'adozione di eventuali interventi correttivi e proposte operative.
Tale SI, che sarà collaudato all'interno della sperimentazione, deve essere atto a registrare e comunicare le caratteristiche strutturali e funzionali del Servizio, la tipologia dei pazienti in carico e la natura, l'entità e la durata delle prestazioni ad essi erogate, nonché gli esiti di salute degli interventi. Particolare importanza riveste inoltre la possibilità di disporre di dati relativi alla contabilità analitica dei CAD, in modo da supportare le valutazioni economiche di cui al punto 6.

6. Effettuare stime e valutazioni di natura economica

Nel corso della sperimentazione saranno effettuate valutazioni di natura economica, con le seguenti finalità:

- verificare empiricamente il costo della ADI nelle sue diverse componenti (comprese possibili stime dei costi di natura sociale), rilevando distintamente informazioni relative ad alcune categorie di costo (di personale sanitario e non sanitario, di farmaci, di materiali di consumo, di trasporto, etc.);
- valutare l'impatto rispetto all'utilizzo di altre tipologie di servizi socio-sanitari, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera ed a quella residenziale.

Scopo di tale valutazione è quello di stimare l'impatto della implementazione dell'ADI sul sistema dell'offerta nel suo complesso e di valutare l'opportunità di garantirne la sostenibilità anche attraverso forme ulteriori di finanziamento della spesa, comprese possibili quote di partecipazione a carico dei cittadini.

PRINCIPALI POSSIBILITÀ ATTESE DALLA SPERIMENTAZIONE

1. Verificare ed, eventualmente, aggiornare o mettere a punto standard assistenziali relativi a personale e tempi di cura

Il preciso riferimento a standard di personale è strettamente collegato alla natura ed alla complessità delle prestazioni che si intendono erogare in ADI, oltre che alla esatta definizione della popolazione target. Una prima correzione potrebbe essere, infatti, apportata, facendo riferimento non a standard di popolazione complessiva (gli attuali 80.000 abitanti), ma a standard di popolazione anziana (ultrasettantenne o

ultrasettantacinquenne), criterio demografico che, oltre ad essere di facile riferimento, da un punto di vista quantitativo racchiude la maggior parte dei soggetti eleggibili per assistenza domiciliare.
Dalla sperimentazione si attende, quindi, di poter verificare in modo più analitico le effettive necessità assistenziali e le conseguenti esigenze di personale (standard di riferimento), riferendole a quote di popolazione eleggibile, per diverse fasce di gravità ed intensività di cura.
Tra le possibilità che potrebbero derivare dalla sperimentazione vi è, infatti, quella di raggruppare il complesso delle prestazioni erogabili nei diversi Piani di assistenza, in classi corrispondenti a livelli di AD (ad esempio a Minima, Media ed Alta complessità), cui si potrebbero più facilmente associare standard assistenziali e costi medi relativi.

2. ***Pianificare in modo organico le unità di offerta di Assistenza Domiciliare Integrata in ciascun Distretto regionale, attraverso l'attivazione o il potenziamento dei Centri di Assistenza Domiciliare***

Avendo verificato l'adeguatezza degli standard di personale dei CAD, aggiornando eventualmente quanto previsto dalle LG regionali (DGR 7878/1997), sarà possibile valutare opportunamente la congruità quantitativa dei CAD attualmente disponibili e delle unità di offerta di ADI ad essi collegate rispetto alla stima del bacino di utenza effettivo, prevedendone eventuali modifiche in aggiunta od eliminazione od eventuali forme di potenziamento.
Fine ultimo di tale reingegnerizzazione è quello di garantire, in tutto il Lazio, che le Unità Valutative distrettuali possano effettivamente svolgere, attraverso la valutazione delle richieste pervenute e l'organizzazione degli interventi, quel ruolo strategico di snodo funzionale e di orientamento dell'assistenza così cruciale per un'efficiente allocazione del bisogno nella più adeguata area di offerta.
In definitiva, dalla sperimentazione potranno emergere tutti gli elementi necessari alla esatta definizione dei requisiti per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare (e dei relativi indicatori), la cui adozione configurerà il livello qualitativo che la regione Lazio vorrà darsi in un ambito assistenziale sempre più rilevante, a garanzia della salute dei suoi cittadini.

3.4 PROGRAMMI DI PREVENZIONE

DEFINIZIONE DEL TEMA

Il valore

Tutti i cittadini della regione Lazio, come singoli e come collettività, hanno diritto ad interventi di prevenzione per i quali ci sia evidenza di efficacia: Questo valore si deve applicare sia nei casi individuali, sia nel caso ci si rivolga a gruppi di popolazione, sia che ci si rivolga alla collettività nei luoghi di vita e di lavoro.
Questo valore deve essere comunicato, da parte degli operatori della salute, ai cittadini in modo corretto ed esauriente, ogni volta che un problema di salute in un individuo o in una comunità può efficacemente essere affrontato con un intervento preventivo

L'impegno del Servizio Sanitario Regionale

Sono necessari interventi attivi finalizzati a ridurre l'insorgenza di stati morbosi o il verificarsi di eventi di particolare gravità**.**
Gli interventi preventivi devono fondarsi su programmi per i quali ci sia documentata evidenza di efficacia e per i quali i benefici siano maggiori degli effetti avversi. I Servizi sanitari dovranno assicurare il pieno aggiornamento dei loro operatori e saranno tenuti a selezionare tipologie di programmi preventivi di provata efficacia.
L'ASP coordina i programmi di sperimentazione in aree in cui l'evidenza scientifica non è ancora sufficiente ad indirizzare con certezza le scelte oppure in aree in cui occorrano elementi orientativi in ragione del contesto specifico.

Per motivi etici è fondamentale assicurare che siano coinvolte tutte le persone che possono trarre beneficio dagli interventi programmati, in particolare quelle più svantaggiate per livello socio-culturale.
Inoltre, dovrà essere valorizzato il ruolo di informazione ed assistenza preventiva nei confronti dell'utenza che è proprio dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione.
E' indispensabile la migliore organizzazione ed articolazione delle attività di promozione della salute. A tal fine il Dipartimento di Prevenzione dovrà produrre un piano annuale concordato con gli altri servizi coinvolti a tal fine. Per quanto riguarda programmi informativo educativi veicolati dai media vanno sperimentate, fra l'altro, forme di coinvolgimento di soggetti privati.
Oltre a garantire un coordinamento delle attività di prevenzione, le ASL e la Regione, attraverso l'ASP, dovranno costruire metodi e strumenti per la garanzia della qualità degli interventi di prevenzione. Nell'arco del triennio occorrerà raggiungere un pieno risultato sulle garanzie della qualità, ovvero gli interventi di prevenzione, per essere attuati, dovranno rispondere ai requisiti di qualità definiti in sede regionale.

AREE D'INTERVENTO

Questa sfida si situa nelle seguenti aree d'intervento, all'interno delle quali sono definiti gli obiettivi che si intendono perseguire:

***Area A**:*

prevenzione collettiva nei luoghi di vita e di lavoro dove si attua la risposta ai bisogni di salute della popolazione predisponendo interventi di dimostrata efficacia, in base a definizioni di priorità scientificamente costruite.

Area B:

Prevenzione secondaria mediante programmi o interventi di *screening* rivolti alla popolazione generale, a gruppi di popolazione asintomatica ed agli individui, per tumori ed altre patologie croniche e condizioni di salute, per cui sia noto che la diagnosi precoce determini una migliore prognosi.

Area C:

Promozione di modelli di comportamento e stili di vita per la salute, in particolare, per la prevenzione delle IVG, il fumo e le malattie a trasmissione sessuale.

AREA DI INTERVENTO A: La sfida nell'area della prevenzione collettiva nei luoghi di vita e di lavoro

La prevenzione e la promozione della salute è un campo di interesse prioritario perché può offrire benefici agli individui, intesi singolarmente e come collettività, spesso poco conosciuti o sottovalutati dai cittadini. In alcuni casi, inoltre, rappresenta l'intervento più efficace ed il più basso costo, costituendo, nell'ambito delle offerte possibili del SSR, quello a migliori rapporti costo/efficacia e costo/benefici. La prevenzione investe l'attività di molti soggetti che operano all'interno del SSR, con compiti ed attività diverse.
Nello scenario attuale, gli attori del "sistema prevenzione" devono confrontarsi con due evidenti punti critici. Negli ambienti produttivi, l'evoluzione normativa e tecnologica, ha imposto un radicale cambiamento del concetto stesso di prevenzione e del ruolo degli attori all'interno di essa. Essendosi affermato il concetto della "autocertificazione" di ottemperanza alle normative in materia (valutazione del rischio, autocontrollo alimenti etc.) l'attività dei servizi si deve orientare dal semplice controllo "burocratico" ed "autorizzativo" riguardo agli adempimenti normativi, alla pianificazione e realizzazione di piani di prevenzione attraverso i quali valutare l'efficacia delle misure adottate per i singoli rischi ed intervenire, eventualmente, con misure correttive. Un ulteriore problema cruciale è costituito dalla necessità di adeguamento all'evoluzione tecnologica e culturale del settore e dalla contemporanea difficoltà a riorientare la domanda rispetto a questo.
La Regione detta indirizzi e direttive per l'elaborazione e l'attuazione dei piani specifici locali con particolare riferimento ai problemi dello sviluppo e della qualificazione del sistema produttivo regionale, del sostegno della qualificazione e delle capacità lavorative, del miglioramento delle relazioni sociali, delle condizioni di lavoro e di tutela della salute ed interventi sul versante della trasparenza e della regolarità degli appalti.

I piani specifici locali rappresentano lo strumento per una azione organica e sistematica in uno specifico settore produttivo per

- Effettuare una analisi dei rischi, degli infortuni e delle cause che li determinano;
- Individuare soluzioni tecniche, organizzative e procedurali omogenee nel territorio;
- Favorire il miglioramento dei sistemi di gestione aziendale, anche attraverso "certificazioni sociali" delle imprese e dei processi produttivi, promuovendo la sicurezza come indicatore della " qualità" della impresa;
- Sviluppare relazioni con i soggetti responsabili per la sicurezza e prevenzione delle imprese e delle aziende, in primo luogo con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- Sviluppare una ampia azione di diffusione della "cultura della prevenzione" e l'adozione di specifici piani per evitare il rischio e adottare comportamenti idonei alla protezione, interessando in primo luogo i lavoratori, gli studenti e i cittadini;
- Rendere più incisiva l'attività degli organismi pubblici attraverso il coordinamento interistituzionale ed intensificare le funzioni di vigilanza e controllo anche attraverso interventi integrati;
- Proporre nei singoli comparti lavorativi i livelli di prevenzione standard verso i quali le imprese devono tendere, adattandoli poi alla propria specifica realtà lavorativa;
- Fornire un concreto contributo tecnico per la definizione e l'applicazione dei livelli di prevenzione possibili.

A livello regionale, in base alle analisi del fenomeno infortunistico e tecnopatico verranno individuati i settori lavorativi considerati prioritari.
Ogni Azienda sanitaria sulla base degli indirizzi regionali e tenendo conto delle situazioni locali svilupperà i piani specifici in relazione alle peculiarità delle attività produttive, dell'incidenza e della gravità degli infortuni e delle malattie professionali presenti sul territorio di competenza.
Uno degli impegni più importanti in questo settore va rivolto al superamento delle difficoltà, per molti versi intrinseche alla prevenzione primaria, di rilevare e misurare l'impatto e, quindi, gli effetti in termini di miglioramento delle condizioni di salute della popolazione di riferimento.
Elementi qualificanti per le strutture regionali sono:

a. lo sviluppo della capacità di analisi epidemiologica e di valutazione scientifica dell'efficacia dei programmi;
b. l'orientamento dei servizi dell'area di prevenzione all'offerta di prestazioni esclusivamente basate su bisogni di salute prioritari.

