

A. LIBRO BIANCO

Con il Libro Bianco l'Assessorato alla Salute ed al Welfare della Regione Umbria ha voluto realizzare un documento di analisi dello stato del sistema sanitario e sociale al 31.12.2019, che ha permesso di realizzare una "fotografia" dell'esistente, analizzare le relative criticità finalizzate a fissare il primo step da cui prendere le mosse per il nuovo Piano sanitario regionale.

Di seguito le principali criticità rilevate rispetto alla descrizione dello stato dell'arte al 31.12.2019.

La rete ospedaliera umbra, con i 15 Presidi Ospedalieri e le 2 Aziende Ospedaliere regionali, risulta eccessivamente articolata e non in tutti i casi conforme ai parametri dettati a livello centrale dal DM. 70/2015, (recepito a livello regionale con DGR 2012/2016), il cui rispetto non costituisce elemento di garanzia di qualità, bensì di sicurezza delle cure.

Il numero dei Posti Letto/1.000 ab. (3.69/1000 ab.) risulta essenzialmente conforme allo standard di cui al suindicato DM (3.7/1.000 ab), con un lieve eccesso di PL per acuti (3.18 vs 3.00/1.000 ab. previsto dal DM) rispetto a quelli lievemente al di sotto dei parametri dei PL per riabilitazione (0.51 vs 0.7/1.000 ab previsto dal DM). Particolarmente fuori target risulta la rete dei Punti nascita.

Sempre in merito alla rete ospedaliera è rimasto inoltre inattuato il protocollo d'intesa con l'Università degli Studi di Perugia per la costituzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria ed inoltre l'Umbria è l'unica regione del centro Italia a non avere un IRCCS.

Ulteriori elementi di criticità che l'analisi contenuta nel Libro Bianco ha permesso di rilevare riguardano l'eccessiva articolazione organizzativa dell'area territoriale, rappresentata dalla presenza di 12 Distretti.

Tale frammentazione comporta una sostanziale disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni, con conseguente mancanza di equità di accesso alle stesse.

Inoltre le istituite Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono state attuate in modo disomogeneo e attualmente non svolgono le funzioni assegnate; manca completamente la costituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Risultano carenti anche i servizi di salute mentale, prevenzione, cura e riabilitazione dell'età adulta ed evolutiva e manca una Residenza per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS). Disomogeneità tra le due Aziende USL si rileva anche per i servizi a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool. Si evidenzia infine la carenza di alcuni servizi come ad esempio quelli riabilitativi, le cure palliative e le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Pediatri di Libera Scelta.

Un forte elemento critico è rappresentato inoltre dal considerevole decremento della mobilità attiva e dall'aumento della fuga dei pazienti verso le Regioni limitrofe. A partire dal 2014 infatti, mentre la mobilità attiva subisce una forte diminuzione, quella passiva aumenta, facendo registrare un andamento che dal **saldo positivo di oltre 20 milioni euro del 2014**, passa nel 2018 al primo saldo negativo di oltre 1 milione di euro; l'andamento è confermato anche nel 2019, in cui si riporta un saldo negativo di 3,3 milioni di euro.

Gli Umbri si recano fuori regione per le prestazioni di ortopedia, protesi ortopediche di anca e ginocchio, riabilitazione, oncologia chirurgica e chirurgia pediatrica. In alcuni casi la fuga dei pazienti, visti i volumi di attività, risulta "fisiologica"; in altri casi è possibile apportare correttivi.

Causa della fuga dei cittadini fuori regione è rappresentata anche dall'insufficiente attrattività del SSR umbro verso i professionisti, sempre più orientati a prestare la propria attività o in altre realtà regionali, ovvero in ambito privato.

Sul versante sociale l'ultimo Piano approvato (Deliberazione Assemblea Legislativa 7 marzo 2017, n. 156) individua nella Zona sociale la forma associata con la quale i comuni esercitano le funzioni in materia di politiche sociali.

Tuttavia, come rileva il Libro bianco, lo stesso è in gran parte rimasto inattuato per la mancata elaborazione dei Piani sociali di zona. Altre criticità possono riscontrarsi in una scarsa integrazione socio-sanitaria e nel mancato allineamento della programmazione sanitaria con la programmazione sociale.

B. LINEE STRATEGICHE NUOVO PIANO SANITARIO REGIONALE.

La definizione degli elementi portanti il nuovo Piano Sanitario Regionale ha implicato la necessità di tenere conto non solo dello stato attuale del SSR e delle politiche sociali con le relative criticità, dell'evoluzione demografica ed epidemiologica, nonché normativa intervenute, ma anche dello scenario conseguente l'avvento dell'emergenza da Covid-19.

