



Regione Umbria

PIANO SANITARIO REGIONALE

2009 - 2011

Deliberazione del Consiglio Regionale n. 298/2009

VOLUME III

LINEE STRATEGICHE

Indice

PARTE I: Principi, valori e contesto di riferimento

1	I valori del Sistema Sanitario Umbro e i principi di riferimento	17
1.1	La persona al centro del sistema per la salute	19
1.2	L'appropriatezza delle prestazioni	24
1.3	La programmazione come principio operativo	31
2	I Contesti	33
2.1	Il contesto istituzionale ed economico	35
2.2	Le caratteristiche demografiche	50
2.3	L'evoluzione delle dinamiche sociali e i segnali di malessere in Umbria	55
2.4	Il Capitale sociale in Umbria	66
2.5	Il contesto epidemiologico	71
2.6	I risultati	96

PARTE II: La Programmazione

3	Il modello di programmazione	17
3.1	Il modello di programmazione regionale	19
3.2	Il modello attuale di programmazione sanitaria	20
3.3	Il nuovo modello	27
4	Il metodo e gli altri strumenti al servizio del Piano Sanitario Regionale	35
4.1	Governo clinico	37
4.2	L'Appropriatezza	43
4.3	La sicurezza delle cure	51
4.4	L'Epidemiologia	56
4.5	Il sistema di finanziamento	57
4.6	I sistemi amministrativo contabili	61
4.7	La rendicontazione sociale	63
4.8	Il sistema informativo	65
4.9	Il capitale umano e gli standard formativi	70
4.10	L'accreditamento istituzionale	73
4.11	La comunicazione e l'informazione in sanità	81
4.12	Rendere effettiva la partecipazione	87
4.13	Gli strumenti per il controllo strategico e la valutazione dei risultati	88

PARTE III: Linee Strategiche

5	La Prevenzione: dalla tutela della salute alla promozione della salute	17
5.1	Il cambiamento di prospettiva: le nuove strategie	19
5.2	Applicare la nuova visione della sanità pubblica	21
5.3	Costruire la rete dell'educazione alla salute	29
5.4	Migliorare il sistema degli screening oncologici su base regionale	30
5.5	Potenziare la prevenzione nei luoghi di lavoro	36
5.6	La sanità pubblica veterinaria e il sistema della sicurezza alimentare lungo la filiera agro-alimentare	41
5.6.1	Tutelare la produzione primaria regionale	42
5.6.2	Garantire la sicurezza alimentare	45
5.7	Assicurare l'igiene urbana e il controllo degli animali sinantropi	47
6	Il potenziamento delle cure primarie e l'attivazione delle cure intermedie	51
6.1	Il ruolo del Distretto	54
6.2	La qualificazione delle cure domiciliari	57
6.3	L'attivazione delle cure intermedie	62
7	L'integrazione socio sanitaria	69
7.1	Il quadro normativo di riferimento	71
7.2	Il modello umbro dell'integrazione	71
7.3	Gli strumenti della programmazione integrata	72
8	La tutela dei diritti a fronte del disagio e dell'emarginazione	77
8.1	Contrastare la dipendenza con l'innovazione e con l'integrazione	79
8.2	Garantire alle persone con sofferenza mentale la più ampia presa in carico e l'inclusione sociale	89
9	La salute delle donne	103
10	La riabilitazione	111
10.1	La Riabilitazione in età adulta	113
10.2	La Riabilitazione neuropsicomotoria e sensoriale in età evolutiva	124
11	Assistenza residenziale e semiresidenziale	127

11.1	La residenzialità e semiresidenzialità nei disabili adulti e in età evolutiva	129
11.2	Le residenze protette per anziani	131
11.3	Residenzialità e salute mentale	137
11.4	I Centri diurni per malati di Alzheimer	140
11.5	I Centri diurni per adulti con patologie psichiatriche	143
11.6	I Centri diurni per minori e adolescenti affetti da autismo	144
12	L'Assistenza specialistica	147
12.1	La specialistica ambulatoriale e le reti di servizi	149
12.2	Il day service ambulatoriale (DSA)	152
13	Riconfigurazione della rete ospedaliera regionale	155
13.1	I fenomeni evolutivi del sistema ospedaliero	157
13.2	Promuovere la revisione e/o la riconfigurazione dell'organizzazione dipartimentale	166
13.3	Ridefinire il Sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria - Umbria Soccorso 118	169
14	La gestione delle liste di attesa	175
15	La salute in carcere	183
16	Le azioni trasversali per la sostenibilità	189
16.1	L'Agenzia Umbria Sanità come strumento delle azioni	191
16.2	Le azioni	192

PRESENTAZIONE

PARTE PRIMA

La prima parte è dedicata ai valori che sono alla base del sistema sanitario umbro, che conferma la sua natura universalistica, senza distinzioni di genere, età, reddito, lavoro e rinnova l'impegno a garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari e sociali a tutti i cittadini, dedicando particolare attenzione per l'accessibilità alle fasce socialmente, economicamente o culturalmente disagiate.

L'umanizzazione dei servizi e la personalizzazione delle cure, vengono intesi non solo come diritto da riconoscere ai pazienti, ma come principi ispiratori di un sistema che si mette al servizio della persona piuttosto che di una sanità chiamata ad erogare prestazioni ad organismi malati.

Alla prima parte è inoltre affidato il compito di ricostruire i contesti all'interno dei quali si apre il nuovo ciclo della programmazione.

Viene offerta una approfondita analisi dei fenomeni demografici, epidemiologici, sociali ed economici che hanno trasformato la regione Umbria negli ultimi decenni e vengono individuate le tendenze in atto che permettono di delineare gli scenari che ci troveremo di fronte nel prossimo futuro.

Vengono infine evidenziate criticità e opportunità legate al nuovo quadro istituzionale definito dalla modifica del Titolo V della Costituzione e vengono discusse le prospettive collegate alle diverse soluzioni che possono essere date al federalismo fiscale e alle conseguenze che produrranno sulle risorse disponibili per il finanziamento dei sistemi sanitari regionali.

PARTE SECONDA

La seconda parte è dedicata al modello di governo, agli strumenti della programmazione e alla concertazione istituzionale e sociale.

L'attuale modello di programmazione del Servizio Sanitario Regionale, disciplinato dalla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 "Ordinamento del sistema sanitario regionale", risulta superato per effetto, da un lato della Riforma del Titolo V della Costituzione e, dall'altro, dalla Riforma endoregionale attuata dalla Regione Umbria (Legge regionale 9 luglio 2007, n. 23).

Con la riforma del Titolo V, la Regione Umbria, attraverso il rafforzamento della potestà legislativa, può svolgere in maniera più penetrante che in passato, le funzioni di programmazione, finanziamento, regolazione del Servizio Sanitario Regionale. In tale contesto, gli strumenti della programmazione sanitaria regionale, a partire dal P.S.R., nel rispetto degli indirizzi del Piano Sanitario nazionale e della normativa di riferimento nazionale (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i. e D.P.C.M. 29.11.2001), si inseriscono nel più ampio sistema di programmazione regionale e nel governo economico e sociale della regione.

Con la Riforma del sistema amministrativo regionale e locale approvato con Legge Regionale 9 Luglio 2007, n. 23, la Regione ha introdotto un nuovo modello di governance che realizza una decisa semplificazione istituzionale attraverso la creazione degli Ambiti Territoriali Integrati (ATI) per la programmazione e gestione integrata di funzioni e servizi di livello sovracomunale, unificando in un unico soggetto le funzioni di più enti, consorzi, associazioni, conferenze e altri organismi composti dai Comuni.

La proposta del Piano Sanitario Regionale 2009-2011, mantiene la natura di documento di programmazione strategica, a cui viene affidato il compito di individuare le scelte e le priorità fondamentali e di identificare le esigenze di innovazione della legislazione sanitaria regionale, rinviando alla programmazione attuativa la definizione di standard e di modelli operativi. La soluzione individuata consiste nell'assog-

gettare l'intero ciclo della programmazione strategica ed attuativa sanitaria, alle procedure e ai tempi previsti per gli atti di programmazione generale della Regione, operando così una forte semplificazione.

Il Piano Sanitario Regionale mantiene cadenza triennale e, a fronte di una impostazione meno prescrittiva, trova annualmente nel Documento Annuale di Programmazione (DAP), tenuto conto dei risultati effettivamente raggiunti nell'anno precedente e delle eventuali variazioni di contesto economico sociale, nazionale e regionale, lo strumento per l'aggiornamento e le modificazioni dello stesso nonché per la definizione di dettaglio degli obiettivi.

Nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza regionale, la revisione annuale della programmazione sanitaria, con le conseguenti variazioni da apportare alla legislazione attuativa e alla strumentazione operativa, può utilizzare anche lo strumento del collegato alla legge finanziaria regionale, per intervenire su tematiche quali i livelli essenziali di assistenza, i criteri di accesso alle prestazioni e le regole di gestione del servizio sanitario.

Per garantire poi la coerenza della programmazione attuativa delle singole aziende sanitarie rispetto al mandato complessivo affidato al S.S.R., viene assegnato all'Agenzia Umbria Sanità (AUS) il coordinamento dei piani aziendali e il monitoraggio dell'effettiva attuazione.

Tale soluzione permette di dare al modello organizzativo un impianto a rete fin dalla fase della progettazione, garantendo, per il complesso regionale delle strutture, il raggiungimento dello standard di servizio prefissato e ottimizzando al tempo stesso l'organizzazione a livello aziendale. In pratica le dotazioni strutturali non vengono definite in astratto a priori, parcellizzate per singoli territori, ma dimensionate in sede di progettazione esecutiva.

Premesso che tutti gli atti di programmazione attuativa regionale sono di competenza della Giunta regionale, la responsabilità della loro elaborazione è suddivisa tra la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e l'Agenzia Umbria Sanità, ferma restando la massima integrazione che devono assicurare le relative strutture in modo da garantire maggiore chiarezza ai rispettivi ruoli.

La Regione potrà, infatti, dare risalto al ruolo di ente programmatore, finanziatore, regolatore e garante della corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'Agenzia risponderà alla Regione della efficienza ed economicità del Servizio Sanitario Regionale, obiettivi che perseguirà attraverso l'indirizzo ed il coordinamento operativo delle Aziende sanitarie.

E' necessario, infine, completare il nuovo disegno istituzionale con la regolamentazione della governance delle articolazioni territoriali sub ATI. A tal fine l'assemblea dei sindaci di ATI è articolata in sezioni corrispondenti ai distretti/ambiti territoriali sociali, che unificano in un unico organismo di governo gli attuali comitati dei sindaci di distretto e tavoli degli Assessori ai Servizi Sociali.

Tale soluzione garantisce uno stretto raccordo fra i diversi livelli istituzionali e contestualmente una forte integrazione delle politiche settoriali.

Nel frattempo, con l'entrata a regime della seconda fase del "patto per lo sviluppo", la concertazione, coerentemente con la riforma endoregionale, si avvarrà dei Tavoli territoriali. In questo modo l'ATI diviene l'unico interlocutore del livello regionale ed è chiamato a rispondere della coerenza complessiva che i diversi documenti di programmazione di Ambito, di Distretto e di Zona sociale devono possedere.

PARTE TERZA

La parte terza contiene le indicazioni del Piano Sanitario Regionale per il periodo 2009-2011.

Il lavoro è organizzato per livelli di assistenza; ogni capitolo è strutturato con una parte introduttiva che inquadra i risultati raggiunti con il ciclo precedente della programmazione, sottolinea risultati e criticità e individua il modello di riferimento su cui orientare lo sviluppo dei servizi nel triennio oggetto della programmazione.

Pur essendo il documento organizzativo per livelli di assistenza, sono stati resi evidenti i collegamenti fra i servizi che devono garantire la continuità dei percorsi assistenziali e per quanto riguarda le prestazioni residenziali, vengono date indicazioni per la successiva programmazione attuativa affinché il dimensionamento delle dotazioni di posti letto, avvenga tenendo conto di un fabbisogno complessivo che deve essere soddisfatto combinando in maniera ottimale le diverse tipologie di strutture.

Un'attenzione particolare viene riservata alle "cure intermedie" per la gestione delle patologie croniche e l'assistenza all'anziano che necessitano di un modello organizzativo complesso e flessibile che garantisca la continuità assistenziale attraverso l'integrazione e il coordinamento tra operatori, strutture e diversi livelli organizzativi. In questo settore viene confermato il ruolo strategico delle RSA ma si propone di puntare anche allo sviluppo degli ospedali di comunità, strutture residenziali affidate ai MMG.

Un'organizzazione basata sul collegamento in rete è il primo obiettivo che il Piano 2009-2011 pone ai servizi del sistema sanitario regionale e diviene la principale sfida per gli ospedali che sono chiamati ad innovare profondamente il modo di lavorare.

Una rete può essere definita come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continuative di vario tipo. La concettualizzazione della rete è fondata sulla specializzazione, se ciascun nodo della rete si concentra sulle attività nelle quali è più abile, si migliorano sensibilmente sia la qualità del prodotto, sia i costi di produzione. Pertanto, una rete si caratterizza per la specializzazione del ruolo di ciascuno dei nodi che la compongono e per la messa in comune di alcuni servizi che si possono sensibilmente avvantaggiare delle economie di scala.

Questo tipo di impostazione non richiede di rimettere in discussione l'attuale classificazione degli ospedali, ma la stessa viene ad assumere un significato meno vincolante per lo sviluppo delle attività assistenziali che saranno guidate principalmente dal ruolo che la rete assegna ad ogni nodo.

Rispetto a questo modello innovativo il Piano Sanitario Regionale individua i criteri di governo della rete e una governance del complesso delle reti.

CAPITOLO **5**

La Prevenzione: dalla tutela della salute
alla promozione della salute

5. LA PREVENZIONE: DALLA TUTELA DELLA SALUTE ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

5.1 IL CAMBIAMENTO DI PROSPETTIVA: LE NUOVE STRATEGIE

A quasi trent'anni dall'entrata in vigore della L. 833/78 la affermazione dell'art. 32 della Costituzione "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della comunità" va riletta in chiave più attuale.

La parola "tutela" infatti non sembra più adatta ad esprimere il diritto alla salute: innanzitutto perché evoca un'"atmosfera passiva" all'interno della quale si colloca un tutore ed un tutelato, in secondo luogo perché il concetto di protezione presuppone la presenza di fattori di rischio esterni all'essere umano, secondo una concezione che considera la salute quale bene aggredibile esclusivamente da fattori esterni. Tale visione trascina con sé un'idea della prevenzione più vicina alla logica della polizia sanitaria, che a quella di un sistema che abbia il compito di promuovere la salute. Se infatti la salute è frutto oggi, nei paesi industrializzati, anche del mantenimento di un adeguato livello di benessere sociale ed economico, di un'adeguata partecipazione individuale e collettiva a stili di vita appropriati, della conservazione di un ambiente salubre, la prevenzione nella sua accezione più moderna non può prescindere dalla partecipazione collettiva, dallo sviluppo di un solido empowerment dell'individuo, in altre parole dal superamento del concetto di tutela della salute a favore di quello di promozione della salute, intesa come insieme di azioni volte alla creazione di reti istituzionali ed ambientali favorevoli alla salute (WHO 1984-88), con l'obiettivo di aumentare il controllo degli individui stessi sui determinanti che la influenzano.

In Europa ormai l'87% dei decessi è attribuibile infatti a patologie croniche quali tumori e eventi cerebrovascolari. Per una gran parte di queste affezioni conosciamo i principali fattori di rischio: fumo, alcool, dieta scorretta, inattività fisica determinano da soli oltre tre quarti di tutte le patologie su menzionate. Se ogni Servizio Sanitario Regionale ha il compito di garantire ai propri cittadini le cure più appropriate, utilizzando nel modo più razionale possibile le risorse a disposizione, di fatto il sistema sanitario nel suo complesso non possiede significativi poteri per incidere e modificare i principali determinanti di salute, poiché questi traggono origine in fattori economici, sociali, ambientali, oltre che individuali, in quanto attengono al comportamento del singolo o alle sue stesse caratteristiche genetiche.

In altre parole si può dire che se il SSN rimane il protagonista pressoché esclusivo delle cure e degli interventi riabilitativi, ciò non è per la prevenzione, poiché la sola azione sanitaria è pressoché inefficace in questo settore: si pensi infatti non solo alle patologie croniche, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito o le patologie respiratorie, influenzate da numerosi determinanti, esterni e/o interni all'individuo, ma anche alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro o alla sicurezza alimentare, nei quali la sola vigilanza, se pure strumento essenziale, non può essere pensata e agita al di fuori di un sistema che preveda il coinvolgimento di altre istituzioni quali per esempio INAIL, ISPESL e DPL nonché delle forze imprenditoriali e sociali nel primo caso, dei produttori, trasformatori e distributori di alimenti destinati al consumo umano nel secondo.

Rispetto alla prevenzione uno dei compiti principali del SSR deve quindi diventare quello di mobilitare tutti gli stakeholders che controllano alcuni determinanti di salute, quali il mondo dell'economia, dell'istruzione, della comunicazione ecc., promuovendo la messa in atto di interventi efficaci e l'empowerment del cittadino.

Il modello Guadagnare Salute: costruire la rete per la prevenzione e la promozione della salute

Il progetto ministeriale denominato Guadagnare Salute, approvato con il DPCM 4 maggio 2007, è di fatto un programma complesso elaborato per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle più

comuni malattie croniche nel nostro paese: il fumo, l'alcol, la errata alimentazione e la sedentarietà.

"Guadagnare Salute" rappresenta però un modello importante per la messa a punto di strategie per lo sviluppo di azioni efficaci per la prevenzione, in quanto è fondato sostanzialmente su un principio innovativo, quello della intersectorialità, cioè sul principio che la salute dei cittadini non può essere perseguita dal solo sistema sanitario, ma deve permeare tutte le politiche messe in atto dalle istituzioni del Paese: per l'ambiente, per lo sviluppo energetico, per la costruzione delle infrastrutture, ma anche per la scuola o la comunicazione.

Anche nella nostra regione diviene quindi fondamentale nel triennio 2009-2011:

- costruire una cultura condivisa in cui la "salute" divenga interesse globale dell'intero sistema regione e non solo del sistema sanitario;
- sviluppare azioni integrate per incidere sui principali determinanti negativi per la salute;
- trasformare "buone pratiche" in interventi consolidati ed attivare nuove sinergie tra i numerosi attori della prevenzione (Amministrazioni centrali, Amministrazioni locali, Servizio Sanitario Regionale, Professionisti della salute, Scuola, Imprenditoria, Forze Sindacali, Associazionismo, Volontariato e Privato sociale) mettendo in rete sistemi, competenze, responsabilità in settori diversi, ma sempre con l'obiettivo di promuovere la salute dei cittadini.

In questo contesto il rapporto con la scuola richiede un'attenzione particolare: il rapporto tra i servizi territoriali appartenenti ai Distretti o ai Dipartimenti di Prevenzione e la scuola deve infatti divenire più organico e sistematico, anche attraverso il consolidamento delle sperimentazioni attivate dal precedente PSR per mettere a punto buone pratiche ispirate al patto per una scuola promotrice di salute.

L'adeguamento dell'organizzazione e i professionisti della sanità pubblica: flessibilità, efficacia e appropriatezza nei rapporti tra DIP e Distretti e con gli Enti Locali in una logica di governance della prevenzione

Molti sono gli attori in seno al SSR che possono attivare azioni aventi come obiettivo la promozione di stili di vita sani: basta pensare, solo per citare alcuni esempi, ai numerosi interventi realizzati con la scuola dai servizi consultoriali per promuovere una sessualità consapevole negli adolescenti o quelli messi in campo dai diversi Sert e Goat della regione per ridurre il consumo dell'alcol da parte dei giovani o ancora l'attività di counselling svolta dagli stessi medici di medicina generale nei confronti dei propri assistiti per favorire l'adozione di stili di vita sani e non ultimo l'attività svolta dai pediatri di famiglia rispetto alla prevenzione degli incidenti domestici.

Tre sono però gli aspetti che hanno caratterizzato nel corso degli anni tutte le attività di promozione della salute:

- la frammentarietà degli interventi sul territorio, che solo in alcuni casi trovano ricomposizione all'interno della progettualità distrettuale, ma spesso non colgono trasversalmente l'intera azienda sanitaria e tanto meno l'intero territorio regionale;
- la mancata riflessione sulla efficacia delle azioni sviluppate e la loro scarsa riproducibilità.

Tutto ciò ha avuto nel corso degli anni come conseguenza una vera e propria dispersione di risorse e la mancata copertura della popolazione nel suo complesso.

In realtà ciò che è mancato è l'esercizio di una funzione di progettazione condivisa, finalizzata al raggiungimento di obiettivi chiari ed esplicitati, di coordinamento degli interventi e di diffusione delle buone prassi.

Contestualmente, sebbene fin dallo scorso PSR fosse stata esplicitata la necessità di superare la rigidità organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione, attraverso una programmazione per obiettivi e l'abbandono di tutte le attività riconosciute come inefficaci e inutili, solo in alcune realtà queste indicazioni si sono concretizzate nello sviluppo di una maggiore integrazione interna e nell'apertura verso le altre strutture aziendali, anche attraverso l'assunzione di un nuovo ruolo da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

E' quindi fondamentale che nel prossimo triennio il Dipartimento di Prevenzione assuma come propria

la funzione di "cabina di regia", rispetto a tutti i processi di promozione della salute attivati inseno alle Aziende USL, ma anche in relazione alle attività di sorveglianza, di vigilanza e di comunicazione.

Come è facilmente comprensibile quando si parla di "cabina di regia" non si intende l'esercizio di una funzione da parte di una struttura sovraordinata rispetto alle altre realtà organizzative delle aziende sanitarie, ma dello sviluppo da parte del Dipartimento di Prevenzione di un'azione di coordinamento della progettazione degli interventi di promozione della salute nei confronti della collettività nel suo complesso, con l'obiettivo di garantire la piena applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tutto ciò presuppone che i Dipartimenti di Prevenzione, liberatisi definitivamente dagli orpelli rappresentati non solo dalle cosiddette pratiche obsolete, (è compito della Regione completare l'iter avviato con le DGR 910/06 e 2296/07 abrogandole definitivamente, come già avvenuto in altre realtà regionali) ma anche da quelle attività che non rispondono più alle esigenze di salute pubblica, si aprano alla realtà circostante, contribuendo alla pianificazione per obiettivi di salute, individuati sulla base delle evidenze epidemiologiche, nonché degli indirizzi nazionali, quali il nuovo Piano della Prevenzione e alla conseguente valutazione del livello di raggiungimento degli stessi. Perché tutto ciò non rimanga ancora una volta solo un principio è fondamentale da un lato sviluppare una riflessione complessiva sull'organizzazione dei quattro Dipartimenti di Prevenzione, in perenne carenza di risorse e troppo ingessati nell'assetto organizzativo stabilito in base al d.lgs. 229/99 con la nascita delle quattro aziende USL ormai più di sedici anni fa, dall'altra portare a termine il processo, avviato da qualche anno di rivisitazione della mission dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

5.2 APPLICARE LA NUOVA VISIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA

La sanità pubblica, intesa come disciplina, sta infatti cambiando profondamente: l'igiene dei percorsi predefiniti e dell'applicazione di leggi e regolamenti sta lentamente scomparendo per lasciare il posto ad una nuova sanità pubblica, centrata sui bisogni di salute della popolazione. Il professionista di sanità pubblica deve diventare sempre più capace di interpretare i bisogni di salute della popolazione diriferimento, di condurre un'analisi dei rischi per la collettività, di prestare attenzione alle fasce più deboli, di conoscere le stime di esposizione al rischio (rischio accettabile) e infine, utilizzando gli strumenti della EBP di indicare ai decisori gli interventi più efficaci, per poi misurarne l'impatto sulla popolazione. Questa trasformazione si è ormai avviata da qualche anno anche nei Servizi di Igiene e Sanità pubblica della Regione anche se non in modo uniforme.

E' quindi fondamentale ribadire che per dare concretezza all'idea di una governance della prevenzione da parte dei Dipartimenti di Prevenzione i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica debbono assumere nel corso del prossimo triennio come loro mission:

a. la sorveglianza di sanità pubblica

a1. l'esame dello stato di salute della popolazione attraverso l'analisi:

- o delle caratteristiche demografiche della popolazione;
- o dell'andamento della mortalità/morbosità;
- o degli studi di sorveglianza di popolazione (PASSI e OKKIO alla salute);
- o dell'andamento delle malattie infettive (SIMI);

a2. il monitoraggio/controllo dei fattori di rischio e la stima dell'esposizione a:

- o agenti biologici;
- o agenti cancerogeni, sostanze e preparati pericolosi;
- o radiazioni ionizzanti ed elettromagnetiche;
- o microclima;
- o sistemi organizzativi e produttivi ad impatto sulla popolazione;

o comportamenti e stili di vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica, etc.).

- b. la promozione, indirizzo e/o realizzazione di interventi finalizzati al contenimento/rimozione del rischio derivante da:
 - o acque destinate al consumo umano;
 - o impianti di balneazione;
 - o strutture sanitarie e socio-sanitarie, centri di benessere e bellezza, istituti scolastici, centri di istruzione/formazione, centri ricreativi, sportivi e culturali, strutture ricettive;
 - o industrie insalubri;
- c. la pianificazione e coordinamento dei programmi di prevenzione aziendali quali:
 - o vaccinazioni;
 - o screening;
 - o prevenzione degli incidenti stradali e domestici in attuazione al PRPA;
 - o promozione di stili di vita favorevoli alla salute;
- d. la valutazione dell'impatto sulla popolazione degli interventi messi in atto, attraverso la produzione, in collaborazione con i Servizi di Epidemiologia, di specifici rapporti;
- e. l'informazione e la comunicazione alla collettività e ad i portatori di interesse su:
 - o risultati della sorveglianza sullo stato di salute della popolazione di riferimento;
 - o stime d'esposizione della popolazione ai fattori di rischio;
 - o interventi da adottare per il contenimento o la rimozione dei fattori di rischio;
 - o risultati degli interventi messi in atto.

Si è ritenuto importante esplicitare a questo livello la mission dei Servizi di Sanità Pubblica, perché in molte delle linee strategiche sopra elencate essi si interfacciano con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione da un lato, con i Distretti dall'altro.

Non è quindi superfluo ribadire che per realizzare concretamente la funzione di governance della prevenzione da parte del Dipartimento di Prevenzione, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica deve farsi carico della pianificazione condivisa con i Distretti e del coordinamento su scala aziendale per la Direzione Aziendale delle attività realizzate a livello distrettuale, adottando un metodo basato su :

- o l'analisi dei problemi di salute;
- o la scelta delle priorità;
- o l'identificazione degli interventi efficaci;
- o la valutazione dell'impatto degli interventi svolti.

Compete invece al livello distrettuale la partecipazione alla progettazione e alla valutazione, ma soprattutto la realizzazione concreta degli interventi di promozione della salute nella loro interfaccia con le istituzioni locali.

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

Come già detto quattro sono i fattori di rischio che influenzano le principali malattie croniche delle quali si ammalia la popolazione italiana: il fumo, l'alcool, la scorretta alimentazione e la scarsa attività fisica.

Gli ultimi due sono alla base di quella che viene considerata per l'Europa una vera e propria sfida di sanità pubblica: l'obesità.

L'obesità come problema di sanità pubblica

Nella Regione Europea dell'OMS infatti la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi due decenni ed ha ormai raggiunto le proporzioni di una vera e propria epidemia, dato che è aumentata di almeno tre volte anche nei Paesi con tassi di sovrappeso ed obesità tradizionalmente bassi. Se non si riuscirà ad adottare strategie adeguate e la prevalenza continuerà a crescere alla stessa velocità degli anni 90, si stima che nella regione europea 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini e adolescenti diverranno obesi entro il 2010.

E' infatti particolarmente serio l'incremento del sovrappeso tra i bambini: nel Regno Unito per esempio i bambini sovrappeso erano nel 1960 il 4% e sono diventati nel 2003 il 18%. Nella Regione Europea dell'OMS il sovrappeso è responsabile di un elevato carico totale di malattia: ogni anno causa oltre 1 milione di decessi e 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute. Basti pensare che oltre tre quarti dei casi di diabete di tipo 2 sono attribuibili a valori di IMC (indice di massa corporea) che superano i 21Kg/mq. Il sovrappeso però è anche un fattore di rischio per la cardiopatia ischemica, la malattia ipertensiva, l'ictus ischemico, il carcinoma del colon, della mammella e dell'endometrio, nonché l'osteoartrite. L'obesità inoltre influisce negativamente sulla salute psicosociale e sulla qualità di vita dell'individuo. Per queste ragioni l'obesità impone un carico economico alla società attraverso l'aumento dei costi sanitari per le cure mediche richieste per il trattamento delle patologie ad essa associate (costi diretti), la perdita di produttività dovuta all'assenteismo e alla mortalità prematura (costi indiretti), le occasioni perse, i problemi psicologici e la scarsa qualità della vita (costi intangibili).

L'epidemia di obesità che affligge i paesi dell'Europa è spiegata in larga misura dalla contemporanea presenza di inattività fisica e dieta inadeguata: almeno un terzo degli adulti nei Paesi UE infatti non svolge un'attività fisica sufficiente per mantenere un livello di salute ottimale. Un'ampia fascia di popolazione infatti consuma troppi alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso potere nutrizionale, nonché una quantità insufficiente di frutta e verdura e quindi di fibre. A questo proposito occorre ricordare che in passato i paesi mediterranei mostravano un consumo maggiore di alimenti vegetali, oli vegetali e pesce, ma questo modello alimentare sta scomparendo soprattutto tra i giovani, nella direzione di una progressiva omologazione alle diete inappropriate dell'Europa settentrionale e occidentale. Contemporaneamente aumenta il consumo di bevande ad alto contenuto in zuccheri, parallelamente al consumo sostenuto di bevande alcoliche.

In Umbria le condizioni della popolazione rispetto alla problematica dell'obesità e del sovrappeso non si discostano dai trend ricordati. Come già evidenziato dal DVSS il dato regionale dei soggetti sovrappeso e obesi arriva a quasi il 45% della popolazione ed è più marcato nei maschi. La stessa indagine mostra come il 50% degli umbri svolga meno di due ore di attività fisica la settimana. Il parametro è influenzato dall'età, dal BMI, ma anche dal livello culturale, con conseguente progressivo aumento percentuale di sedentari e semisedentari.