Efficacia, equità ed etica degli interventi

L'efficacia degli interventi deve essere assicurata attraverso diverse operazioni che comprendono:

- la selezione e la messa in atto di interventi raccomandati per la loro efficacia dalla letteratura scientifica;
- la valutazione scientifica almeno di processo e di esito degli interventi attuati;
- la valutazione sperimentale e la validazione di interventi innovativi.

L'equità delle prestazioni rivolte deve essere assicurata attraverso l'offerta di servizi al cittadino omogenei sul territorio regionale per obiettivi di salute, accessibilità e qualità. Devono essere, inoltre, effettuati interventi mirati per situazioni particolarmente svantaggiate e per gruppi di popolazione esposti a fattori di rischio di rilevante gravità.
L'impatto etico va adeguatamente considerato nella pianificazione degli interventi. Esso potrà essere determinante nella scelta degli obiettivi, delle priorità e dei metodi.

Bisogni e problemi di salute

La definizione delle attività deve essere improntata alla risposta a problemi di salute reali e prioritari.
A tale scopo è di grande rilevanza la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento attraverso analisi epidemiologiche rigorose, da cui far conseguire la definizione delle priorità.
L'ASP, rappresenta il riferimento ed il supporto tecnico-scientifico per la definizione e la valutazione di efficacia degli interventi in materia.

A) OBIETTIVI

Assicurare la risposta ai bisogni di salute della popolazione, affrontabili con la prevenzione, garantendo interventi efficaci nell'area della prevenzione collettiva nei luoghi di vita e di lavoro, in base a definizioni di

priorità scientificamente costruite (Riferimenti: - WHO: *Health 21: ventuno obiettivi di salute per il XXI secolo* Obiettivo 9 e Obiettivo 13 / PSN 1998-2000) per

1. ridurre l'incidenza degli infortuni sul lavoro
2. ridurre l'incidenza degli infortuni stradali e domestici
3. analizzare e riorientare i processi produttivi nei Servizi dell'area di Prevenzione delle ASL

OBIETTIVO A.1: ridurre l'incidenza degli infortuni sul lavoro

I valori ed i trend di incidenza e mortalità (tabelle A1 e A2) del fenomeno infortunistico nei luoghi di lavoro conferiscono priorità agli interventi tesi a ridurli.

Tabella A1-Infortuni sul lavoro denunciati dalle Aziende per Provincia, Regione ed anno evento (Industria, Commercio, Servizi)

Province e Regioni	1996	1997	1998	1999	2000
FROSINONE	4.862	4.920	5.153	5.500	5.547
LATINA	4.657	4.245	4.273	4.339	4.540
RIETI	1.673	1.471	1.477	1.699	1.689
ROMA	31.366	32.065	33.176	35.445	35.411
VITERBO	2.690	2.629	2.658	2.353	2.162
LAZIO	**45.248**	**45.330**	**46.737**	**49.336**	**49.349**

Fonte: INAIL

Tabella A2 – Infortuni mortali denunciati per Provincia, Regione ed anno evento (Industria, Commercio, Servizi)

Province e Regioni	1996	1997	1998	1999	2000
FROSINONE	10	18	15	19	17
LATINA	9	13	8	19	9
RIETI	3	4	3	5	1
ROMA	44	50	52	49	51
VITERBO	4	5	3	1	4
LAZIO	**70**	**90**	**81**	**93**	**82**

Fonte: INAIL

Obiettivo A.1.1

Ridurre l'incidenza degli infortuni sul lavoro attuando piani locali in relazione alle priorità di rischio individuate. Elemento cruciale sia per la sorveglianza del fenomeno, sia per la valutazione degli interventi, è la costruzione/ridefinizione/trasformazione del SI sugli infortuni, principalmente attraverso una ridefinizione dei flussi informativi INAIL-Regioni-Aziende.

Le Aziende sanitarie dovranno prevedere piani specifici, utilizzando metodologie sperimentate per la definizione delle priorità. Si dovranno, quindi, allestire piani di intervento nei comparti a maggior rischio, definendo i metodi operativi e di valutazione con la definizione di criteri, indicatori e standard relativi sia al processo che all'esito.

Azione	Attore	Tempi
Predisposizione ed attuazione di piani locali	Aziende sanitarie	Vigenza del Piano

Attività previste

- Analisi dei dati epidemiologici sull'andamento del fenomeno.
- Definizione della tipologia degli interventi sulla base di provata efficacia.
- Definizione degli indicatori e dei valori attesi.
- Attuazione degli interventi programmati.
- Raccolta e valutazione dei risultati.

Obiettivo A.1.2

Assicurare la promozione della salute presso le scuole superiori ad indirizzo tecnico-professionale attraverso la realizzazione di interventi di informazione/formazione sugli aspetti normativi e comportamentali relativi alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Azione	Attore	Tempi
Attuazione di interventi di informazione/formazione nelle scuole superiori ad indirizzo tecnico professionale	ASL	Vigenza del Piano

Attività previste

- Definizione del piano di informazione/formazione.
- Attuazione del piano di informazione/formazione.
- Valutazione dell'efficacia degli interventi in base ad una griglia di valutazione predefinita.

OBIETTIVO A.2: Ridurre l'incidenza degli infortuni stradali e domestici

a. Infortuni stradali

Gli incidenti stradali, anche nella regione Lazio, sono una importante causa di mortalità e morbilità. Nel corso dell'anno 2000, dalla sola rilevazione degli accessi alle strutture di emergenza (PS) dei presidi ospedalieri e delle AO del Lazio, in seguito ad incidente stradale si sono registrati 153.548 accessi (tabella A3 e A4), con un'incidenza del 30/1.000 abitanti/anno ed una mortalità pari a 1,9/100.000 abitanti/anno. Il fenomeno ha proporzioni numericamente più rilevanti, considerando che dall'elaborazione sopra esposta restano fuori i soggetti deceduti sul luogo dell'incidente.

Tabella A3 - Accessi al PS per incidenti stradali nel Lazio, anno 2000

Esito	N	%
Morti	101	0,1
Ricoverati	11.313	7,4
Trasferiti	1.356	0,9
Rifiuta ricovero	12.323	8,0
A domicilio	127.675	83,1
Non risponde	780	0,5
Totale	**153.548**	**100,0**

Fonte: SIES - ASP
Morbosità = 2953 / 100,000 abitanti anno
Mortalità = 1.9 / 100,000 abitanti anno

Tabella A4 - Incidenza del fenomeno infortuni stradali per provincia (tassi x 100.000 abitanti)

VT	1.796
RI	1.998
FR	2.596
RM provincia	3.007
RM città	3.417
LT	3.604

Fonte dati: SIES - ASP

b. Infortuni domestici

Gli incidenti domestici rappresentano un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili (tabella A5, A6, A7, A8).

La legge 493/99 impone l'attuazione di un SI degli infortuni domestici con la partecipazione di strutture regionali di osservazione epidemiologica. E' possibile nel Lazio effettuare studi pilota diretti ad identificare le strategie più efficaci per il monitoraggio del fenomeno, vista l'esistenza di un sistema informatizzato delle prestazioni di PS ospedalieri dell'intera Regione. In particolare, i bambini, i soggetti anziani e le casalinghe sono le popolazioni a maggior rischio, rispetto a ciascuna delle quali occorre pianificare interventi mirati.

Tabella A5 - Accessi al PS per incidenti domestici nel Lazio, anno 2000

Esito	N	%
Morti	63	0,1
Ricoverati	10.132	6,9
Trasferiti	1.439	1,0
Rifiuta ricovero	8.858	6,0
A domicilio	125.138	85,3
Non risponde	110	0,7
Totale	**145.740**	**100,0**

Fonte dati : SIES – ASP
Incidenza = 2719 / 100,000 abitanti anno
Mortalità = 1.2 / 100,000 abitanti anno
Letalità = 0.04%

Tabella A6 - Andamento infortuni domestici

	anno 1990				anno 1998			
	Maschi		femmine		maschi		Femmine	
Classi di età	n	%	N	%	N	%	n	%
0-5	127	12,62	83	3,62	160	13,99	92	3,06
6-14	160	15,89	124	5,40	100	8,74	76	2,53
15-24	110	10,92	225	9,81	92	8,04	196	6,52
25-44	243	24,13	721	31,43	284	24,83	956	31,82
45-64	227	22,54	685	29,86	288	25,17	892	29,70
>65	140	13,90	456	19,88	220	19,23	792	26,37
Totale	**1.007**	**100**	**2.294**	**100**	**1.144**	**100**	**3.004**	**100**

Fonte: ISTAT

Obiettivo A.2.1

Realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico stradale e domestico a livello regionale

Azione	Attore	Tempi
Realizzazione del sistema di sorveglianza epidemiologica	ASL	Vigenza del Piano
Attuazione di interventi di prevenzione	ASL	Vigenza del Piano

Attività previste

- Utilizzazione dei sistemi di sorveglianza disponibili presso le strutture del SSR: mortalità, accessi al PS, ricoveri ospedalieri.
- Definizione dei meccanismi di collegamnto con i diversi sistemi di sorveglianza esterni al SSR.
- Identificazione dei fattori di rischio.
- Definizione della tipologia degli interventi preventivi sulla base di provata efficacia scientificamente dimostrata, sviluppando, in particolare, interventi informativi/educativi sulla popolazione generale, in ambito scolastico o su particolari gruppi a rischio.
- Definizione degli indicatori e dei valori attesi.
- Attuazione degli interventi programmati.
- Raccolta e valutazione dei risultati.

Obiettivo A.2.2

Assicurare la promozione della salute attraverso la realizzazione di interventi educativi nel campo dell'infortunistica stradale e domestica, coinvolgendo le strutture più idonee (scuola, scuole guida, servizi di assistenza domiciliare, etc.).
Interventi di prevenzione degli infortuni stradali e domestici vanno individuati alla luce di quanto elaborato dalle istituzioni che attualmente se ne occupano, principalmente l'ISS ed il Ministero dei Lavori Pubblici.
Le tipologie di intervento andranno mirate a target specifici di popolazione che dovranno essere raggiunti nelle sedi più appropriate, con il coinvolgimento delle strutture interessate (scuole, scuole guida, centri anziani, servizi di assistenza domiciliare ed altri servizi sociali).
Al fine di validare interventi specifici, occorre prevedere un'implementazione multicentrica di essi con la valutazione dell'impatto condotta a cura dell'ASP.

Azione	Attore	Tempi
Attuazione di interventi di educazione sanitaria	ASL, ASP	Vigenza del Piano

Attività previste

- Definizione del piano di intervento.
- Attuazione del piano di intervento.
- Valutazione dell'efficacia degli interventi in base ad una griglia di valutazione predefinita.

OBIETTIVO A.3: Analizzare e riorentiare i processi produttivi dei servizi

La piena realizzazione dei programmi di prevenzione, secondo i criteri sopra enunciati, presuppone che l'assetto operativo dei servizi che erogano prestazioni in ambito di prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro si orienti in coerenza con la scala di priorità definita. Ciò anche attraverso l'interazione e la collaborazione con le altre istituzioni regionali di riferimento.
Tale riassetto si considera prioritario per perseguire la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Obiettivo A.3.1

Promuovere un'analisi critica delle attività dei Servizi sanitari deputati alla prevenzione, sulla base di criteri di appropriatezza ed efficacia.

Obiettivo A.3.2
Definire, sulla base di quanto previsto al punto precedente, modelli operativi innovativi dei Servizi che erogano prestazioni di prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro delle Aziende sanitarie.