Da tali elementi sono emersi una serie di quesiti, che grazie al percorso con gli opinion leader, allo scopo di sviluppare soluzioni e scelte percorribili e/o suggerite, hanno consentito di individuare le seguenti 12 priorità di azione ed intervento:

1. Gestione del cambiamento per bilanciare ordinario e Covid -19.

L'emergenza da Covid -19 ha determinato la previsione di una disponibilità di risorse finanziarie per il sistema sanitario mai viste prima, provenienti da varie fonti, tra cui il Recovery Fund. Tale scenario futuro presuppone un'importante capacità programmatica di spesa, al fine di riuscire a garantire che queste risorse straordinarie vengano utilizzate al meglio. Le suddette risorse aggiuntive contribuiranno a gestire la pandemia con strutture dedicate (aree prevenzione e territorio) ed azioni specifiche di sistema per il contrasto del Covid (es. vaccinazioni Covid, ecc.). Questo consentirà di mantenere a regime i servizi necessari per garantire lo stato di salute della popolazione.

2. Articolazione organizzativa per la gestione dei progetti.

La gestione dei fondi di cui al punto precedente implica la necessità di garantire un'efficace capacità programmatica e di spesa per impiegare al meglio le risorse in strutture, tecnologie, ambienti, personale e specializzazione delle strutture ospedaliere.

A tal fine verrà istituita un'articolazione organizzativa dedicata al coordinamento e monitoraggio che definirà le strategie d'investimento, provvedendo alla razionalizzazione dei processi organizzativi. Sarà inoltre creato un team di project manager dedicati alla gestione dei progetti.

3. Istituzione della cabina di regia politica e il board per il funzionamento dell'assetto istituzionale.

La necessità di prevedere una governance centrale più forte e coesa con i vari attori del sistema determina la necessità di istituire un Board, costituito dal Direttore Regionale alla Salute e Welfare, dai Direttori Generali delle Aziende e dai vertici delle società in house della Regione (attualmente Umbria Digitale, Umbria Salute e Servizi e Consorzio SUAP) per definire strategie di investimento, politiche di reclutamento dei vertici professionali e ricerca di sinergie comuni per le attività e servizi di supporto.

4. Riorganizzazione del nuovo Distretto, istituendo il nuovo Direttore di Distretto e il Dipartimento di Cure Primarie.

Le criticità rilevate a livello di assistenza territoriale, riferite all'eccessiva frammentazione dei servizi a scapito dell'equità di accesso, determina la necessità di individuare una nuova modalità organizzativa in grado di consentire l'ottimizzazione delle funzioni attualmente in capo ai Distretti.

Verrà elaborata una proposta di ridisegno dell'articolazione dell'assistenza territoriale che prevederà una riduzione del numero dei distretti, dai 12 attuali ai 5/6 futuri attraverso un'operazione di accorpamento dei territori, tenendo conto della necessità di articolazioni più uniformi ed omogenee, oltreché una logica di ragionevole allocazione di risorse e servizi, mantenendo invariato il numero delle zone sociali attuali, attraverso un meccanismo per rapportarle con il nuovo assetto e numero dei distretti.

I Distretti andranno inoltre riorganizzati, istituendo i Dipartimenti di cure primarie (uno per ogni Azienda territoriale), diretti da un clinico che svolgerà funzioni tecnico-professionali, mentre le interlocuzioni con la politica ed i Sindaci sarà gestita dal Direttore di Distretto, che avrà il ruolo di rappresentare la Direzione Generale nei confronti della politica locale.

5. Sviluppo dei processi per la **presa in carico del cronico** anche con la sanità digitale (dalla stratificazione alla rendicontazione).

Il rapido e marcato invecchiamento della popolazione pone la necessità di far fronte alla richiesta sempre più insistente di assistenza, soprattutto da parte delle fasce più anziane della popolazione in relazione alle patologie croniche, con consistente impiego di risorse dedicate. Al momento manca un'adeguata organizzazione per la gestione di tale tipologia di pazienti (si rileva che il 60% degli accessi al Centro Unico Prenotazioni – CUP siano riconducibili alla gestione del paziente cronico).

E' necessario procedere al reclutamento del paziente cronico in modo uniforme a livello regionale, secondo un approccio proattivo e allo sviluppo di un piano di cura personalizzato tramite un referente clinico per ogni patologia. E' inoltre prevista la prenotazione delle attività e l'accompagnamento nell'intero percorso anche con l'utilizzo del digitale (APP di monitoraggio dei parametri, Televisita, ecc.). Ciò permetterà non solo un vantaggio per il paziente cronico, ma anche per la gestione delle liste di attesa.

6. Coinvolgimento dei professionisti per la **revisione delle reti di patologia;**

La situazione della rete ospedaliera umbra, come rilevato dal Libro bianco, è sostanzialmente conforme ai parametri tracciati dal DM 70/2015, ma c'è bisogno sicuramente di migliorare la distribuzione dei posti letto per acuti e definire la vocazione dei singoli ospedali per raggiungere i volumi minimi di attività, elemento di garanzia di sicurezza delle cure. La riorganizzazione della rete ospedaliera verrà affidata ai clinici nel rispetto di regole e criteri forniti dalla Regione. I professionisti dovranno redigere in conformità ai parametri stabiliti ed entro tempi definiti, le proposte che saranno validate dalla Regione.