Anche il PASSI nel 2006 ha confermato tale tendenza, stimando intorno al 44% la popolazione in eccesso ponderale (il 34% sovrappeso, il 10% è obesa), a fronte del fatto che l'80% degli intervistati riteneva di avere una alimentazione benefica per la propria salute e, più in dettaglio, l'89% nel gruppo dei sottopeso/normopeso, l'80% dei sovrappeso e persino il 70% degli obesi.

La recentissima rilevazione effettuata nel corso della primavera del 2008, su un campione di bambini di otto anni della nostra regione, dell'Indice di Massa Corporea, nell'ambito del progetto di sorveglianza nutrizionale, avviato in Italia con il titolo "Okkio alla Salute", dà un'idea, se possibile ancora più preoccupante, dell'entità del fenomeno, se si pensa che il 10% dei bambini è risultato obeso, il 24% sovrappeso e solo il 66% normopeso, ben al di sopra dei livelli indicati come riferimento dalla International Obesity Task Force: 1%, 10%, e 89%, rispettivamente.

L'epidemia di obesità è però reversibile: è possibile cioè invertire la attuale tendenza, ma solo con un intervento globale, poiché le cause del problema sono complesse, in quanto associate al rapido variare

dei determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita della popolazione.

Per quanto riguarda le azioni messe in campo dal Servizio Sanitario Regionale nel corso degli anni passati si deve ammettere che hanno avuto più le caratteristiche di interventi estemporanei a macchia di leopardo, che di un'azione sistemica, coinvolgente le diverse istituzioni, dalla scuola ai comuni, solo per fare due semplici esempi. Inoltre occorre ricordare che proprio i Servizi che hanno nella loro mission l'intervento sulla collettività, per la promozione di una sana alimentazione, quelli di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, e di una adeguata attività fisica, quelli di Medicina dello Sport, sono tra coloro che, a fronte di qualche punta di qualità, meno nel corso di questi anni hanno messo in atto strategie e interventi sistematici sul territorio.

E' necessario quindi fare nostro l'obiettivo individuato nella Carta Europea sull'azione di contrasto all'obesità, cioè quello di invertire il trend a partire dal 2015, cominciando ad ottenere risultati in bambini ed adolescenti a partire dal prossimo triennio.

Per ottenere tale risultato è necessario che:

- in ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera venga potenziata la promozione dell'allattamento esclusivo al seno, importante fattore protettivo nei confronti dell'obesità;
- i Pediatri di Libera Scelta favoriscano al massimo con un'attenta azione di supporto alla famiglia l'adozione fin dai primi mesi di vita di una corretta alimentazione nei bambini;
- l'attività di promozione della salute di ciascun distretto delle ASL della regione si concentri su interventi efficaci di promozione di una alimentazione sana e una appropriata attività fisica, utilizzando rispettivamente le competenze tecniche dei Servizi di Igiene degli Alimenti e di Medicina dello Sport;
- i Servizi di Igiene degli Alimenti e di Medicina dello Sport dedichino una quota pari almeno al 50% della loro attività alle azioni di promozione della salute soprarichiamate per il controllo della conformità delle ristorazioni scolastiche (in almeno il 30% delle mense presenti nel territorio di competenza per ciascun anno) alle linee guida per una sana alimentazione;
- i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica garantiscano per conto delle Direzioni Aziendali il coordinamento a livello aziendale delle azioni soprarichiamate;
- i Medici di Medicina Generale intervengano, attraverso un'azione sistematica di counselling individuale, soprattutto nei confronti dei soggetti in sovrappeso, perché adottino un'alimentazione più sana, inizino e mantengano un livello appropriato e costante di attività fisica.

Al livello regionale spetta invece:

- favorire l'attenzione al problema in tutte le politiche del territorio;
- promuovere un rapporto strutturato con la Scuola nel suo livello regionale, affinché assuma come proprie le intese stabilite a livello nazionale con il progetto ministeriale "Guadagnare Salute";
- attuare nel corso del triennio almeno una nuova campagna di educazione alimentare e marketing sociale per incoraggiare l'adozione di stili di vita salutari e informare il pubblico sui rischi per la salute associati al sovrappeso.

La lotta al tabagismo

Il consumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura e pertanto uno dei più gravi problemi di sanità pubblica; il tabagismo costituisce un fenomeno complesso, che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e fattore di rischio per numerose malattie correlate;
- di tipo legale e di salute pubblica, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Da tale complessità deriva l'esigenza di un approccio globale e fortemente coordinato, che comprenda:

- l'attuazione di interventi educativi efficaci, per la promozione della salute e di stili di vita sani;
- il potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- l'applicazione puntuale delle norme di vigilanza e controllo sul divieto di fumo negli ambienti pubblici e di lavoro.

Il consumo di tabacco è stato evidenziato quale importante determinante dello stato di salute dei cittadini umbri nel Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale, pubblicato nel novembre 2006 dalla Regione Umbria.

I più recenti dati disponibili (ISTAT 2006) indicano una prevalenza di fumatori in Umbria del 22,1% nella popolazione di 14 anni e più, mentre l'Italia presenta un valore medio intorno al 24%. Dal 1993 al 2003 i fumatori maschi umbri sono diminuiti dal 30,9% al 26%, mentre le fumatrici sono aumentate dal 17,7% al 18,5%, inoltre le donne umbre in questi anni presentano un valore di prevalenza costantemente più alto rispetto alle donne italiane. Nel 2006 (indagine ESPAD) il 24,1% dei ragazzi e il 30,1% delle ragazze umbre di 15-19 anni dichiarava di fumare almeno una sigaretta al giorno; questi dati confermano l'inizio precoce del consumo di tabacco e la maggiore diffusione tra le donne.

Dal 2000 al 2004 in Umbria sono morte 1.610 persone a causa di patologie tumorali maligne di trachea, bronchi e polmoni stimate direttamente attribuibili al tabacco; rappresentano il 68% dei morti per questa causa e il 34,4% dei morti per tutte le cause. I tassi standardizzati di mortalità per questa causa sono diminuiti tra i maschi da 90,6 decessi per 100.000 abitanti nel 1994 a 80,2 per 100.000 ab. nel 2004; nello stesso periodo, nelle femmine sono passati da 13 per 100.000 abitanti nel 1994 a 15,7 nel 2004.

I dati pongono in evidenza come il consumo di tabacco richieda uno specifico impegno aggiuntivo di tipo culturale; infatti, nonostante una diffusa consapevolezza dei danni, il fumo di tabacco è ancora un comportamento connotato positivamente soprattutto nella popolazione giovanile, fortemente condizionata dalle strategie pubblicitarie e di marketing delle industrie del tabacco e dal consumo diffuso tra gli adulti.

La prevenzione del tabagismo è un obiettivo prioritario delle politiche sanitarie di questa regione; essa però necessita di un approccio multisettoriale che coinvolga tutta la popolazione e le sue istituzioni di ambito sanitario e sociale, con il duplice obiettivo di:

- ridurre il numero di persone, soprattutto giovani, che iniziano a fumare, con particolare attenzione alla popolazione femminile;
- ridurre il numero di persone esposte ad inalazione di fumo passivo, soprattutto donne in gravidanza, anziani e bambini.

E' pertanto essenziale arrivare nel corso del triennio alla definizione di un Piano di azione regionale con l'indicazione di linee di indirizzo per la realizzazione di interventi finalizzati alla prevenzione, supporto e cura del tabagismo e dei problemi di salute tabacco-correlati, fondato sulla costruzione di una rete territoriale tra le Aziende Sanitarie (servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti, in particolare i Centri Antifumo e i Dipartimenti di prevenzione), i Medici di base, gli Enti Locali, le Istituzioni scolastiche, le associazioni del volontariato e dei consumatori, le società scientifiche e professionali del settore, che tenga conto dei seguenti elementi metodologici:

- la partecipazione dei cittadini allo sviluppo di una cultura condivisa che promuova un ambiente divita senza fumo;
- l'intersectorialità e la ricerca di alleanze;
- l'integrazione degli interventi di carattere comunicativo-educativo con quelli di supporto alla disassuefazione e di tutela dal fumo passivo nei luoghi pubblici e di lavoro;
- la multidisciplinarietà, favorendo la collaborazione tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo;

In particolare dovranno essere privilegiate le seguenti aree di intervento:

- monitoraggio costante della piena applicazione di quanto previsto dalla legge n. 3 del 16 gennaio 2003, art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori", e realizzare un monitoraggio costante dello stato di applicazione della normativa nei luoghi pubblici e privati di lavoro, incentivando l'allargamento progressivo della cultura degli ambienti senza fumo anche ai luoghi privati;
- sviluppo di azioni di informazione ed educazione alla salute rivolte alla popolazione generale, attraverso campagne di informazione mirate per età, per genere e contesti, ma anche diffusione di idoneo materiale informativo negli studi medici, sale di attesa degli ambulatori e reparti ospedalieri, farmacie, servizi pubblici, luoghi di lavoro e spazi di aggregazione, per fornire informazioni sui danni provocati dal fumo e sui benefici che si ottengono non fumando e indicare concrete opportunità di aiuto per chi vuole intraprendere un percorso di disassuefazione dal tabacco;
- azioni di sensibilizzazione nei confronti degli operatori socio-sanitari riguardo la centralità del proprio ruolo nel dare una corretta informazione sui danni del fumo e sostenere la motivazione a smettere di fumare;
- aggiornamento e formazione dei Medici competenti e degli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro riguardo le problematiche correlate al consumo di tabacco, al fine di realizzare interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro;
- sviluppo di una rete di "Ospedali e Servizi sanitari liberi dal fumo".

La prevenzione delle problematiche alcolcorrelate

In linea generale l'obiettivo del triennio per quanto riguarda la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate non può essere che quello di sviluppare nella popolazione generale una maggiore conoscenza e consapevolezza dei rischi connessi al consumo di bevande alcoliche e dei danni provocati dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale. Due dovranno però essere i filoni di intervento sui quali concentrare le azioni di promozione della salute da mettere in campo:

o alcol e sicurezza stradale;

o alcol e lavoro.

Per quanto riguarda il primo occorre ricordare che una serie di progetti erano già inseriti nel precedente piano per la prevenzione degli incidenti stradali, a sua volta linea progettuale del Piano Regionale per la Prevenzione attiva - triennio 2005-2007, esteso al 2008. Tra questi quello che ha visto la elaborazione di uno specifico pacchetto formativo elaborato a livello regionale da un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di operatori, provenienti da tutte e quattro le aziende USL, rivolto agli istruttori e insegnanti delle scuole guida, con l'obiettivo di attrezzarli, rispetto all'inserimento nel tradizionale percorso formativo per l'acquisizione della patente di guida, di una breve unità didattica sulle problematiche alcolcorrelate. L'esperienza realizzata in diverse città della regione ha visto la partecipazione di un'alta percentuale di scuole guida della regione (circa l'80%, con percentuale prossima al 100% nella provincia di Terni).

Tale esperienza va quindi proseguita e allargata, cercando di aumentare la compliance delle autoscuole del capoluogo e coinvolgendo la Provincia, per quanto attiene al percorso formativo dei nuovi istruttori di guida.

Per quanto attiene invece alle problematiche relative ad alcol e lavoro è necessario innanzitutto recepire e dare attuazione a quanto stabilito nell'atto di Intesa Stato-Regioni 16/03/2006 sulle attività lavorative che comportano un alto rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi, al fine del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'art. 15 della legge 125/2001.

Devono poi essere sviluppate azioni di informazione e formazione nei confronti dei medici competenti

per la messa in atto di azioni di promozione della salute in collaborazione con i datori di lavoro e le forze sindacali, ma anche con l'obiettivo di acquisire la capacità di identificare tempestivamente i soggetti a rischio ed intraprendere un percorso idoneo per il trattamento nel pieno rispetto delle norme di tutela dei diritti dei lavoratori.

IL CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE

La programmazione degli interventi di prevenzione nei confronti delle malattie infettive parte dalla consapevolezza, maturata negli ultimi anni, che le malattie infettive possono ancora rappresentare un rischio rilevante per la salute e determinare un notevole carico assistenziale per il sistema sanitario.

Infatti, mentre qualche anno fa si era creata la sensazione che fosse possibile tenere sotto controllo le malattie infettive, oggi è sempre più viva la consapevolezza che queste continuano a rappresentare un grave rischio per la salute pubblica, da un lato a causa del continuo emergere di nuovi agenti infettivi e dall'altro per il ripresentarsi, con caratteristiche epidemiologiche nuove, di malattie già conosciute.

Il miglioramento della sorveglianza

Una più approfondita conoscenza epidemiologica sull'andamento delle patologie infettive rappresenta perciò la base per la programmazione degli interventi di prevenzione e controllo. E' quindi necessario mantenere e consolidare i sistemi di sorveglianza esistenti, pur tenendo conto delle modifiche in corso a livello nazionale relative al Sistema di sorveglianza delle Malattie Infettive (SIMI) per poter valutare periodicamente le attività di prevenzione e controllo svolte attraverso l'analisi dei dati che ne risultano.

Nel corso del triennio dovrà essere data piena attuazione alle indicazioni operative stabilite dal Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella con l'obiettivo di attivare il più possibile rapidamente tutti gli interventi necessari a rispondere in modo coordinato, efficace e tempestivo con opportune misure di prevenzione e controllo post-esposizione, all'insorgenza di un evento infettivo e diffusivo. Ciò sarà possibile solo se la "rete" regionale per le emergenze di sanità pubblica, ipotizzata con il nuovo sistema di sorveglianza diventerà un reale sistema di osservazione e comunicazione tra i diversi punti periferici, i MMG, i PLS, i medici ospedalieri, che entrano in contatto con il malato e i Servizi di Sanità Pubblica e i Centri di salute, cui spetta il compito di mettere in atto tutte le misure di contenimento necessarie. Tutto ciò presuppone da un lato lo sviluppo di sistemi informatici che favoriscano e facilitino la comunicazione tra i diversi livelli del sistema, dall'altro la costante manutenzione del sistema, attraverso la formazione degli operatori e la verifica della qualità delle schede trasmesse.

Ciò è particolarmente vero per la tubercolosi, nel cui caso è necessario:

- migliorare la sorveglianza sui casi, attraverso il miglioramento della comunicazione tra il medico che pone per primo la diagnosi e il livello regionale, ma anche rispetto agli esiti del trattamento, attraverso la verifica periodica e l'eventuale recupero tra le schede pervenute a livello regionale e le notifiche.

E' intenzione della direzione regionale:

- migliorare nel corso del triennio anche la sorveglianza sui contatti, soprattutto nel caso che si tratti di comunità straniere, attraverso il coinvolgimento dei mediatori culturali e i leader delle diverse comunità;
- sviluppare la sorveglianza rispetto allo sviluppo di resistenze ai farmaci attraverso l'attivazione di specifica segnalazione dai laboratori delle strutture di diagnosi e cura.

Il nuovo calendario vaccinale e il mantenimento della qualità vaccinale

La recente introduzione del nuovo Piano Vaccini per la nostra regione prevede, rispetto al precedente,

l'introduzione della vaccinazione gratuita contro lo pneumococco, il meningococco C e l'HPV per specifici target, quale nel caso di quest'ultima vaccinazione, le bambine nate nel 1997. L'introduzione di altre tre vaccinazioni su chiamata attiva presuppone un grande sforzo da parte dei Servizi vaccinali complessivamente intesi, siano essi collocati nei Centri di Salute, che nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione.

Nel corso del prossimo triennio diventerà quindi fondamentale per il livello regionale:

- monitorare in modo costante il mantenimento dei livelli di copertura raggiunti, puntando al consolidamento degli obiettivi raggiunti: 95% di copertura per tutte le vaccinazioni e del 90% per la II dose del MPR;
- promuovere il costante aggiornamento degli operatori, sia che si tratti di operatori dei servizi ospedalieri, sia nei confronti dei Pediatri di Libera Scelta, la cui azione di sensibilizzazione e di promozione dell'attività vaccinale nei confronti dei genitori è assolutamente fondamentale. E in questo contesto si inserisce la partecipazione della Regione Umbria al progetto, promosso dalla Regione Veneto, in collaborazione con il CCM, chiamato "Genitori Più" volto a favorire l'adesione dei genitori alle sette azioni fondamentali per promuovere la salute del bambino, tra cui anche le vaccinazioni;
- valutare da un lato il mantenimento dell'adesione agli standard di qualità promossi con la stesura delle linee guida per l'attività vaccinale e la definizione dei requisiti minimi per l'attività vaccinale e dall'altro il grado di soddisfazione dell'utenza, attraverso la messa a punto di un progetto per la valutazione, in un campione di popolazione, che accede ai Servizi vaccinali del grado di soddisfazione dell'utenza rispetto a fruibilità dei servizi, accoglienza e comunicazione.

Spetta invece alle Aziende USL:

- garantire il mantenimento dei livelli di copertura raggiunti se questi sono già soddisfacenti;
- nel caso della vaccinazione contro il morbillo provvedere al recupero dei non vaccinati in quei territori dove la quota dei suscettibili è ancora abbastanza alta da consentire l'insorgenza di epidemie;
- promuovere il costante miglioramento della qualità dell'attività vaccinale, garantendo il mantenimento dell'adesione agli standard già definiti a livello regionale;
- incrementare di almeno altri cinque punti percentuali nel triennio il livello di copertura raggiunto con la vaccinazione contro l'influenza nei confronti degli ultrasessantacinquenni, puntando ad un'ulteriore coinvolgimento dei MMG e all'ulteriore implementazione della registrazione su supporto informatico delle vaccinazioni eseguite da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Servizi di Sanità Pubblica, inserendo, per ogni assistito, un campo in più per poter inserire l'eventuale codice di rischio.

LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI ACCIDENTALI NELLA POPOLAZIONE

La promozione della sicurezza stradale

Si è già detto come nel Piano della Prevenzione recentemente scaduto ci fosse una specifica linea progettuale dedicata proprio alla prevenzione degli incidenti stradali, che rappresentano la seconda causa di morte in tutto il mondo nei giovani fino a 29 anni e la terza nella fascia di età 30-44 anni.

Anche in Italia gli incidenti stradali sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i quarant'anni. Ogni anno nel nostro paese muoiono circa 7500 persone e altre 20.000 hanno incidenti gravi. Basta pensare per esempio che circa il 50% degli infortuni sul lavoro, nella nostra regione, sono attribuibili a incidenti stradali in occasione di lavoro o infortuni in itinere. Nonostante la rilevanza del fenomeno i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione hanno in una prima fase stentato a riconoscere tale problematica come appartenente alla propria mission. E' stato proprio con il Piano per la Prevenzione Attiva, che si sono individuati obiettivi, per il raggiungimento dei quali è stato necessario attivare compe-

tenze e collaborazioni interprofessionali e interdisciplinari, che hanno visto i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e nei Servizi di Educazione alla salute assumere un ruolo di coordinamento e di supporto metodologico rispettivamente.

Diventa perciò importante nel prossimo triennio proseguire in questa direzione puntando al miglioramento della sorveglianza attraverso un utilizzo sistematico dei dati ISTAT-ACI da un lato e al proseguimento delle azioni finalizzate alla promozione di una guida sicura attraverso azioni per:

- favorire l'uso delle cinture di sicurezza, dei seggiolini in auto per i bambini, del casco per chi utilizza le due ruote;
- aumentare la consapevolezza rispetto al rischio connesso con l'uso di alcol, farmaci e droghe, richiamare l'attenzione rispetto ai comportamenti di guida pericolose.

La prevenzione degli incidenti domestici

Nell'ambito del Piano Regionale per la Prevenzione 2005-2008 sono state attivate diverse azioni volte a ridurre il fenomeno degli incidenti domestici nella fascia 0-4 anni, a partire dal coinvolgimento dei Pediatri di famiglia nel progetto "Salute ed Infanzia", fino alla partecipazione della nostra regione alla campagna nazionale denominata "Genitori più", che si pone l'obiettivo di favorire l'adozione da parte dei genitori di 7 azioni semplici ed efficaci per favorire una crescita sana dei bambini.

Nel corso del prossimo triennio è però necessario:

- migliorare la sorveglianza del fenomeno attraverso il consolidamento del sistema informativo a partenza dai PS;
- sviluppare azioni nei confronti del target over 65 con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dei rischi presenti nell'ambiente domestico, nonché di promuovere l'attività fisica proprio in questa fascia di età per rendere gli anziani più agili e di conseguenza meno predisposti a subire incidenti dentro le mura domestiche.

5.3 COSTRUIRE LA RETE DELL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Proprio il cambiamento di prospettiva rispetto all'empowerment del cittadino alle strategie volte a promuovere l'adozione di uno stile di vita sano, fa divenire strategico, accanto alla assunzione di un nuovo ruolo del Dipartimento di Prevenzione, la rimessa a fuoco della funzione trasversale svolta dai Servizi di Educazione alla salute, che in questi ultimi anni è andata progressivamente perdendosi.

Si deve infatti ammettere che se nel PSR 2003-2005 le Direzioni aziendali erano chiamate a sviluppare l'educazione alla salute, anche attraverso strumenti innovativi come i piani integrati di intervento e/o i Patti per la salute, in realtà di fatto è accaduto il contrario: è mancato il coordinamento all'interno delle singole aziende, i patti per la salute non hanno dispiegato appieno la propria potenzialità e le équipe territoriali non hanno assunto appieno il loro ruolo.

Nel ridisegnare un nuovo assetto per la promozione della salute attraverso la introduzione del concetto di governance diviene necessario individuare un nuovo ruolo anche per i servizi di Educazione alla salute, che nelle quattro aziende sanitarie dell'Umbria hanno le più diverse collocazioni: quale uno dei servizi del Dipartimento di Prevenzione, o in staff alla Direzione Regionale o come servizio a valenza dipartimentale.

Nel corso del triennio diviene quindi fondamentale:

- definire la rete dell'educazione alla salute, all'interno delle singole aziende sanitarie, senza prescindere

dalla individuazione quale snodo importante del Centro Sperimentale per l'Educazione alla Salute dell'Università di Perugia;

- attribuire ai servizi di educazione alla salute, ovunque siano collocati nello schema organizzativo aziendale, la funzione di supporto metodologico alle strutture deputate alla costruzione e implementazione di progetti per la promozione della salute, ma anche e soprattutto alla valutazione di efficacia e di processo dei singoli interventi;
- implementare la risicata dotazione organica con personale dedicato;
- definire e attuare un piano formativo triennale al fine di diffondere un approccio metodologico comune, fondato sulla diffusione di pratiche efficaci.

5.4 MIGLIORARE IL SISTEMA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI SU BASE REGIONALE

LA DEFINIZIONE DEI RUOLI E LE AZIONI STRATEGICHE SU SCALA REGIONALE

A partire dai dati illustrati nel capitolo di contesto appare chiaro come, a distanza di circa un decennio dall'avvio sul territorio regionale dei programmi di screening mammografico e citologico, l'Umbria possa vantare risultati nella media superiori agli standard nazionali. Tuttavia, proprio la maturità raggiunta da tali processi, accanto all'introduzione, a partire dall'anno 2006, dello screening del colon retto, rendono ormai opportuno mettere a punto, nel corso del triennio, un percorso finalizzato ad ottenere un ulteriore salto di qualità.

Se è vero infatti che un programma di screening è un processo complesso, che agisce su una popolazione asintomatica, sottoponendola periodicamente a controllo con l'obiettivo di individuare una malattia prima che si manifesti attraverso sintomi, è altrettanto vero che lo screening, in quanto programmato intervento su popolazione, non solo rientra nella mission delle aziende sanitarie, ma deve garantire ai cittadini un approccio quanto più possibile uniforme, qualitativamente appropriato e fortemente orientato alla compliance con il cittadino.

Poiché l'analisi dei dati illustrati in premessa, mette in evidenza la variabilità interaziendale che ancora sussiste tra un'azienda e l'altra fin dal momento del reclutamento, è a questo punto diventato prioritario modificare in parte l'approccio, attraverso un processo di "regionalizzazione" degli aspetti strategici, quali il sistema informativo, la valutazione, anche attraverso un rapporto più strutturato e sistematico con il RTU di popolazione, la formazione e la comunicazione, intesa sia come campagna rivolta alla collettività, con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica, sia come invito al singolo cittadino perché aderisca allo screening stesso.

Con il termine "regionalizzazione" non si intende quindi sottrarre ruolo e competenze né alle Aziende USL che reggono il grosso dello sforzo organizzativo nella gestione del "processo" screening, né alle due Aziende Ospedaliere, che garantiscono alcune prestazioni di II o III livello, ma al contrario portare a sistema le risorse organizzative e strutturali delle une e delle altre, in un'ottica di technology assessment e di coinvolgimento pieno delle direzioni aziendali e dei singoli professionisti, che agiscono ai diversi livelli.

Pertanto nel prossimo triennio la Regione intende migliorare il sistema degli screening oncologici su base regionale attraverso:

1. la attribuzione di un ruolo più cogente al "Tavolo permanente di coordinamento dei programmi di screening oncologici" che verrà coordinato dal Servizio Prevenzione.

Fin dallo scorso piano regionale 2003-2005 veniva infatti espressa a chiare lettere la necessità di un

coordinamento, che fosse rappresentativo e contemporaneamente autorevole rispetto al complesso delle professionalità coinvolte nei programmi di screening allora attivati. Tale criticità è stata in parte risolta attraverso la individuazione in ciascuna azienda USL di un responsabile organizzativo, in genere per ciascun programma di screening.

Si ritiene tuttavia necessario rafforzare ulteriormente il ruolo del tavolo di coordinamento, che dovrà:

- supportare la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali nella individuazione degli obiettivi programmatici finalizzati al miglioramento dell'adesione ai programmi di screening, della compliance con il cittadino, nonché della qualità delle prestazioni;
- verificare e definire i bisogni formativi per tutte le attività che rientrano nei programmi di screening;
- favorire, sulla base di criteri di appropriatezza, l'omogeneità e la razionalizzazione dello sviluppo tecnologico e del capitale umano;
- validare ai fini della valutazione di qualità dei programmi di screening i dati che provengono dalle Aziende USL e Ospedaliere.

2. lo sviluppo di un sistema informativo unico, attraverso il superamento dell'utilizzo da parte delle Aziende USL umbre di softwares, che sebbene prodotti da una stessa ditta e comuni ai tre programmi, in realtà non colloquiano tra loro e soprattutto non sono in rete con il livello regionale.

Al di là delle specifiche che vengono illustrate nel capitolo dedicato è importante precisare che il sistema informativo unico regionale dovrà:

- gestire le attività rivolte alla popolazione bersaglio;
- gestire l'archiviazione delle prestazioni sanitarie riguardanti le attività di screening;
- produrre dati di qualità nel rispetto della privacy, per consentire una corretta valutazione epidemiologica.

Punto cruciale però del sistema informativo unico deve necessariamente essere la implementazione di un'anagrafe unica regionale, come base informativa di un database consolidato regionale che consenta:

- la individuazione della popolazione bersaglio;
- la programmazione e la gestione degli inviti;
- la registrazione della storia degli screening, a prescindere da dove sia collocato il punto di erogazione scelto dall'utente per l'intera gamma delle prestazioni.

Naturalmente tale sistema dovrà permettere l'interfaccia con altri softwares, vedi per esempio quello per la informatizzazione delle anatomie patologiche in via di acquisizione, dei servizi di endoscopia e colposcopia, in modo tale da permettere il superamento della grossa criticità del mancato contributo del secondo livello al debito informativo nei confronti del livello regionale e di quello nazionale, rappresentato dall'Osservatorio Nazionale degli Screening.

3. l'attivazione e il mantenimento di percorsi formativi sistematici e costanti su scala regionale, rivolto sia agli operatori del I, che a quelli del II livello. Nel caso dei primi si dovrà puntare da un lato a migliorare l'accoglienza, fattore determinante per promuovere l'adesione ai diversi programmi di screening, dall'altro a garantire l'adesione ai protocolli prodotti e condivisi a livello regionale.

Nel caso degli operatori di secondo livello, di tutti e tre gli screening, i percorsi formativi dovranno essere progettati con l'obiettivo di consentire aggiornamento specifico e costituire occasioni di confronto, se non veri e propri audit, tra le diverse professionalità che entrano in gioco in un programma di screening, quali i clinici, gli epidemiologi e i sanitari impegnati sotto il profilo organizzativo.

4. lo sviluppo, nell'ambito della convenzione siglata nel 2007, di un rapporto sistematico e continuo nel tempo con il Registro Tumori Umbro, finalizzato a attivare per lo screening della mammella la valutazione di impatto e la ricerca dei "cancri intervallo", per lo screening della cervice uterina la valutazione di impatto sulle lesioni precancerose, per lo screening del colon retto la valutazione della distribuzione per stadi dei tumori del colon negli anni precedenti il 2006.
5. la progettazione della comunicazione sia nei confronti del singolo cittadino che nei confronti della collettività, come momento di qualità, volto a presentare lo screening come un processo unico, che

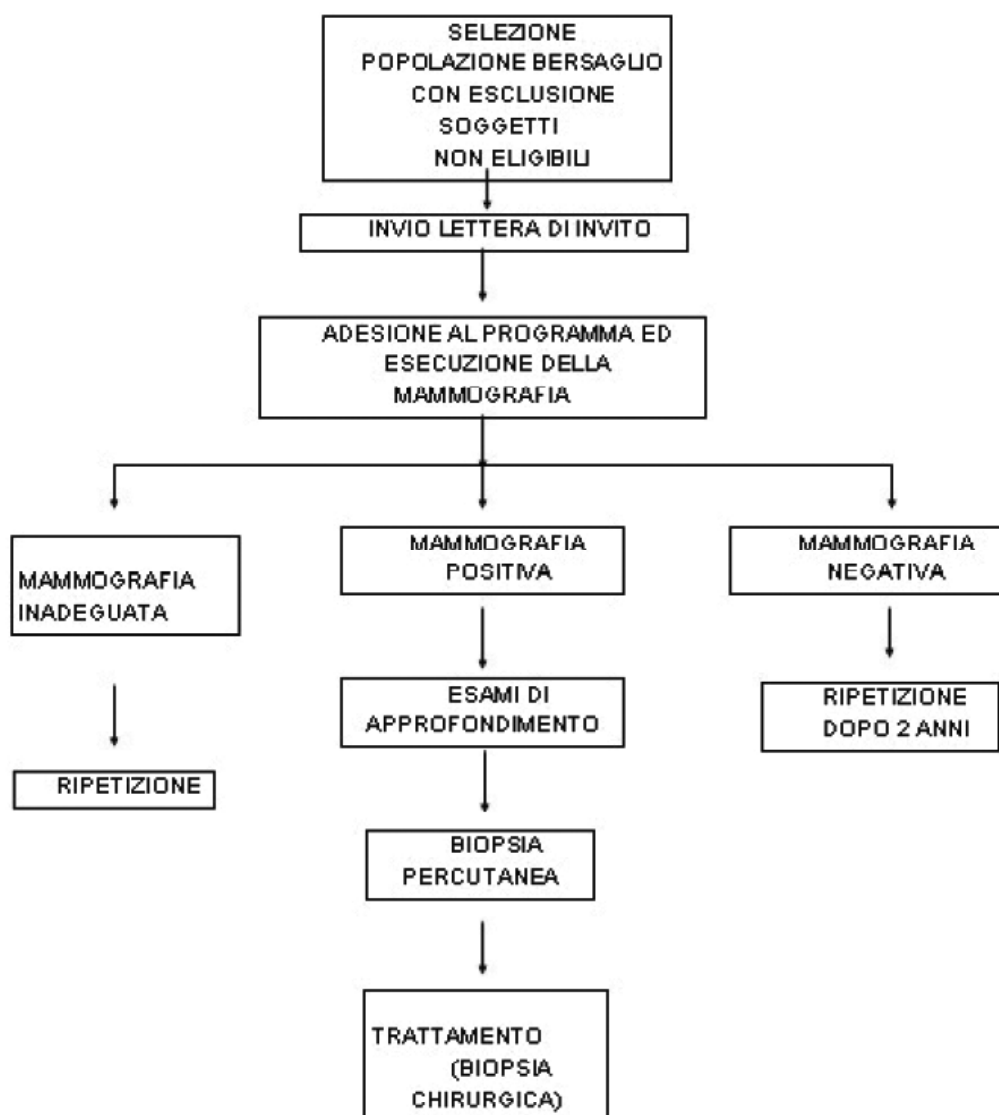
può articolarsi organizzativamente in modo diverso nelle diverse aziende, ma ha alla base una strategia unica di promozione della salute. In altre parole accanto alle campagne rivolte alla collettività, strategica in questo caso sarà quella di richiamo rispetto all'adesione allo screening citologico, da organizzare contemporaneamente all'avvio della campagna vaccinale contro l'HPV rivolta alle undicenni, dovrà essere ripensata tutta la comunicazione con il singolo cittadino, attraverso la predisposizione di una lettera unica per tutte e quattro le aziende per l'invito, la comunicazione del risultato negativo, il richiamo nonché l'invio al secondo livello.