Azione	Attore	Tempi
Individuazione di interventi prioritari di chiara efficacia	ASL, ASP	Vigenza del Piano
Definizione del modello operativo	ASL, ASP	Vigenza del Piano

Attività previste
- Stabilizzazione dei flussi informativi locali sulle prestazioni erogate e sull'attività svolta.
- Definizione di indicatori di efficienza delle prestazioni erogate (*input, inside, output*).
- Definizione di indicatori di efficacia.
- Realizzazione, sotto la guida dell'ASP, di interventi prototipali valutati in confronto a studi sperimentali di prevenzione specifici.
- Definizione di un modello operativo flessibile orientato all'attività per "progetti" di tutela della salute.
- Attuazione e valutazione degli interventi.

L'individuazione di altri ambiti di obiettivo generale, oltre quelli su esposti dovrà avvenire, in coerenza con le politiche regionali sulla prevenzione, tenendo conto del criterio della rilevanza epidemiologica dei fenomeni. Le Aziende sanitarie, di concerto con l'ASP, individueranno le linee metodologiche e scientifiche per la costruzione di un set di priorità, per la validazione dei relativi interventi.

AREA DI INTERVENTO B: La sfida nell'area della prevenzione "secondaria"

Gli interventi attualmente già proposti da strutture del SSR riguardano ambiti molto vasti: programmi regionali o proposte locali di *screening* dei tumori; *screening* di stati di salute o per patologie cronico-degenerative; offerta individuale di "programmi" di prevenzione. Per alcuni di questi interventi non c'è evidenza di efficacia (per esempio: *screening* del tumore della prostata o alcune attività in ambito scolastico); per altri non c'è rispetto dell'equità e completa risposta ai bisogni di salute (per esempio: programmi regionali per i tumori della mammella e della cervice uterina); per altri non esistono soluzioni organizzative adeguate (per esempio: *screening* del tumore del colon-retto o prevenzione delle malattie cardiovascolari).
È, quindi, opportuno definire obiettivi generali e interventi specifici.

OBIETTIVI GENERALI

1. Realizzare programmi di *screening* di popolazione per i tumori di provata efficacia, garantendo un uso appropriato delle risorse.
2. Realizzare programmi di *screening* sulle patologie croniche non tumorali di provata efficacia, garantendo un uso appropriato delle risorse.
3. Assicurare che i programmi di *screening* su stati di salute siano di provata efficacia, e garantire un uso appropriato delle risorse.

B.1 OBIETTIVO GENERALE: Programmi di screening di popolazione per i tumori

I programmi di *screening* di popolazione si coordinano con quanto previsto dal Piano della CO regionale e mirano a trasferire nella pratica i benefici di provata efficacia che si possono attendere in base alla ricerca scientifica mediante il raggiungimento di obiettivi specifici per l'attuazione di Programmi per lo *screening* del Tumore della mammella, Tumore della cervice uterina e Tumore del colon [vedi "Obiettivi generali" B.1.1, B.1.2, B.1.3]

Analisi del contesto

Gli interventi di prevenzione su popolazione asintomatica coinvolgono persone apparentemente sane che, in generale, non percepiscono il bisogno di tali interventi e, di conseguenza, non esprimono una domanda specifica; d'altra parte è crescente nell'opinione pubblica la sensibilità verso queste tematiche e la richiesta di interventi di prevenzione (domanda generica).

- L'efficacia. Dati di letteratura evidenziano l'efficacia sperimentale e pratica di programmi di *screening* dei tumori della mammella mediante mammografia biennale in due proiezioni e della cervice uterina mediante pap-test ogni 3 anni; esistono dimostrazioni di efficacia sperimentale dello *screening* del cancro del colon-retto mediante ricerca del sangue occulto fecale annuale.
- L'etica. È dovere etico e compito programmatico-organizzativo del SSR offrire una risposta ad un bisogno di salute (percepito o non) qualora siano a disposizione interventi di provata efficacia, avendo cura di evidenziare sia i benefici attesi, sia gli inevitabili limiti di tali interventi.
- L'equità. E' dimostrato che le fasce di popolazione di più basso livello socio-economico utilizzano di meno i programmi di prevenzione e pertanto sforzi devono essere compiuti per garantire la massima partecipazione delle categorie più svantaggiate (equità orizzontale degli *screening*) nonché degli strati di popolazione a maggiore incidenza di mortalità (equità verticale degli *screening*).
- L'incidenza. I tassi del Lazio, standardizzati sulla popolazione italiana, sono riportati in tabella:

Tabella 1.1 - Incidenza dei tumori della mammella, utero e colon retto in Italia e nel Lazio. Per l'Italia sono riportate le stime IARC per il 2000 (Fonte: GLOBOCAN 2000). Per il Lazio è riportata la stima dell'ASP per il 1999. Dati per 100.000 persone.

Tumore	**Italia**			**Lazio**	
	Casi	**Tasso grezzo**	**Tasso ***	**Tasso ****	
				Maschi	Femmine
MAMMELLA	32037	108.63	64.87	-	86.8
UTERO	3711	12.58	9.05	-	17.3
CCR	17841	64.16	35.27	48.5	44.5
*Tasso standardizzato per età sulla popolazione mondiale ** Tasso standardizzato sulla popolazione italiana					

- Mortalità.I tumori della mammella, del colon-retto e dell'utero rappresentano per la donna rispettivamente la prima, la seconda e la nona causa di morte per tumore; per l'uomo, il tumore del colon-retto è la seconda causa di morte.

Figura 1.1 - Mortalità proporzionale per tumori nel Lazio. Periodo 1993-1996

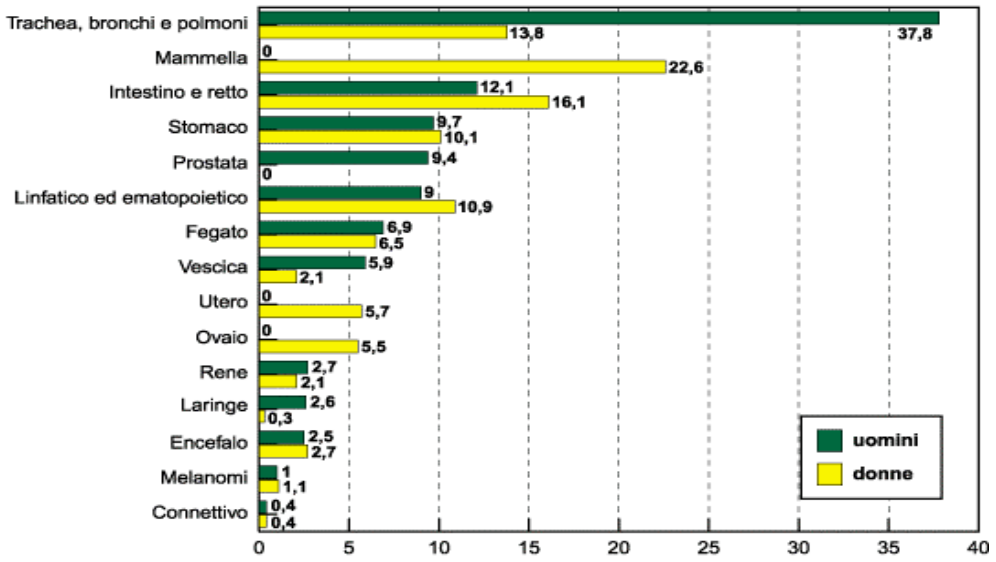

Tabella 1.2 Tassi di mortalità per tumori della mammella, utero e colon-retto nel Lazio; periodo di riferimento 1993-1998 (Fonte: ASP Lazio)

	TUTTE LE ETÀ				35-64 ANNI			
	casi	tasso	E.S.	Italia	casi	tasso	E.S.	Italia
	Tumori della mammella (Codici ICD: 1740 - 1749)							
	1904	25,6	0,6	90	766	34,5	1,3	85
	Tumori dell'utero (Codici ICD: 1790-1809 e 1820-1829)							
	477	6,1	0,3	83	149	6,6	0,5	83
	Tumori dell'intestino, del colon e del retto (Codici ICD: 1520 - 1549)							
DONNE	1392	16,3	0,5	101	288	12,9	0,8	98
UOMINI	1487	24,3	0,6	95	321	15,1	0,8	80
Tasso = Tasso standardizzato per età con il metodo direttox100,000 Italia = (Tasso dell'area/Tasso dell'Italia)x100								

- La sopravvivenza. Non esistono dati completi sulla sopravvivenza (che è interpretabile come *proxy* della qualità dell'erogazione dell'assistenza) per tumori nel Lazio. I dati del Registro Tumori di Latina evidenziano una sopravvivenza relativa a 5 anni dell'82% per il cancro della mammella, del 60% per il cancro dell'utero e del 53% per il cancro del colon-retto.

Nella Tabella 1.3 sono riportati i dati di *sopravvivenza osservata* e di *sopravvivenza relativa*[5] riferiti all'Italia e a Latina

Tabella 1.3 Sopravvivenza osservata e sopravvivenza relativa per i tumori della mammella, utero e colon-retto in Italia e nella provincia di Latina. Periodo di riferimento 1994-1999. (Fonte**:** I dati dei Registri Tumori Epidemiologia & Prevenzione 2001; 25)

	ITALIA		LATINA	
	Sopr. Osservata	Sopr. relativa	Sopr. Osservata	Sopr. relativa
	Tumore Mammella			
1 anno	94	96	95	96
3 anni	83	87	85	89
5 anni	74	81	77	82
	Tumore Utero			
1 anno	84	86	85	86
3 anni	65	68	57	60
5 anni	59	64	54	60
	Tumore Colon-Retto			
1 anno	71	74	73	75
3 anni	51	58	51	57
5 anni	42	52	44	53

[5] La sopravvivenza relativa è calcolata come rapporto tra quella osservata e quella attesa, dove quella attesa è data dall'esperienza di mortalità generale della coorte dei soggetti esaminata; in questo senso la sopravvivenza relativa tiene conto delle forza della mortalità generale che agisce sulla popolazione studiata.

- Tassi di copertura dei programmi iniziati. Nel Lazio sono attivi programmi di *screening* per il tumore della mammella e della cervice uterina con tassi di copertura rispetto alla totalità della popolazione generale del 47% per il primo e del 47,2% per il secondo; ciò è dovuto alla inadempienza di 6 ASL su 12 per lo Screening della Mammella (RM C, RM D, RM F, RM G, VT, LT) e di sei su 12 per lo Screening della Cervice (RM C, RM D, RM F, RM G, RM H).
- Assorbimento di risorse. I dati per i tumori di mammella, utero e colon-retto negli anni 1999 e 2000 sono riportati in tabella.

Tabella 1.4 - Numero di giorni degenza, valorizzazione economica e numero di ricoveri nella Regione Lazio per il biennio 1999-2000 per i tumori della mammella, cervice uterina e colonretto; valori in milioni di lire.

Dimissioni onere SSN, codici in qualsiani diagnosi.						
Diagnosi principale	**Anno 2000**			**Anno 1999**		
	Degenza	**Valore**	**Dimissioni**	**Degenza**	**Valore**	**Dimissioni**
174 Mammella	63398	40.988.347	7485	65550	42.816.798	8195
153-154 Colon	112665	66.993.031	6746	117582	66.668.572	7518
179-180 Utero	11076	7.040.279	1091	12562	7.593.373	1216
Tutte le diagnosi	**Anno 2000**			**Anno 1999**		
	Degenza	**Valore**	**Dimissioni**	**Degenza**	**Valore**	**Dimissioni**
174 Mammella	98020	64.216.327	11364	103736	59.526.055	11521
153-154 Colon	154810	95.153.056	9974	148668	85.650.108	10008
179-180 Utero	15092	10.106.656	1584	17290	10.142.564	1637

- I programmi di *screening* già avviati hanno comportato nel periodo giugno '99-settembre 2001 la realizzazione di 73.152 programmi individuali per lo *screening* mammografico e di 42.037 programmi individuali per lo *screening* citologico. Nelle ASL che hanno attivato i programmi di *screening* (che sono appropriati e controllati) si è rilevato un trend di diminuzione dell'attività diagnostica ambulatoriale (non sistematicamente soggetta a controlli di qualità ed appropriatezza) con l'aumentare di quella di *screening*. Negli anni 1999 e 2000 sono stati assegnate risorse aggiuntive finalizzate: per lo *screening* mammografico 4,8 milioni di euro (9.247.639.000 di lire) alle ASL che l'hanno attivato e 1,6 milioni di euro (3.103.756.000 di lire) a quelle che non hanno attivato; per lo *screening* citologico, rispettivamente, 1,7 milioni di euro (3.395.337.000 di lire) e 1,4 milioni di euro (2.702.983.000 di lire).