7. Sviluppo delle attività di programmazione per l'**Azienda Ospedaliera Universitaria** e per l'istituzione dell'**IRCCS**.

In relazione alla mancata attuazione del precedente Protocollo d'intesa, ne dovrà essere stipulato uno nuovo, volto all'istituzione dell'AOU di Perugia, la cui regia dovrà essere diretta dalla Regione.

Il protocollo dovrà anche prevedere la collaborazione per l'istituzione di un IRCCS, che consentirà di attrarre i professionisti e ridurre la fuga dei pazienti.

8. Sviluppo di nuove strategie di prevenzione anche con l'ausilio della sanità digitale e istituzione del **Dipartimento di Prevenzione interaziendale;**

L'emergenza pandemica ha posto in luce l'importanza dell'attività dei Dipartimenti di prevenzione e la necessità di uniformità e coordinamento delle relative attività. Pertanto verrà istituito un Dipartimento di Prevenzione interaziendale, che lavorerà a stretto contatto con l'Assessorato regionale.

Saranno sviluppate le azioni per la gestione del Covid, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie (CRM), utili all'attivazione di campagne di prevenzione secondo nuove logiche (social marketing).

9. Portare l'**hospice** su tutto il territorio.

L'attuale numero dei posti letto in Hospice (28) è di gran lunga inferiore al valore standard nazionale (n. 47 per l'Umbria in base al DM 43/2007, in attuazione all'art. 1, comma 169 della L.311/2004).

Si registra una diversa modalità di accesso alle cure a seconda dei territori e ovunque viene rilevata una carenza di figure professionali fondamentali per garantire continuità nell'assistenza, compresa quella

domiciliare (infermieri e medici palliativisti. Altra problematica è l'assenza di una rete per la presa in carico del paziente pediatrico.

L'hospice costituirà il vertice della nuova rete della palliazione. I palliativisti assisteranno i pazienti su tutto il territorio, soprattutto nelle residenze protette e a domicilio, facendo formazione ai medici di medicina generale, infermieri e medici delle residenze protette. Verrà inoltre sviluppata la rete di palliazione pediatrica.

10. Incrementare l'adesione al **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** da parte dei cittadini (referti covid) per sviluppare un ecosistema di servizi di sanità digitale.

L'attuale emergenza da Covid-19 permetterà di sfruttare l'inserimento dei referti dei tamponi/vaccinazioni nel FSE, con un'adeguata operazione di marketing sociale al fine di raccogliere il consenso di un'ampia platea di cittadini, anche sulla spinta della registrazione al sistema SPID (sistema pubblico identità digitale), per sviluppare un ecosistema di servizi di sanità digitale (sviluppo di Sanitapp).

11. Istituzione di un nuovo luogo dove **integrare politiche e programmazione socio sanitaria**.

L'emergenza pandemica ha particolarmente acuito le problematiche sociali e socio sanitarie. Dare centralità ai bisogni dei cittadini attraverso un approccio globale e bio-psico-sociale, garantendo una presa in carico unitaria, appare la priorità da realizzare.

Occorre pertanto un rafforzamento della governance, della programmazione integrata e del monitoraggio e valutazione di quest'ultima e bisognerà perciò individuare un luogo in cui ricomporre ed integrare le strategie politiche e di programmazione degli Enti Locali con quelle sanitarie, al fine di ottenere una pianificazione integrata.

12. Sviluppo del sistema di **accreditamento sociale e socio sanitario**.

Attualmente manca un modello di accreditamento dei servizi sociali in grado di assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture interessate e regolare i rapporti tra committenza pubblica e soggetti produttori, migliorando quegli aspetti dell'attuale procedura di selezione dei fornitori, che non valorizzano la specificità dei servizi alla persona. Verrà sviluppato un sistema di accreditamento per le strutture sociali analogo a quello utilizzato in sanità, per fornire alla committenza pubblica uno strumento di governo del mercato dei servizi, oltreché nuove possibilità ai Comuni nella scelta delle modalità del loro affidamento (non più solo appalto, ma anche affidamento diretto).

L'analisi delle priorità sopra descritte ha portato alla definizione di strategie, ovvero i principi che saranno alla base di ogni intervento di sviluppo delle azioni da intraprendere.

Tali strategie sono:

1. Covid-19 la sfida: *da emergenza ad opportunità per il rilancio del SSR;*
2. sanità a misura del cittadino: *presa in carico del paziente cronico anche con la sanità digitale;*
3. attenzione per il personale: *valorizzare le competenze per la crescita del personale, promuovendo un clima di benessere organizzativo;*
4. assicurazione: *assicurare al cittadino di potere accedere in maniera equa ad un sistema di servizi omogenei e di qualità su tutto il territorio regionale;*
5. semplificazione: *dei rapporti con il cittadino per un SSR più vicino alle sue esigenze;*
6. integrazione: *nuova parola d'ordine per aderire ai bisogni del cittadino.*