6. il rinnovo della convenzione con POSTEL, al fine di garantire la massima fruibilità da parte delle aziende, migliorando le criticità che via via sono sorte nel primo biennio di utilizzazione ed estendendo l'utilizzo del portale regionale anche all'invio dei referti negativi e dei solleciti per tutti e tre gli screening.
7. la gestione, secondo criteri omogenei delle problematiche medico-legali relative ai "cancri intervallo", di particolare rilievo nello screening mammografico.

Di seguito per ciascuno screening verranno indicate le azioni finalizzate allo sviluppo tecnologico e organizzativo che dovranno essere implementate all'interno delle aziende.

Lo screening del carcinoma della mammella

Percorso



Sviluppo tecnologico

1. progressiva omogeneizzazione della tecnologia a disposizione del programma di screening, al fine di estendere l'utilizzo della tecnologia digitale su tutto il territorio regionale.

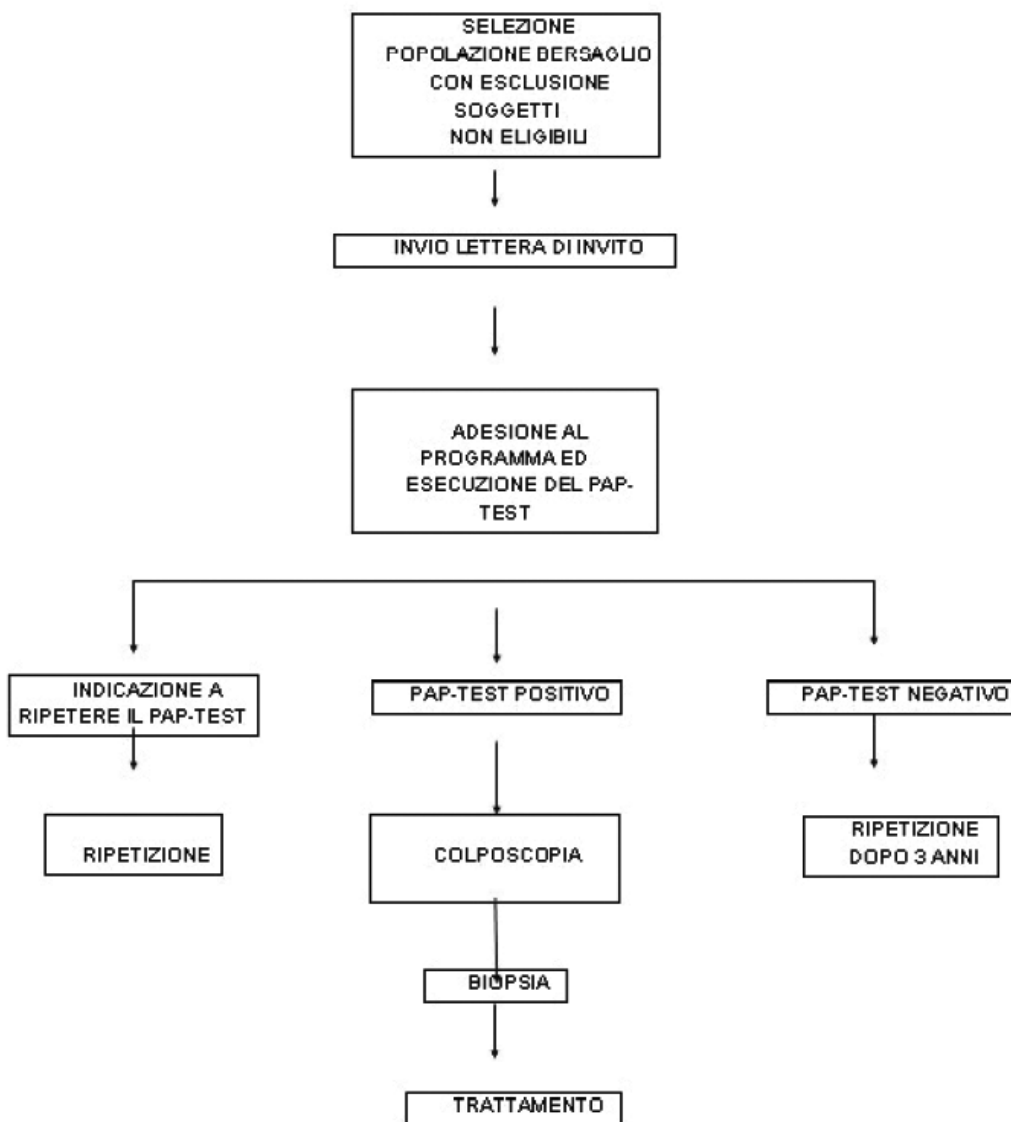
Sviluppo organizzativo

1. costituzione di un pool virtuale unico di lettori, permettendo in tal modo:
 - il superamento delle convenzioni che alcune Aziende USL, anche per oggettiva carenza di personale, hanno accesso con strutture specialistiche extraregionali;
 - il mantenimento di un adeguato livello di sensibilità della mammografia;
 - il miglioramento della qualità della lettura attraverso una maggiore possibilità di confronto tra i lettori stessi con l'obiettivo di ridurre al minimo quella quota di "cancro intervallo" attribuibile ad un errore di lettura.
2. attivazione di un gruppo multidisciplinare unico aziendale o interaziendale per la gestione della paziente risultata "positiva" allo screening e ai relativi approfondimenti. Il gruppo deve prevedere la presenza dei professionisti: chirurgo, senologo, oncologo, radiologo dello screening, radioterapista, anatomopatologo e genetista per assicurare alla paziente la presa in carico unitaria, risparmiandole la faticosa ricomposizione del proprio percorso terapeutico, in una fase che sicuramente la vede più fragile.

Va da sé che le Aziende nel garantire la costruzione di tale percorso sia al proprio interno, che eventualmente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera debbono garantire l'utilizzo dello stesso anche per le pazienti in cui la diagnosi di cancro sia stata sottoposta al di fuori dello screening.

Lo screening del carcinoma della cervice uterina

Percorso



Sviluppo tecnologico

1. introduzione del prelievo citologico in fase liquida come sistema di prelievo unico per lo screening, dopo sperimentazione di un anno in una Azienda USL della regione per la valutazione preliminare del rapporto costi/benefici;
2. automazione della fase di accettazione della paziente con il codice fiscale e della fase di accettazione e riconoscimento dei vetrini citologici e campioni biologici attraverso il codice a barre;

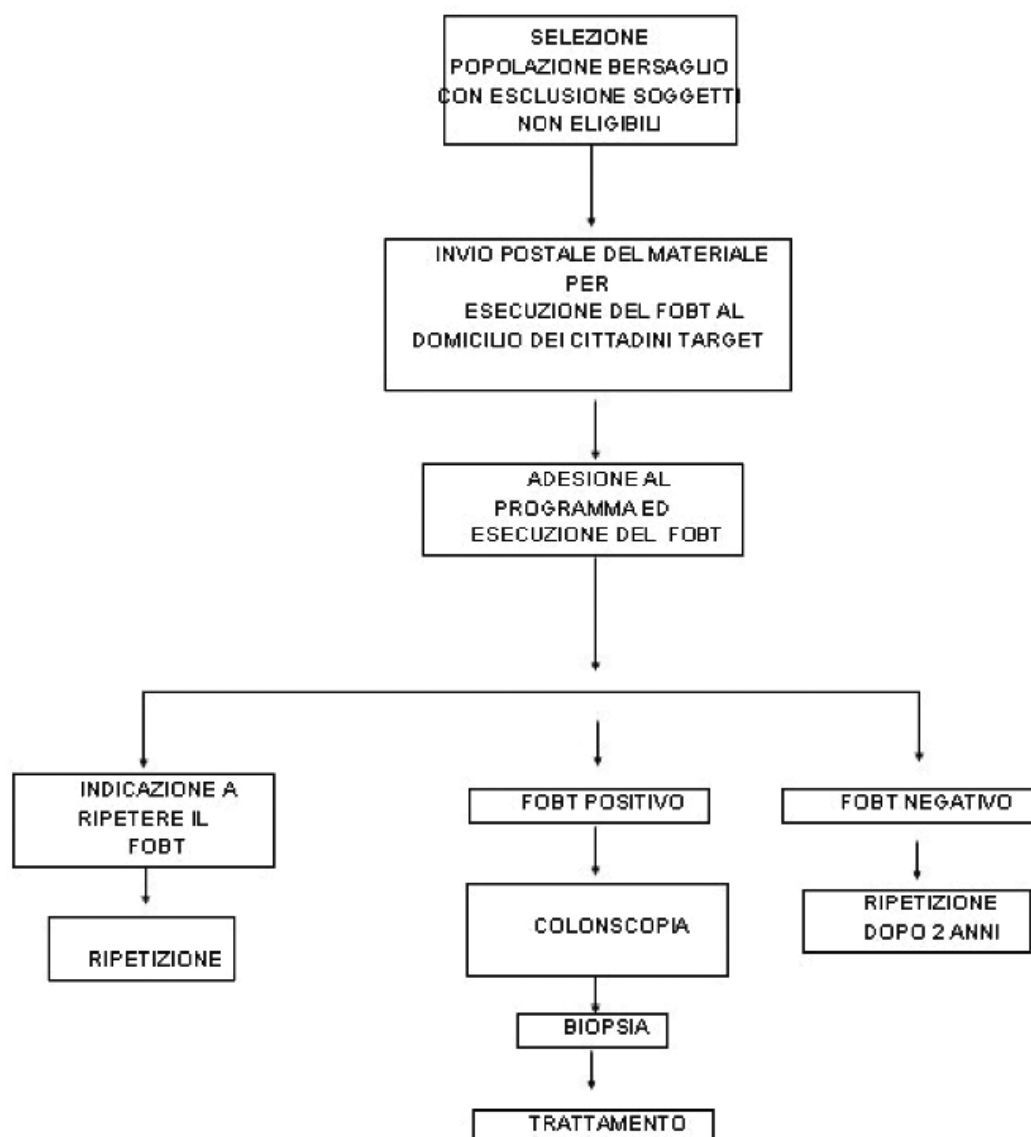
3. introduzione routinaria dei test di progressione (ricerca della proteina specifica p16) dell'infezione da HPV;
4. realizzazione del Centro Unico Regionale di Citologia articolato sulle due sedi di Perugia e Terni, coordinato dalla sede di Perugia, per l'unificazione delle procedure citologiche e la realizzazione del Controllo Unificato della Sicurezza di Qualità;
5. sviluppo del laboratorio unico regionale di Biologia Molecolare presso la UOC Citologia della Az. USL n. 2 di Perugia.

Sviluppo organizzativo

1. estensione alle altre Aziende USL dell'Umbria del modello convenzionale di apertura alla ginecologia privata, sviluppato nella Az. USL 2 per l'invio al Centro Unico Regionale di Citologia dei prelievi citologici effettuati dai ginecologi privati;
2. completamento dell'accreditamento istituzionale dei laboratori di citologia dello screening;
3. arruolamento come accessi spontanei, in regime di esenzione, delle donne nella fascia di età compresa tra i 18 e i 25 anni, escluse quindi sia dalla vaccinazione anti HPV che dallo screening.

Lo screening del carcinoma del colon retto

Percorso



Sviluppo tecnologico

1. attuazione presso tutti i Laboratori che effettuano il FOBT di un comune Controllo di Sicurezza della Qualità Interno (Coordinato dalla UOC Citologia) ed Esterno con la Regione Toscana, come proposto dal GISCoR;
2. accreditamento istituzionale dei Laboratori che effettuano il FOBT.

Sviluppo organizzativo

1. attivazione di un "gruppo multidisciplinare unico aziendale o interaziendale per la gestione del paziente oncologico" con la presenza dei professionisti: chirurgo, oncologo, radioterapista, endoscopista, anatomopatologo e genetista per assicurare al paziente ed al MMG informazioni sulla malattia, continuità terapeutica ed assistenziale in tutte le fasi della malattia, rispettando protocolli terapeutici certificati, standardizzati e validati dal punto di vista della qualità;
2. revisione, prima dell'avvio del II° round di screening, delle linee guida multidisciplinari regionali per il trattamento e il follow-up unico sia del paziente polipectomizzato che del paziente sottoposto al trattamento chirurgico;
3. predisposizione di linee guida regionali per la sorveglianza della familiarità e dell'ereditarietà del CCR in accordo con la Cattedra di Genetica della Università di Perugia.

5.5 POTENZIARE LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

LE STRATEGIE PER UN NUOVO SISTEMA PER LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

Il 2007 è stato decisamente un anno fondamentale per la tutela della salute dei lavoratori: innanzitutto è stato l'anno del Patto siglato tra stato e regioni, con l'obiettivo di garantire un livello omogeneo di vigilanza in tutte le regioni, per la verifica del rispetto della normativa, patto trasformato nel DPCM del 17.12.2007, seguito poi dalla sigla del protocollo d'intesa tra INAIL, ISPESL, IPSEMA e Regioni per la costruzione del Sistema Informativo della Prevenzione, ma soprattutto l'anno della cosiddetta legge-delega per la stesura del Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, che doveva non solo riordinare, ma di fatto "ripensare" la normativa sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro e infine del DPCM 27.12.2007, che ha sancito l'obbligo di realizzare un concreto livello di integrazione tra tutte le istituzioni che intervengono a salvaguardia della salute dei lavoratori.

Tutto ciò con l'obiettivo di creare un "nuovo sistema di promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori", coerente con la complessità dei problemi da affrontare, adeguato ai rischi esistenti e alla loro evoluzione, capace di intervenire non solo a "valle", attraverso il controllo sul prodotto, in questo caso la fabbrica o il cantiere, ma "a monte" sulle procedure e sui processi di valutazione e gestione dei rischi messi in atto dall'impresa (auspicabilmente nell'ambito di Sistemi di Gestione della Sicurezza sul Lavoro - SGSL, quali le Linee Guida dell'INAIL del settembre 2001 o del British Standard OHSAS 18001:2007) o, addirittura nel caso del cantiere, dal committente dei lavori, nella convinzione che l'infortunio o la malattia professionale siano eventi sempre "prevedibili" già in fase di progettazione o di definizione dell'organizzazione aziendale.

Tutto ciò rende ancora più cogente la necessità di affrontare le problematiche da più angolature, ripensando completamente la vigilanza e attivando contestualmente nuove forme di collaborazioni e sinergie fra i soggetti, istituzionali e non, interni ed esterni al Servizio Sanitario Nazionale, che a vari livelli

si occupano di prevenzione negli ambienti di lavoro, sempre però nella logica che la vigilanza non può essere né pensata, né praticata al di fuori di un sistema che la collochi lungo un percorso che prevede anche la lettura epidemiologica del territorio, la programmazione per obiettivi, la informazione e la assistenza alle imprese e ai lavoratori e la valutazione dei risultati ottenuti.

In questa ottica è importante nel delineare le azioni strategiche sulle quali concentrare le attività dei Servizi PSAL, puntualizzare il ruolo dei due livelli del SSR, da un lato la Regione dall'altra i Servizi di prevenzione e Sicurezza nei luoghi di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, con l'obiettivo di promuovere un'economia di scala, attraverso la armonizzazione delle azioni complesse messe in campo dal SSR in materia, proprio alla luce dei mutamenti normativi citati in premessa.

Spetta quindi alla Regione nel corso del prossimo triennio:

- il potenziamento dell'Osservatorio Regionale Integrato, per la valutazione epidemiologica dei rischi e dei danni derivanti dalle attività lavorative nel nostro territorio, con l'obiettivo di indirizzare in modo costruttivo non solo l'attività di vigilanza svolta dai Servizi PSAL, ma anche quella portata avanti dalle altre Istituzioni deputate, accanto a quella di informazione e formazione;
- l'individuazione degli obiettivi strategici e delle linee di indirizzo per la prevenzione nei luoghi di lavoro, sulla base di priorità stabilite attraverso la conoscenza epidemiologica del territorio, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione, dal Patto per la salute nei luoghi di lavoro, dal Piano nazionale triennale per l'Edilizia nonché dai Livelli Essenziali di Assistenza;
- il governo del sistema integrato di prevenzione, attraverso la promozione di azioni sinergiche e trasversali fra vari soggetti pubblici interni ed esterni al Servizio Sanitario quali la Direzione Regionale del Lavoro, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Università, l'Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL), le Prefetture, la Magistratura, l'Istituto Superiore Sanità, le Associazioni scientifiche, gli Enti Locali, i Vigili del Fuoco con il forte coinvolgimento delle Associazioni datoriali e sindacali, degli Enti Bilaterali, dei Medici Competenti, dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e degli ordini professionali, utilizzando quale strumento di integrazione il Comitato Regionale di Coordinamento di cui al D.P.C.M. 21 dicembre 2007, al fine di migliorare l'efficacia di tutti gli interventi messi in atto, eliminando sovrapposizioni e inapproprietezza;
- l'individuazione delle risorse necessarie alla realizzazione delle azioni definite, puntando alla stabilizzazione del personale inserito attraverso il finanziamento di diversi progetti;
- la definizione, condivisa con i Servizi PSAL, di percorsi di qualificazione e formazione permanente degli operatori, omogenei tra le quattro aziende e finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici individuati, compresa la costruzione di occasioni sistematiche di confronto tra gli operatori, con l'obiettivo di definire protocolli omogenei e condivisi per garantire equità di intervento su tutto il territorio;
- la valorizzazione e l'implementazione di un sistema informativo regionale, utilizzabile per la sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni da lavoro, per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione attraverso specifici indicatori di risultato.

In particolare però la Regione si impegna a:

- promuovere la informatizzazione dei Servizi PSAL dei quattro Dipartimenti di Prevenzione, attraverso la dotazione di un software unico per la programmazione e la gestione dell'attività, che consenta tra l'altro l'acquisizione in tempo reale dai Pronto Soccorso, sia delle Aziende USL che delle Aziende Ospedaliere, dei primi certificati di infortunio sul lavoro;
- favorire la stabilizzazione del personale recentemente acquisito dai Servizi attraverso il progetto INAIL per il contrasto del rischio cancerogeno;
- ripensare la organizzazione dei Servizi PSAL, nella logica dello sviluppo di maggiori competenze nel settore della sicurezza, attraverso una più concreta integrazione con il Servizio Impiantistico, il cui mandato è andato progressivamente ridefinendosi nel corso degli anni, una maggiore autonomia e specializzazione del personale tecnico e la eventuale definizione del fabbisogno di risorse specializzate;
- sviluppare al massimo l'integrazione tra tutte le forze che operano sia nel settore della vigilanza, che in

quello più ampio della promozione della salute.

Spetta invece ai Servizi PSAL :

- migliorare la qualità degli interventi erogati, attraverso l'applicazione dei protocolli e delle linee di indirizzo, prodotti in modo condiviso su scala regionale, con l'obiettivo di perseguire una maggiore efficacia degli interventi e abbandonare pratiche anche consolidate, ma inutili sia all'azione giudiziaria che agli obiettivi di prevenzione da perseguire;
- raggiungere gli obiettivi di potenziamento dell'attività di vigilanza previsti a livello nazionale con il Patto per la salute nei luoghi di lavoro e il Piano nazionale Edilizia (vedi paragrafi sottostanti), sviluppando al massimo l'integrazione tra le istituzioni deputate alle attività di vigilanza, e con i diversi attori esterni del sistema di prevenzione attraverso la reciproca informazione, la collaborazione ed il coordinamento degli interventi, così come concordato a livello regionale nell'ambito dell'attività dell'Ufficio Operativo di cui al DPCM 21.12.2007;
- attivare una specifica attività di ricerca attiva e di indagine sulle malattie professionali;
- contribuire allo sviluppo del Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro, utile a garantire la sorveglianza epidemiologica dei rischi lavorativi e dei danni per la salute e la rilevazione di indicatori di risultato e di efficacia dell'attività svolta nell'ambito della prevenzione, attraverso la implementazione costante del sistema;
- promuovere e supportare lo sviluppo di esperienze di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP), in rete con altri Servizi territoriali, quali i Sert e i Goat, a partire dalla messa in campo di azioni efficaci per la riduzione del fumo negli ambienti di lavoro e la applicazione della normativa vigente contro l'uso di alcol e sostanze stupefacenti;
- applicare la legge regionale n.18 del 28-02-2005, organizzando attività di prevenzione e controllo per l'individuazione e la gestione dei casi di patologie stress correlate e più in generale per la promozione del benessere organizzativo, in rete con i DSM delle ASL e con le altre istituzioni coinvolte (come ISPESL, INAIL e DPL).

IL PIANO STRAORDINARIO DI VIGILANZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO IN APPLICAZIONE DEL "PATTO PER LA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO"

Il "Patto per la salute nei Luoghi di Lavoro" sottoscritto tra il Governo e le Regioni e Province autonome il 1° agosto 2007 e approvato dalla Regione Umbria con D.G.R. 2034 del 3/12/2007, in linea generale si pone come obiettivo quello di garantire una maggiore omogeneità delle attività di controllo e vigilanza sul territorio nazionale e di pervenire al raggiungimento di standard minimi di copertura del territorio definiti a livello nazionale.

I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle regioni italiane dovranno quindi garantire complessivamente a livello nazionale ogni anno:

- 250.000 interventi ispettivi/anno, proporzionati, per ciascuna regione e P.A. alla consistenza numerica delle unità locali delle imprese attive nei rispettivi territori;
- la copertura del 5% delle unità locali del territorio e, per le Regioni che hanno già raggiunto l'obiettivo, il mantenimento dei livelli di attività già erogati.

In Umbria considerando che le imprese del settore industria e servizi costituiscono l'1,75% delle imprese attive sul territorio nazionale, i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire ogni anno:

- l'1,75% dei 250.000 interventi complessivi, pari a 4.389 interventi ispettivi distribuiti fra le quattro ASL come nella tabella seguente (tabella 1);
- il 5 % delle unità locali ispezionate ogni anno, quindi circa 3100 unità locali.

Il secondo obiettivo risulta automaticamente assicurato con il raggiungimento del primo.

Nella tabella sottostante viene rappresentata la ripartizione degli interventi ispettivi, previsti per ciascuna Servizio PSAL ogni anno:

Tab. 1 Ripartizione interventi ispettivi per ASL

	N° unità locali	Distribuzione % imprese	Distribuzione ispezioni rispetto imprese
ASL 1	8555	13,8	606
ASL 2	26300	42,5	1865
ASL 3	11610	18,8	825
ASL 4	15437	24,9	1093
Umbria	61902	100	4389

Come previsto dal piano nazionale triennale edilizia circa 1800 degli interventi ispettivi previsti dovranno essere effettuati all'interno di cantieri.

Il raggiungimento degli obiettivi dei programmi verrà monitorato attraverso indicatori di processo, di impatto e, per quanto possibile, di esito, condivisi a livello nazionale, al fine di valutare sia l'efficienza del sistema che l'efficacia delle attività svolte.

IL PIANO DI VIGILANZA NEL COMPARTO EDILIZIA

L'andamento infortunistico evidenzia che il settore delle costruzioni rappresenta, per frequenza e gravità degli eventi accaduti, una priorità di rischio in Umbria, come peraltro in tutto il Paese. L'attenzione rivolta a questo settore da parte dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro è stata sempre molto alta, basti ricordare che in Umbria vengono già ispezionati circa il 25% dei cantieri notificati, contro una media nazionale del 14%.

Il "Piano Nazionale Triennale Edilizia 2008-2010", approvato dalle Regioni e Province Autonome in Commissione salute nel giugno 2007 e dalla Regione Umbria con la D.G.R. 2034 del 3/12/2007, fa parte dei piani operativi di intervento nei settori prioritari previsti dal Patto per la Salute sopracitato.

Il piano si prefigge di raggiungere nel triennio una serie di obiettivi di prevenzione di sistema, stabilendo dei "minimi comuni" da raggiungere progressivamente e il miglioramento della capacità di intervento coordinato con le altre strutture territoriali deputate alla vigilanza, quali le DPL, i competenti uffici di INPS e INAIL, arrivando a garantire il raggiungimento di 50.000 cantieri ispezionati all'anno sul territorio nazionale, ripartiti a livello regionale secondo parametri connessi alle specificità del rischio delle specifiche realtà.

La quota parte assegnata alla Regione Umbria è pari a 1092 cantieri da ispezionare; il mantenimento dei livelli erogati nel 2005 comporta che devono essere comunque garantite circa 1800 ispezioni.

Regione	Notifiche anno 2005	Sopralluoghi anno 2005	Cantieri visitati anno 2005	Quota cantieri assegnata
Umbria	7734 (3.0%)	2402	1842	1092
Italia	256364 (100%)	62822	36881	50000

Pertanto, coniugando questi obiettivi con quelli del Patto per La Salute nei Luoghi di lavoro, nelle circa 4300 ispezioni dovranno essere compresi 1800 cantieri.

In Umbria però si è andati progressivamente acquisendo in questi anni, a partire dall'esperienza maturata con la ricostruzione post terremoto, la piena consapevolezza che una tutela reale della salute dei lavoratori in edilizia va garantita a partire dal momento in cui si decide di realizzare un'opera, peraltro in linea con quanto stabilisce la direttiva europea sui cantieri temporanei e mobili. Per tale ragione i Servizi PSAL della regione hanno avviato fin dal 2007 un progetto che li vede impegnati, a partire dall'esperienza pilota della USL 3, a portare avanti un progetto specifico nell'ambito di tale attività, volto a costruire la attività di vigilanza, non solo e non più esclusivamente attraverso i sopralluoghi nei cantieri notificati e selezionati in base al rischio, ma sulla base di un intervento a tutto campo, che prevede anche la verifica della capacità dei committenti, sia pubblici che privati, di pensare la sicurezza fin nella fase della progettazione preliminare, non disgiungendola dalla realizzazione dell'opera.

L'EMERSIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

La ricerca delle malattie legate al lavoro incontra usualmente alcuni ostacoli, legati sia alla difficoltà con cui viene riconosciuto il legame causa effetto tra malattia ed esposizioni lavorative nelle patologie ad esposizione multifattoriale, ma anche alla evidente sottonotifica delle malattie professionali anche nei casi in cui tale legame è stato sospettato o riconosciuto.

Per tali ragioni il sistema INAIL, attualmente l'unico diffuso su tutto il territorio nazionale presenta importanti problemi di completezza; inoltre il sistema di riconoscimento delle patologie risponde a criteri molto specifici e selettivi e quindi poco sensibili per rilevare la reale entità delle malattie professionali presenti sul territorio.

A livello nazionale si sta promuovendo un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno delle malattie professionali utilizzando le segnalazioni di malattia che giungono ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro denominato "MALPROF" promosso dal Ministero della Salute e dall'ISPEL, che ha prodotto interessanti risultati nelle 6 regioni nelle quali è stato ad oggi sperimentato.

I Servizi PSAL dell'Umbria devono affrontare questa problematica attraverso:

- l'implementazione del sistema di sorveglianza nazionale delle malattie professionali MALPROF;
- le iniziative di sensibilizzazione dei vari soggetti (medici competenti, medici di medicina generale, medici ospedalieri) alla segnalazione di malattia professionale;
- la ricerca attiva delle patologie professionali.

LA PREVENZIONE DEI RISCHI OCCUPAZIONALI DA SOSTANZE CANCEROGENE

Il progresso tecnologico e il continuo mutamento del mondo del lavoro è caratterizzato, tra le altre cose, dalla immissione nel mercato di un numero sempre più crescente di nuove sostanze chimiche. Per molte di queste, come peraltro per una grande quantità di quelle usate già da tempo, non si conoscono gli effetti sulla salute, in particolare quelli a lungo termine da esposizione cronica a bassi livelli e il loro eventuale rischio cancerogeno; fino a circa dieci anni fa le sostanze classificate cancerogene dalla Comunità Economica Europea si limitavano a poche decine, mentre oggi sono circa 500. La grande rilevanza di tali temi è dimostrata anche dalle risultanze di importanti studi epidemiologici internazionali che hanno dimostrato come una percentuale fra il 4 e il 6% di tutte le morti per cancro ogni anno sia da correlare a fattori di rischio occupazionali, che in Italia significa un numero fra 6.400 e 9.600 morti ogni anno. Secondo lo studio multicentrico Europeo CAREX, in Italia circa il 50 % degli agenti riconosciuti come cancerogeni viene utilizzato per i comuni processi lavorativi, con un numero di lavoratori esposti pari al 24% di tutti gli occupati, ovvero circa 4,2 milioni di lavoratori. Peraltro per tali sostanze non è possibile individuare una reale soglia di sicurezza. In questa Regione i Servizi PSAL hanno affrontato in maniera sistematica la problematica del rischio cancerogeno occupazionale fin dall'anno 2002, con l'avvio di un progetto di prevenzione del rischio cancerogeno occupazionale (DGR n. 1515 del 28/11/2001) che ha definito per i principali comparti a rischio cancerogeno e mutageno, il livello di esposizione dei lavoratori a tali sostanze ha portato all'applicazione nelle aziende interessate dall'intervento di misure di tutela specifiche volte alla eliminazione/riduzione del rischio. Questo progetto si continuerà nel periodo 2008-2010 con un intervento nel comparto sanità, volto alla valutazione dell'esposizione degli addetti alla preparazione e somministrazione di chemioterapici antitumorali, realizzato dai Servizi PSAL in collaborazione con l'INAIL e l'Università di Perugia. Il progetto prevede tre obiettivi specifici:

- valutare il livello di esposizione dei lavoratori ad agenti chemioterapici antitumorali;
- verificare l'efficacia delle misure di tutela specifiche messe in atto;
- individuare eventuali misure di tutela specifiche che consentano di eliminare o ridurre il rischio.