OBIETTIVI SPECIFICI E TEMPI PER LO SCREENING DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Obiettivo 1
Raggiungere la copertura totale della popolazione femminile a rischio, di età 50-69.

Obiettivo 2
Definire un sistema di accreditamento per le strutture erogatrici di prestazioni di *screening* articolato per linee di attività.

Obiettivo 3
Realizzare studi pilota per lo *screening* delle donne 40-49 di età.

Obiettivo 4
Realizzare una rete di Unità di Senologia strutturali o funzionali.

Obiettivo 5
Sperimentare e attuare modelli organizzativi più efficienti e tecnologicamente avanzati

Obiettivo	Azione	Attori	Tempi (mesi)
1	Attivazione degli inviti nelle ASL non ancora attive	ASL	6
1	Attivazione del budget per il Coordinamento dei programmi di *screening* in tutte le ASL	ASL	12
1	Realizzare offerta contemporanea per le donne 50-64 anni di test di primo livello mammografico e citologico.	ASL	12
1	Definizione di un piano formazione regionale per gli operatori del SSR coinvolti dai programmi di screening.	ASP	6
1	Inizio attuazione del piano formazione regionale.	ASP	12
1	Definizione di criteri specifici per la valutazione dei Direttori Generali	ASP	6
1,2	Adozione di un manuale di Criteri di buona pratica (CBP) degli *screening* e per la valutazione delle performance	ASP	12
2	Definizione di un sistema condiviso di criteri ed indicatori per l'accreditamento delle strutture erogatrici di prestazioni di *screening*, anche sulla base di quanto specificato dai CBP, articolato per linee di attività: • organizzazione ed inviti; • test di primo livello; • lettura delle mammografie e secondo livello; • trattamento e *follow-up*.	ASP	6
3	Attuazione di uno studio sperimentale di costo efficacia per lo *screening* delle donne 40-49 anni	ASP	36
4	Censimento delle risorse di chirurgia dedicata, radioterapia, radiologia di secondo livello, oncologia	ASP	12
4	Individuazione di Unità di senologia funzionale di primo livello, di Unità di senologia funzionale di secondo livello, di Unità Strutturali di Senologia di secondo livello	ASP	24
4	Realizzazione di una rete di Unità di Senologia (strutturali e funzionali)	ASP	36
5	Modifica del sistema informativo per adeguarlo alle esigenze dell'accreditamento	ASP	24
5	Definzione di un piano regionale di adeguamento tecnologico	ASP	36

Sono demandate a provvedimento successivo (Progetto obiettivo tumori femminili): la specificazione operativa delle azioni, l'individuazione precisa degli attori e la definizione del Piano d'azione.
(con i protocolli operativi per definire: Contenuti tecnici e organizzativi; SSII; Valutazioni di impatto; Applicazione dei controlli di qualità; etc.).

OBIETTIVI SPECIFICI E TEMPI PER LO SCREENING TUMORE CERVICE UTERINA

Obiettivo 1
Raggiungere la copertura totale della popolazione femminile a rischio, di età 25-64.

Obiettivo 2
Raggiungere la copertura totale della popolazione target residente nelle Unità Geografiche (Comuni e quartieri di Roma) con SMR ≥ 105.

Obiettivo 3
Raggiungere la copertura totale della popolazione target residente nelle Unità Geografiche (Comuni e quartieri di Roma) con un rapporto tra numero delle strutture di offerta e popolazione target ≤50° percentile mediante il potenziamento delle attività dei centri esistenti e l'ulteriore diffusione dei centri di prelievo.

Obiettivo 4
Migliorare la qualità dei programmi.

Obiettivo 5
Promuovere un programma di accreditamento delle strutture.

Obiettivo 6
Concentrare l'attività di lettura citodiagnostica in cinque centri di riferimento (corrispondenti ai cinque istituendi Poli Oncologici Lazio Nord, Lazio Sud, Roma Nord, Roma Est, Roma Sud).

Obiettivo 7
Sperimentare e attuare modelli organizzativi più efficienti e tecnologicamente avanzati

Obiettivo	**Azione**	**Attore**	**Tempi (Mesi)**
1	Attivazione degli inviti nelle ASL non ancora attive	ASL	6
1	Attivazione del budget per il Coordinamento dei programmi di *screening* in tutte le ASL	ASL	12
3	Potenziamento della strutture di offerta di primo livello nelle zone a maggiore mortalità e in quelle a minore tasso di offerta di servizi	ASL	12
1, 4, 5	Definizione di un sistema condiviso di criteri ed indicatori per l'accreditamento delle strutture erogatrici di prestazioni di *screening* articolato per linee di attività: • organizzazione e inviti; • test di primo livello; • test di secondo livello; • trattamento e *follow up*.	ASP	6
1, 4	Definizione di un piano formazione regionale per gli operatori coinvolti dai programmi di screening.	ASP	6
1, 4	Inizio attuazione del piano formazione	ASP	12
1,4	Definizione di criteri specifici per la valutazione dei Direttori Generali	ASP	6
4, 5	Censimento delle risorse di chirurgia dedicata, oncologia	ASP	12
4,5	Adozione di un manuale di Criteri di buona pratica degli *screening* e per la valutazione delle performance	ASP	12
6	Attuazione della lettura citodiagnostica centralizzata in almeno due Centri di riferimento	ASP	12
7	Modifica del sistema informativo per adeguarlo alle esigenze dell'accreditamento	ASP	24
7	Definzione di un piano regionale di adeguamento tecnologico	ASP	36

Sono demandate a provvedimento successivo (Progetto obiettivo tumori femminili): la specificazione operativa delle azioni, l'individuazione precisa degli attori e la definizione del Piano d'azione (con i protocolli operativi per definire Contenuti tecnici ed organizzativi; SSII; Valutazioni di impatto; Applicazione dei controlli di qualità; etc).

OBIETTIVI SPECIFICI PER LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

Obiettivo 1
Realizzare studi pilota per la popolazione a rischio medio e a rischio elevato.

Obiettivo 2
Attivare il programma regionale, in base alle valutazioni degli studi pilota.

Obiettivo	Azione	Attore	Tempi (mesi)
1,2	Valutazione del modello organizzativo di distribuzione del test di primo livello (sangue occulto fecale) sulla popolazione a medio rischio	ASP	18
1,2	Valutazione del modello organizzativo per l'offerta del test di primo livello alla popolazione ad alto rischio (familiari di casi)	ASP	18
2	Valutazione delle risorse endoscopiche e per i trattamenti disponibili	ASP	12
2	Realizzare un sistema di valutazione della qualità del secondo livello endoscopico e dei trattamenti	ASP	12
2	Definizione di un Sistema Informativo	ASP	24

Sono demandate a provvedimento successivo (Progetto obiettivo: cancro del colon-retto): la specificazione operativa delle azioni, l'individuazione precisa degli attori e la definizione del Piano d'azione (con i protocolli operativi per definire Contenuti tecnici e organizzativi; SSII; Valutazioni di impatto; Applicazione dei controlli di qualità; etc.)

B.2 OBIETTIVO GENERALE: Programmi di screening sulle patologie croniche non tumorali

ANALISI DEL CONTESTO

1. L'efficacia.
- Diversi autori in letteratura affermano l'efficacia degli *screening* per le dislipidemie (colesterolo totale e colesterolo – HDL) in maschi > 35 anni e donne > 45 anni, per l'ipertensione, per l'obesità.
- interventi di promozione di stili di vita salubri tramite campagne contro il fumo; *counseling* per la cessazione del fumo, per un'attività fisica routinaria, per una dieta sana (limitare l'assunzione di grassi, controllare il bilancio energetico, assumere fibre).
2. La mortalità. Le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di morte sia in Italia, sia nel Lazio (mortalità proporzionale del 46% nelle donne e del 38,3 negli uomini).
3. La prevalenza. Dati ISTAT italiani evidenziano le seguenti percentuali di portatori di malattie croniche: Ipertensione arteriosa 11,5; Infarto del miocardio 1,2; Angina pectoris 0,9; Altri disturbi del cuore 3,4; Trombosi, Embolia ed Emorragia cerebrale 0,8.

Criteri di selezione degli interventi prioritari sono: la massimizzazione dell'evidenza d'efficacia e la rilevanza epidemiologica in termini di mortalità e/o morbosità.
Gli interventi di provata efficacia sono coerenti ad alcuni altri interventi di prevenzione primaria (promozione di stili di vita) di dimostrata efficacia e concorrono a definire un obiettivo specifico complessivo relativamente alla principale causa di morte costituito da un programma di prevenzione dalle malattie cardiovascolari; per la sua complessità, tuttavia, tale programma avrà un carattere sperimentale.
Altri interventi di *screening*, anche sotto forma di studi sperimentali, sono attuabili solo previa valutazione dell'ASP ai fini di garantire l'efficacia e l'appropriatezza dell'uso delle risorse.

OBIETTIVI SPECIFICI PER UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Obiettivo 1
Realizzare sperimentazioni di *screening* della popolazione generale asintomatica per dislipidemie (colesterolo totale e colesterolo – HDL) in maschi > 35 anni e donne > 45 anni.

Obiettivo 2
Realizzare sperimentazioni di *screening* della popolazione generale asintomatica per Ipertensione.

Obiettivo 3
Realizzare sperimentazioni di *screening* della popolazione generale asintomatica per Obesità.

Obiettivo 4
Realizzare programmi di *counseling* della popolazione generale asintomatica per:

a. *counseling* per la cessazione del fumo;
b. campagne contro il fumo;
c. *counseling* per un'attività fisica routinaria;
d. *counseling* per una dieta sana (limitare l'assunzione di grassi, controllare il bilancio energetico, assumere fibre)

Obiettivo	Azioni	Attori	Tempi (mesi)
1, 2, 3, 4	Individuazione di un "bacino" per avviare uno studio pilota	ASP	6
1, 2, 3, 4	Definizione di un modello sperimentale di budget per la medicina di base	ASP, Regione	12
4	Realizzazione di una campagna contro il fumo sui media (vedi anche "Obiettivo generale" C.2)	ASP, Regione	24
4	Definizione di un programma sperimentale per l'attuazione di programmi integrati di counseling (vedi anche "Obiettivo generale" C.2)	ASP	24
1, 2	Contestualizzazione di LG di trattamento per i casi di dislipidemia e d'ipertensione	ASP	6
1, 2, 3, 4	Definizione di un percorso aziendale di cura ed assistenza	ASL	24

Sono demandate a provvedimento successivo (Progetto obiettivo: prevenzione delle malattie cardiovascolari): la specificazione operativa delle azioni, l'individuazione precisa degli attori e la definizione del Piano d'azione (con i protocolli operativi per definire Contenuti tecnici e organizzativi; SSII; Valutazioni d'impatto; Applicazione dei controlli di qualità; etc.)

B.3 OBIETTIVO: Migliorare l'uso appropriato delle Risorse per programmi di prevenzione su gruppi di popolazione

Obiettivo 1
Censire gli interventi inappropriati di prevenzione su popolazione.

Obiettivo 2
Promuovere gli *screening* auxologico e dell'acuità visiva nell'infanzia.

Obiettivo 3
Attuare penalizzazioni economiche degli interventi inappropriati.

Obiettivo 4
Elaborazione di una LG per l'offerta appropriata d'interventi o programmi individuali di prevenzione.

Obiettivo 5
Promozione di corretti stili di vita alimentari nelle scuole.

Obiettivo 6
Definizione di un piano regionale auxologico.

Azioni e tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi specifici

Obiettivo	Azione	Attori	Tempi (mesi)
1	Censimento degli interventi di prevenzione su gruppi di popolazione per stati di salute e malattie croniche	ASP	12
3	Definizione di una proposta di sistema di criteri ed indicatori per la penalizzazione economica degli interventi inappropriati	ASP	12
4	Elaborazione di una LG per l'offerta appropriata d'interventi o programmi individuali di prevenzione	ASP	12
5	Sperimentazione di un programma regionale per la promozione di corrette abitudini alimentari nelle scuole (sino alle medie inferiori)	ASP	24
2	Adozione di LG clinico-organizzative per lo *screening* auxologico e dell'acuità visiva nell'infanzia	ASL	24
6	Definizione di un piano regionale auxologico	ASL	24
6	Definizione di un SI auxologico	ASL	36
2,5	Attuazione della figura del pediatra di comunità	ASL	36

AREA DI INTERVENTO C: La sfida nell'area della promozione di modelli di comportamento e stili di vita "per la salute"

OBIETTIVO C.1: PREVENZIONE DELLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

Bisogni e problemi di salute
Il decremento delle IVG fatto registrare negli anni '90 si è arrestato nella seconda metà di tale decade, mentre la tendenza risulta attualmente invertita passando da un tasso del 9,2‰ del '96 al 11,2‰ del 2000. Tale tasso è più alto del dato nazionale (9,9‰ nel 1999). Di seguito sono rappresentate le frequenze assolute di casi nell'ultima decade.

Anno	1990	1993	1996	1999	2000
n. IVG	17.000	15.600	12.300	14.000	15.200

Esistono, pertanto, cospicui margini di comprimibilità del fenomeno, nonché l'esigenza di indagare i motivi dell'inversione di tendenza del tasso e dell'eccesso di esso rispetto alla media nazionale, in particolare, studiando se tale valore è condizionato dall'immigrazione. Vanno, quindi, perseguite politiche sanitarie che consentano ai servizi preposti di condurre un'appropriata opera di prevenzione.
Fra le giovani le IVG sono particolarmente frequenti (oltre 1.000 IVG sotto i 20 anni di età nel Lazio nel 2000) e tale gruppo rappresenta una popolazione bersaglio specifica a cui indirizzare gli interventi di prevenzione, in quanto fra di esse è sicuramente migliorabile la consapevolezza dei problemi, nonché le potenzialità dei servizi di prevenzione esistenti sul territorio.
Un altro gruppo ad alto rischio è rappresentato dalle donne immigrate: nel 2000 le IVG fra di esse hanno superato il 23% del totale degli intereventi effettuati nel Lazio; i tassi di ospedalizzazione per IVG a carico di donne straniere risultano essere circa il triplo di quelli registrati per le donne italiane.

Va, infine, attentamente valutato il fenomeno degli aborti ripetuti (ancora numerosi nel Lazio). Un alto tasso di IVG ripetute nella popolazione afferente ad un Servizio, deve essere considerato un evento di allerta ed uno stimolo per la revisione di qualità degli interventi di prevenzione effettuati.
Il fatto, infine, che circa la metà delle persone che nel Lazio effettuano una IVG lo faccia presso un territorio diverso rispetto a quello di residenza, suggerisce che il supporto delle strutture territoriali alle donne con un problema di gravidanza indesiderata sia, in alcuni casi, manchevole o misconosciuto. Questo è ulteriormente testimoniato dai dati sull'ente certificante che risulta essere il consultorio familiare in meno del 50% dei casi

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA PREVENZIONE DELLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Obiettivo 1
Effettuare indagini per la definizione dei determinanti del ricorso alle IVG in diversi gruppi a rischio.

Obiettivo 2
Sperimentare e diffondere modalità più efficaci di prevenzione attraverso il *counseling* individuale.

Obiettivo 3
Sperimentare e diffondere interventi di prevenzione diretti a gruppi a rischio.

Obiettivo 4
Integrare le azioni del consultorio con quelle del supporto sociale per la maternità responsabile.

Azioni e tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi specifici

Obiettivo	Azione	Attori	Tempi
1, 3	Analisi dei determinanti del ricorso alle IVG nelle donne immigrate per definire azioni specifiche di prevenzione	ASP	2002
1, 3	Analisi dei determinanti del ricorso alle IVG nelle minorenni per definire azioni specifiche di prevenzione	ASP	2002
1, 3	Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di prevenzione delle IVG nelle minorenni e nelle donne immigrate e promozione di confronti fra le diverse esperienze realizzate	ASP, Aziende sanitarie	2002
2, 3, 4	Campagna di diffusione sul territorio di informazioni riguardanti il consultorio ed i suoi servizi	ASP, ASL	2002
2	Promozione di sperimentazioni e confronti su modelli di *counseling* individuale per la riduzione delle IVG	ASP, ASL	2003
2, 3, 4	Attuazioni di programmi di miglioramento della qualità dei servizi consultoriali, con valutazioni di esito	ASL	2003
2, 3, 4	Progetto regionale di integrazione dell'assistenza sanitaria con le politiche per la famiglia e la tutela della maternità responsabile	Enti Locali, ASL	2002
2, 3	Progetto regionale di integrazione dell'assistenza dei servizi pubblici con associazioni di volontariato per la prevenzione delle IVG	Enti Locali, ASL, Associazioni di volontariato	2003
2, 3, 4	Potenziamento dell'educazione nei consultori e affiancamento ad essi dell'azione di associazioni di volontariato accreditate.	ASL	2003
4	Integrazione con le istituzioni sociali per il supporto alle madri	Enti Locali, ASL	2003

OBIETTIVO GENERALE C.2: Prevenzione di patologie legate agli stili di vita

CONTESTO

Il problema principale della prevenzione delle patologie legate agli stili di vita è rappresentato dal fatto che in questo ambito, a causa della disomogeneità delle istituzioni preposte, alcune sanitarie, altre no, non si è mai sviluppato un programma razionale di interventi. Nella maggior parte dei casi si è proceduto attraverso la totale spontaneità degli interventi, mentre altre volte si imponevano alcune priorità. Tali priorità però, sono state sempre trainate dalle emergenze o da considerazioni sulle patologie che prescindevano da ragionamenti sull'importanza e sul peso specifico della prevenzione nella soluzione dei problemi di salute.
Ne è derivato un quadro a macchia di leopardo con grandi scompensi. Vi sono aree in cui si sono sviluppati importanti interventi preventivi ed altre aree in cui è stato fatto molto poco, come pure vi sono temi che sono stati affrontati adeguatamente ed altri assai trascurati.
Nel recente passato le azioni di prevenzione si sono concentrate sui problemi legati alle tossicodipendenze e all'AIDS, mentre il resto è stato poco sviluppato.
Mentre l'impegno sulle tossicodipendenze va sicuramente confermato, anzi rafforzato, e va continuata la valutazione degli interventi al fine di evidenziare e raccomandare interventi efficaci, nel campo dell'AIDS la sperimentazione del passato ha già fornito importanti indicazioni che vanno accuratamente utilizzate dalle Aziende sanitarie.
Oltre a questi ambiti è indispensabile che a livello regionale si predisponga un set di priorità sulla base di criteri condivisi sui quali impegnare in primo luogo i Dipartimenti di Prevenzione e tutti gli altri soggetti che occorre coinvolgere nelle azioni preventive.
Fra tali priorità si definisce che non debbano mancare, oltre alle tossicodipendenze, il fumo, le malattie a trasmissione sessuale e quelle legate all'alimentazione.
Un altro importante problema metodologico è rappresentato dalla necessità in molti casi di un approccio non solo multidisciplinare, ma anche multiistituzionale. Spesso i soggetti istituzionali preposti alla prevenzione ed al controllo di alcuni fattori di rischio sono molteplici e disarticolati. E' indispensabile concentrare sforzi sulla garanzia del coordinamento delle azioni di istituzioni diverse che concorrono agli stessi fini preventivi in questi campi.
Le azioni fondamentali dovranno dirigersi in tre specifici ambiti: gli interventi di prevenzione nella scuola, il *counseling* del MGG, lo studio degli interventi di rinforzo dei risultati.

Problemi sanitari relativi al fumo

1. L'efficacia. Dati di letteratura evidenziano l'efficacia nella popolazione generale di:
   interventi di promozione di stili di vita salubri tramite campagne contro il fumo e *counseling* per la cessazione del fumo
   La mortalità. Ogni anno in Italia il fumo uccide oltre 90.000 persone. Nel Lazio è stimabile che ogni anno siano dovuti al fumo oltre 5.000 morti premature per tumori, 1.600 per malattie respiratorie, 12.000 per malattie circolatorie e circa 200 per ulcera peptica. Inoltre, è stimabile che siano attribuibili al fumo circa 60.000 ricoveri ospedalieri annui.
2. La prevalenza. Il fumo può essere considerato l'abitudine (stile di vita) di maggiore impatto epidemiologico come determinante di malattie tumorali e non. Nel Lazio i fumatori sono il 27,4% dei soggetti con oltre 14 anni (24,9 % media italiana) e il 45,2% della popolazione >14 anni è o è stata fumatrice; circa il 58% dei fumatori fumano più di 11 sigarette/giorno. Desta particolare allarme il fatto che fumi il 31% dei giovani di 15-24 anni, con una media giornaliera di quasi 12 sigarette.

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA LOTTA AL FUMO

Obiettivo 1
Prevenzione delle malattie legate al fumo (vedi anche "Obiettivo generale" B.2).

Obiettivo 2
Prevenire l'abitudine al fumo tra gli adolescenti

Obiettivo 3
Promuovere la cessazione del fumo

Azioni e risultati attesi per il raggiungimento degli obiettivi specifici

Obiettivo	Azione	Attori	Tempi (anni)
1, 2, 3	Realizzare una campagna di informazione sui mass media	Regione, ASP	2003-2004
1, 2, 3	Predisposizione e diffusione presso i punti di accesso al SSR (studi medici, ambulatori, ospedali, farmacie) di idoneo materiale comunicativo	ASL	2002
2, 3	Definizione di LG per l'attivazione di programmi di individuazione e formazione di leader di gruppo e di interventi di *peer-education* tra giovani	ASP	2003-2004
1, 2, 3	Studi di interventi di rinforzo dei risultati raggiunti	ASP	2004
1, 3	Contestualizzazione di LG per l'intervento sul fumo di tabacco da parte dei medici di MG	ASL	2004
2, 3	Promuovere programmi e centri di *counseling* contro il fumo (vedi anche "Obiettivo generale" B.2)	Aziende sanitarie	2003
2, 3	Realizzare corsi per insegnanti ed altri operatori nella scuola: • di informazione; • di formazione per l'individuazione ed il tutoraggio di leader di gruppo	ASL	2002
2, 3	Promuovere, supportare e valutare programmi di *peer-education* tra i giovani nelle scuole	ASL	2003-2004
1, 3	Programmi di cessazione intraospedaliera	Aziende sanitarie	2003

PROBLEMI SANITARI RELATIVI ALLE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Nonostante il decremento dell'incidenza di AIDS negli ultimi anni nel 2000 si sono registrati circa 270 casi nel Lazio di cui oltre la metà sono attribuibili a trasmissione per contatto sessuale. Questi rappresentano poco meno di un quinto di tutti i casi diagnosticati in Italia, a dimostrazione che la regione Lazio è una regione ad alta incidenza.
Osservando la curva di frequenza dell'incidenza di AIDS in Italia è, inoltre, riconoscibile un rallentamento del decremento, iniziato nel 1996. E' verosimile che nel corso degli anni si possano diffondere ceppi virali resistenti ai nuovi trattamenti, di conseguenza, l'epidemia potrebbe tornare ad allargarsi.
E', infine, da considerare l'attuale calo dell'attenzione sul problema, in ragione della diminuzione dell'incidenza e del miglioramento della sopravvivenza dei casi. Questo fenomeno è molto pericoloso, in quanto provoca una scarsa programmazione degli interventi di prevenzione. Se si considera la possibile ripresa dell'epidemia a causa delle resistenze virali ai nuovi farmaci ed il sostanziale aumento dei casi di AIDS prevalenti, in virtù della maggiore sopravvivenza di essi, emerge come le attività di prevenzione in tale ambito non siano da abbandonare, ma vadano sicuramente diversificate rispetto a quanto fatto nelle fasi precedenti dell'epidemia.