5.6 LA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E IL SISTEMA DELLA SICUREZZA ALIMENTARE LUNGO LA FILIERA AGRO-ALIMENTARE

Il sistema che mette in relazione i Servizi Veterinari della Sanità Animale (SA), di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (IAOA) e di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) con i Servizi di igiene degli Alimenti e della Nutrizione (IAN) dei Dipartimenti di Prevenzione di questa Regione con quelli di tutte le altre Regioni del Paese, con gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e il Ministero della Salute, con l'obiettivo di sorvegliare lo stato di salute e le condizioni di vita del patrimonio zootecnico, impedendo la trasmissione di malattie dagli animali all'uomo e di garantire la sicurezza dei cibi, attraverso la copertura dell'intera catena alimentare è decisamente un sistema complesso, che in questa Regione non presenta particolari criticità.

Nell'affrontare la programmazione di settore è necessario però puntualizzare le azioni che la Regione individua come strategiche nel prossimo triennio e che quindi dovranno coinvolgere trasversalmente i Servizi veterinari e quelli medici con l'obiettivo di migliorare qualità, appropriatezza ed efficienza degli interventi sull'intera filiera agroalimentare:

- attivare l'osservatorio epidemiologico per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria con l'obiettivo di produrre rapporti periodici sullo stato di salute e malattia della popolazione animale e

sull'attività costante di monitoraggio lungo tutta la filiera alimentare, ma anche di consentire ai Servizi Veterinari e Medici di programmare le attività sulla base della lettura epidemiologica del contesto e di un'analisi accurata del livello di rischio. L'osservatorio dovrà essere collocato funzionalmente presso l'Assessorato e opererà in stretta collaborazione con l'IZS dell'Umbria e delle Marche. L'osservatorio inoltre si avvarrà della produzione scientifica, delle attività di ricerca e didattiche svolte dal Centro Studi per la ricerca biostatistica ed epidemiologica sulla sicurezza alimentare (Ce.R.S.AI), in quanto la Regione Umbria ne sarà parte integrante insieme agli altri enti fondatori.

- sviluppare un sistema informativo integrato per i Servizi veterinari e i Servizi IAN dei Dipartimenti di Prevenzione in rete con il livello regionale e con l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, superando la situazione attuale in cui i Servizi hanno in comune solo un software per l'inserimento dell'anagrafica delle imprese di settore, nella logica della predisposizione di uno strumento flessibile, utilizzabile per la gestione routinaria dell'attività, ma anche perno del funzionamento dell'Osservatorio. Il sistema informativo dovrà consentire anche la messa in rete dei mattatoi per consentire la acquisizione dei dati provenienti dalle macellazioni, con l'obiettivo di acquisire informazioni sullo stato sanitario degli allevamenti da cui provengono gli animali macellati.
- promuovere la crescita culturale e l'assunzione di responsabilità degli operatori del settore alimentare impegnati nell'autocontrollo.

La realizzazione di entrambi gli obiettivi consentirà sia al livello regionale, che a quello aziendale di:

- migliorare la comunicazione sul rischio nei confronti della collettività, ma anche dei decisori nonché di tutti gli stakeholders, anche in questo caso con un duplice obiettivo: da un lato quello di rendere "trasparente" l'attività dei Servizi, dall'altra la volontà di migliorare la consapevolezza degli operatori del settore agroalimentare e dei consumatori finali rispetto ai possibili rischi.
- mettere a punto di percorsi formativi uniformi su scala regionale volti in senso lato a garantire uniformità di conoscenze e di prassi rispetto agli obiettivi strategici individuati dal Piano, ma soprattutto a superare quella che viene identificata dagli stessi veterinari e medici che operano nel settore della sicurezza alimentare come la criticità maggiore.
- adeguare gli strumenti del controllo ufficiale attraverso la formazione permanente degli operatori addetti ai controlli, favorendo la omogeneizzazione delle procedure di verifica e la diffusione di best practices. Con l'entrata in vigore dei regolamenti comunitari del cosiddetto "Pacchetto igiene", che hanno disciplinato la normativa in materia di sicurezza alimentare, sono state infatti introdotte importanti novità anche nell'ambito dell'attività di controllo ufficiale svolta dall'autorità competente. In particolare, i Regolamenti CE 854/04 e 882/04 modificano l'approccio tradizionale del controllo ufficiale, ridefinendo le modalità e le tecniche con le quali verificare la conformità delle imprese alimentari ai requisiti normativi e stabilire i profili di rischio utili per un'efficace organizzazione del sistema dei controlli. Tra gli strumenti operativi previsti dal regolamento, l'audit è sicuramente quello più innovativo, poiché consente la valutazione d'insieme dei requisiti strutturali, dei processi produttivi e del sistema messo in atto (autocontrollo) dall'azienda a garanzia della sicurezza alimentare del prodotto. Poiché tale strumento rappresenta un nuovo modo di "esercitare il controllo", è necessario un grosso investimento sotto il profilo formativo, che coinvolga medici, veterinari e tecnici della prevenzione, con l'obiettivo di creare un pool di operatori dei Servizi competenti che funga da organo terzo tra il produttore e il consumatore.

5.6.1 TUTELARE LA PRODUZIONE PRIMARIA REGIONALE

I risultati raggiunti grazie alla attività di sorveglianza, di vigilanza e di ispezione del patrimonio zootecnico svolta dai Servizi Veterinari di Sanità Animale sono particolarmente evidenti nel campo di alcune importanti zoonosi quali ad esempio la brucellosi bovina ed ovina.

Infatti, in considerazione della favorevole situazione epidemiologica, all'Umbria nel 2005, è stata riconosciuta dalla Commissione Europea la qualifica sanitaria, tuttora in vigore, di territorio ufficialmente indenne. Altre importanti malattie non zoonotiche, ma di rilevante impatto economico e sociale sono state eradicate (leucosi bovina enzootica, peste suina classica) dal territorio della nostra regione. Altre ancora sono oggetto di severi e costanti controlli (bluetongue).

Nel corso degli anni sono state inoltre controllate altre patologie grazie al recepimento di sistemi di sorveglianza nazionali (encefalopatie spongiformi trasmissibili), che impongono controlli accurati anche sull'alimentazione animale o di piani di controllo (Malattia di Aujeszky).

L'attività dei Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria (SA e IAPZ) ha contribuito al controllo del fenomeno dell'antibiotico-resistenza tramite la sorveglianza dell'impiego dei farmaci ad uso veterinario e degli alimenti zootecnici contenenti sostanze farmacologiche.

Il completamento e lo sviluppo delle anagrafi

Le anagrafi, quali sistemi informativi statistici a carattere tematico, forniscono una visione globale del fenomeno indagato e al contempo rappresentano la fonte primaria dei dati indispensabile per fornire i denominatori necessari a definire tassi e frequenze. Le informazioni ottenute servono per effettuare valutazioni epidemiologiche, utili per identificare eventuali problemi sanitari e per valutare e pianificare le attività di sanità pubblica veterinaria.

In questo contesto nel triennio le Aziende USL dovranno:

- Implementare le anagrafi già esistenti.
- In particolare per l'anagrafe bovina:

I dati registrati in Banca Dati Nazionale (BDN) costituiscono attualmente l'unico riferimento e l'unica fonte ufficiale per la costituzione di qualsiasi sistema informativo locale relativo alle aziende zootecniche con particolare riferimento alle attività di profilassi e di controllo espletate da parte dei servizi veterinari delle ASL. I servizi veterinari pertanto dovranno assicurare che tutti i dati anagrafici utilizzati nello svolgimento delle proprie attività siano perfettamente allineati con la BDN.

È fondamentale anche che da parte dei Servizi vengano utilizzate a pieno tutte le funzioni messe a disposizione dall'anagrafe nazionale bovina per l'espletamento delle attività routinarie, garantendo la produzione di verbali di prelievo, check-list di controllo e conseguenti reports con anagrafiche coerenti ed aggiornate.

Sviluppare le anagrafi non ancora a regime.

Per le anagrafi ovi - caprina - suina - avicola dovranno essere inserite, nel corso del triennio, in BDN tutte le strutture zootecniche interessate, la tipologia di tali strutture, le modalità di allevamento, l'orientamento e i cicli produttivi. Nel corso del triennio dovrà inoltre essere curato l'inserimento in BDN delle informazioni relative alla posizione spaziale degli insediamenti ad interesse zootecnico (georeferenziazione) e l'adozione di applicazioni di tipo Geographical Information System, permetterà di migliorare la qualità delle informazioni epidemiologiche e la stessa sorveglianza epidemiologica, oltre che di costituire un valido strumento per la creazione di mappe di rischio e per la gestione delle emergenze veterinarie.

Fare interagire le banche dati già esistenti.

Rispetto all'anagrafe degli operatori del settore alimentare nel corso del prossimo triennio il Servizio

competente della Direzione Regionale Sanità individuerà, con le altre Amministrazioni istituzionalmente coinvolte, le modalità per l'acquisizione dei dati relativi alle imprese primarie dalle anagrafi esistenti, mettendo le ASL in condizione di costruire una banca dati regionale.

I produttori primari (aziende agricole, allevamenti zootecnici, aziende di acquacoltura, pescatori professionali, etc.) sono infatti già inseriti in diverse anagrafi istituzionali facenti capo ad Amministrazioni diverse, quali, ad esempio, Provincia, Assessorato Regionale all'Agricoltura, Camera di Commercio, ARUSIA.

I Servizi veterinari e medici delle Aziende USL deputati alla sicurezza alimentare, come previsto dal Reg. CE n. 852/2004, hanno peraltro già avviato dal 2° semestre 2007, il processo di registrazione delle imprese alimentari, esistenti sul proprio territorio, comprendendo anche quelle della produzione primaria.

L'informatizzazione degli archivi degli operatori del settore mangimistico per tipologia produttiva è necessaria al fine di costruire una banca dati dal settore dalla produzione primaria alle industrie mangimistiche, dai trasportatori ai distributori, che risulti fruibile da parte di tutti gli organismi preposti al controllo per lo svolgimento delle loro attività, per l'adempimento degli obblighi informativi al Ministero della Salute ed alla Comunità Europea oltre che per la categorizzazione del rischio dell'intera filiera.

Il mantenimento e/o raggiungimento delle qualifiche sanitarie di province ufficialmente indenni

Il quadro epidemiologico delineato sulla base dei controlli effettuati nel corso di diversi anni, ha permesso alle Province umbre di accedere e di mantenere lo stato di ufficialmente indenni in accordo con i parametri dell'Unione Europea rispetto a brucellosi bovina ed ovina - leucosi bovina enzootica. (Decisione della Commissione 2005/28/Ce del 12/1/2005). Purtroppo nel corso del mese di ottobre 2008 la Provincia di Perugia ha perso lo status di accreditamento per la malattia vescicolare del suino. Diviene quindi fondamentale nel corso dei primi mesi del prossimo anno riacquistare questa qualifica, ma anche mantenere in modo concreto i sistemi di sorveglianza che si attuano attraverso il controllo sistematico da parte dei Servizi Veterinari della Sanità Animale.

Il lusinghiero risultato ottenuto nel campo delle profilassi di Stato, può oggi permettere di allargare il panorama delle malattie di maggior rilevanza epidemiologica, che devono essere oggetto di attenzione particolare per la loro importanza economica, per possibili risvolti di carattere zoonosico e/o per le opportunità commerciali ad esse legate.

Si ritiene quindi di interesse procedere alla stesura a livello regionale di specifici piani per tutelare gli allevamenti bovini della nostra regione dalla diffusione di i.b.r. (rinotracheite infettiva bovina/vulvo-vaginite pustolosa) e m.a.p. (paratuberculosis dei ruminanti domestici o malattia di John).

I risultati ottenuti potranno servire a definire futuri piani di risanamento degli allevamenti bovini umbri da IBR e MAP, così da ottenere un minor consumo di farmaci, prodotti di migliore qualità e quindi una maggiore tutela dei consumatori.

La messa a punto di piani mirati di controllo sull'utilizzo del farmaco e dei contaminanti

Oltre ad assicurare l'esecuzione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui negli animali e nei prodotti di origine animale come previsto dal Ministero della Salute, nel corso del triennio la regione predisporrà piani regionali (i.c.d. "Extrapiano"), mirati alla verifica ed al controllo del rischio di residui farmacologici e chimici in determinate tipologie di allevamento, categorie di animali e loro produzioni.

L'attenzione verrà rivolta, soprattutto, ad alcune molecole di principi attivi, sia autorizzate che non, e ad alcuni contaminanti in determinati settori produttivi zootecnici, che hanno rivelato alcune criticità nei

piani di campionamento degli anni precedenti, con l'obiettivo di controllare i rischi di tali residui negli alimenti di origine animale e di qualificare ulteriormente le produzioni locali.

La tutela del benessere degli animali da reddito

E' obiettivo nel triennio potenziare e qualificare le attività di controllo del rispetto del benessere degli animali, nelle varie fasi dell'allevamento, oltre che nei trasporti e nella macellazione. Come già detto in premessa verranno attivati specifici corsi di formazione, rivolti a tutto il personale dei Servizi Veterinari preposti al controllo del settore zootecnico, sui temi e la normativa comunitaria relativi alla protezione degli animali e ai risvolti che questa comporta, sia dal punto di vista etico, che della salubrità delle produzioni animali stesse. Contemporaneamente si procederà ad attivare corsi di formazione ed iniziative di informazione per gli operatori addetti alle attività zootecniche, di trasporto e di macellazione.

La gestione dell'alimentazione zootecnica per il controllo della filiera alimentare

La presenza di numerose attività industriali ed artigianali nel settore delle produzioni di alimentizootecnici, fanno dell'Umbria una delle maggiori realtà produttive a livello nazionale, in un settore determinante dell'intera filiera alimentare che continuamente rileva gravi criticità (B.S.E., Diossina, O.G.M.) con inevitabili ripercussioni nella salubrità degli alimenti e quindi nella salvaguardia del consumatore finale. I controlli eseguiti dai Servizi IAPZ hanno sicuramente prodotto la riduzione della frequenza delle contaminazioni dei prodotti alimentari. Nonostante questi progressi, i dati che si estrapolano dai piani regionali e nazionali, evidenziano ancora problematiche e criticità che necessitano di essere sottoposte ad analisi ed ulteriori interventi. E' importante quindi effettuare un ulteriore sforzo comune attuando la classificazione delle aziende del settore in base al rischio per la salute umana, per la salute ed il benessere degli animali o per l'ambiente, derivante dalle specifiche attività produttive. Sulla base di tale classificazione sarà quindi possibile, nel corso del prossimo triennio, programmare piani regionali di controllo, modulando le azioni d'intervento e di controllo in funzione dei dati acquisiti.

La salvaguardia della salubrità dei prodotti aziendali

Le produzioni primarie costituiscono un aspetto importante dell'economia rurale del nostro territorio, pertanto è opportuno salvaguardare la salubrità di tali produzioni modulando, ove possibile, quanto previsto dalla normativa vigente.

Il raggiungimento di tale obiettivo è realizzabile attraverso l'individuazione da parte della Regione di procedure semplificate e flessibili per l'applicazione delle norme comunitarie, in particolar modo nelle zone svantaggiate, garantendo comunque il raggiungimento della sicurezza dei prodotti.

5.6.2 GARANTIRE LA SICUREZZA ALIMENTARE

La sicurezza degli alimenti, che inizia a livello di produzione primaria, è una responsabilità condivisa tra l'Operatore del Settore Alimentare e gli Organismi di Controllo. L'impegno congiunto di tutti gli attori è di fondamentale importanza per fornire al cittadino la garanzia di consumare alimenti sicuri. E' necessario

pertanto, dopo aver individuato con chiarezza chi deve agire ai diversi livelli, creare un sistema fondato su solide basi scientifiche e su un moderno contesto procedurale, applicabile in modo omogeneo in tutta la regione.

Il raggiungimento degli standards più elevati possibili di sicurezza alimentare si realizza mediante l'identificazione, la caratterizzazione e la verifica di tutti i fattori di abbattimento del rischio sanitario, attuabili a partire dalla produzione primaria fino al consumo dell'alimento.

Tale percorso si concretizza in:

- attuazione del nuovo quadro giuridico del settore alimentare, che va a coprire l'intera catena alimentare;
- applicazione di adeguate procedure per la valutazione del rischio, sia da parte dell'operatore alimentare che dell'organo di controllo;
- individuazione e attuazione di rapide ed efficaci misure di intervento a fronte di emergenze sanitarie che si manifestino in qualsiasi punto della catena alimentare;
- esecuzione di controlli ufficiali appropriati su tutti i processi di trasformazione degli alimenti fino al loro consumo attività svolta dai servizi Igiene Alimenti Nutrizione (IAN) e Igiene Alimenti di Origine Animale (IAOA);
- comunicazione ai consumatori che devono essere tenuti adeguatamente informati sull'attività degli organismi istituzionalmente preposti all'assicurazione della salubrità degli alimenti, sull'evoluzione della situazione di eventuali emergenze e sui rischi che certi alimenti possono presentare per determinati categorie di persone.

La elaborazione di piani di controllo in base ai livelli di rischio derivanti dalla categorizzazione delle imprese

La "categorizzazione" delle aziende alimentari, vale a dire la loro classificazione in tre categorie (alto-medio-basso) in base al rischio per la salute derivante dalle caratteristiche dell'impresa, rappresenta uno degli strumenti necessari per la messa a punto di un sistema di prevenzione efficace.

Per valutare il livello di rischio vengono presi in esame dei criteri fissi (caratteristiche dello stabilimento, caratteristiche della produzione, validità del sistema di autocontrollo, livello igienico, dati storici), a cui vengono associate classi di valutazione con i relativi punteggi.

Utilizzando questo strumento, in Umbria, a partire dal 2° semestre 2007, i competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione hanno proceduto alla categorizzazione degli stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/2004 secondo il modello di valutazione predisposto a livello nazionale.

Sempre secondo il modello nazionale, le imprese alimentari soggette a registrazione in base al Regolamento CE n. 852/2004, sono state categorizzate su base documentale. Parallelamente, è stata attuata una procedura sperimentale di categorizzazione di alcune imprese alimentari, basata sulla valutazione sul "campo" di alcuni parametri mutuati da quella prevista per gli stabilimenti riconosciuti. La fase sperimentale consentirà di valutare innanzitutto il gradiente tra la valutazione documentale e il riscontro oggettivo e sulla base dell'ampiezza di questo, decidere se estendere o meno il modello sperimentale a tutte le imprese registrate o piuttosto limitarlo ad una particolare tipologia di queste.

Nel corso del prossimo triennio sarà quindi possibile definire piani di controllo sulla base di tale categorizzazione, modulando la frequenza e le diverse modalità di intervento in funzione dei livelli di rischio riscontrati nelle diverse realtà agro - alimentari del territorio umbro.

Tale programmazione sarà quindi caratterizzata da una frequenza dei controlli ufficiali appropriata rispetto ai rischi esistenti e dall'utilizzo di procedure standard per l'esecuzione sia degli audit che delle ispezioni tradizionali.

Poiché il pacchetto igiene prevede la verifica "a cascata" dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività di controllo, a partire dal livello ministeriale fino alle Aziende USL, questa Regione ha attivato fin dal primo

semestre del 2008 il meccanismo della valutazione dell'operato dei Servizi Veterinari e Medici che si occupano di sicurezza alimentare attraverso l'organizzazione di veri e propri incontri di audit.

La revisione e potenziamento del sistema di allerta per alimenti e mangimi

In applicazione di quanto predisposto e concordato a livello nazionale, la Regione con la collaborazione dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione procederà alla revisione dei protocolli relativi ai Sistemi di Allerta per Alimenti e per Mangimi, già operativi in Umbria rispettivamente dal 2003 e dal 2007, unificandoli in un'unica procedura operativa.

Alla luce delle criticità riscontrate e segnalate, al fine di garantire la tempestività dello scambio di informazioni, presupposto cardine del Sistema di Allerta, verranno organizzati eventi formativi a livello regionale e territoriale, sia per il personale sanitario che per i responsabili delle industrie alimentari. Dovranno comunque essere migliorati gli aspetti legati alle modalità di comunicazione e alle misure di "richiamo del prodotto" da attuarsi da parte degli Operatori del Settore Alimentare in caso di sussistenza di un grave rischio per il consumatore finale.

5.7 ASSICURARE L'IGIENE URBANA E IL CONTROLLO DEGLI ANIMALI SINANTROPI

LA LOTTA AL RANDAGISMO

A distanza di sedici anni dall'entrata in vigore della legge 281/91, nella nostra Regione non è ancora stato realizzato un sistema soddisfacente per contrastare l'abbandono dei cani.

Dai dati statistici regionali il gap esistente tra il numero dei cani catturati e di quelli riaffidati o restituiti ogni anno è pari al solo 45% circa, con conseguente progressivo aumento del numero dei cani randagi ricoverati presso i canili ed i rifugi pubblici e privati convenzionati, nonché degli oneri finanziari a carico del Servizio Sanitario Nazionale e degli Enti Locali.

Considerato che attualmente il fenomeno del randagismo è prevalentemente originato da cani vaganti di proprietà ma privi di identificazione (non esistono più cani randagi propriamente detti, se non limitatamente al 2/3%), per prevenire il fenomeno del randagismo, nel corso del prossimo triennio la Regione ritiene fondamentale:

- migliorare l'efficienza della banca dati dell'anagrafe canina regionale, inserita nel sistema informativo unico per i servizi veterinari, con il progressivo recupero degli archivi storici su cartaceo;
- sensibilizzare attraverso specifica campagna informativa il più ampio numero di cittadini, ma anche gli addetti di settore, quali allevatori, rivenditori di animali, ecc., sulla normativa vigente in merito alla identificazione dei cani e alla ACR;
- promuovere un maggior coinvolgimento dei medici veterinari liberi professionisti, responsabilizzandoli rispetto all'identificazione dell'animale in cura, ma anche in termini di sussidiarietà dei servizi di identificazione ed iscrizione degli animali che in termini di verifica;
- potenziare l'attività di vigilanza attraverso la costruzione in ciascuna Az. USL di una rete integrata di attori, che veda accanto agli operatori dei Servizi Veterinari per esempio i vigili urbani e le guardie forestali;
- incentivare la sterilizzazione dei cani di proprietà, con il coinvolgimento dei veterinari liberi professionisti;

- attivare in via sperimentale l'apertura di consultori veterinari pubblici nelle due città capoluogo.

La costruzione di un sistema di sorveglianza per la leishmaniosi canina

La Leishmaniosi Viscerale Zoonotica è una grave zoonosi causata da *Leishmania infantum*, protozoo parassita intracellulare trasmessa da flebotomi che ha nel cane infetto l'unico serbatoio.

In Italia la malattia, umana e canina, è considerata riemergente ed in espansione, sia in senso territoriale, verso Nord, sia con l'aumento di prevalenza nelle aree storicamente endemiche.

Pur essendo una malattia soggetta a notifica obbligatoria (art. 5 del Regolamento di Polizia Veterinaria, D.P.R. n. 320, 08/02/1954) tale obbligo viene molto frequentemente disatteso; è quindi intenzione della Regione mettere a punto nel corso del triennio un sistema di sorveglianza epidemiologica ad hoc che consenta di ottenere dati di incidenza dell'infezione canina.

La modifica di una procedura non appropriata: controllo cani morsiicatori per la profilassi della rabbia

A fronte del mutato contesto epidemiologico del nostro Paese, indenne da rabbia dal 1996, rivedere la procedura di profilassi antirabbica post esposizione medica e veterinaria, in modo da migliorarne soprattutto l'appropriatezza e l'efficienza della stessa. L'esperienza operativa evidenzia spesso situazioni nelle quali il rischio di esposizione dell'animale morsicatore al virus della rabbia è veramente mirimo se non nullo, come si può ipotizzare per animali che vivono in contesto urbano all'interno di abitazioni o comunque in ambienti confinati sotto diretto controllo del proprietario e che non si sono mai spostati da quel luogo.

E' intenzione quindi della Regione mettere a punto una procedura condivisa che comporti, una volta effettuata la valutazione del rischio (indagine epidemiologica), un impegno quantitativamente minore (ma non meno efficace nel risultato) da parte del Servizio Veterinario quale per esempio l'osservazione a domicilio di tipo fiduciario affidata al proprietario detentore dell'animale morsicatore, sotto la supervisione del veterinario ufficiale.

Ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche rappresenta un fondamentale strumento tecnico scientifico a supporto dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, sia per quanto riguarda la sanità animale sia in riferimento al controllo degli alimenti di origine animale. In applicazione del D.M. 27 Febbraio 2008, inoltre, dal 2009 effettuerà anche analisi chimiche, fisiche e microbiologiche su alimenti di origine vegetale non trasformati.

È pertanto indispensabile dare grande risalto e valorizzazione alle capacità di risposta dei laboratori e alle attività di ricerca svolte dall'Istituto Zooprofilattico mediante il rafforzamento del rapporto di collaborazione tra Regione e Istituto attraverso iniziative comuni quali:

- osservatorio epidemiologico regionale;
- messa in comune delle banche dati informatiche dell'Istituto e dei Servizi Veterinari anche ai fini della valutazione del rischio mediante la conduzione di indagini epidemiologiche;
- attivazione del Centro Regionale di Farmacovigilanza Veterinaria, collocato funzionalmente presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale in collaborazione con la facoltà di Medicina Veterinaria;
- potenziamento del Centro Regionale di Riferimento degli enterobatteri patogeni istituito presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, garantendo livelli efficienti di funzionamento

- programmi di ricerca e prevenzione, specialmente sviluppando il controllo dei contaminanti ambientali fra i quali è di grande attualità il pericolo micotossine;
- svolgimento di attività di interesse regionale dei Centri di referenza nazionale istituiti presso l'Istituto;
- collaborazione alle attività formative programmate dal Servizio Sanitario Regionale.

Molte delle attività possono realizzarsi solo con un supporto convinto e qualificato di ricerca, sperimentazione e attività dei laboratori veterinari accreditati e in particolare di quelli dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, che è chiamato ad un altrettanto intenso lavoro di rinnovamento e sviluppo.

Decisiva infine si può rivelare la collaborazione interdisciplinare medico-veterinaria, anche per integrare appieno nel bagaglio professionale degli addetti alla prevenzione le attività veterinarie ed i loro risvolti in termini di miglioramento dei livelli di salute e sicurezza alimentare.

CAPITOLO 6

Il potenziamento delle cure primarie e
l'attivazione delle cure intermedie

6. IL POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE E L'ATTIVAZIONE DELLE CURE INTERMEDIE

Un importante fenomeno caratterizzante lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione dal dopoguerra in poi è rappresentato dalla transizione demografica che ha condotto l'Italia a divenire uno dei paesi a più elevato invecchiamento al mondo, quasi in assenza di ricambio generazionale.

D'altra parte, la transizione demografica, che può essere considerata un fenomeno epocale per tutte le popolazioni occidentali, è stata contemporaneamente causa ed effetto della profonda trasformazione epidemiologica e quindi della natura e dell'intensità del bisogno di cure, contraddistinta dall'aumento di soggetti anziani affetti da patologie croniche e disabilitanti.

Parallelamente, negli ultimi anni, anche le famiglie sono state investite da profondi mutamenti: è diminuito il numero medio dei membri dei nuclei familiari, per cui è ridotto il peso delle famiglie con più generazioni (quelle ad esempio in cui sono presenti almeno un figlio e un genitore, oppure un nonno e un nipote); sono aumentati i nuclei composti da sole persone anziane. Inoltre l'incremento del lavoro femminile ha comportato nuovi modelli di relazioni familiari e in particolare una minore disponibilità all'assistenza informale degli anziani presenti in casa.

A queste dinamiche di ordine demografico e sociale, si è sovrapposta la trasformazione dell'organizzazione delle strutture ospedaliere, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia o a interventi diagnostico-terapeutici di elevata specializzazione e complessità tecnologica, accompagnata dalla introduzione di sistemi di finanziamento che nel tempo hanno incentivato la massima efficienza interna e la rapida dimissione dei pazienti.

Nel contempo, a fronte di risorse sempre più limitate, la riorganizzazione ospedaliera ha comportato, in parallelo, la riduzione del numero dei posti letto, spesso ottenuta anche attraverso la chiusura dei piccoli ospedali.

A fronte, quindi, di un contesto caratterizzato dall'aumento delle persone anziane, spesso sole, dalla ridotta capacità delle famiglie ad assolvere un ruolo assistenziale nei confronti di familiari malati, dalla crescente domanda di cure che spesso è anche correlata all'accessibilità sociale, economica e culturale delle stesse, da una organizzazione ospedaliera sempre più centrata sulle cure intensive per acuti, si impone, per i servizi sanitari, la necessità di attivare e implementare modelli assistenziali innovativi rispetto ai tradizionali, in particolare sempre più orientati alla gestione di patologie cronico-degenerative sia nell'assistenza continuativa di base sia nelle fasi di riabilitazione o scompenso.

Il sistema delle Cure Primarie rappresenta l'ambito più adeguato a gestire appropriatamente e a costi sostenibili i problemi connessi alla cronicità e all'erogazione dell'assistenza "a lungo termine", per intrinseche caratteristiche organizzative, gestionali e clinico-assistenziali centrate sulla presa in carico del paziente in base a un progetto assistenziale globale sulla persona nel suo contesto di vita, flessibile, perché i bisogni sanitari di questi soggetti sono continuamente mutevoli nel tempo. Tale modello può identificarsi in quello che l'OMS definisce "The Chronic Care Model", efficace nel migliorare gli esiti clinici, i processi di cura e la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche. La rete distrettuale è la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione, in grado di garantire l'approccio multidisciplinare e pluripartecipativo indispensabile per affrontare in modo efficace le criticità connesse alla condizione di anziano fragile.