Un programma preventivo completo, inoltre, deve affrontare anche i problemi legati ad altri tipi di malattie trasmissibili sessualmente (MST). L'OMS stima che nel mondo, ogni anno, 333 milioni di persone con età compresa tra i 15 e i 49 anni contraggano una MST (esclusa AIDS). In Europa occidentale l'incidenza di queste MST è più bassa della media mondiale, ma è pur sempre pari al 7,7% per anno: questa stima equivale a dire che in Europa occidentale, tra i 15 e i 49 anni d'età, ogni anno una persona su tredici è colpita da una MST.
Per quanto riguarda l'efficacia dei programmi preventivi è ormai stata dimostrata l'inutilità di corsi puntuali, senza rinforzi e condotti esclusivamente da personale sanitario. Anche se siamo lontani dalla comprensione di ciò che è davvero efficace in questo campo, alcune recenti esperienze hanno indicato una strada possibile nella *peer education*, mentre vengono sempre più spesso raccomandati interventi complessivi e meno direttamente impostati sulle malattie.
E', infine, stata raccomandata un'attenta opera di prevenzione fra le persone a più alto rischio e sono stati dimostrati gli effetti protettivi di tali iniziative nei confronti della popolazione generale.

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Obiettivo 1
Promuovere la prevenzione delle MST fra i giovani.

Obiettivo 2
Promuovere la prevenzione delle infezioni da HIV fra i gruppi ad alto rischio.

Azioni e risultati attesi per il raggiungimento degli obiettivi specifici

Obiettivo	Azione	Attori	Tempi (anni)
1, 2	Diffusione delle LG sulla prevenzione delle infezioni da HIV e delle MST	ASP ed ASL	2002
1, 2	Studio e progettazione di programmi di prevenzione ed educazione sessuale da proporre nella scuola	Regione, ASL, Istituzioni scolastiche	2003-2004
1, 2	Sperimentazione di tali programmi	ASP, ASL, Istituzioni scolastiche	2004
1, 2	Valutazione di programmi di prevenzione diretti a giovani fuori dalla scuola	ASP	2002
1, 2	Valutazione di programmi di prevenzione diretti a gruppi ad alto rischio (carceri, prostitute, etc.)	ASP, ASL, Associazioni di volontariato, Servizi carcerari	2002–2003
1, 2	Studi di interventi di rinforzo dei risultati raggiunti	ASP	2003
1, 2	Attuazione interventi di prevenzione condotti con i gruppi di pari nella scuola	ASL	2003
1, 2	Attuazione di interventi di prevenzione ed educazione sessuale progettati a livello regionale	Almeno una ASL per provincia	2004
1, 2	Attuazione di programmi diretti a giovani fuori dalla scuola	ASL	2003
1, 2	Attuazione di programmi diretti a popolazione ad alto rischio	Enti Locali, ASL, Associazioni di volontariato, Servizi carcerari	2004
1, 2	Organizzazione ed attuazione di attività di *counseling* da parte dei MMG	ASL	2003

PROBLEMI SANITARI LEGATI ALLE MALATTIE ODONTOSTOMATOLOGICHE

Razionalizzare le attività di prevenzione potenziando interventi in aree in cui l'efficacia attesa e i rapporti costo/efficacia sono migliori.

Alcune aree sono più frequentemente oggetto di programmi di prevenzione, altre meno. Spesso le scelte di tali aree sono derivate dalla gravità delle patologie da prevenire e dalla possibilità teorica di prevenirle. Altre aree sono invece più ai margini, spesso per la minore gravità delle patologie. Alcune di queste patologie però si traducono in costi rilevanti per la popolazione, fra queste le patologie odontostomatologiche.

Obiettivo 1

Promuovere indagini per la definizione dei bisogni di prestazioni odontoiatriche con particolare riferimento alle specifiche esigenze per i disabili.

Obiettivo 2

Potenziare le attività di prevenzione in campo odontoiatrico anche in collaborazione con le associazioni di volontariato.

Obiettivo 3

Attivare maggiori controlli delle patologie del cavo orale nell'età evolutiva.

Obiettivo 4

Potenziare le attività di prevenzione in campi tradizionalmente meno affrontati, ma che presentano prospettive in termini di costo/efficacia.

3.5 L'EVOLUZIONE DELL'OSPEDALE PER ACUTI

DEFINIZIONE DEL TEMA

La riconfigurazione dell'ospedale per acuti e la razionalizzazione della rete ospedaliera rappresentano importanti priorità del sistema sanitario regionale. Le motivazioni che sottendono a questa necessità risiedono nella disponibilità di tecnologie, discipline e modelli organizzativi innovativi che rendono possibile il trattamento di condizioni, tradizionalmente a carico dell'ospedale per acuti, in servizi maggiormente in grado di rispondere alla domanda espressa dei cittadini. La riqualificazione dell'assistenza ospedaliera può, inoltre, coniugarsi con la riduzione di una spesa ospedaliera in continua espansione.

Negli ultimi 15 anni nella maggioranza dei Paesi che afferiscono all'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) si è verificato un aumento dei tassi di ospedalizzazione accompagnato da un decremento della durata della degenza e da una riduzione del numero di p.l. per acuti: molti più pazienti passano meno tempo nei letti ospedalieri. Un tale recupero d'efficienza è stato accelerato dall'introduzione di incentivi finanziari volti a ridurre la durata della degenza, ma è anche in relazione con i cambiamenti introdotti nella pratica medica, dalle nuove tecnologie e dallo sviluppo del management ospedaliero.

Tuttavia, nello stesso periodo, un fenomeno opposto è avvenuto negli Stati Uniti, in coincidenza con lo sviluppo di soluzioni alternative al ricovero e di Servizi domiciliari e residenziali.

Nel Lazio l'elevato tasso di ospedalizzazione (circa 200 ricoveri/1.000 abitanti) trova le sue origini sia in un uso non sempre appropriato dei Servizi ospedalieri, sia nella insufficiente attivazione, finora, di Servizi alternativi dell'ospedale tradizionale.

La conseguenza di ciò è che il settore ospedaliero assorbe in media una quota di risorse maggiore (59,3%) rispetto al valore di riferimento nazionale di spesa (45%), mentre l'assistenza sanitaria territoriale risente della sperequazione delle risorse economiche disponibili.

Tale situazione necessita di essere riequilibrata.

La delimitazione del ruolo dell'ospedale per acuti alla diagnosi ed al trattamento di patologie in fase critica ed il trasferimento di servizi a livello della comunità era già stato peraltro previsto dalla Carta di Lubiana come uno dei principali obiettivi delle riforme sanitarie nei Paesi europei (OMS, 1996). L'adeguamento della dotazione complessiva di p.l. allo standard indicato dal L. n. 405/01 (5 p.l. ogni 1.000 abitanti, comprensivi dell'1‰ riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie) rappresenta un ulteriore obiettivo in questa direzione.

Il progressivo cambiamento della struttura per età della popolazione consistente nell'allungamento della speranza di vita e di aumento delle fasce di popolazione anziana e molto anziana, fenomeni molto marcati in Italia, comportano la necessità di espandere e potenziare l'assistenza post-acuzie, in particolare i servizi di riabilitazione, l'assistenza residenziale sia a prevalente connotazione medica che alberghiera e l'ADI.
Vi sono, poi, forti evidenze che indicano come una parte consistente dei ricoveri negli ospedali per acuti, sia in regime ordinario che in regime di *DH*, non sono appropriati, nel senso che l'assistenza potrebbe svolgersi in un regime meno intensivo di quello utilizzato, con un minor rischio di iatrogenesi e con maggior soddisfazione dei pazienti. L'inappropriatezza riguarda anche i reparti di riabilitazione, che spesso si trovano a svolgere ruolo di supplenza di un'assistenza residenziale non sufficientemente sviluppata. Il tema appropriatezza è stato trattato tra gli "Indirizzi Strategici" dove sono indicati alcuni strumenti da utilizzare per contrastare l'uso improprio dei servizi ospedalieri.

In un tale contesto, l'ospedale per acuti dovrà sempre meno derogare dal ruolo di assistenza dei pazienti critici che afferiscono alle aree di emergenza, intensive e sub-intensive, e di diagnosi e cura delle patologie gravi o complesse che non possono essere efficacemente affrontate a livelli assistenziali differenti.

Per svolgere questa funzione dovranno essere potenziate le alte specialità nelle AO di rilievo nazionale e, contestualmente, verificata nelle AO regionali la consistenza e la distribuzione dei p.l., nelle discipline specialistiche, alla luce dell'andamento generale della domanda di ricovero per patologie acute (vedi tabella); ciò anche per evitare che alcune carenze, in territori a forte densità di utenza, accentuino il ricorso alle cure ospedaliere per patologie di media gravità presso gli ospedali urbani.

Percentuale di ricovero per gruppi di patologie – anno 1999

Gruppo	Valore nazionale	Valore regionale	Scostamento regionale rispetto al valore nazionale
Sistema nervoso	*6,80*	*6,89*	*+ 0,09*
Occhio	4,74	5,33	+ 0,59
Otorinolaringoiatria	*4,96*	*5,60*	*+ 0,64*
Apparato respiratorio	*6,03*	*6,12*	*+ 0,09*
Apparato cardiocircolatorio	*12,08*	*12,52*	*+ 0,44*
Apparato digerente	9,82	10,41	+ 0,59
Epatobiliare e pancreas	*3,92*	*3,66*	*- 0,26*
Sistema muscolo-scheletrico e connettivale	11,22	10,53	- 0,69
Pelle, sottocutaneo e mammella	*4,99*	*6,22*	*+ 1,23*
Endocrino, metabolico e nutrizione	2,91	3,14	+ 0,23
Rene e vie urinarie	*4,81*	*4,53*	*- 0,28*
Apparato riproduttivo maschile	1,96	2,16	+ 0,20
Apparato riproduttivo femminile	*3,71*	*3,48*	*- 0,23*
Gravidanza, parto e puerperio	7,75	8,32	+ 0,57
Periodo neonatale	*1,53*	*0,17*	*- 1,36*
Sangue organi emopoietici e sistema immunitario	1,34	1,21	- 0,13
Mieloproliferativo e neoplasie scarsamente diffuse	*4,26*	*3,53*	*- 0,73*
Infettive e parassitarie	0,73	0,57	- 0,16
Disturbi mentali	*2,24*	*1,98*	*- 0,26*
Alcol/ droghe	0,32	0,26	- 0,06

segue

Traumatismi, avvelenamento e rossori	*0,99*	*0,94*	*- 0,05*
Ustioni	0,07	0,05	- 0,02
Fattori che influenzano lo stato di salute	*1,42*	*0,93*	*-0,49*
Traumatismi, multipli rilevati	0,08	0,08	0,00
HIV	*0,44*	*0,62*	*+ 0,18*
Altro	0,89	0,75	- 0,14
Totale	**100,00**	**100,00**	

Inoltre, gli ospedali medio-piccoli, onde riqualificare la propria offerta, dovranno essere inseriti in una rete di servizi ospedalieri massimamente integrata, al proprio interno e con i servizi del territorio di riferimento.
Di tali ospedali dovranno essere verificate e potenziate le capacità tecnologiche e migliorati gli aspetti relativi al comfort.