In tale contesto già da diversi anni, su tutto il territorio nazionale, anche se con distribuzione disomogenea e con massima incidenza nelle regioni del Centro-Italia, si sono sviluppate esperienze, realizzate con alleanze strategiche tra medici di famiglia, medici dei distretti sanitari e infermieri professionali, innovative e sostanzialmente atipiche, perché collocate tra il domicilio del paziente e l'ospedale. Sono strutture intermedie che, nate spesso come frutto di sperimentazioni più che di logiche epidemiologiche o programmatiche intese in senso classico, rispondono a bisogni emergenti di natura assistenziale e sociosanitaria provenienti dall'area della cronicità: dare in loco risposte coerenti ai bisogni particolari di

una popolazione a forte prevalenza senile spesso lontana dai centri urbani e dalle aziende ospedaliere, superando la rigidità organizzativa, culturale, legislativa e di ruolo tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi; valorizzare le risorse professionali e strutturali già presenti nel territorio; integrare l'intervento sociale con quello sanitario; limitare il disagio che il trasferimento lontano dalla propria residenza comporta; trovare il soddisfacimento e quindi il consenso della popolazione e delle autonomie locali che devono sentire "protetto" il proprio stato di comunità periferica; trovare modalità erogative con rapporto costo-beneficio soddisfacente.

6.1 IL RUOLO DEL DISTRETTO

Il Distretto Socio-Sanitario è una struttura complessa definita, con Legge regionale n. 3/98 (Ordinamento del sistema sanitario regionale), come "l'articolazione organizzativa della unità sanitaria locale per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse delle USL e degli Enti locali".

Con Legge regionale sono affidati al Distretto i seguenti compiti:

- Gestire e coordinare i servizi ubicati nel territorio di competenza;
- Organizzare l'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi;
- Assicurare un efficace orientamento e controllo della domanda sociosanitaria e promuovere la continuità terapeutica;
- Fungere da centro regolatore per le prestazioni erogate dalle proprie Unità Operative.

Con Dlgs. 229/99, il Distretto Sanitario, concepito con la L. 833/78, trova una sua più precisa e concreta definizione, che lo equipara, per importanza strategica ed autonomia funzionale alla struttura ospedaliera.

Il PSR 1999-2001 sviluppa e valorizza ulteriormente ruolo e funzioni del Distretto che diventa il perno della gestione dell'assistenza territoriale in quanto luogo di governo della domanda e di conoscenza dei bisogni, garante dell'integrazione socio-sanitaria, luogo di gestione delle cure primarie e di coordinamento con l'assistenza ospedaliera.

Il PSR 2003-2005 si propone di consolidare i macrolivelli organizzativi e assistenziali raggiunti; introduce innovazioni nei modelli gestionali ed in particolare promuove il "governo clinico" nei Distretti e nei Dipartimenti come innovazione strategica per aggiungere più qualità al sistema e integrare i percorsi assistenziali nel territorio e in ospedale.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda USL.

Il Distretto assicura :

- le attività ed i servizi per la tutela della salute mentale;
- le attività ed i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- le attività e servizi per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, comprensivi dei servizi consultoriali;
- le attività di cure primarie, comprensive dell'attività specialistica ambulatoriale;
- le attività di riabilitazione territoriale;
- le attività socio-sanitarie e socio assistenziali;
- le attività ed i servizi per le patologie da HIV
- le attività ed i servizi di cure palliative per le patologie in fase terminale (assistenza domiciliare - hospice)

Organizzazione e funzioni

Le funzioni che rientrano nella mission del Distretto comprendono sia attività tipicamente gestionali e di erogazione dei servizi, sia attività di programmazione strategica.

Il Distretto socio-sanitario quindi, nel corso del tempo, si è connotato sostanzialmente come sistema con funzioni sia di produzione che di committenza.

Funzione di produzione

- di cure primarie, nelle sue varie sfaccettature e diversità di filiera anche specialistica, che si realizza fondamentalmente all'interno di unità territoriali subdistrettuali, quali i Centri di Salute.
- di cure intermedie, che si realizza fondamentalmente attraverso strutture di assistenza semiresidenziale (Centri Diurni) e residenziale (Residenze Protette, Residenze Sanitarie Assistenziali, Ospedali di Distretto / Hospice).

I Centri di Salute rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che attraversano il sistema primario, facilitando una prassi comunicativa di integrazione fra tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico dei cittadini.

I Nuclei di assistenza primaria di Medicina generale e di Pediatria di Libera scelta, al pari di altri gruppi operativi, sono componenti fondamentali di questo sistema e partecipano al miglior allineamento possibile tra domanda ed offerta garantita, oltre che dai Centri di Salute, dai Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze) e dagli altri servizi distrettuali (quali i servizi di riabilitazione e per l'età evolutiva).

Funzione di committenza di servizi/prestazioni

La funzione di committenza è posta in capo all'alta Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) affiancata, a tal fine, dai Direttori di Distretto e del Dipartimento di Prevenzione e dai Direttori di Presidio.

Alle Direzioni di Distretto, ai Direttori di Presidio e del Dipartimento di Prevenzione compete l'organizzazione della produzione sulla base delle risorse assegnate.

Il Distretto, con le sue funzioni di produzione e di committenza, può riuscire a mantenere un equilibrio, anche finanziario, solo se:

- l'offerta (soprattutto quella relativa alle prestazioni specialistiche) è subordinata alla domanda
- la domanda viene a sua volta governata;
- Il pieno sviluppo della funzione di committenza necessita di due condizioni fondamentali;
- la partecipazione al governo del Distretto dei Medici di famiglia, attraverso processi di "clinical governance";
- la rivalutazione del ruolo dei comuni, nei processi di pianificazione strategica, di integrazione socio-sanitaria e di promozione della partecipazione dei cittadini.

Pianificazione

Il Direttore di Distretto, così come previsto dal D.Lgs. n. 229/99 e dagli articoli 25 degli AACCN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta, si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, composto dai Responsabili dei Servizi distrettuali, dai Direttori dei Dipartimenti territoriali e da rappresentanti delle figure professionali operanti nei Servizi stessi.

Sono membri di diritto di tale Ufficio rappresentanti dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto (art. 3-sexies- D.Lgs 229/99).

Il Direttore di Distretto si avvale inoltre di un Responsabile per le Attività Amministrative, di un Responsabile del Servizio Infermieristico e di un Responsabile del Servizio Sociale distrettuali.

Strumento programmatico del Distretto è il Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.).

"Il P.A.T. è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

Il P.A.T., basato sulla intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- prevede la localizzazione dei servizi afferenti al Distretto;
- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Unità Sanitaria Locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, dal Direttore del Distretto; è approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale" (D.Lgs. n. 229/99 - art. 3 quater "Distretto").

Distretto e Dipartimenti funzionali: ruoli e funzioni

I Dipartimenti funzionali sono strutture organizzative complesse che assicurano:

- la produzione di prestazioni e servizi assistenziali centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica;
- l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse eventualmente assegnate in sede di negoziazione budgetaria.

I Dipartimenti transmurali assumono, per la parte di attività territoriale, una valenza funzionale in quanto le funzioni di gestione sono in capo al Distretto".

I Dipartimenti sono "finalizzati ad assicurare il coordinamento e l'omogeneizzazione di attività andoghe nell'intero territorio aziendale e sono organizzati con particolare riferimento alle attività dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale e dei Servizi per le Dipendenze".

Il Dipartimento assolve quindi ad una forte azione di coordinamento delle attività e delle prestazioni tra le unità operative nelle varie realtà territoriali al fine di rendere omogenee le procedure organizzative ed assistenziali e consentire un confronto permanente del personale operante nei diversi territori.

I Dipartimenti territoriali hanno il compito di formulare proposte sulla programmazione sanitaria aziendale relativamente ai rispettivi settori di intervento e di coordinare, sul piano tecnico-scientifico, l'azione degli operatori mediante la predisposizione di indirizzi operativi, di standard di attività di criteri valutativi e di interpretazioni applicative uniformi di norme tecniche.

Il Distretto svolge la funzione di:

- programmazione delle attività e dei servizi territoriali, di concerto con i Direttori dei Dipartimenti territoriali;
- negoziazione, con l'Alta Direzione, e per il territorio di competenza, del budget (obiettivi e risorse) e delle attività ad esso connesse, avvalendosi dei Direttori di Dipartimento;
- gestione, di concerto con i Direttori di Dipartimento, delle risorse assegnate ai Dipartimenti stessi;
- verifica delle attività erogate e degli obiettivi della programmazione dipartimentale;
- coordinamento e raccordo interdipartimentale, con i servizi distrettuali e la Medicina di Base.

Il Distretto concorre inoltre con l'Alta Direzione alla valutazione dei Direttori dei Dipartimenti territoriali.

Distretto e Servizi sociali aziendali

Il Servizio Sociale Aziendale è l'articolazione organizzativa dell'Azienda USL, con competenze trasversali a tutte le strutture e servizi, deputata a garantire le seguenti funzioni:

- proporre alla Direzione aziendale azioni progettuali ed indirizzi operativi per l'integrazione sodo-sanitaria;
- supportare la Direzione aziendale ed i Distretti per la stipula di convenzioni e/o accordi di programma e/o protocolli d'intesa nel campo dell'integrazione socio-sanitaria;
- coordinare, sul piano tecnico, le attività relative alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché alle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, mediante la predisposizione di indirizzi operativi, standard di attività, criteri di valutazione e di interpretazione applicativa uniforme di norme nelle materie di competenza, in applicazione degli Atti di indirizzo e coordinamento emanati a livello regionale;
- programmare, in collaborazione con lo staff e con le altre articolazioni aziendali, le attività finalizzate alla formazione e all'aggiornamento del personale sociale.

A livello di organizzazione aziendale, l'integrazione socio-sanitaria è garantita:

- dal punto di vista gestionale, dal Distretto quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale;
- dal punto di vista funzionale, dal Servizio Sociale Aziendale quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL deputata al coordinamento tecnico.

Il Servizio Sociale Aziendale ed i Distretti operano in stretta collaborazione in tutte le aree oggetto di integrazione socio-sanitaria, condividendo linee di indirizzo, strategie, azioni, strumenti e percorsi operativi rispetto ai quali le UU.OO. Servizi Sociali distrettuali rappresentano l'elemento di connessione e di garanzia.

6.2 LA QUALIFICAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Il peso crescente della disabilità, dell'invecchiamento della popolazione e della non autosufficienza, a fronte della riqualificazione dell'assistenza ospedaliera e la trasformazione degli ospedali in strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità, impone il trasferimento a domicilio di competenze specialistiche tipiche della degenza ospedaliera.

Il modello adottato in una prima fase è stato quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), definito come un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, aiuto psico-sociale diretto alla persona e alla famiglia), rese a domicilio e a termine. (PSN 1991-1995 e seguenti)

Attualmente, con l'uso sempre più diffuso del termine di "Cure domiciliari", si tende al superamento di un'accezione riduttiva e artificiosa dell'ADI, che implica una preselezione dei pazienti all'interno di un numero più consistente di assistiti a domicilio e a prendere atto che rendicontare l'assistenza domiciliare solo in termine di ADI significa disconoscere le numerose altre prestazioni erogate a domicilio, che non necessitano di una integrazione e di uno stretto coordinamento tra le figure professionali.

Le Cure domiciliari infatti non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili a domicilio, rappresentate anche dalle prestazioni erogate dai servizi materno infantile, psichiatrico e per le

tossicodipendenze e con tale termine si vuol distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Le Cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone di tutte le età non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Dal punto di vista operativo è l'insieme dei metodi operativi e dei modelli istituzionali che mirano a fornire, nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia, servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria ai più bisognosi di cure sanitarie e a garantire la continuità terapeutica ed il coordinamento tra i diversi produttori di prestazioni sociali e sanitarie.

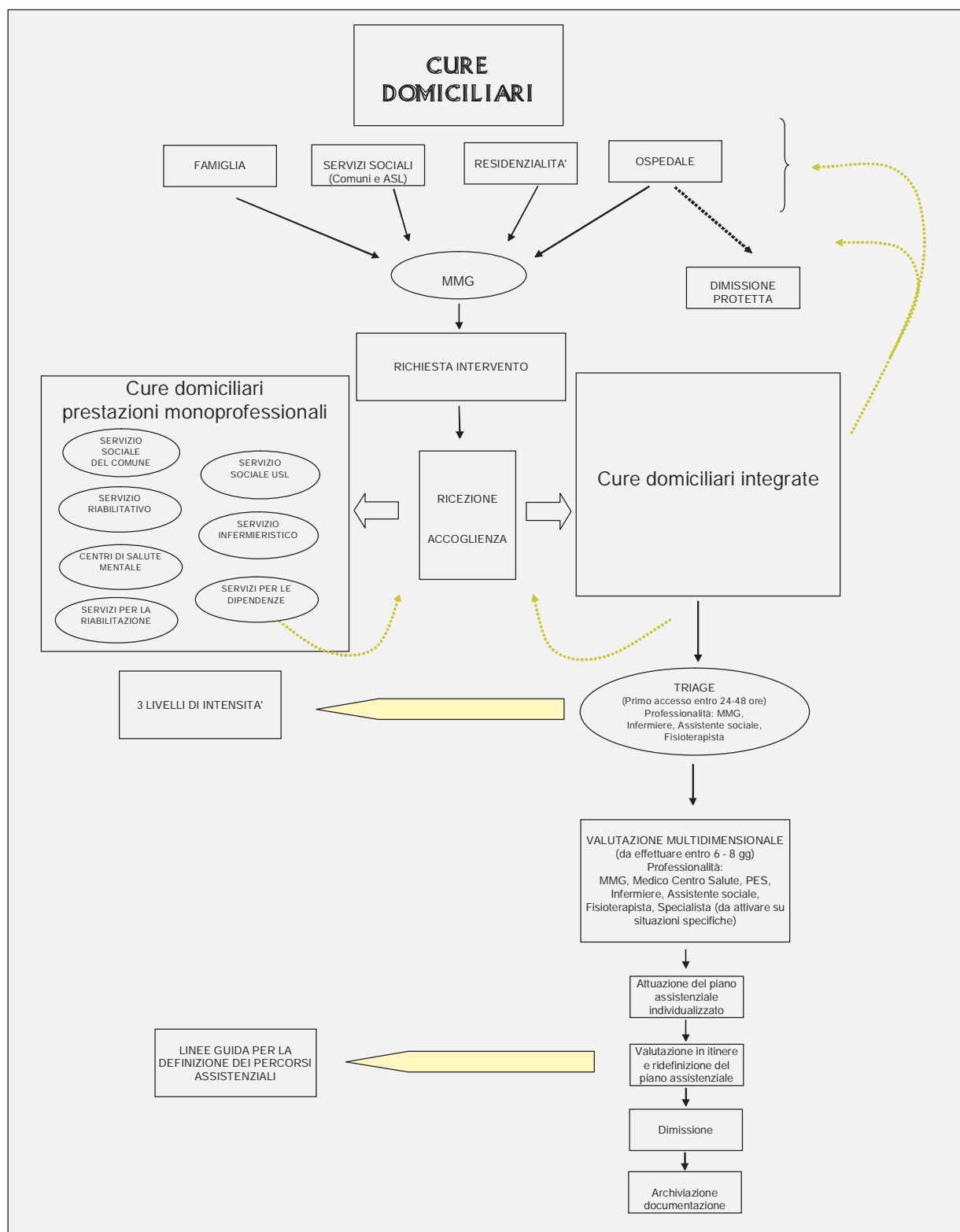
Gli obiettivi principali delle Cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Descrizione del modello che si intende applicare nel triennio:

1. la domanda di assistenza a domicilio è formulata dal Medico di Medicina Generale; eventualmente anche la famiglia, i servizi sociali, la RSA, il reparto ospedaliero, comunque sempre con il supporto del MMG, che legittima e giustifica la domanda e la conseguente richiesta di intervento, possono avere un primo contatto con le strutture sanitarie di territorio. Il MMG, individuato il bisogno di salute, formulerà la richiesta di assistenza anche se non in presenza di un bisogno esclusivamente sanitario; in questo caso si avvarrà di una modulistica predefinita per attivare la UVM. Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del caso e dovrà garantire in tutte le fasi il proprio supporto, a partire dalla formulazione della richiesta di intervento fino all'attuazione del piano assistenziale personalizzato. Vagovernata e facilitata al massimo la modalità di rapporto fra il medico di medicina generale e il personale sanitario e sociale presente nell'ambito distrettuale, a fronte di una operatività caratterizzata dall'evidenza scientifica (cure adeguate e appropriate) e dal governo clinico dei processi di cura e di assistenza (continuità assistenziale attraverso interventi flessibili, mutabili nel tempo e a differente intensità).
2. Le cure domiciliari sono attivabili sulla base dei seguenti requisiti indispensabili:
 - condizione di non autosufficienza e fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
 - adeguato supporto familiare o informale;
 - idonee condizioni abitative;
 - consenso informato da parte della persona e della famiglia e firma del PAI;
 - presa in carico da parte del MMG (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle 8 alle 20).

In mancanza delle condizioni suddette l'alternativa proponibile è la residenzialità o l'attivazione di cure intermedie.
3. Il ricovero ospedaliero, se da una parte rappresenta la risposta più efficace ad un bisogno sanitario immediato e urgente, dall'altra non può essere l'unica, perché di natura altamente specifica e contingente e pertanto non può protrarsi oltre i criteri di appropriatezza ed evidenza scientifica. Ad esso devono subentrare passaggi successivi, di tipo sanitario e assistenziale, di cui l'intero sistema sanitario deve farsi carico, a partire dal reparto ospedaliero che deve programmare le dimissioni. Tutta la procedura dovrà essere condivisa e codificata in specifici protocolli d'intesa tra aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali. Per facilitare questo percorso è opportuna l'attivazione di un punto unico di accesso a



livello distrettuale, facilmente individuabile e accessibile da parte dell'ospedale.

4. L'erogazione delle prestazioni è di competenza del Centro di Salute, il quale si attiva o direttamente perché gestisce anche la ricezione, attraverso personale appositamente dedicato, con professionalità sanitarie o socio sanitarie e non amministrative, o indirettamente attraverso un punto unico di accesso di ambito più ampio, che dovrà essere in grado di fornire anche le indicazioni sulle modalità delle prestazioni da erogare, sia di tipo mono professionale, sia di tipo professionale integrato.

5. Le prestazioni che possono essere erogate nell'ambito delle cure domiciliari sono sostanzialmente di tipo monoprofessionale (sociale di competenza Usl, sociale di competenza del Comune, riabilitative, infermieristiche) o professionali integrate, così classificabili:

Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato/monoprofessionali

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, presupponga comunque la presa in carico del paziente, ma non necessita di una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

La gamma di prestazioni che riguardano prestazioni monoprofessionali comprende prestazioni medico infermieristiche e socio sanitarie, riabilitative e medico specialistiche.

Cure domiciliari integrate di primo livello o bassa intensità/professionali integrate.

Sono rivolte a pazienti non autosufficienti affetti da patologie croniche di buon compenso globale che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni. Questa tipologia prevede la formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), redatto in base alla valutazione globale multidimensionale. La presa in carico è multidisciplinare e multiprofessionale. E' previsto un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

Cure domiciliari integrate di secondo livello o media intensità/professionali integrate

Sono destinate a pazienti multiproblematici con patologie croniche in labile compenso e sono previsti interventi programmati plurisettimanali sui 6 giorni, di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, sulla base del PAI e con la responsabilità clinica del Medico di Medicina Generale.

La gamma di prestazioni che riguardano sia il primo sia il secondo livello comprende prestazioni medico infermieristiche e socio sanitarie, riabilitative e medico specialistiche.

Cure domiciliari integrate di terzo livello/professionali integrate

Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni di elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche. A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e al care giver. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal Medico di Medicina Generale.

Cure domiciliari palliative a malati terminali

Per i malati terminali nell'ambito delle cure domiciliari integrate è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di competenze specifiche dedicate.

Nell'evenienza in cui, alla prima visita domiciliare del personale del Centro di Salute, il caso si riveli più complesso e più problematico, si attiverà un triage da parte dell'infermiere, dell'assistente sociale, del fisioterapista e del MMG, per la valutazione globale dello stato funzionale del paziente in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali e di stabilire l'attribuzione del caso in esame al primo, secondo o terzo livello di cure domiciliari.

Nel caso in cui le prestazioni individuate siano le cure domiciliari professionali integrate, entro una settimana dovrà essere effettuata la Valutazione Multidimensionale da parte del MMG, del medico del

Centro di Salute, dell'infermiere, dei servizi sociali, del fisioterapista e dello specialista per attuazione del piano assistenziale individualizzato e per la valutazione e l'eventuale ridefinizione dello stesso. La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione dei PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti;
- un sistema informatizzato sin dal domicilio del paziente.

E' necessario condividere gli strumenti di valutazione negli ambiti ritenuti indispensabili per le condizioni dell'assistito, che permettano di identificare e spiegare i molteplici problemi dell'individuo anziano, valutando le sue limitazioni e le sue risorse, definendo le sue necessità assistenziali ed elaborando un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi alle sue necessità. Utilizzando tutti lo stesso metodo di valutazione si otterrà uno strumento utile ad effettuare monitoraggi corretti e confronti nel territorio regionale.

La VMD è caratterizzata dalla interdisciplinarietà, in quanto per essere applicata è necessario l'intervento contemporaneo su ciascun paziente di diverse figure professionali, rendendo così possibile la definizione di tutti i problemi e l'attivazione del Piano di assistenza individualizzato (PAI).

Le aree di valutazione sono lo stato fisico, lo stato cognitivo ed affettivo, lo stato funzionale, lo stato socio-economico, le condizioni ambientali.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PAI, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

Il case manager è il punto di riferimento per la famiglia, per il MMG e per gli altri operatori; ha la funzione di coordinare le risorse presenti nella rete dei servizi, a fronte della complessità e della frammentazione delle prestazioni, per garantire all'assistito quello di cui necessita in modo partecipato, efficace ed anche economicamente organizzato.

Ancor prima il "case manager" è una figura capace, con strumenti di valutazione obiettivi ed uniformi, di partecipare ai casi specifici di valutazione multidimensionale e in grado di risolvere i casi meno complessi. Resta comunque inteso che il "case manager" svolge il compito di "Tutor" del caso clinico vagliato dall'UVM, perché responsabile del PAI.

La Cartella Cure Domiciliari è lo strumento di rilevazione in grado di accompagnare e archiviare su supporto informatizzato tutto il percorso seguito dall'assistito, redatto per l'insieme delle cure domiciliari, qualunque sia il livello delle prestazioni. Deve essere pertanto collocata nel domicilio dell'assistito una cartella cartacea per registrare procedure e osservazioni effettuate a domicilio e aggiornata dagli operatori che si alternano nell'assistenza. Questa metodica potrebbe essere realizzata tramite dispositivi portatili in grado di garantire l'immediatezza degli aggiornamenti a livello centrale.

Le cure domiciliari hanno peculiarità proprie che necessitano l'adozione di flussi informativi specifici per consentire la descrizione dell'attività nel suo complesso e soprattutto a verificare il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati. E' necessario attivare uno specifico flusso informativo aziendale su base distrettuale che consenta al livello regionale la valutazione con criteri omogenei dell'assistenza prestata. Alcune aziende già adottano dei sistemi di archiviazione dati che vanno implementati e inseriti nella logica della rete del Servizio Informativo Regionale, anche in linea con quanto previsto dal progetto Mattoni del NSIS, in tema di assistenza territoriale.

Il sistema informatizzato permetterà di calcolare indicatori condivisi che permetteranno di monitorare in maniera continua ed esaustiva l'attività svolta, nonché di confrontare i risultati ottenuti anche tra varie realtà territoriali. I risultati saranno valutati attraverso la comparazione con standard di riferimento ritenuti validi a livello nazionale.

Fattori critici di successo

La Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è l'elemento di forza delle cure domiciliari, perché garantisce l'appropriatezza, la congruità, la personalizzazione dei provvedimenti. E' la prima istanza tecnica che deve essere attivata per poi coinvolgere, a seconda delle necessità, le unità di valutazione specifiche.

E' opportuno organizzare unità funzionale a livello distrettuale, che garantisca una unicità di riferimento per i soggetti esterni, a partire dall'Ospedale, e che nel contempo sia un momento di lettura complessiva per affidare nella maniera più opportuna ed equa le responsabilità operative della gestione dei singoli casi.

E' altrettanto opportuno organizzare un sistema informativo capace di seguire tutto il percorso assistenziale, garantito al singolo cittadino, prevedendo un sistema di raccolta dati centralizzato a livello distrettuale ed aziendale, in grado di rispondere ad esigenze di valutazione e controllo, oltre che di monitoraggio, prevedendo anche l'utilizzo della telemedicina. In coerenza con il punto 10 i sistemi utilizzati dalle aziende dovranno garantire la risposta al debito informativo richiesto dalla Regione Umbria e dal Ministero della Salute, utilizzando i sistemi di raccolta dati e di valutazione.

6.3 L'ATTIVAZIONE DELLE CURE INTERMEDIE

La gestione delle patologie croniche e l'assistenza all'anziano necessita di un modello organizzativo complesso e flessibile che garantisca la continuità assistenziale attraverso l'integrazione e il coordinamento tra operatori, strutture e diversi livelli organizzativi.

In questo contesto il Distretto è lo snodo fondamentale dell'integrazione fra i diversi livelli attraverso l'implementazione delle dimissioni protette, la valutazione multidimensionale, la definizione del piano individualizzato di intervento; il percorso è finalizzato a definire l'assegnazione al regime assistenziale idoneo per la fase postacuta, con una forte responsabilizzazione del MMG.

"Le cure intermedie sono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali - domiciliari, residenziali e semiresidenziali - finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti" (Maciocco, Congresso nazionale CARD 2003).

Le cure intermedie attualmente vengono erogate in strutture che in prima approssimazione sono identificate nelle RSA, come individuato nel Piano Sanitario Regionale 2003 - 2005.

La Residenza Sanitaria Assistenziale viene di norma attivata all'interno degli ospedali di territorio e - per la missione territoriale - degli ospedali di emergenza delle ASL o nelle AO su accordo con le ASL competenti per territorio, prevedendo una degenza limitata (tre mesi) per una utenza costituita da pazienti portatori di patologie cronico-degenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continuativa (pz che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione, pz con necessità di osservazione sia medico infermieristica che tutelare in attesa di poter tornare al proprio domicilio dopo un evento acuto, pz terminali, ricoveri di sollievo).

La RSA è a "degenza" limitata con elevato turn over degli ospiti che fruiscono di servizi volti a consentire loro il recupero delle funzioni perse o il completamento di cicli terapeutici, per essere poi inviati al

proprio domicilio se pienamente ristabiliti o in carico, ma sempre al proprio domicilio, ai servizi territoriali o in strutture residenziali o semiresidenziali. Si può articolare per nuclei (con particolare riguardo all'istituzione di alcuni dedicati ai malati affetti da demenza di Alzheimer), offrendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera per soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatori di patologie stabilizzate.

Per garantire un equilibrio dinamico tra le strutture e i servizi, che devono rispondere a bisogni complessi e mutevoli, va perseguito anche l'obiettivo del massimo recupero funzionale e, possibilmente, la restituzione del paziente al proprio contesto abitativo e/o familiare al fine di garantirgli la migliore qualità di vita.

Si tratta oggi di individuare e rendere operativo un modello aggiuntivo per le cure intermedie, integrativo alle risposte assistenziali tradizionali di tipo essenzialmente ospedaliero e di renderlo operativo in una struttura che rappresenta un "presidio territoriale di comunità".

Una tale presidio è una struttura territoriale del Distretto a prevalente valenza sanitaria, che prevede la gestione diretta di posti letto da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) destinati a pazienti per lo più anziani non autosufficienti; consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure dinico-assistenziali caratterizzate da alto livello di assistenza infermieristica, tutelare ed alberghiera, medio livello di assistenza medica e medio livello di assistenza riabilitativa, per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative momentaneamente scompensate o riacutizzate, che non possono essere trattate a domicilio tramite l'assistenza domiciliare, inadeguata per la complessità degli interventi o per situazioni di rischio sociale e in cui l'ospedale tradizionale appare troppo "specializzato" e un ricovero sarebbe ad alto tasso di inappropriatezza, senza rappresentare un miglioramento nella qualità dell'assistenza alla persona.

L'elemento di forza di un "Presidio territoriale di prossimità", inteso come una struttura a ponte nell'offerta assistenziale tra il territorio e l'ospedale, è il rafforzamento e il completamento dell'offerta dei servizi territoriali, affidando la gestione clinica diretta dei posti letto ai MMG.

Il MMG, non a caso indicato come medico di famiglia o di fiducia, è da sempre considerato il più idoneo ad avere un quadro globale del paziente, comprendendo non solo la storia sanitaria ma anche, per il rapporto fiduciario che s'instaura tra medico ed assistito, una conoscenza approfondita delle condizioni familiari, delle vicissitudini, dei problemi economici, insieme ad un radicamento sociale e culturale nelle comunità locali che poche altre professioni possono vantare.

Il medico di famiglia opera all'interno delle cure primarie di cui è il principale "regista", e che sono rappresentate da "quell'insieme di prestazioni essenziali, basate su tecniche scientificamente valide, socialmente accettabili, rese universalmente accettabili a tutti gli individui e a tutte le famiglie della comunità, con la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il paese possono sopportare in ogni fase del loro sviluppo, in uno spirito di auto-responsabilizzazione e autodeterminazione" (Dichiarazione di Alma Ata - 1978). Questo settore delle cure primarie, rappresenta anche l'ambito dove queste innovative sperimentazioni hanno avuto una prima concreta realizzazione, assumendone pertanto le caratteristiche fondamentali che ne connotano i principali contenuti.

Tali esperienze, pur nella difformità dei modelli organizzativi finora sperimentati, consentono di attuare un elevato livello di integrazione nella rete dei servizi territoriali: valorizzare il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale nell'ambito delle Cure Primarie e realizzare una metodologia di lavoro in equipe socio-sanitaria funzionale ai bisogni di salute del paziente, finalizzata al raggiungimento di obiettivi prefissati.

D'altra parte consentono il recupero delle diseconomie, contribuendo a ridurre i ricoveri ospedalieri impropri, nel contempo limitando il pendolarismo assistenziale e migliorando la qualità reale e percepita dei servizi, in particolare riducendo il disagio ambientale e la spersonalizzazione propri del ricovero ospedaliero, soprattutto per pazienti anziani, e facilitando l'accesso dei familiari e del volontariato.