Gli obiettivi generali, pertanto, sono:

6. lo sviluppo delle attività ospedaliere a ciclo diurno;
7. il potenziamento delle forme di assistenza ospedaliera e territoriale alternative al ricovero;
8. il riequilibrio dei p.l. ospedalieri sia come entità, che come tipologia;
9. il potenziamento dei servizi ospedalieri dedicati alle cure intensive ed alle alte specialità;
10. la realizzazione di una "rete integrata di servizi ospedalieri";
11. la razionalizzazione delle tecnologie sanitarie ed il miglioramento degli aspetti di comfort e di sicurezza delle strutture ospedaliere.

OBIETTIVO 1: Realizzare lo sviluppo delle attività ospedaliere a ciclo diurno

Le attività ospedaliere a ciclo diurno comprendono sia i ricoveri in regime di DH medico e chirurgico, sia i servizi ambulatoriali integrati, nei quali differenti prestazioni diagnostiche o terapeutiche di non elevata intensità assistenziale facenti parte di un definito percorso assistenziale, vengono erogate nell'arco della medesima giornata. Lo sviluppo di queste attività è funzionale a limitare l'utilizzo del ricovero ordinario nell'ospedale per acuti ai casi con particolare urgenza e/o gravità ed a fornire ai pazienti servizi efficaci con idonea sicurezza e comfort. L'evoluzione dei servizi deve avvenire nel rispetto del principio di appropriatezza nel consumo delle risorse assistenziali.
L'uso del DH deve essere riservato ai casi la cui complessità richiede un impegno comparabile con la casistica del ricovero ordinario e che necessitano di prestazioni diagnostico-terapeutiche di elevato livello e/o rischio.
Lo sviluppo della chirurgia mini-invasiva e laparoscopica ed i cambiamenti nella pratica medica e nell'organizzazione dei servizi ospedalieri, consentono di trasferire una parte consistente della chirurgia di elezione in regime di *day-surgery* (e di *one-day-surgery*), con la creazione di strutture autonome dedicate, unità integrate o p.l. dedicati a questo tipo di servizi. Un tale processo, molto avanzato in altri Paesi Europei, è in corso anche in Italia, pur se con un'ampia variabilità regionale. In questo ambito il Lazio si colloca in una posizione intermedia nel panorama nazionale: nel corso del 2000 il 30% delle rimozioni di cataratta ed il 12% degli interventi di ernia inguinale sono stati eseguiti in regime diurno.

La *day-surgery* è definibile come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco-regionale o generale.
Sulla base delle esperienze di altri Paesi è possibile prevedere il progressivo trasferimento di gran parte della chirurgia di elezione in *day-surgery*.
I modelli organizzativi ed i requisiti minimi strumentali, tecnologici ed organizzativi dei servizi di chirurgia a ciclo diurno, includenti quelli relativi alla chirurgia ambulatoriale, nonché i criteri per la determinazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, dovranno essere definiti sulla base delle risoluzioni della Conferenza Stato-Regione del 12 Novembre 2001.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Trasformare progressivamente il 20% dei p.l. chirurgici ordinari in posti di *day-surgery* (unità dedicate e p.l. dedicati) entro il 2004.

Obiettivo 2
Favorire l'adeguamento degli ambulatori chirurgici ospedalieri ai requisiti previsti per l'erogazione in regime di sicurezza di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche invasive.

Obiettivo 3
Incentivare il trasferimento verso il regime diurno di interventi chirurgici eseguibili in *day-surgery* anche attraverso politiche tariffarie e di incentivazione.

Obiettivo 4
Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni erogate dai DH medici mediante emanazione di appropriate LG.

Obiettivo 5
Realizzare servizi ambulatoriali integrati per percorsi assistenziali relativi a specifiche condizioni cliniche.

Obiettivo	**Azione**	**Attore**	**Tempi (mesi)**
1	Determinazione degli obiettivi aziendali relativi alle discipline e ai p.l. ordinari da riconvertire in *day-surgery*.	ASL	3 mesi
2	Verifica dei requisiti specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi degli ambulatori ospedalieri e loro adeguamento.	ASL	6 mesi
3	Definizione di opportuni incentivi tariffari e di modelli regionali per lo sviluppo della *day-surgery*.	Regione, ASP	6 mesi
4	Definizione dei criteri di valutazione della appropriatezza delle prestazioni erogate in DH medico in base alle evidenze disponibili (incluso il PRUO-DH).	ASP	3 mesi
4	Aggiornare la lista delle prestazioni erogabili dal DH medico.	Regione, ASP	6 mesi
4	Effettuazione di controlli di appropriatezza dell'uso del DH medico.	ASL, ASP	3 mesi
5	Individuare le condizioni specifiche per le quali definire dei "pacchetti" di Prestazioni Ambulatoriali Complesse.	ASL, ASP	3 mesi
5	Definire, anche in accordo con i MMG, il percorso assistenziale per ciascun "pacchetto" di Prestazioni Ambulatoriali Complesse ed il modello organizzativo per la realizzazione del *Day-service*.	MMG, ASL, ASP	6 mesi
5	Definizione della regolamentazione delle attività di *Day-service* e delle modalità di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.	Regione	9 mesi
5	Attivare presso i DH degli ospedali delle UU.OO. di *Day-service* per l'erogazione delle Prestazioni Ambulatoriali Complesse.	ASL	12 mesi

OBIETTIVO 2: Potenziare le forme di assistenza ospedaliera alternative al ricovero

L'ospedale domiciliare si caratterizza come Servizio presso il luogo di vita del malato, ove effettuare interventi diagnostico-terapeutici fruibili in ambiente ospedaliero, allo scopo di evitare il disinserimento del malato dal proprio contesto e ridurre il tasso e/o la durata della ospedalizzazione.
Tale Servizio potrà essere ottenuto qualora:

- il trattamento non possa essere realizzato con degenza diurna;
- sia disponibile una équipe assistenziale presso il reparto competente per nosologia;
- esistano garanzie di comfort e di assistenza familiare adeguate.

Contestualmente debbono essere ampliate le possibilità di usufruire di procedure, a monte ed a valle del ricovero ordinario, che ne riducano sensibilmente la durata.
Pertanto, debbono essere individuate idonee facilitazioni tariffarie per le indagini svolte in preospedalizzazione, mentre deve essere stabilito che la dimissione protetta è adibita, oltre che alle prestazioni diagnostiche anche a quelle terapeutiche e riabilitative.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Definire le procedure, gli standard e le modalità di pagamento delle prestazioni in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Obiettivo 2
Incentivare l'uso della preospedalizzazione mediante idonee facilitazioni tariffarie.

Obiettivo 3
Ampliare l'utilizzazione della dimissione protetta alle prestazioni terapeutiche e riabilitative.

Obiettivo	**Azione**	**Attore**	**Tempi (mesi)**
1	Definire standard e procedure per le prestazioni in regime di ospedalizzazione domiciliare.	Regione ASP	3
1	Individuare le modalità di pagamento del regime di ospedalizzazione domiciliare.	Regione	3
1	Individuare i reparti presso i quali attivare l'équipe di ospedalizzazione domiciliare.	AO	6
2	Definire le facilitazioni tariffarie per le prestazioni di preospedalizzazione.	Regione	3
3	Disporre l'ampliamento della dimissione protetta alle prestazioni terapeutiche e riabilitative.	Regione	3

OBIETTIVO 3: Riequilibrare il numero e la tipologia dei p.l. ospedalieri

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve tendere al raggiungimento, nell'arco del triennio, degli standard previsti dalla L. 405/01, "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", che all'art. 3, comma 4, stabilisce che le Regioni adottino lo standard di dotazione media di 5 posti-letto per 1000 abitanti (5‰), di cui 1‰ p.l. riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Nell'anno 1999 la dotazione di p.l. per tipologia è presentata nella tabella seguente.

Posti-letto ospedalieri nel Lazio. Anno 1999

Tipologia	Ordinari	DH	Totali
Acuti	23.289	2.231	25.520
Riabilitazione	3.334	210	3.544
Totali	26.623	2.441	29.064

Fonte: ASP - Lazio

Sulla base del parametro di 5 p.l./1000 abitanti, si stima un fabbisogno complessivo di 26.320 p.l., ripartiti in 21.056 p.l. per acuti e 5.264 p.l. per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Un ulteriore aspetto riguarda l'adeguamento della tipologia specialistica dei p.l. in relazione all'andamento della domanda di ricovero regionale confrontata con il più vasto campione nazionale (vedi Tabella); ciò anche per realizzare l'autosufficienza territoriale dell'assistenza ospedaliera e frenare la tendenza al ricorso di cure ospedaliere, per patologie di media gravità, presso gli ospedali urbani.
Le condizioni di autosufficienza dovranno fare riferimento a:

- frequenza delle patologie di interesse ospedaliero attese nel livello territoriale di interesse, tenendo conto delle principali variabili demografiche ed induttive che agiscono sulla domanda;
- modalità di trattamento o di presa in carico dell'episodio di ricovero, età e sesso specifico, ritenuta più appropriata o osservata a livello medio regionale;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Definire i criteri per la progressiva disattivazione dell'eccedenza di p.l. ospedalieri e per la riconversione di p.l. per acuti in riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Obiettivo 2
Individuare la configurazione dell'autosufficienza territoriale dell'assistenza ospedaliera ed il riequilibrio della tipologia specialistica dei p.l. per acuti in rapporto all'andamento della domanda di ricovero.

Obiettivo	Azione	Attore	Tempi (mesi)
1	Definizione dei criteri per la disattivazione dell'eccedenza dei p.l. nell'area per acuti.	Regione ASP	6
1	Disattivazione dell'eccedenza di p.l. entro il 2004 e redistribuzione del personale.	AO	12, 24, 36
1	Individuazione dei p.l. da riconvertire per riabilitazione e per lungodegenza post-acuzie. Rilevazione e ridefinizione degli organici.	Regione ASP AO	12
2	Predisposizione di apposita direttiva regionale per la realizzazione dell'autosufficienza territoriale.	Regione ASP	6
2	Predisposizione di apposita direttiva regionale per il riequilibrio della tipologia specialistica dei p.l. per acuti.	Regione ASP	6
2	Attuazione delle direttive regionali relative all'obiettivo 2.	AO	12

OBIETTIVO 4: Potenziare i servizi ospedalieri dedicati alle cure intensive ed alle alte specialità

Se gli ospedali per acuti si caratterizzano sempre più come strutture ad alto contenuto tecnologico e specialistico, ne consegue che gli episodi di degenza ordinaria negli ospedali per acuti sono da riservare ai pazienti più gravi con problemi non affrontabili adeguatamente altrove. Nonostante l'elevato contenuto tecnologico che gli ospedali per acuti sono destinati sempre più ad assumere, l'organizzazione deve essere centrata sul paziente e sui processi assistenziali da garantire oltre che sulle strutture specialistiche destinate a prenderlo in carico.
La programmazione dei servizi ospedalieri di alta specialità, onde facilitare i percorsi dei flussi di utenza ed ottenere il miglior uso delle risorse disponibili, deve avvenire in ambito regionale e, per alcuni aspetti, anche in relazione alla domanda proveniente dalle Regioni limitrofe.
L'attività programmatoria ed organizzativa della Regione dovrà individuare la collocazione territoriale di tali servizi e stabilirne la tipologia strutturale ed operativa.

Per quanto riguarda l'area di assistenza intensiva, va sottolineato come i dati relativi ai p.l. indichino nel complesso un'insufficienza delle terapie sub-intensive. La maggiore disponibilità di p.l. sub-intensivi permetterebbe il trasferimento più precoce dalle terapie intensive con una riduzione delle giornate totali di degenza intensiva. Appare pertanto necessario che nei reparti di alta specialità una quota di p.l. di degenza tradizionale venga trasformata in letti attrezzati per la terapia subintensiva con un rapporto tendenziale di 1:2 tra p.l. intensivi e sub-intensivi, con le opportune dotazioni di equipaggiamenti (divisori, monitor) e personale infermieristico. Oltre ad una maggiore efficacia assistenziale, una tale trasformazione si associarebbe ad un significativo recupero di efficienza operativa e di appropriatezza nell'impiego delle risorse assistenziali.
Un'altra area critica è rappresentata dalla insufficienza di p.l. di riabilitazione intensiva prolungata, dedicata ad assistere pazienti in stato vegetativo, ustionati, mielolesi e/o dipendenti dalla ventilazione meccanica. E' stato stimato che una quota molto elevata (fino al 50%) delle giornate totali di degenza nei reparti di neuroriabilitazione sia assorbita nel Lazio da una percentuale molto piccola di pazienti che necessitano di assistenza ventilatoria meccanica prolungata (a volte necessaria per mesi o anni).

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Definire la distribuzione territoriale, le caratteristiche strutturali ed il modello di organizzazione delle alte specialità. Individuare i centri di riferimento.

Obiettivo 2
Incrementare il numero di p.l. delle terapie subintensive specialistiche fino a raggiungere un rapporto 2:1 con i p.l. di terapia intensiva.

Obiettivo 3
Incrementare il numero di p.l. dedicati a pazienti che necessitano di riabilitazione intensiva prolungata.

Obiettivo	**Azione**	**Attore**	**Tempi (mesi)**
1	Definire distribuzione, caratteristiche strutturali ed organizzazione delle alte specialità.	ASP	6
1	Individuare i centri di riferimento per le alte specialità.	Regione	12
2	Identificare i reparti dove effettuare la riconversione p.l. ordinari in p.l. sub-intensivi.	Università, IRCCS, Aziende sanitarie	6
2	Identificare le risorse necessarie per la dotazione dei p.l. sub-intensivi.	Università, IRCCS, Aziende sanitarie	12
3	Identificare il bisogno ed attivare progressivamente p.l. per riabilitazione intensiva prolungata.	ASP, Università, IRCCS, Aziende sanitarie	24

OBIETTIVO 5: Realizzazione di una rete integrata di servizi ospedalieri

La costituzione delle AO regionali rappresenta il presupposto legislativo per la realizzazione di una "rete integrata di servizi ospedalieri all'interno di bacini di utenza di ampie dimensioni".
Vanno pertanto individuate le caratteristiche e la collocazione di un ospedale di riferimento per ognuno dei bacini di utenza; l'ospedale di riferimento si caratterizza per dimensioni, tipologia strutturale e potenzialità tecnologica ed è in grado di definire rapidamente la casistica complessa, effettuare interventi terapeutici di livello medio-alto, trattare l'emergenza almeno al 1° livello.
Analoga individuazione va fatta per gli ospedali satelliti, in grado di effettuare interventi diagnostico-terapeutici per la casistica di base, indirizzare verso gli altri livelli ospedalieri le casistiche più complesse, controllare l'iter terapeutico nei trattamenti di media durata.
Al fine di qualificare le strutture ospedaliere meno dotate dovrà essere previsto il loro accorpamento e la loro integrazione.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Individuare le caratteristiche e la collocazione degli ospedali di riferimento.

Obiettivo 2
Individuare le caratteristiche e la collocazione degli ospedali satelliti.

Obiettivo 3
Individuare le strutture ospedaliere oggetto di accorpamento ed integrazione (ospedali multisede).

Obiettivo	**Azione**	**Attore**	**Tempi (mesi)**
1	Predisporre una direttiva regionale per la individuazione degli ospedali di riferimento.	Regione, ASP	12
2	Predisporre una direttiva regionale per la individuazione degli ospedali satelliti.	Regione, ASP	12
3	Individuare gli ospedali da integrare tra loro mediante accorpamento.	AO regionali	6

OBIETTIVO 6: Razionalizzare le dotazioni tecnologiche sanitarie. Migliorare gli aspetti del comfort e della sicurezza delle strutture ospedaliere

La qualità, la dislocazione e le modalità di utilizzazione del parco tecnologico sanitario costituiscono importanti fattori nell'erogazione di prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai problemi di salute da risolvere, nonché componenti non secondarie della spesa ospedaliera.
È necessario, quindi, censire il parco tecnologico ospedaliero ed analizzarne le caratteristiche.
Altrettanto importante è il completamento degli interventi di edilizia ospedaliera ancora "a cantieri aperti", soprattutto per adeguare tutte le strutture ospedaliere della Regione ai criteri di sicurezza previsti dalla normativa in vigore e agli aspetti di comfort definiti dagli indicatori di cui al D.M. 15/10/1996.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1
Censire la consistenza, la dislocazione, le caratteristiche e le modalità di utilizzazione del parco tecnologico sanitario ed analizzarne le risultanze.

Obiettivo 2
Censire gli interventi di edilizia ospedaliera non completati.
Verificare le caratteristiche di sicurezza e di comfort degli interventi completati.

Obiettivo	**Azione**	**Attore**	**Tempi (mesi)**
1	Censimento del parco tecnologico.	ASP, Osservatorio Regionale delle Tecnologie Sanitarie,	12
1	Analisi delle risultanze del censimento.	ASP	12
2	Censimento degli interventi di edilizia ospedaliera non completati.	Regione	6
2	Verifica delle caratteristiche di sicurezza e comfort degli interventi di edilizia ospedaliera completati.	Regione	12

ACRONIMI

aa	anni
ACCM	American College of Critical Care Medicine
ACEM	Australian College of Emergency
ACEP	American College of Emergency Physicians
ACLS	Advanced Cardiac Life Support
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
ACS	American College of Surgeons
ACV	Accidenti Cerebrovascolari
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	Activities Daily Living
AHA	American Heart Association
AIDS	Sindrome da Immunodeficienza Acquisita
AIS	Abbreviated Injury Score
AO	Azienda Ospedaliera
ARPA	Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente
art.	articolo
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Agenzia di Sanità Pubblica
ASSR	Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
ATLS	Advanced Trauma Life Support
ATS	American Thoracic Society
AU	Azienda Universitaria
BLS	Basic Life Support
BLSD	Basic Life Support Defibrillator
BLSP	Basic Life Support Paediatric
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
BSE	Encefalopatia Spongiforme Bovina
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CAL	Centro Assistenza Limitata
CDN	Connessione Diretta Numerica
C.d.R.	Centro di Responsabilità
CE	Certificazione Europea
CNR	Consiglio Nazionale delle Ricerche
CO	Commissione Oncologica
CRR	Centro Regionale di Riferimento
CRRT	Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti nel Lazio
CSM	Centro Salute Mentale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
D.L.	Decreto Legge
D.lgs	Decreto Legislativo
D.M.	Decreto Ministeriale
DALY	Disability Adjusted Life Years
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DGR	Delibera di Giunta Regionale
DH	Day-hospital
DPCM	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DRG	Diagnosis Related Group
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DSSR	Dipartimento Servizio Sanitario Regionale
EAST	Eastern Association for the Surgery of Trauma
EBM	Evidence Based Medicine

ECG	Elettrocardiogramma
ECM	Educazione Continua in Medicina
ERS	European Respiratory Society
FNOMC	Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici e Chirurghi
FNOMO	Federazione Nazionale dell'Ordine degli Odontoiatri
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
FSR	Fondo Sanitario Regionale
G.R.	Giunta Regionale
GIPSE	Gestione Informativa Pronto Soccorso Emergenza
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HACCP	Hazard Analisis Critical Control Point
HBV	Virus Hepatitis B
HDL	High Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTML	Hyper Text Mark-up Language
ICD-9-CM	Modificazione Clinica della IX Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie
IDI	Istituto Dermatologico dell'Immacolata
ILSA	Italian Longitudinal Study on Aging
IMA	Infarto Acuto del Miocardio
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro
IRC	Insufficienza Renale Cronica
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IRPEF	Imposta sui Redditi delle Persone Fisiche
ISDN	Integrated Services Digital Network
ISPESL	Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto di Statistica Nazionale
IVA	Imposta sul Valore Aggiunto
IVG	Interruzione Volontaria della Gravidanza
IZS	Istituto Zooprofilattico Sperimentale
L.	Legge
L.R.	Legge Regionale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LG	Linea Guida
MCQ	Miglioramento Continuo della Qualità
mld	miliardi
MMG	Medico di Medicina Generale
MONICA	Monitoring Trends and Determinants of Cardiovascular Diseases
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OGM	Organismi Geneticamente Modificati
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
OTA	Operatore Tecnico della Assistenza
p.l.	posto letto
p.m.a.	per milione di abitante
PAC	Patologie Alcol Correlate
PAL	Piano di Azione Locale
PDT	Percorsi Diagnostico Terapeutici
PET	Positron Emission Tomography
PHTLS	Pre-Hospital Trauma Life Support
PIL	Prodotto Interno Lordo
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNLG	Programma Nazionale per le Linee Guida

PO	Polo Oncologico
PON	Progetto Obiettivo Nazionale
POR	Progetto Obiettivo Regionale
PRAP	Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria
PS	Pronto Soccorso
PSN	Piano Sanitario Nazionale
PSR	Piano Sanitario Regionale
PTV	Policlinico Tor Vergata
RAD	Rapporto Accettazione Dimissione
ReNCaM	Registro Nominativo delle Cause di Morte
RO	Ricovero Ordinario
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SCCM	Society of Critical Care Medicine
SEPIVAC	Studio Epidemiologico sull'Incidenza delle Vasculopatie Acute Cerebrali
SALT	Servizio Alcologico Territoriale
SERT	Servizio Tossicodipendenza
SES	Sistema dell'Emergenza Sanitaria
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SI	Sistema Informativo
SIAS	Sistema Informativo Assistenza Specialistica
SIES	Sistema Informativo Emergenza Sanitaria
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SIS	Sistema Informativo Sanitario
SISP	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
SISPs	Sistema Informativo dei Servizi Psichiatrici
SMR	Standardized Mortality Ratio
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SPREAD	Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion
SPV	Sanità Pubblica Veterinaria
SSII	Sistemi Informativi
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STP	Stranieri Temporaneamente Presenti
SV	Servizio Veterinario
TAD	Trattamento Assistenziale a Domicilio
TC	Tomografia Computerizzata
TIN	Terapia Intensiva Neonatale
TSE	Encefalopatia Spongiforme Trasmissibile
TSMREE	(Area della) Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva
U.E.	Unione Europea
UDD	Unità di Dialisi
UNICEF	Fondo per le Nazioni Unite per l'Infanzia
U.O.	Unità Operativa
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
USU	Unità Spinali Unipolari
UTIC	Unità Terapia Intensiva Coronarica
UTD	Unità di Trattamento Domiciliare
UTN	Unità di Trattamento Neurovascolare
UU.OO.	Unità Operative
UVA	Unità Valutativa Alzheimer
UVG	Unità Valutativa Geriatrica
VPN	Virtual Private Network
WHO	World Health Organization