Le strutture per le cure intermedie si caratterizzano per la forte territorialità e l'alto livello di prossimità

che permette al MMG di garantire il suo ruolo di responsabile clinico e nello stesso tempo di facilitare la continuità dei rapporti con i care givers, anche perché possano acquisire le "competenze" necessarie al rientro dell'assistito a domicilio.

Le esperienze fatte fino a questo momento in Umbria, derivano principalmente dalla riconversione di strutture ospedaliere dimesse. Del resto il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 aveva posto tra gli obiettivi la riconversione della rete ospedaliera minore verso il soddisfacimento dei bisogni più attuali della collettività, al fine di potenziare i servizi di riabilitazione e lungodegenza per i pazienti anziani e di hospice per i terminali.

Una criticità per la nostra regione, come è rilevato anche nel DVSS, è il mancato raggiungimento dei 400 pl di RSA "tramite moduli di RSA a degenza breve attivati negli Ospedali di territorio" previsti dal PSR 2003-2005; attualmente infatti risultano garantiti solo 168 pl nella regione. Analogamente non è stato raggiunto l'obiettivo del potenziamento della riabilitazione, poiché a fronte di un fabbisogno stimato nel PSR di 500 pl ne risultano attivati 201 (dati al 01.01.2006).

Obiettivo prioritario nel triennio è quindi il potenziamento delle strutture intermedie, tale da garantire la presenza di RSA a degenza breve in ogni Distretto.

La responsabilità organizzativa, infatti, fa capo al Direttore del Distretto, mentre il MMG, che propone l'inserimento nella struttura, è il diretto responsabile del progetto di cura e della gestione dei trattamenti diagnostici e terapeutici dell'assistito. Il Servizio di Continuità assistenziale garantisce l'assistenza nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive; le urgenze vengono invece assicurate dal Pronto Soccorso del presidio ospedaliero.

L'infermiere professionale, nella figura del caposala, è responsabile della operatività del piano assistenziale; l'assistenza infermieristica e alla persona è garantita con turni nelle 24 ore da personale infermieristico e socio-assistenziale.

Al bisogno sono attivabili risorse sia territoriali che ospedaliere: fisioterapisti, specialisti e assistente sociale del Distretto, risorse ospedaliere (diagnostica per immagini e specialisti).

Per ogni paziente viene elaborato dal MMG e dal Servizio Infermieristico un piano assistenziale individualizzato, che definisce gli obiettivi del ricovero, il programma di intervento medico (numero di accessi), le eventuali consulenze specialistiche, riabilitative o sociali, la durata della degenza che di norma non deve superare i trenta giorni, con un massimo previsto di sessanta giorni, su valutazione dell'equipe che segue il paziente.

Il presidio territoriale di prossimità, pur al di fuori del classico contesto organizzativo ospedaliero, è in grado di accogliere e seguire, in regime residenziale, quei pazienti che necessitano di un intervento clinico-assistenziale complesso, in particolare:

- soggetti con patologie croniche in fase di riacutizzazione;
- dimessi da reparti ospedalieri per acuti che necessitano di proseguimento di terapia o riabilitazione non effettuabile a domicilio;
- soggetti con patologie in fase terminale;
- pazienti temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale, con aggravamento del proprio stato di salute.

LA CASA DELLA SALUTE

La Regione Umbria ha già espresso una particolare attenzione ai servizi territoriali, in particolare le cure primarie, promuovendo scelte organizzative innovative che si sono rivelate precursori per i tempi in cui sono state realizzate e quindi utili esperienze da offrire al confronto. È consolidato il modello distrettuale di gestione dell'assistenza territoriale e del tutto peculiare della organizzazione umbra è l'articolazione del distretto in più Centri di Salute, comprendenti una popolazione di almeno 10.000 abitanti per le zone

rurali e non superiore ai 30.000 per le aree urbane, indirizzati allo svolgimento delle attività considerate ad elevato grado di decentrabilità: attività di promozione della salute, prevenzione, cure primarie e domiciliari, specialistica ambulatoriale, area sociale, consultori, attività coordinata con le RSA e case anziani, medicina legale e certificativa, area amministrativa (PSR 1999 - 2001).

I Centri di Salute sono definiti dal PSR 1995 - 1996 come "... luoghi di aggregazione dei servizi di comunità. Essa recupera pertanto il precedente significato di distretto come spazio fisico presidiato da un' apposita équipe." e "... la struttura tecnico-funzionale centrale della medicina territoriale".

Un'altra specificità della organizzazione del Distretto in Umbria è l'istituzione delle équipe territoriali.

Nel 2002, al fine di dare avvio ad azioni tese a promuovere la strategia di lavoro della Clinical Governance e quindi rendere più salde le relazioni funzionali tra i clinici (MMG, PLS e Continuità Assistenziale) e i gestionali (responsabili dei CdS e dei servizi territoriali) e per accelerare il processo "dai servizi al sistema dei servizi", sono state istituite le équipe territoriali, definite come "Aggregazione funzionale di MMG o PLS o medici della continuità assistenziale ed operatori dei centri di salute (medici, infermieri, ass. sociali, etc), cui in determinate condizioni si aggiungono medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto (UVG, UVM, etc), professionisti degli staff e dei centri interaziendali di supporto, finalizzate al miglioramento della qualità della domanda di assistenza". Le funzioni delle équipe sono declinabili come:

- sviluppo delle attività di promozione della salute e di prevenzione rivolte alla persona;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, la specialistica ed i ricoveri ospedalieri;
- garanzia della continuità assistenziale per la long term care;
- autovalutazione delle scelte professionali.

Quindi in ogni territorio dell'Umbria coincidente con uno o più municipalità, a garanzia dell'interfaccia necessaria per le attività di iniziativa (prevenzione e promozione della salute) e per favorire la partecipazione attiva dei cittadini e la programmazione integrata socio-sanitaria, un nucleo di operatori affiancano l'attività MMG, PLS, CA. Le principali direzioni di lavoro sono i percorsi per la cronicità e la disabilità: anziani, disabili e terminalità.

Nell'ambito del lavoro delle équipe territoriali, al fine di arricchire di contenuti operativi e condivisi queste forme di aggregazione la AUSL 2 ha dato vita ad una iniziativa sperimentale sull'audit clinico che come metodica dovrà essere trasferito a tutte le altre ASL, per sviluppare il ruolo che il PSR affida al momento delle cure primarie: sostenere il governo clinico a livello di domanda.

Il risultato più soddisfacente delle esperienze di audit, è stato che le équipe si sono messe alla prova come luogo per mettere in pratica i principi del governo clinico: condivisione multidisciplinare, evidence-based medicine, imparare dall'esperienza e soprattutto responsabilizzare i professionisti nel documentare la qualità delle prestazioni dei servizi erogati, misurandosi con criteri di valutazione, indicatori e standard condivisi.

L'integrazione delle attività dei medici di medicina generale e dei medici di continuità assistenziale è presupposto fondamentale anche per la realizzazione delle "Unità di medicina generale" previste dal recente Disegno di legge concernente: Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale.

La Casa della Salute è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto.

E' un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro, in cui:

- si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio sanitarie che lo riguardano;
- si persegue la prevenzione orizzontale e per tutta la vita;
- si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare.

Rappresenta quindi il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro

multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali.

La Casa della salute, sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme più appropriate, è una opportunità di potenziamento dei Centri di Salute. La Casa della salute quindi non è solo struttura fisica ma è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro.

Obiettivi

Gli obiettivi di una sperimentazione della Casa della Salute sono quindi sintetizzati nei punti seguenti:

- potenziare il sistema delle cure primarie, avvicinando i servizi territoriali alla popolazione, qualificando gli interventi, garantendo la continuità assistenziale e riducendo gli accessi impropri all'ospedale;
- integrare, nell'ambito del sistema delle cure primarie, varie tipologie di attività residenziali e semiresidenziali;
- utilizzare gli spazi della struttura per offrire ai cittadini attività e servizi collettivi che rispondano anche ai bisogni non strettamente sanitari.

Funzioni

- Garantire la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore e 7 giorni su 7.
- Assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda.
- Operare per programmi condivisi, sulla base del PAT (Programma delle Attività Territoriali del Distretto), del PSZ (Piano Sociale di Zona) e del PIS (Piano Integrato di Salute) laddove adottato.
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi.
- Contribuire alla ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti ed integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.
- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone.
- Sviluppare programmi di prevenzione, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini.
- Mantenere, tramite il distretto, rapporti regolari di collaborazione con l'ospedale di riferimento, anche in relazione alla definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate e protette.
- Favorire il controllo collegiale delle attività e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi.
- Offrire occasioni di formazione permanente degli operatori.

Articolazione

E' articolata per aree, ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio sanitaria, concentrando in un'unica struttura la gran parte dell'offerta extra-ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale.

La Casa della Salute rappresenta un'evoluzione del CdS in quanto, oltre a tutte le attività proprie del CdS, è la sede degli ambulatori dei MMG e dei PLS, che si rendano disponibili, e dei servizi di Continuità Assistenziale. Tutto ciò non comporta che tutti i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta dell'area di riferimento trasferiscano il loro studio nella Casa della salute. In ogni caso, la Casa della Salute costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura per ragioni oggettive (allontanamento dagli assistiti e disagio per l'accesso).

- Rappresenta pertanto la sede elettiva di coordinamento e di attività delle equipe territoriali.
- Implica una verifica del ruolo degli specialisti ambulatoriali prevedendo, in aggiunta alle altre funzioni tipiche di servizio ambulatoriale, il lavoro interdisciplinare con il MMG e la disponibilità degli specialisti ambulatoriali per consulenze urgenti.
- Garantisce, nell'ambito delle cure primarie, un mezzo efficace e sostenibile per la continuità assistenziale sette giorni su sette, 24 ore al giorno, alla cui realizzazione contribuiscono le diverse figure professionali coinvolte (medici e infermieri in primis) basato sulla capacità di assicurare risposte, in tempi brevi e certi, ai bisogni dei cittadini.

In Umbria si ritiene che nello scenario dei servizi sanitari umbri si siano concretizzate le condizioni per sperimentare le Case della Salute, che rappresenterebbero una "evoluzione" dei Centri di Salute esistenti, in cui il valore aggiunto sarebbe dato dall'integrazione degli ambulatori dei medici di MMG, PLS, CA e degli specialisti territoriali e il raccordo con l'assistenza residenziale.

A livello locale si sono già attivate le seguenti esperienze:

- nell'ambito del Distretto della Media Valle del Tevere - ASL 2, si è concretizzata l'opportunità di riconversione della sede del presidio ospedaliero di Marsciano, con il trasferimento dei servizi territoriali, in previsione dell'apertura di un Ospedale comprensoriale entro l'anno 2009, come già individuato da un Accordo di programma siglato tra Comune, ASL e Regione;
- nell'ambito del Centro di Salute di Trevi facente parte del Distretto di Foligno - ASL 3, si è concretizzata una ulteriore opportunità di avviare questo percorso in virtù del fatto che il Comune di Trevi, 8.500 abitanti con un interland complessivo di 10 - 12 mila, è proprietario di una struttura di circa 1.000 metri quadrati su tre piani, ubicata a ridosso della piazza principale della città, adiacente al centro di riabilitazione motoria, destinata a finalità socio-sanitarie per il cui completamento, finalizzato alla realizzazione di una "Casa della Salute", sono state destinate risorse adeguate.

Azioni

Sulla base delle esperienze attuate si ritiene opportuno proporre per il triennio una strategia di ampliamento della sperimentazione finalizzata alla realizzazione "a regime" di un tale servizio prevedendo le seguenti azioni:

- confronto sui bisogni della popolazione e sulla ricomposizione dell'offerta di servizi socio-sanitari;
- attivazione di accordi di programma con i Comuni per la destinazione di immobili a servizi socio-sanitari, in particolare a Case della Salute;
- definizione di un accordo con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera scelta che operano sul territorio. La Casa della salute propone, come soluzione di riorganizzazione della medicina del territorio, una formula che in concreto potrà garantire una presenza medica nelle h24, attraverso la collocazione in una sede unica degli studi dei Medici di medicina generale e dei Medici della Continuità assistenziale all'interno della struttura stessa;
- studio di fattibilità sul miglior utilizzo degli spazi della struttura, anche rispetto ai particolari servizi da trasferire ed alla possibile suddivisione in aree funzionali, allo scopo di favorire la integrazione multidisciplinare e multiprofessionale attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori e di creare dei percorsi per l'utenza differenziati e di migliore fruibilità;
- studio di ricognizione delle risorse professionali, delle attrezzature, degli arredi, nonché della rete informatica.

CAPITOLO

7

L'Integrazione Socio Sanitaria

7. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

7.1 IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- Rivisitazione della legge di riforma del servizio sanitario nazionale (D.lgs 229/1999) e del nuovo ordinamento degli EE.LL. (D.lgs 267/2000), i quali ridisegnano un ruolo per le Autonomie locali auspicando forme associative;
- Legge di riforma dell'assistenza (L.328/2000) che introduce per la prima volta, analogamente a quanto avviene nel comparto sanitario, i livelli di prestazione essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale e definisce il concetto di funzione sociale pubblica (la Repubblica: garantisce un sistema integrato, promuove interventi per garantire i diritti.., interviene sul bisogno, sul disagio, le difficoltà..);
- DPCM 14 febbraio 2001 che sancisce e concretizza il principio di integrazione corresponsabilizzando sotto il profilo istituzionale e finanziario i due sistemi (sanitario e sociale);
- Modifica del Titolo V della Costituzione (L.C. 3/2001) che interviene nell'allocazione del potere conferendo al Comune, sulla base del principio di sussidiarietà già presente nei provvedimenti "Basanini", la competenza amministrativa generale;
- L.R. n. 23 del 9 luglio 2007 con la quale si assegna agli ATI (Ambiti Territoriali Integrati) la competenza in materia sanitaria e sociosanitaria.

7.2 IL MODELLO UMBRO DELL'INTEGRAZIONE

Il modello di integrazione realizzato in Umbria si basa su due parole chiave: condivisione dei processi e degli obiettivi e integrazione delle politiche.

Le pratiche di condivisione/concertazione sono elemento distintivo delle politiche regionali, dal Patto per lo sviluppo con i relativi Tavoli tematici (Tavolo regionale del Welfare anche quale sede di verifica dei PSR), al Tavolo regionale degli Assessori ai Servizi sociali dei Comuni capofila fino ai Tavoli territoriali dei Piani di zona.

Ne discende un'articolazione territoriale della concertazione che attiene sia al livello politico (Assemblea dei Sindaci di Distretto e Tavolo degli Assessori di Ambito), sia al livello tecnico (Distretto/Ufficio di Piano sociale di Zona e sul piano programmatico il Programma delle Attività Territoriali del Distretto ed il Piano di Zona di Ambito) che hanno richiesto il supporto di una apposita strumentazione per un bro effettivo esercizio (Regolamenti dei Tavoli, Protocolli tecnici, modelli condivisi di accreditamento e valutazione).

Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria si passa da due sistemi paralleli, con forme di coordinamento finora affidate alle Direttive della Regione, a due macro-settori, la Sanità e i Servizi sociali, caratterizzati da autonomia organizzativa, funzionale, professionale e finanziaria. Viene istituzionalizzata, non è più discrezionale ed è concepita come incontro di responsabilità.

Pertanto nel nuovo assetto l'integrazione si sposta dal livello del rapporto negoziale fra Azienda USL e Comune, a livello della programmazione territoriale (Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di Zona) quale sede dove definire, in modo condiviso e concertato, appropriati percorsi di salute/benessere e le relative strategie di integrazione, da costruirsi con la partecipazione consapevole della persona e del gruppo di appartenenza che diventa il soggetto dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito di procedure di valutazione e di progettazione integrata e personalizzata.

7.3 GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

L'incontro di responsabilità trova possibilità di realizzazione nell'ambito degli strumenti che disciplinano la programmazione (Piano sanitario e Piano sociale regionale; Piano Attuativo Locale, Programma delle attività territoriali del distretto e Piano di zona).

Inoltre l'unitarietà del processo programmatico è assicurata dal recepimento del DPCM che rende tra loro compatibili le scelte previste dagli atti di programmazione sopra menzionati.

I livelli istituzionali per il raccordo a livello regionale sono:

- gli ATI che forniscono indicazioni per la promozione dell'integrazione tra le attività sanitarie e quelle dei servizi sociali dei Comuni sulla base di quanto indicato dagli atti di indirizzo regionali in materia. Tali indicazioni dovranno essere recepite dalla programmazione territoriale (PAT e PdZ);
- il Tavolo Alto della concertazione dell'Ambito dove siede anche il livello manageriale dell'Azienda USL, che nelle aree d'intervento socio-sanitario è chiamato a delineare strategie di organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi;
- la Regione che, con il concorso della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte delle Aziende sanitarie locali e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale.

A livello territoriale la convergenza sulle scelte programmatiche si realizza attraverso gli strumenti della programmazione territoriale e che sono il Programma delle attività territoriali del distretto (PAT), e dal Piano di zona che assume la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria previa approvazione dei Comuni dell'Ambito.

Sul livello tecnico l'integrazione viene affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale che sono rappresentate rispettivamente dall'Ufficio di Piano di zona e dal Distretto; in particolare spetta al Direttore di Distretto ed al Promotore Sociale, così come disposto dalla DGR 114/2008 la responsabilità delle proposte da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci riferite alla redazione del Piano delle attività territoriali per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria e della promozione e della verifica della gestione integrata dei servizi socio-sanitari a livello di ATI nonché la responsabilità della promozione e della verifica in ordine alla gestione integrata dei servizi socio-sanitari a livello di Ambito.

Sul piano della "coprogettazione", i relativi tavoli previsti dalla L. 328/2000, art. 1, comma 5 e proposti dall'apposito Atto di indirizzo ai Comuni sui Piani di zona, adottato dalla Regione Umbria, dove siedono anche gli operatori dell'Azienda/USL.

Sotto il profilo gestionale, gli Enti locali e le Aziende USL dovranno adottare appositi Accordi di programma per le aree di integrazione di cui all'art. 31 della LR 3/1997 e all'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001.

Il modello organizzativo-gestionale: dall'accesso alla presa in carico

Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, il sistema di servizi e di interventi si fonda sulla esigibilità di quei diritti alla salute e al benessere ormai riconosciuti dalla normativa nazionale ed internazionale vigente. Il concetto di salute cui si fa riferimento è quello proposto dal "modello bio-psico-sociale", che non si limita all'idea di assenza di malattia, ma di qualità della vita, in termini di attività e partecipazione ai contesti di vita.

Si rende necessario quindi un adeguamento dell'attuale sistema organizzativo e gestionale finalizzato a garantire la necessaria capacità di lettura multidimensionale dei bisogni delle persone, di programmazione e di attuazione e di valutazione degli interventi, attraverso un approccio multidisciplinare di rete che

coinvolga i diversi soggetti che oggi operano in maniera frammentata.

Coerentemente con questo sistema di servizi e di interventi di assistenza socio sanitaria alla persona dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno, il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari passa attraverso l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in adeguate offerte assistenziali.

L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Ambito di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Pertanto l'area integrata costituita dal complesso dei servizi socio-sanitari che si configura con un sistema a doppia entrata, con il Centro di Salute, da un capo, e l'Ufficio della Cittadinanza, dall'altro capo, deve necessariamente prevedere percorsi unici di valutazione, progettazione e presa in carico in modo tale da evitare inutili attese e dannosi rinvii del cittadino verso altre strade.

Il percorso assistenziale integrato si struttura:

- a livello della valutazione, con l'attivazione di nuclei di valutazione multiprofessionali e interorganizzativi (UMV, UVG, ecc.) dove la componente sociale, laddove si configura la prospettiva di una progettualità integrata, è espressione funzionale del comparto amministrativo dei servizi sociali del Comune o dei Comuni associati a livello distrettuale/ambito territoriale;
- a livello della presa in carico, prevedendo la presa in carico congiunta, da parte del comparto sanitario e socio-assistenziale, da definirsi con Protocolli fra Servizi che devono codificare:
 - il lavoro interorganizzativo, ovvero come servizi diversi di amministrazioni diverse (Azienda/USL-Comuni) possono svolgere, in modo unitario, compiti rispetto a problemi di comune competenza e con quale assunzione di responsabilità;
 - l'affidamento del coordinamento all'Amministrazione cui spetta la competenza istituzionale primaria;
 - l'individuazione del referente di progetto;
- a livello della progettazione prevedendo la costruzione di progetti integrati dimensionati sulla persona e sui gruppi sociali, sulla base di un approccio unitario e globale, da realizzarsi con l'impiego di équipe territoriali, multidisciplinari, interprofessionali e interorganizzative.

In questo approccio la presa in carico non si configura come una fase a sé stante ma come componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale.

Presso i servizi di base come l'Ufficio della Cittadinanza che è il riferimento di contesto, dall'insorgenza del bisogno alla soluzione si possono sperimentare équipe integrate per la accoglienza e la definizione della complessità del bisogno.

Le funzioni di valutazione e monitoraggio della rete dei servizi socio-sanitari dedicati ai diversi target di bisogno (area della tutela infanzia e adolescenza; anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale, dipendenze, patologie da infezione da HIV), sono anch'esse funzioni integrate espletate a livello di Distretto/Ambito Territoriale da appositi Nuclei di Valutazione.

La titolarità dei servizi socio-sanitari è pubblica; la gestione può essere pubblica, privata, di privato sociale.

Gli obiettivi prioritari

Per il triennio gli obiettivi prioritari per le aree dell'integrazione sociosanitaria possono essere

Area della salute mentale:

- garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni. In particolare la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale, attraverso il rafforzamento degli interventi socio sanitari integrati mediante una maggiore progettualità strategica, nella programmazione territoriale di zona;

- coinvolgere il Dipartimento di Salute Mentale nella programmazione territoriale coadiuvando gli organismi di direzione del Distretto e dell'Ambito Territoriale nella definizione e nella stesura dei relativi Piani;
- attivare il Patto per la Salute Mentale.

Area delle dipendenze:

- partecipazione del Dipartimento per le Dipendenze ai tavoli di elaborazione dei Piani di Zona e alla concertazione del programma delle attività territoriali del Distretto;
- innovazione degli aspetti organizzativi e gestionali in coerenza con l'ampliamento e l'articolazione dell'offerta preventiva, terapeutica e assistenziale;
- realizzazione di una rete della "prossimità" a livello territoriale, attraverso il coordinamento e l'interconnessione stabile dei diversi servizi e settori;
- dare piena attuazione al Patto per il benessere degli anziani, attraverso la realizzazione del Progetto Anziani 2008;
- realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Area delle persone con disabilità:

- qualificare i principi e i diritti espressi nella Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'Onu (non discriminazione, inclusione, libertà di scelta, vita indipendente);
- adottare il modello bio-psico-sociale attraverso lo strumento dell'ICF per la rilevazione dei bisogni della persona con disabilità;
- presa in carico globale al fine di garantire la centralità della persona in cui sia al contempo garantita la realizzazione del progetto individuale;
- definire accordi di programma per garantire la centralità del progetto individuale nella presa in carico;
- garantire la partecipazione con disabilità, delle loro famiglie e delle associazioni che le rappresentano nella progettazione e nella valutazione degli interventi;
- realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Area della Non autosufficienza:

- individuare percorsi certi ed uniformi per la comunicazione e l'accesso;
- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi e servizi domiciliari e semi-residenziali e di sostegno alla cura familiare;
- assicurare la continuità tra l'ospedale ed i servizi territoriali sociosanitari e sociali attraverso l'attivazione di specifici percorsi di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
- garantire una gestione integrata e unitaria delle risorse del territorio attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali;
- favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale riconosciuto mediante una regolazione pubblica;
- Realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Area materno infantile

- interventi di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;
- interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori,

- l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;
- interventi preventivi ed educativi volti a facilitare l'acquisizione delle competenze del bambino e degli adulti;
 - interventi domiciliari di sostegno e cura rivolti al bambino ed alla famiglia.

CAPITOLO 8

La Tutela dei diritti a fronte del disagio
e dell'emarginazione

8. LA TUTELA DEI DIRITTI A FRONTE DEL DISAGIO E DELL'EMARGINAZIONE

A partire dalla deliberazione n. 1613 del 2007, di acquisizione del documento "I diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze", la Giunta regionale ha posto in evidenza la tutela dei diritti della persona quale valore fondamentale nell'orientare le scelte di politica sanitaria e sociale, a partire da quei gruppi di popolazione che oggi, a causa di una serie complessa di fattori sociali, culturali, politici e legislativi, corrono il rischio di vedere limitati i propri diritti di cittadinanza.

Il documento fatto proprio dalla Giunta regionale è stato elaborato dal Laboratorio permanente pubblico - privato sociale attraverso un percorso di approfondimento articolato ed ampiamente partecipato ed è stato approvato dalle principali organizzazioni impegnate a livello nazionale nel campo delle dipendenze.

Questo documento contiene dei punti di rilevanza generale per tutte quelle aree dove la sofferenza individuale comporta un rischio di emarginazione. Un primo fattore di rischio è nel processo di stigmatizzazione sociale, che, a partire dalla costruzione di "stereotipi" e "pregiudizi" all'interno di dinamiche sociali complesse, si sviluppa fino alla discriminazione e all'emarginazione. Il contrasto allo stigma e all'esclusione viene assunto, pertanto, quale obiettivo prioritario, da perseguire promuovendo, all'interno delle comunità locali, la cultura dell'accoglienza, intesa quale assunzione collettiva di responsabilità e fondamento stesso della sicurezza sociale. Un secondo fattore di rischio è connesso all'assottigliarsi delle risorse economiche disponibili, che condiziona anche l'esigibilità dei diritti di cittadinanza e le politiche ad essi correlate. Tuttavia, benché tali problemi siano di per sé non eludibili, in un sistema di diritto occorre identificare, anche nel campo dei diritti sociali, un nucleo di diritti fondamentali ed essenziali la cui esigibilità non venga subordinata a fattori contingenti. Un terzo fattore chiama in causa l'evoluzione degli orientamenti politici, laddove il "supporto" alle condizioni di disagio tende ad essere sostituito da politiche "contro" il disagio; in nome di malintese esigenze di sicurezza espresse dalla pubblica opinione, si privilegia una dimensione di governo dei fenomeni sociali complessi in termini prevalentemente repressivi, mentre occorre recuperare la gestione politica dei fenomeni sociali in termini di rilancio di un welfare dell'accoglienza e dell'inclusione. Porre l'accento sulla dimensione dei diritti significa valorizzare la persona e sostenerne la centralità, promuovere l'assunzione di responsabilità verso di sé e verso gli altri, fare leva sulla capacità di mobilitare le risorse proprie, del sistema familiare e della rete sociale d'appartenenza, sviluppare forme di partecipazione e, quindi, promuovere l'assunzione, anche nei confronti dei servizi sociosanitari, del ruolo di "cittadino competente". L'applicazione del diritto alla salute nell'area delle dipendenze e nel campo della salute mentale implica da un lato l'assimilazione della persona in sofferenza a tutti gli altri cittadini in stato di disagio, dall'altro lato il riconoscimento di esigenze specifiche. Ne deriva la necessità di un sistema di risposta che, pur se imperniato su servizi specifici, sia inserito appieno in un'unica rete complessiva di opportunità, con molteplici punti di accesso e con la possibilità di invio, all'occorrenza e al pari di qualunque cittadino, a tutti gli altri servizi di base e specialistici forniti dal Sistema Sanitario Regionale.

La tutela dei diritti, infine, richiede una forte interrelazione dei servizi con la comunità locale, sostenuta da politiche di inclusione, di integrazione ed intersectorialità e di sviluppo del capitale sociale.

8.1 CONTRASTARE LA DIPENDENZA CON L'INNOVAZIONE E CON L'INTEGRAZIONE

IL QUADRO D'INSIEME

La cifra caratterizzante la vita sociale attuale è la velocità esasperata dei mutamenti, alla quale corrisponde

una generale incapacità delle istituzioni a leggere nel suo dinamismo ciò che accade e a rispondere con analoga fluidità. I fenomeni di uso e abuso di sostanze e le dipendenze in genere costituiscono un'espressione emblematica di questa fenomenologia; sembrano concretizzarsi in quest'area, concentrate ed accentuate, tutte le contraddizioni della attuale realtà sociale, culturale, politica ed economica. E tuttavia proprio per questa caratteristica, e per l'urgenza di intervenire sulle problematiche connesse in maniera più incisiva rispetto a quanto fatto fino ad oggi, in quest'area potrebbero essere sperimentate modalità di approccio innovative da "esportare" poi, nel caso si dimostrino funzionali, ad altri settori dell'intervento sociosanitario.

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

- nella popolazione generale di 15-54 anni, per l'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, allucinogeni, e per il policonsumo¹;
- nella popolazione scolarizzata di 15-19 anni, per l'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, cocaina, cannabis, anabolizzanti, stimolanti di sintesi, policonsumo².

L'Umbria è tra le regioni che presentano contemporaneamente prevalenze maggiori di utilizzatori di eroina, di soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina³, e più alti tassi di mortalità per overdose, prevalentemente da eroina; dal 2001 si evidenzia un costante aumento dei sequestri di tale sostanza, anche se nel 2006 l'eroina sequestrata in Umbria rappresentava solo lo 0,4% di quella sequestrata a livello nazionale⁴.

I dati relativi alla mortalità per overdose indicano come, a fronte di una costante diminuzione del tasso di mortalità in Italia dal 1996 fino al 2002 (anno in cui si è rilevato un tasso di 1,3 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni), con lievi oscillazioni negli anni successivi, in Umbria il tasso è rimasto costantemente elevato, con una particolare accentuazione negli ultimi anni, mantenendo una forbice molto ampia rispetto al dato nazionale.

Esaminando le caratteristiche dei deceduti, si evidenzia come il fenomeno interessi diverse fasce di età, diverse provenienze, e veda una molteplicità di sostanze assunte; l'eroina è la principale causa di morte, ma nella maggior parte dei casi associata ad altre sostanze: cocaina, alcol, benzodiazepine, barbiturici.

E' segnalata, inoltre, un'alta prevalenza di persone eleggibili al trattamento per cocaina⁵.

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

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

¹ Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati IPSAD Italia 2005.

² Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2005.

³ Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

⁴ Rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero degli Interni - 2006.

⁵ Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

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

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

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

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

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

GLI OBIETTIVI DI SALUTE PRIORITARI

Sulla base del quadro regionale precedentemente descritto, e dei bisogni di salute che evidenzia, sono individuati per il prossimo triennio i seguenti obiettivi prioritari:

- potenziare gli interventi volti a ridurre la mortalità per overdose, attraverso un progetto di intervento integrato che preveda l'ampliamento delle azioni attivate negli anni precedenti;
- potenziare gli interventi di prevenzione generale e selettiva e di promozione della salute indirizzati alle fasce giovanili, sia in area scolastica che extra-scolastica, compresa l'area del divertimento giovanile, definendo un sistema di coordinamento, dal livello regionale a quello territoriale;
- potenziare gli interventi nei confronti del tabagismo, per quanto riguarda il supporto per smettere di fumare e il trattamento delle patologie correlate, strutturando una rete integrata di servizi, inclusi i Medici di base;
- potenziare gli interventi in campo alcolologico, anche per quanto riguarda il trattamento anche delle patologie correlate, procedendo alla ridefinizione e potenziamento del sistema dei servizi dedicati;
- avviare e/o potenziare gli interventi diretti agli utilizzatori di cocaina e a quelle forme di uso/abuso/dipendenze che non usufruiscono agevolmente dei servizi attuali, anche sperimentando percorsi di accesso in sedi distinte dai Ser.T;
- incrementare gli interventi volti alla riduzione dei rischi e dei danni, all'interno della più ampia "rete degli interventi di prossimità", potenziando le Unità di strada e il Centro a bassa soglia già attivi ed avviando interventi analoghi in quei territori che ne sono attualmente privi;
- migliorare gli interventi di prevenzione e trattamento per le persone detenute con problemi di dipendenza, attivando percorsi di presa in carico complessiva nel contesto del più ampio passaggio dell'assistenza sanitaria penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale;
- potenziare gli interventi a supporto dell'inclusione sociale e lavorativa, in particolare per le persone a maggior rischio di emarginazione.

A livello nazionale sono stati definiti, di concerto con le Regioni, Piani di azione pluriennali sia in campo alcolologico sia riguardo l'intervento indirizzato alle sostanze illegali; obiettivo del prossimo triennio, pertanto, sarà articolare Piani di azione di livello regionale, coerenti con tali indicazioni e adeguati alle specificità regionali.

LE AREE DELL'INTERVENTO

Promozione della salute e prevenzione

Il disagio non può essere considerato una malattia da curare, ma un fenomeno da accompagnare, che in alcuni casi può approdare ad esiti negativi diversi: percorsi di vita caratterizzati da privatizzazione del malessere, pratiche di compensazione, fenomeni di marginalità sociale, patologie psichiche o fisiche. Su questi possibili esiti deve essere ripensato il composito sistema di intervento nel campo promozionale e preventivo, con proposte in grado di sostenere, più che semplificare, la complessità.

Gli interventi attuali evidenziano le maggiori criticità nella frammentazione, nell'insufficienza di una funzione di regia, nella sporadicità delle risorse economiche investite.

Sul piano strategico, quindi, dovrà essere realizzato un sistema di coordinamento interistituzionale, sviluppato dal livello regionale a quello territoriale.

L'azione preventiva può essere sviluppata efficacemente solo nell'ottica dell'integrazione, con una regia locale affidata ai Dipartimenti di Prevenzione, agli Ambiti territoriali e ai Distretti sanitari, e deve essere inserita nel Piano di Zona degli Ambiti Territoriali e nel Programma delle Attività Territoriali dei Distretti sanitari, con piani di intervento pluriennali; i servizi per le dipendenze intervengono prevalentemente laddove occorra un contributo di tipo tecnico specifico.

In quest'area sono necessari percorsi di formazione integrati, la supervisione costante dei progetti e l'individuazione di risorse economiche specifiche per l'intera vigenza dei piani o dei progetti.

I percorsi di trattamento

Le potenzialità evolutive del trattamento sono strettamente associate ad alcuni elementi fondamentali, che condizionano la qualità e l'efficacia stessa dell'intervento.

E' presupposto irrinunciabile il fondamento scientifico di qualunque intervento proposto; l'Evidence Based Medicine, approccio ormai consolidato anche in questa area, costituisce orientamento indispensabile nella scelta e nell'impostazione degli interventi.

Costituiscono elementi sostanziali, poi, l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche, l'adeguatezza (in termini di dosaggio e durata) dei trattamenti con farmaci agonisti nelle dipendenze da oppiacei, l'integrazione, sulla base dei bisogni rilevati, di trattamenti diversi ed il monitoraggio periodico costante dell'andamento e degli esiti del programma individuale.

Fondamentale il ruolo del MMG, che deve riappropriarsi della propria centralità in quanto responsabile della salute generale della persona.

Riprendendo quanto esposto nella DGR n. 1973/2004, "Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze", nel capitolo relativo al governo clinico, il Dipartimento assicura "...sia un'assistenza integrata e multidisciplinare con coordinamento stabile delle unità afferenti, sia un approccio assistenziale centrato sulla persona e sull'insieme del suo percorso diagnostico-terapeutico piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono".

Sua funzione fondamentale è quella di garantire livelli elevati ed omogenei di qualità, con l'individuazione delle dimensioni essenziali della qualità e di indicatori atti a valutare i processi e gli esiti delle funzioni

assistenziali ⁶.

Un primo elemento che all'attuale presenta aspetti di criticità, è l'accessibilità del sistema di intervento. E' necessario ripensare le modalità correnti, riprendendo la filosofia della "bassa soglia di accesso", secondo la quale l'accesso ai servizi deve essere configurato a misura dei bisogni e delle possibilità delle persone. In particolare, occorrono punti di accesso distinti dai Ser.T, in grado di assicurare tempestività dell'accoglienza e valutazione multidimensionale dei bisogni, e percorsi di orientamento ed accompagnamento flessibili, che integrino competenze professionali diverse. Bisogna inoltre potenziare le azioni di "uscita" dai servizi volte ad intercettare i bisogni delle persone laddove si manifestano, quali le esperienze delle Unità di strada, e strutturare una "rete dell'accesso", tempestiva e funzionale.

La fase dell'accoglienza, momento fondamentale di tutto il percorso terapeutico, necessita di attenzione sul piano relazionale, che deve garantire capacità di ascolto, di orientamento e di accompagnamento per la persona e, laddove sia presente, per la famiglia, e sul piano clinico-diagnostico, che deve garantire competenze professionali integrate, per una valutazione diagnostica multidisciplinare che porti alla formulazione del progetto personalizzato, momento di impegno condiviso tra gli operatori, la persona e la famiglia, sulla base di accordi informati e condivisi.

Assume valore fondamentale la qualità della comunicazione, intesa come processo bi-direzionale di informazione ed ascolto, tale da assicurare la dignità ed il rispetto della persona, favorire la sua autonomia decisionale, promuovere la condivisione delle scelte terapeutiche.

Dimensione fondamentale nell'orientare le azioni di governo clinico del sistema, inoltre, è l'appropriatezza, che, intesa complessivamente, coniuga obiettivi di qualità e di sostenibilità economica degli interventi, in quanto "integra efficacia, efficienza e opportunità disegnando la componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo nonché stato attuale delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie⁷."

Declinare la dimensione dell'appropriatezza nelle diverse aree dell'intervento sulle dipendenze appare allo stesso tempo di importanza fondamentale ed estremamente complesso, per una serie di fattori legati alle conoscenze tecnico scientifiche disponibili, alla diffusione di tali conoscenze, alla complessità intrinseca dei fenomeni cui ci si riferisce, alle pressioni della pubblica opinione.

Sono necessari, a partire dal livello regionale, solidi percorsi di approfondimento e di consenso, per l'elaborazione di linee guida condivise e l'individuazione e diffusione di buone pratiche.

Occorre realizzare, inoltre, un sistema di valutazione costante degli interventi, in particolare in relazione agli esiti prodotti. A tale scopo nell'ambito del Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale, è stato definito, grazie all'impegno di un gruppo di lavoro regionale multidisciplinare, un sistema di indicatori "validi, misurabili e confrontabili per valutare l'efficacia dei trattamenti dei servizi per le dipendenze rispetto ad alcuni esiti certi⁸".

Nella fase successiva dovrà essere implementato, anche procedendo alla ottimizzazione del sistema SESIT (Standard Europei per il Sistema Informativo Dipendenze), un sistema permanente di monitoraggio interno ai servizi, inserito in un più ampio sistema informativo regionale di rete, giungendo alla costituzione di Osservatori dipartimentali, collegati in rete con l'Osservatorio regionale.

Tra le dimensioni fondamentali dell'intervento, emerge la continuità terapeutica, che assume anche un valore preventivo in relazione alla mortalità per overdose.

Garantire la continuità terapeutica è tra le funzioni essenziali dell'organizzazione dipartimentale e si

⁶ Deliberazione della Giunta Regionale 15 dicembre 2004, n. 1973, "Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze", pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria del 16 febbraio 2005.

⁷ M. Zanetti. Il medico e il manager. Genova, 1996

⁸ Collana DVSS – Vol. D "Individuazione degli indicatori di esito del DVSS", Parte 5. A cura del Servizio II e dell'Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria – Edizioni SEDES 2006.

realizza esclusivamente nell'ambito di una solida strutturazione di rete degli interventi, che coinvolga tutte le risorse presenti. Necessita di percorsi e protocolli integrati, definiti sia a livello regionale che dipartimentale.

E' necessario definire modalità di integrazione stabile con aree di intervento contigue, per la definizione di indirizzi condivisi e protocolli di collaborazione, a partire dall'area della Salute Mentale, quindi i Medici di base, l'area dei servizi consultoriali ed altri servizi distrettuali ed ospedalieri.

Gli interventi di prossimità

L'approccio di "prossimità" è una strategia trasversale alle diverse tipologie di intervento, che si realizza innanzitutto sperimentando metodologie di "uscita" dai servizi, volte ad intercettare in maniera più efficace i bisogni delle persone, e dando pieno rilievo al lavoro di accompagnamento.

Occorre strutturare a livello di ciascun territorio una "rete della prossimità" che coinvolga, in ottica sistemica, servizi, interventi, risorse formali ed informali, che sia radicata nel 'tessuto connettivo' delle comunità locali e sia coordinata a livello funzionale dal Dipartimento.

Il lavoro di prossimità include innanzitutto gli interventi finalizzati a ridurre i rischi e i danni per la salute individuale e collettiva connessi al consumo di sostanze psicoattive, che costituiscono uno dei "quattro pilastri" individuati dalla comunità scientifica internazionale e posti a fondamento della strategia europea di lotta alle dipendenze; essi assumono particolare importanza alla luce dei dati relativi alla mortalità per overdose in ambito regionale.

E' necessario ripotenziare le azioni mirate alla prevenzione primaria e secondaria delle patologie correlate; rispondere alle situazioni di grave marginalità con una gamma di misure di supporto, a partire dal soddisfacimento tempestivo dei bisogni primari; sviluppare interventi di comunità a supporto della sicurezza individuale e collettiva, basati anche sull'integrazione tra servizi e Forze dell'ordine, in un'ottica di complementarità; riprendere un'azione integrata rivolta ai contesti del divertimento giovanile, anche con forme di coordinamento inter-territoriale ed inter-regionale.

Sulla base di un'effettiva integrazione tra sociale e sanitario, è obiettivo prioritario stabilizzare e potenziare gli interventi di prossimità in atto e, in secondo luogo, realizzare Unità di strada e Centri a bassa soglia nei territori che ne sono sprovvisti, tarando servizi ed interventi sui bisogni effettivi rilevati. Gli interventi devono essere estesi ad un maggior numero di utenti, aumentando gli orari/operatori a disposizione, ad un maggior numero di territori e ad una maggiore gamma di contesti, introducendo interventi appropriati in carcere, tra le popolazioni immigrate, nei contesti del consumo 'normalizzato', ecc.

E' necessario, inoltre, innovare l'intervento "in strada", sperimentando nuove forme di intervento (per es. rivolte a target più ampi e diversificati) e nuove metodologie di approccio, come ad es. l'utilizzazione di operatori pari.

Infine, la sperimentazione, in un modello di programmazione partecipata, di forme di coinvolgimento ed ascolto degli utenti e dei cittadini portatori di bisogni, può consentire l'apporto delle loro conoscenze ed istanze, in una prospettiva di riduzione dello scarto tra la manifestazione del fenomeno e le strategie messe in campo.

Il supporto all'inclusione sociale e lavorativa

Il documento su "I diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze", fatto proprio dalla Giunta regionale con DGR 1613/07, colloca il diritto ad una vita sociale attiva tra i diritti fondamentali della persona: "senza la possibilità di una partecipazione attiva alla vita sociale non esiste di fatto libertà".

Le azioni a sostegno dell'inclusione sociale e lavorativa, quindi, non possono essere considerate "un di

più", ma il presupposto necessario per dare significato al trattamento; si realizzano attraverso diversi strumenti e gradi di accompagnamento.

Per le persone con problemi di dipendenza regolarmente inserite nel lavoro è necessario salvaguardare tutti quegli elementi che possono favorire la condizione lavorativa, quali il rispetto della privacy, orari compatibili con le esigenze del lavoro, l'affidamento dei farmaci.

Nei casi in cui si rileva un'obiettivo difficoltà nella relazione con il lavoro, va promosso l'accesso tempestivo a strumenti di formazione e di supporto, quali borse lavoro, borse terapeutiche, tutoring ecc. Un'area fondamentale di intervento è il carcere: la stabilità e continuità della presenza di operatori e volontari negli istituti di pena è presupposto indispensabile per lo sviluppo di percorsi finalizzati all'inclusione socio-lavorativa che abbiano avvio ancor prima dell'uscita e coinvolgano la rete dei servizi.

E' centrale in quest'area di intervento il ruolo degli Ambiti territoriali, e l'integrazione degli interventi sanitari e sociali realizzata ai diversi livelli della programmazione e dell'operatività. E' di importanza strategica, inoltre, la costruzione di una forte interrelazione dei servizi con la comunità locale, per la messa a disposizione di opportunità variegata e lo sviluppo di un clima generale di "accoglienza inclusiva".

Se risulta ben avviata la rete dei S.A.L. e dei Centri per l'impiego, è tuttavia necessario potenziare azioni territoriali di coordinamento, di sensibilizzazione e di promozione e sperimentare interventi innovativi, finalizzati da un lato all'ingresso in forma stabile nel mondo del lavoro delle persone in grado di sostenere un pieno inserimento, dall'altro a realizzare percorsi graduati per le persone in più grave difficoltà.

Occorre potenziare inoltre gli interventi mirati alla socializzazione e allo sviluppo di interessi personali e relazioni interpersonali nel contesto delle attività del tempo libero.

LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI ED INTERVENTI

La linea strategica fondamentale che indirizza la ridefinizione del sistema di offerta in tutte le sue articolazioni è quella di un avanzamento culturale e metodologico del concetto di "integrazione", con il passaggio da "un insieme di interventi integrati tra loro" ad "un sistema integrato di intervento". Le fondamenta di tale sistema poggiano da un lato sull'integrazione tra area sociale e sanitaria e dall'altro sull'integrazione del settore pubblico e del privato sociale.

Il sistema regionale complessivo di intervento si configura, quindi, come un sistema sociosanitario integrato ed unitario, pubblico, in cui sono inseriti, in condizioni di pari dignità, sia servizi gestiti direttamente dall'ente pubblico, sia servizi gestiti dal privato sociale, entrambi inclusi nel sistema dell'accreditamento istituzionale. Ciò al fine di sperimentare percorsi nuovi di approccio alle dipendenze, secondo gli attuali indirizzi scientifici internazionali che li identificano come malattie del comportamento, incrementando le terapie domiciliari in affido e potenziando i servizi a bassa "soglia", che possano intercettare le fasce di popolazione dipendente più debole ed esposta, al fine di ridurre i danni gravi di tipo fisico e sociale. Inoltre attivando, mediante la stesura di specifici protocolli in collaborazione con i dipartimenti delle dipendenze il massimo coinvolgimento del privato sociale, principale gestore dei programmi residenziali di trattamento di durata breve e media.

Come avviene per ogni altro settore dell'intervento sociale e sanitario, peraltro secondo orientamenti supportati a livello legislativo, occorre inoltre promuovere un ruolo attivo delle persone utenti, compresi i familiari, uscendo dalla passività indotta anche dai modelli organizzativi e dalle filosofie di intervento diffuse soprattutto in passato.

Le esperienze di auto mutuo aiuto, che hanno avuto un ruolo primario nell'intervento alcologico, necessitano di essere valorizzate ed allargate ad altre aree di intervento; occorre avviare percorsi finalizzati alla formazione ed utilizzazione di operatori pari e promuovere esperienze di associazionismo e di cittadinanza attiva che interagiscano con le comunità locali.

L'integrazione sociosanitaria nell'intervento sulle dipendenze

Sulla base di un confronto strategico costante tra la Regione ed i territori, occorre configurare in questa area di intervento un Forum permanente dell'integrazione sociosanitaria, che preveda ambiti di coordinamento interistituzionale dal livello regionale a quello territoriale.

L'elemento strategico fondamentale è individuato nella centralità della programmazione territoriale, al cui livello è possibile realizzare il coordinamento ottimale delle politiche di intervento in una logica intersettoriale, il governo coordinato della domanda e dell'offerta di servizi, fino all'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte da ASL e Comuni, e il contrasto all'isolamento e alla stigmatizzazione, attraverso strategie di inclusione e di cittadinanza attiva.

La partecipazione del Dipartimento per le dipendenze nelle sedi della programmazione territoriale, quale soggetto in possesso di conoscenze e competenze specifiche, è lo strumento, da un lato, per coniugare la completezza ed organicità degli interventi programmati complessivamente a livello di territorio, garantite da Distretto ed Ambito territoriale, con gli elementi di specificità resi necessari dalla complessità e rapida evoluzione dei fenomeni, assicurati dal Dipartimento; e dall'altro, per integrare analisi multiorientata dei fenomeni, modulazione complessiva delle risposte, valutazione dell'impatto prodotto dagli interventi sugli utenti dei servizi e sulla comunità.

A livello della programmazione territoriale assumono un ruolo strategico, inoltre, il Terzo Settore e le espressioni della cittadinanza attiva, comprese le rappresentanze dei cittadini utenti e portatori di bisogni, in funzione di compartecipazione alla regia delle politiche locali nell'area specifica.

Un secondo livello dell'integrazione sociosanitaria è collocato sul piano strategico e progettuale, con la riorganizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze di seguito descritta. Il riassetto dei Dipartimenti prevede la presenza stabile dei rappresentanti degli Ambiti e dei Distretti nel momento decisionale, costituito dal Comitato di Dipartimento, quale strumento per assicurare la convergenza su obiettivi programmati comuni, inclusa l'impostazione dell'intervento sanitario specifico, non più isolato in una logica settoriale, ma pienamente inserito in un'azione di comunità.

Un terzo livello, di snodo operativo, è individuato nei Gruppi territoriali integrati che, avviati nel 2007 nel contesto di una progettazione specifica, assumono la funzione di coordinamento operativo su progetti comuni, protocolli operativi, gestione integrata di casi clinici complessi.

Infine, a livello operativo la compresenza di referenti sia di area sanitaria che sociale all'interno di gruppi di lavoro specifici (come ad esempio nell'esperienza dei SAL) assicura la gestione comune dei processi assistenziali; tale modello organizzativo è di riferimento per ulteriori aree di lavoro integrato.

La riorganizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze

I Dipartimenti per le dipendenze in Umbria sono stati istituiti con la DGR 4 agosto 1999 n. 1115, di recepimento dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 21 gennaio 1999, ed ulteriormente definiti con gli Atti di indirizzo allegati ai Piani sanitari 1999-2001 e 2003-2005. Ad una valutazione ad oggi, da un lato si rileva la strutturazione di sistemi di intervento ormai consolidati, che nei contesti territoriali costituiscono punti di riferimento riconosciuti, dall'altro emergono elementi di evidente criticità, che rendono necessario il rinnovamento degli assetti organizzativi.

Il modello che è stato individuato per il sistema regionale di intervento, anche sulla base delle esperienze in atto in altre regioni, e ritenuto adeguato alla sua necessaria complessità, è quello di un dipartimento integrato, funzionale nei confronti dei servizi di vicinanza e strutturato nei confronti delle unità operative afferenti.

Il modello si definisce integrato poiché include, in un unico sistema pubblico di intervento, sia i servizi gestiti direttamente dall'ente pubblico che quelli autorizzati gestiti da enti del privato sociale; questa

caratterizzazione rappresenta un passaggio ulteriore nel rapporto di integrazione tra pubblico e privato sociale già consolidato in ambito regionale ed è finalizzata alla sperimentazione di modalità innovative di sinergia ed integrazione, sviluppate nella dimensione territoriale ed indirizzate in particolare ai bisogni oggi emergenti.

E' un modello di tipo funzionale laddove l'organismo decisionale, rappresentato dal Comitato di Dipartimento, include, accanto al Direttore di Dipartimento ed in un rapporto tra pari, le Direzioni dei Distretti sanitari e i rappresentanti degli Ambiti territoriali incidenti sul territorio aziendale, oltre ai responsabili delle Unità operative.

Al Dipartimento per le Dipendenze sono attribuite le seguenti funzioni:

- programmazione degli interventi indirizzati all'uso/abuso/dipendenze;
- rilevazione e monitoraggio dei bisogni di salute e dei dati epidemiologici secondo quanto previsto dal Sistema informativo regionale;
- realizzazione e monitoraggio degli interventi nelle aree della prevenzione generale e selettiva, del trattamento, della riduzione dei danni, del supporto all'inclusione sociale e lavorativa; valutazione sistematica degli interventi attuati, sia riguardo ai processi attivati che agli esiti prodotti, anche in relazione al rapporto costi/benefici;
- promozione, sviluppo, manutenzione di una rete territoriale di intervento;
- definizione, sulla base delle indicazioni regionali, di protocolli operativi per la realizzazione integrata degli interventi;
- coordinamento tecnico scientifico dei servizi ed interventi, assicurandone l'accessibilità, l'appropriatezza, la continuità terapeutica;
- sperimentazione e valutazione di approcci innovativi in relazione al mutare dei bisogni, secondo modelli scientificamente fondati e con successiva stabilizzazione degli interventi valutati positivamente;
- realizzazione di percorsi partecipativi degli utenti nell'ambito della progettazione, attuazione, valutazione degli interventi; valutazioni di soddisfazione dell'utenza;
- promozione, manutenzione e miglioramento della qualità del clima interno e del livello di soddisfazione degli operatori; formazione, aggiornamento, supervisione, attività per leggere e prevenire il rischio di burn out; coinvolgimento degli operatori nelle scelte strategiche;
- partecipazione ad iniziative di studio, ricerca, sperimentazione, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali, internazionali.

La struttura del Dipartimento è composta da diversi organismi.

Il Comitato di Dipartimento costituisce l'organo decisionale ed è composto da: il Direttore del Dipartimento; i Direttori dei Distretti territorialmente incidenti; i rappresentanti nominati dagli Ambiti territoriali; i responsabili delle Unità operative, sia aziendali che gestite da enti del privato sociale; un referente nominato dal Gruppo operativo integrato.

In seno al Comitato si struttura un Osservatorio dipartimentale, con l'obiettivo di realizzare un monitoraggio costante dei fenomeni che si sviluppano sul territorio, dei bisogni di salute, delle risposte implementate, degli esiti prodotti; si avvale delle competenze epidemiologiche presenti nella ASL. Gli Osservatori dipartimentali nel loro insieme sono parte integrante dell'Osservatorio regionale.

Il Direttore costituisce l'organo esecutivo del Dipartimento; coordina tra pari il Comitato di Dipartimento, pone in atto quanto necessario per l'attuazione degli indirizzi ivi definiti ed elabora proposte da sottoporre al Comitato. Il Direttore viene nominato dalla Direzione aziendale, attraverso le modalità previste dalla normativa vigente, sulla base non solo di competenze cliniche specifiche, ma innanzitutto di comprovata esperienza e capacità nella gestione dei servizi sociosanitari territoriali, nella gestione delle relazioni e dei sistemi organizzativi.

L'Assemblea costituisce un organo con funzioni consultive; integra, oltre ai componenti del Comitato di Dipartimento, i referenti dei gruppi professionali del Dipartimento, il Direttore del DSM, il Responsabile del Servizio aziendale di assistenza sociale, i Responsabili di Dipartimenti e Servizi distrettuali contigui, il

Referente aziendale per l'educazione sanitaria, rappresentanti dei MMG, i Responsabili di servizi contigui afferenti agli Enti Locali, i referenti di gruppi di lavoro stabili su temi attinenti, i Direttori degli Istituti penitenziari, i Responsabili degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, rappresentanti delle istituzioni scolastiche, il Responsabile del NOT della Prefettura, i referenti di associazioni di utenti e di familiari, i referenti di associazioni di cittadinanza attive nel territorio. Nel contesto dell'innovazione organizzativa del sistema di intervento, si individuano sul piano funzionale, in prima approssimazione, le seguenti macro-aree: Area dipendenze illegali: Ser.T ed Unità per target specifici (es. cocainomani); Area dipendenze legali: Servizio di Alcologia, Centro AntiFumo, Unità per il gioco d'azzardo ed altre dipendenze non da sostanze; Area interventi di prossimità: Unità di strada e Centri a bassa soglia, comprese Unità mobili; Area interventi residenziali e semiresidenziali, sia a gestione pubblica che del privato sociale; Area pratiche medico-legali; Area assistenza alle persone detenute, o in esecuzione penale in forma alternativa.

Il sistema delle relazioni

In ambito ASL, al Distretto sono attribuite, tra le altre competenze, la rilevazione dei bisogni di salute ed il governo della domanda; il Dipartimento concorre a queste funzioni nello specifico delle aree di propria competenza. Le Unità gestite da Enti del privato sociale afferiscono al Dipartimento in un rapporto di sussidiarietà orizzontale; partecipano a pieno titolo al Comitato di Dipartimento, in condizioni di pari dignità rispetto alle Unità operative aziendali, contribuendo alle attività di programmazione e di valutazione, alla definizione di orientamenti e procedure, allo sviluppo di progetti ed attività comuni finalizzati in particolare ad assicurare la massima rispondenza tra bisogni rilevati ed offerta; assumono l'impegno di applicare quanto stabilito in sede di Comitato. Ai fini dell'innovazione del sistema di intervento è necessario, inoltre, rivedere non soltanto le tipologie di servizi attualmente definite dalla DGR n. 1057 del 2002, di recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 5 agosto 1999, ma, nel contesto del nuovo sistema di relazioni a livello dipartimentale, monitorare costantemente il rapporto tra bisogni rilevati e offerta disponibile, realizzare modalità innovative di gestione integrata di servizi ed interventi, realizzare modalità innovative di gestione integrata e flessibile dei percorsi terapeutici individuali, attivare strategie di miglioramento continuo della qualità monitorando costantemente i livelli di qualità degli interventi offerti. Per sostenere tali obiettivi, oltre ad una definizione puntuale dell'organizzazione, delle funzioni e delle responsabilità, sono necessari sistemi di raccolta e diffusione dei dati, sistemi di lettura dei fenomeni, tempestivi e multiorientati, sistemi di ampia diffusione delle comunicazioni, sistemi di monitoraggio e valutazione permanente, inseriti nell'ambito dell'Osservatorio dipartimentale. Sono necessarie, infine, iniziative costanti di formazione integrata, di supervisione integrata e l'implementazione di tutti gli strumenti utili a sviluppare una cultura unitaria, un linguaggio comune, modalità di approccio condivise, procedure e percorsi omogenei. Al di là dei modelli organizzativi, assumono un'importanza fondamentale le risorse, professionali e personali, messe in campo in primo luogo dagli operatori. Il lavoro di équipe in questo campo costituisce uno strumento insostituibile, che necessita di un investimento specifico e di una manutenzione costante. La cura del clima e delle relazioni interne, la valorizzazione delle competenze personali, la partecipazione di tutti gli operatori alle scelte strategiche, l'attenzione a tutti quegli elementi che sostengono la motivazione e la gratificazione professionale, la realizzazione costante di attività finalizzate a leggere e prevenire il rischio di burn out, sono funzioni essenziali dell'organizzazione dipartimentale e compiti specifici del Direttore e degli operatori con funzioni dirigenziali e di responsabilità.

La formazione continua, all'interno di una pianificazione di livello dipartimentale, e la supervisione costante delle équipe costituiscono in questo senso strumenti indispensabili ed irrinunciabili.

Pur nei limiti imposti dalla generale contrazione delle risorse, inoltre, occorre porre attenzione al mantenimento di un equilibrio sostenibile tra livelli prestazionali richiesti e forza/lavoro disponibile.

Il supporto regionale al processo di riorganizzazione

La realizzazione del piano complessivo di riordino del sistema regionale di intervento sulle dipendenze sarà supportata da un gruppo regionale di coordinamento, istituito presso la Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali per svolgere funzioni di definizione degli Atti di riordino necessari, inclusa l'attivazione di percorsi di confronto volti ad una elaborazione ampiamente condivisa; di supporto al percorso di implementazione; di predisposizione e realizzazione di un piano di monitoraggio e valutazione, con individuazione di indicatori, strumenti e metodologie adeguate.

Il gruppo di coordinamento regionale sarà composto da: i quattro Direttori dei Dipartimenti per le dipendenze; due rappresentanti dei Direttori di Distretto; due rappresentanti dei Promotori sociali di Ambito territoriale; tre rappresentanti del privato sociale, di cui due per l'area dei trattamenti residenziali ed uno per l'area degli interventi di prossimità; due referenti della Direzione regionale Sanità e Servizi sociali, afferenti al Servizio II e al Servizio IX.

Sarà nominato un coordinatore, individuato tra i partecipanti.

Per supportare il processo di innovazione e riqualificazione del sistema di intervento, è inoltre necessario prevedere una serie di strumenti attivati e/o coordinati a livello regionale, che affianchino quantoposto in atto allo stesso scopo a livello locale. Essi comprendono:

- piano di formazione regionale, articolato per anno in relazione alle tappe di innovazione del sistema di intervento e ai bisogni formativi segnalati dagli operatori, finalizzato allo sviluppo di una rinnovata cultura comune;
- monitoraggio dei fenomeni connessi alle dipendenze, basato sulla messa in rete e sul coordinamento degli Osservatori dipartimentali attraverso un Osservatorio regionale, con funzioni di monitoraggio costante del quadro regionale, realizzazione di ricerche su temi specifici, diffusione "circolare" ecostante delle informazioni;
- sistema informativo regionale, attraverso il perfezionamento ed ampliamento del sistema SESIT già presente nelle quattro ASL;
- Laboratorio permanente pubblico-privato sociale per la tutela del diritto alla salute nell'area dell'uso/abuso/dipendenze da comportamenti e sostanze legali ed illegali.

8.2 GARANTIRE ALLE PERSONE CON SOFFERENZA MENTALE LA PIÙ' AMPIA PRESA IN CARICO E LA INCLUSIONE SOCIALE

Le conclusioni della "Conferenza Ministeriale Europea dell'O.M.S. sulla salute mentale" (Helsinki 12 - 15 gennaio 2005) e il "Libro verde sulla salute mentale" della Commissione delle Comunità Europee (Bruxelles, 14/10/2005) ⁹ nonché le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale proposte dal

⁹ Documenti di riferimento: Regionali, Nazionali, Europei
Regionali

PSR 1985 - 87; 1989 - 91; 1999 - 2001; 2003 - 2005.

DGR n.219, 28/1/97

DCR n. 372 del 7/7/97

DGR n 548 12/5/04

DGR n. 1974 15/12/2004

DCR n. 481 16/1/2005

DVSS Valutazione del PSR 2003 - 2005 (Perugia, Aprile 2007)

Nazionali

Ministero della Salute costituiscono una legittimazione delle linee di politica per la salute mentale seguite in Italia a partire dalla legge 180 del 1978. In particolare esse sono in accordo con lo spirito e la lettera della normativa regionale umbra in questa materia, compresi i contenuti del presente documento.

Nella conferenza di Helsinki l'affermazione "non c'è salute senza salute mentale" porta a riconoscere la salute mentale come "una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni". Essa "deve pertanto essere considerata come parte integrante e fondamentale di altre politiche d'interesse pubblico, quali quelle relative ai diritti umani, all'assistenza sociale, all'educazione e all'impiego". Ne scaturisce l'esigenza di adottare politiche per la Salute mentale, basate su esaustive evidenze scientifiche, "il cui obiettivo è l'ottenimento del benessere mentale e l'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale".

Il "Libro verde" (Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea), collegandosi agli atti della Conferenza di Helsinki, mette in evidenza i punti critici dell'attuale situazione della salute mentale:

" un cittadino su quattro è affetto da patologie mentali, che possono portare al suicidio, causa di troppe morti;

" le patologie mentali comportano perdite significative ed oneri per il sistema economico, sociale, educativo nonché giudiziario e penale;

" stigmatizzazioni, discriminazioni e il mancato rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone con patologie mentali o in situazioni di svantaggio si verificano ancora, in contrasto con i valori europei fondamentali.

Nella ricerca di risposte il documento sottolinea che "i soli interventi medici, sebbene indispensabili per far fronte al problema, non possono modificare i determinanti sociali". "Occorre pertanto un'impostazione globale, che riguardi le cure e l'assistenza da fornire ai singoli, ma anche un'iniziativa destinata alla popolazione al fine di promuovere la salute mentale, prevenire le patologie mentali e affrontare le sfide connesse a stigmatizzazioni e diritti umani".

Ci troviamo pertanto in una fase dello sviluppo di cultura della salute nella quale, per quanto riguarda la cura dei disturbi psichici, si sta imponendo l'idea che la psichiatria, oltre ad essere fondata su pratiche di provata efficacia (nell'ambito di una medicina basata sulle evidenze scientifiche) sia saldamente ancorata al rispetto dei valori umani fondamentali. E' in coerenza con questi principi che il PSR definisce i propri obiettivi a partire dalla tutela dei diritti e avvia tale difesa da una presa in carico di qualità perché solo così l'esclusione dalla società, conseguenza non rara della sofferenza psichica, può essere impedita: ne deriva che accoglienza, sostegno e socializzazione sono contemporaneamente obiettivi della cura e condizioni per una cura efficace.

Esiste un consenso sul fatto che nei disturbi mentali è prevalente l'incidenza dei fattori extraclinici nel determinare l'esito degli episodi di malattia e il destino dei pazienti.

Per la psichiatria non è possibile, quindi, porre l'attenzione sulla disponibilità di cure efficaci senza fare riferimento alle situazioni di vita che influenzano potentemente la praticabilità della cura e ne condizionano l'efficacia. Una pratica tesa a migliorare la situazione di vita dei pazienti non può essere a carico dei soli servizi di salute mentale, ma deve utilizzare risorse aggiuntive rispetto a quelle sanitarie.

Leggi 180 e 833 del 1978

DPR 14/1/97: Requisiti strutturali e tecnologici per le strutture del DSM

Piani Sanitari Nazionali e progetti obiettivo

PSN 1998-2000 (capitolo dedicato alla Salute mentale)

DPR 10/11/99, Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000

UE

Conferenza Ministeriale Europea dell'OMS sulla salute mentale (Helsinki 12 – 15 febbraio 2005)

Commissione delle Comunità Europee, Libro verde sulla salute mentale (Bruxelles 14/10/05)

La Conferenza programmatica regionale ha steso un Manifesto per le "buone pratiche"¹⁰ che offre la possibilità, in un solo sguardo, di aver presenti temi, obiettivi, strategie centrali di una politica di salute mentale.

Promuovere la salute, pensare le città a misura dei bisogni dei cittadini, e così l'ambiente, le relazioni tra le persone, le condizioni abitative, rispettare le diversità, sono condizioni indispensabili per una buona salute mentale di tutti i soggetti della Comunità prevedendo forme di sostegno ed in particolare l'attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto.

La storia della psichiatria umbra, irrinunciabile patrimonio di civiltà per la Regione e per tutto il territorio nazionale, testimonia una ricerca continua e dinamica di una reale alternativa alla ghettizzazione ed alla segregazione annullante il malato.

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono servizi sanitari finalizzati alla promozione della salute mentale e alla prevenzione, cura, e riabilitazione della malattia mentale. Non sono e non possono essere in alcun modo adibiti al controllo sociale.

La psichiatria di comunità, di cui il DSM è la modalità organizzativa oggi irrinunciabile, è la risposta più adeguata ai problemi connessi alla malattia mentale; richiede la stabile definizione d'una rete integrata di strutture e servizi (ambulatoriali, di ricovero ospedaliero, domiciliari, territoriali, residenziali e semiresidenziali) e la collaborazione di attori diversi (Associazioni dei familiari e utenti, Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali). In tale contesto operativo, la centralità dell'intervento è sempre rappresentata dal rapporto con la persona con malattia mentale e con la sua famiglia.

Vanno garantiti livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale.

Il primo diritto della persona con malattia mentale è il diritto alla cura. La persona con malattia mentale non è "diversa", lo diventa solo se si nega la sua malattia. Dobbiamo tutti lavorare nella consapevolezza che una cura della malattia mentale è possibile e va costantemente perseguita.

La cura non può che essere multidisciplinare: la psicoterapia ne è parte fondamentale e perciò rappresenta un "obbligo istituzionale" dei DSM e va garantita nell'organico una presenza adeguata di psicoterapeuta. La complessità dell'intervento deriva dalla complessità dell'individuo; pertanto la necessaria differenziazione delle risposte non può essere disgiunta dall'unitarietà del percorso terapeutico.

I minori e i giovani rappresentano oggi il problema emergente più grande della psichiatria, la sfida più difficile. Occorre potenziare le politiche d'intervento precoce (sia nel campo delle psicosi, sia nei sempre più frequenti disturbi di personalità, sia infine nel disagio nevrotico, come nei disturbi del comportamento alimentare) e i modelli d'integrazione tra l'area sanitaria e quella sociale.

Bisogni nuovi e differenziati vanno a caratterizzare sempre più spesso l'area della salute mentale e i servizi - psichiatrici e non - debbono essere messi in grado di fornire risposte adeguate alle problematiche emergenti. I disturbi che si manifestano nei contesti di gruppi di migranti, i disturbi di confine con le "dipendenze", le patologie della persona anziana, richiedono interventi complessi che possono svilupparsi solo attraverso la stretta integrazione tra i diversi servizi specialistici e tra questi e la medicina distrettuale e di base (MMG).

La formazione è pilastro fondamentale in ogni momento del nostro percorso. Riguarda tutte le figure professionali dei DSM e della Cooperazione Sociale impegnate in quest'area. E' formazione professionale, continua ed integrata (Università/Servizi territoriali). E' formazione psicoterapica.

Le famiglie delle persone con malattia mentale e le loro associazioni sono una grande risorsa, in quanto agenti di sostegno e di cambiamento e non solo titolari del "prendersi cura"; dobbiamo sostenere i familiari a che tornino visibili, agli altri e a se stessi, "care givers", ma non sostituiti di altri soggetti tenuti nel prendersi cura delle persone con malattia mentale.

¹⁰ A cura del Comitato Scientifico della Conferenza Programmatica Regionale

Va ricostruita l'unitarietà dell'intervento tra l'area della psichiatria infantile e quella degli adulti.

La ricerca scientifica sulla qualità, sulla efficacia dei trattamenti farmacologici e psicoterapici, sugli esiti degli interventi complessi, sui costi, ha come setting privilegiato il contesto dei servizi di salute mentale di comunità e rappresenta una leva fondamentale per il miglioramento dei servizi.

Essa deve integrare il punto di vista degli utilizzatori.

La cronicità, in salute mentale, esiste e, in gran parte, come esito del fallimento del curare e del prendersi cura.

Pertanto va tenuta viva la sfida della dismissione da un circuito psichiatrico istituzionalizzante e la costruzione di concrete politiche riabilitative e di reinserimento sociale. Il recupero della fruizione di reali diritti di cittadinanza presuppone la collaborazione attiva di tutti i soggetti - tecnici e politici - che costituiscono il "capitale sociale" di quel territorio. Impegno costante dei DSM, delle Istituzioni (sanitarie e sociali), della Cooperazione sociale e delle associazioni è quello di promuovere il potenziamento di questo "capitale" ai fini di sempre più valide politiche per la Salute Mentale.

La stigmatizzazione (in qualsivoglia forma si esprima) della malattia distrugge ogni possibilità di cambiamento e di guarigione; condanna le persone con malattia mentale al puro "controllo" o, nei casi migliori, al semplice assistenzialismo. Va pertanto combattuta attraverso azioni integrate di promozione indirizzate a tutti i cittadini; in special modo ai giovani.

La sfida per la salute mentale: l'integrazione

L'elemento innovativo di questo PSR sta nel porre al centro dell'operatività, nel prossimo triennio, una ricomposizione della rete di salute mentale che non può tradursi in un più o meno meccanico riordino dell'esistente ma deve dar conto del fatto che ci troviamo in un delicato punto di transizione in cui i servizi di territorio, soprattutto la rete di tutela della Salute Mentale, dovranno adattarsi alla Comunità e utilizzare, in modo più significativo oltre che più ampio, le sue risorse sociali, che vengono oggi rappresentate con la metafora del "Capitale Sociale".

La parola d'ordine di una tale innovazione è oggi integrazione.

Ne sono specificazioni il coordinamento, la collaborazione, la condivisione di progetti e di responsabilità, il consenso ad una strategia ben definita, all'interno di un ancoraggio ai contesti e con tutte quelle precauzioni che evitano l'autoreferenzialità.

Il modello che meglio esprime questo tipo di integrazione è quello indicato con il termine rete, a rappresentare una realtà le cui varie parti possono mostrare differenze ed avere specificità.

Per favorire l'integrazione è necessario creare comunicazione prima che stabilire i livelli di subordinazione. La premessa è innanzi tutto lo sviluppo di un consenso degli operatori (afferenti al DSM e afferenti agli altri servizi del Distretto e alla Cooperazione sociale) intorno a salute mentale, strategie per la sua tutela, competenze generaliste e competenze specialistiche nel lavoro di salute mentale e psichiatrico.

Senza di che ogni soluzione organizzativa rischia di attivare conflitti e aumentare le incomprensioni, invece che costituire la cornice, per un miglioramento della qualità degli interventi e per una ottimizzazione dell'uso delle risorse.

Le criticità della rete

Si metteranno in evidenza le criticità tenendo conto dei rilievi presentati nella "Valutazione del PSR 2003-2005" e di quelli emersi dai resoconti dei lavori di gruppo nella Conferenza regionale di Terni (ottobre 07).

Rete regionale

Benché in alcune aree della salute mentale si siano creati collegamenti e coordinamenti interaziendali, mancano, a livello regionale, organismi che garantiscano scambi, interrelazioni, sinergie e integrazioni.

Manca anche un Sistema informativo regionale che permetta di condividere agevolmente i dati provenienti dalle diverse ASL. La mancanza di omogeneità tra i sistemi operativi adottati dalle ASL costituisce un ostacolo alla libera circolazione dell'informazione e impedisce di svolgere confronti e raccogliere dati complessivi a livello regionale e rendendo meno agevole lo scambio di dati a livello nazionale.

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Il DSM è la parte della rete che avendo il mandato specifico della cura dei disturbi mentali si trova in una posizione delicata perché la sua centralità rischia di essere ridotta all'esercizio di una delega per la soluzione di tutti i problemi di salute mentale che sono di pertinenza dell'intera rete e senza il cui coinvolgimento le soluzioni saranno vanificate. Se appare opportuno privilegiare l'organizzazione nella quale il DSM aggrega tutti i servizi che hanno a che fare con la cura dei disturbi psichici, e per tutta la popolazione, è necessario anche riconoscere che non sempre sono indicate con chiarezza le priorità e distribuite con equilibrio le risorse tra i diversi settori; si rileva anche una notevole disomogeneità tra le diverse Aziende e tra i vari Servizi della stessa Azienda.

In particolare si riscontrano difficoltà di raccordo soprattutto rispetto ai Distretti.

Centri di salute mentale (CSM)

I punti critici di particolare rilievo rimangono:

- il rapporto con le residenze per i trattamenti comunitari dei casi complessi, per cui il progettoterapeutico complessivo, anche quando definito, rischia di andare in fumo e non solo per le difficoltà del casoma anche per le difficoltà del servizio inviante e di quello accogliente a dialogare tra loro, con il rischio di un prolungamento dei tempi di inserimento residenziale che spesso gioca contro il paziente;
- mancata riqualificazione dell'assistenza domiciliare come percorso terapeutico verso l'inserimento sociale che rischia di essere considerata come ultima risorsa invece di essere valorizzata anche per il suo importante ruolo nel percorso dell'inserimento sociale;
- il rapporto tra l'équipe di territorio e i medici di medicina di base. Nonostante qualche pregevole iniziativa manca una strategia condivisa per coinvolgere i MMG in una politica di salute mentale. Essi costituiscono quindi una risorsa mal utilizzata, con il rischio di una indebita medicalizzazione dei disturbi psichici comuni (come sembra dimostrare un aumento del consumo di psicofarmaci antidepressivi);
- la gestione dei casi condivisi con il Dipartimento delle Dipendenze presenta ostacoli che derivano dal disaccordo sulle interpretazioni delle determinanti causali, nei casi a doppia diagnosi, dal conflitto nella individuazione di un progetto di cura, ecc.;
- i Centri di giorno sono una opportunità ancora poco utilizzata per l'attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi multifocali, nei casi complessi, in alternativa al ricovero ospedaliero.

Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)

La loro mancata integrazione nella rete dei grandi ospedali umbri costituisce uno dei limiti maggiori per

la pratica psichiatrica, con riduzione dell'efficienza complessiva e non solo nei casi di urgenza, ma in tutte quelle situazioni in cui le competenze sanitarie generaliste e specialistiche costituiscono un necessario complemento di quelle specialistiche psichiatriche nel trattamento dei soggetti con patologie mentali. Inoltre le carenze attuali, con l'isolamento professionale e culturale che ne deriva, portano ad una sottoutilizzazione, in ambito ospedaliero, delle competenze psichiatriche disponibili.

Servizi per l'età evolutiva

I servizi di salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, anche se hanno messo in atto, negli ultimi anni, processi di rinnovamento delle proprie modalità organizzative ed operative, presentano tuttavia rilevanti criticità:

- disomogeneità dei modelli organizzati e dei percorsi diagnostico-terapeutici e della loro collocazione nell'ambito delle Aziende USL;
- mancanza di consenso sull'età di passaggio dei casi al servizio adulti: la questione della competenza riguarda soprattutto la prima adolescenza giacché già i servizi dedicati agli adulti si occupano ordinariamente di tarda adolescenza e di famiglie di adolescenti in difficoltà;
- mancanza di una forma strutturata di collaborazione con il pediatra di libera scelta ed il medico di medicina generale, che dovrebbero comunque mantenere il ruolo di principale referente per la salute complessiva del minore;
- difformità nella organizzazione dei rapporti con il servizio sociale e con gli altri attori della rete di supporto alla crescita, con conseguente carenza nella gestione dei casi complessi, per i quali è decisivo il coordinamento delle azioni nei diversi contesti;
- carenza generale di risorse umane e strumentali, non solo rispetto ai bisogni prevedibili dai dati epidemiologici ma rispetto al numero degli utenti che, rivolgendosi ai servizi, esprimono una domanda sempre più articolata e specifica, nonché all'esigenza di una più stretta collaborazione con le istituzioni educative;
- mancanza di un collegamento organico e sistematico tra le agenzie sanitarie, sociali, educative ecc. per la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e formazione volte alla promozione della salute psichica in età evolutiva;
- carenza nella organizzazione della componente ospedaliera della rete dei servizi con un elevato tasso di ricoveri presso strutture ospedaliere di altre regioni;
- messa in atto di azioni generiche di sostegno, trascurando la specificità e l'urgenza del bambino e della famiglia;
- persistere della contrapposizione tra trattamenti psicoterapici ed interventi di riabilitazione funzionale;
- carenza di "spazi" e luoghi di ascolto e di rilevazione del disagio e della sofferenza psicologica della popolazione adolescenziale.

Azioni del triennio

Le azioni di seguito elencate rappresentano le linee di programmazione strategica, a cui viene affidato il compito di individuare le scelte e le priorità fondamentali e di identificare le esigenze di innovazione della legislazione sanitaria regionale nel campo della Tutela della Salute Mentale.

Le peculiarità di tale area, richiamate nella parte introduttiva del presente paragrafo, richiedono però che sia garantito lo stretto collegamento con la programmazione attuativa, attraverso uno strumento che declini in contenuti utilizzabili annualmente a livello di Documento Annuale di Programmazione (DAP), e della Agenzia Umbria Sanità (AUS) per i suoi rapporti con le singole aziende sanitarie, le azioniste,

in modo da bilanciare disequilibri territoriali e fornire garanzia di standard e modelli operativi omogenei, mantenere un livello adeguato delle risorse umane alle crescenti esigenze di cura e di assistenza.

Tale strumento è rappresentato dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale regionale 2009-2011. In esso, le linee di sviluppo individuate nel PSR saranno descritte da obiettivi annuali, dalla individuazione di un piano graduale di reintegro di risorse e di meccanismi di verifica per le aziende, articolati per le singole aree territoriali.

Il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale viene elaborato, a partire dalla definitiva approvazione del PSR 2009-2011, da un organismo tecnico composto da rappresentanti della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, dalla consulta dei responsabili dei DSM, dai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie, da idonea rappresentanza della Agenzia Umbria Sanità e dal Coordinamento Tecnico Regionale per la salute mentale.

A. RIORDINO DEI SERVIZI NELLA PROSPETTIVA DELL'INTEGRAZIONE

Strumenti generali di integrazione

L'integrazione richiede condizioni e strumenti, che facilitino il monitoraggio, la valutazione, la promozione, il coordinamento. Per farvi fronte è necessario:

- attivare una consulta permanente dei responsabili dei DSM, integrata dagli uffici regionali;
- costituire un organo collegiale di coordinamento tecnico per la salute mentale, presso la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, per fornire i risultati del monitoraggio dello stato dei Servizi; valutazioni del governo clinico; proposte per garantire una omogeneità della rete; suggerimenti su forme di collaborazione inter Azienda USL; indicazioni sulle iniziative formative; il fabbisogno di ricerca per la programmazione e la valutazione dei servizi, composto dai responsabili dei DSM, dei SPDC, dei servizi per l'età evolutiva, da una rappresentanza delle strutture intermedie, della Cooperazione sociale, dell'associazionismo e del volontariato;
- implementare un flusso regolare di dati dalle aziende sanitarie alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali da integrare con la rete del sistema informativo sanitario regionale;
- realizzare periodicamente una Conferenza di coinvolgimento della comunità regionale per la restituzione dei risultati di attività e degli esiti di salute.

Distretto e DSM

Il Distretto deve saper utilizzare le prerogative di coordinamento del DSM; il DSM deve potersi rapportare correttamente al Distretto. A tal fine occorre ridisegnare un modello che combini la molteplicità dei Distretti, in cui si articola l'ASL, e la unicità del DSM. Una volta risolte queste difficoltà si può attribuire al DSM la funzione di luogo centrale della rete di salute mentale, con i compiti di tenerla in piedi, curarne la manutenzione, sollecitarla, ampliarla, arricchirla, proteggerla.

A tal fine un contributo può venire dalla costruzione di "Linee guida" per le aree più importanti della salute mentale, che costituiscano un utile strumento di verifica della pratica corrente.

La stessa costruzione sarà occasione per discutere strategie condivise.

SPDC in ospedale

Ribadendo quanto costantemente affermato nei precedenti PSR e in altri documenti regionali è necessario che i SPDC siano collocati negli ospedali dell'emergenza, con ciò ottimizzando la fruibilità di

tutte le competenze specialistiche utili ad un paziente ricoverato e tutte le opportunità di intervento rapido in caso di necessità; d'altra parte la presenza di un servizio stabile, funzionante a tempo pieno, garantisce ai Reparti e ai Servizi dell'Ospedale consulenza e collaborazione psichiatrica, senza la necessità di trasferire i pazienti da un reparto all'altro.

Le convenzioni interaziendali e i protocolli intraaziendali, ispirati al principio della integrazione, regoleranno i rapporti tra SPDC e gli altri servizi ospedalieri, garantendo l'inserimento del SPDC nel DSM.

I Servizi dedicati alla salute mentale in età evolutiva

- Definizione univoca di un modello organizzativo dei Servizi di Neuropsichiatria e Psicologia Clinica dell'Età Evolutiva, altrimenti denominati di Salute Mentale e Riabilitazione dell'infanzia e dell'adolescenza¹¹ (denominazioni entrambe presenti in Umbria, ma interpretate diversamente ed a cui non corrisponde nella realtà regionale una definita entità gestionale) che si occupano delle patologie neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche e sensoriali dell'Età Evolutiva. E' cruciale l'assetto unitario di tali Servizi, affinché possano rispondere compiutamente, nel corso della crescita, a bisogni di cura complessi e mutevoli. E' auspicabile almeno una Unità Operativa Complessa per ogni Azienda U.S.L. ed una Unità Operativa semplice per ogni ambito distrettuale. La dotazione di risorse va determinata in base a criteri univoci correlati al bacino di utenza ed alle competenze necessarie per affrontare i compiti assegnati. Il collegamento funzionale con i servizi per gli adulti sia di salute mentale che di riabilitazione è necessario per garantire la continuità delle cure nelle età di passaggio, favorire il coordinamento degli interventi diretti a membri di uno stesso nucleo familiare e perseguire strategie di promozione della salute mentale univoche ed integrate.
- Afferenza dei servizi per l'età evolutiva ai Dipartimenti di Salute Mentale e, a discrezione di ogni singola AUSL, anche ad altri dipartimenti di competenza, purché venga salvaguardata l'autonomia e la unitarietà dell'area. In questo modo si intende sia facilitare il coordinamento su base regionale che uniformare, attraverso protocolli analoghi, l'integrazione funzionale con tutte le figure primariamente dedicate all'assistenza dei minori (pediatri, assistenti sociali) e con le Strutture Ospedaliere (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Pediatria, Neurologia, Neurofisiopatologia ecc.). Al fine di migliorare le Sinergie di Sistema estese oltre l'ambito socio-sanitario, andranno definiti percorsi uniformi di collaborazione con le Istituzioni Educative, Giudiziarie, le associazioni di familiari e di volontariato.
- Attuazione in via sperimentale di almeno una Struttura Intermedia, della tipologia Centro diurno, dedicata primariamente alla cura e alla riabilitazione di gravi disturbi psicopatologici in età adolescenziale.
- Istituzione di Unità Operative Ospedaliere di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza inserite in una delle Aziende Ospedaliere o collegata ad una Unità Operativa Complessa Territoriale, al fine di evitare la dispersione di risorse impegnate in ricoveri fuori Regione ed implementare percorsi di cura integrati ospedale-territorio utili in numerose condizioni cliniche, ma assolutamente indispensabili in caso di emergenze psichiatriche in età evolutiva.
- Dare continuità al Progetto Regionale sull'Autismo (Progetto per promozione della salute dei minori affetti da autismo e sperimentazione dei trattamenti educativo-comportamentali nella cura dei bambini autistici. D.G.R. n.1994 del 22.11.2006) con la costituzione di un Centro di Riferimento Regionale per l'Autismo in grado di:

¹¹ Vi è una sostanziale convergenza nella attribuzione di una autonomia gestionale e nella definizione delle figure professionali necessarie, ambiti operativi (mission) e strategie di collegamento con soggetti esterni nei documenti di indirizzo a valenza nazionale (Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1998-2000 e Progetto Obiettivo Materno Infantile collegato al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000), nei documenti di indirizzo emanati da altre Regioni e dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

1. offrire consulenza e supporto operativo ai servizi territoriali per l'attuazione di trattamenti di provata efficacia;
 2. promuovere una sperimentazione sull'impiego di strategie innovative volte a garantire una migliore continuità assistenziale estesa all'età adolescenziale ed adulta, sostenendo attivamente l'inclusione sociale e forme appropriate di residenzialità protetta e di inserimento lavorativo;
 3. collaborare con agenzie educative ed associazioni di utenti nell'attuazione di iniziative di sensibilizzazione e formazione sul tema dell'autismo.
- Rendere pienamente operativi i Centri di Riferimento Regionale per l'ADHD garantendo: consulenza e collaborazione ai servizi territoriali per l'attuazione di percorsi diagnostici e terapeutici appropriati sulla base delle indicazioni emanate dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana del Farmaco.
 - Contrastare il maltrattamento e l'abuso all'infanzia dando piena attuazione alle linee di indirizzo già emanate (D. G. R. 559/'98, D.G.R. 810/'00 e Delibera Consiglio Regionale 20/2000 indirizzi per azioni in materia di maltrattamento, violenza ed abuso sessuale verso le donne e l'infanzia), anche attraverso un adeguamento dei compiti propri di ciascun soggetto istituzionale coinvolto: rendere accessibili su tutto il territorio regionale le competenze tecniche specifiche necessarie al trattamento dei minori ed al supporto alle famiglie e garantire consulenza multidisciplinare ai Servizi Sociali e Sanitari del territorio e dell'area ospedaliera attraverso Centri di Riferimento provinciali o regionali; elaborazione di strategie complessive per il contrasto al fenomeno che coinvolgono anche Organi Giudiziari, Forze dell'Ordine ed Agenzie Educative.
 - Attivazione su tutto il territorio regionale, per la popolazione adolescenziale, di "spazi" di ascolto e di rilevazione del disagio e della sofferenza psicologica. In questa prospettiva l'ambito sanitario può agire primariamente in forma indiretta, attraverso la collaborazione con le agenzie educative e sociali del territorio.
- Complemento indispensabile alla rete di ascolto è la costruzione di canali di accesso alle cure, differenziando i luoghi di erogazione in funzione delle esigenze cliniche specifiche e delle fasce d'età; vanno anche valorizzati luoghi di cura non connotati in senso psichiatrico (consultori e centri di salute) e privilegiate, quando possibile, modalità di gruppo, sia per il trattamento dei ragazzi che per la sensibilizzazione ed il sostegno ai loro interlocutori adulti.

B. GARANTIRE UNA PRESA IN CARICO EFFICACE

Presa in carico delle persone con problematiche complesse e gravi, a rischio di cronicizzazione e di socializzazione, con trattamenti di lunga durata. Tali persone richiedono un'attenzione maggiore e, per evitare l'abbandono, va previsto un coordinamento tra i diversi CSM e con gli altri soggetti della rete, al fine di trovare idonee soluzioni.

Favorire la disponibilità, nei singoli CSM, di programmi di supervisione del lavoro di équipe, quale contributo al consolidamento delle buone pratiche e del miglioramento continuo della qualità, per facilitare la stabilità della presa in carico e il superamento della conflittualità interprofessionale.

Favorire e sostenere l'assistenza domiciliare, anche con risorse adeguate, come strumento valido nel recupero e mantenimento delle relazioni con il proprio ambiente di vita (famiglia, contesto sociale...) per prevenire l'inserimento in strutture ad alta protezione assistenziale e l'allontanamento da una rete sociale che va valorizzata.

L'assistenza domiciliare è anche un importante sostegno alle famiglie nel supportare la convivenza con persone affette da malattia mentale.

Si caratterizza infatti come intervento unitario e globale, integrato con le attività sanitarie, svolto presso il domicilio dell'utente, nonché in tutti gli ambiti comunitari utili al processo riabilitativo e di socializzazione.

Affido etero familiare di persone adulte con disagio psichico

L'affido etero familiare ha lo scopo di offrire al paziente psichiatrico un contesto relazionale idoneo a promuovere il suo benessere psico-fisico, qualora il paziente non sia in grado di vivere da solo e la famiglia che i parenti siano assenti o nell'impossibilità di provvedere a lui.

L'affido eterofamiliare si colloca nell'ambito del progetto riabilitativo individuale elaborato dallequipe del servizio psichiatrico territoriale ed è finalizzato a favorire: un successivo percorso di autonomia; il reinserimento nella famiglia di appartenenza o in una struttura residenziale; interventi alternativi alla istituzionalizzazione precoce.

Sanità penitenziaria

1. Riformulazione dei programmi del DSM per quanto riguarda la sanità penitenziaria

In applicazione della deliberazione della Giunta regionale del 9 giugno 2008, n. 682, secondo le modalità esecutive che saranno a suo tempo predisposte dalle Direzioni generali delle ASL, i DSM riorganizzeranno i propri progetti di intervento a favore di detenuti e internati sottoposti a provvedimento penale, avendo presenti le valutazioni di efficacia e di efficienza messe a disposizione dall'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria. Immetteranno anche, nella realizzazione dei programmi il personale transitato dall'Amministrazione penitenziaria a quella sanitaria, applicando i protocolli di pertinenza che saranno eventualmente stesi dalla conferenza stato - regioni, garantendo la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica ai detenuti e internati, secondo gli schemi di riferimento trasmessi dalla Regione.

2. Superamento graduale della utilizzazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

L'Assessorato alla sanità si impegna a promuovere una ricerca sull'attuale internamento di cittadini umbri in OPG in modo da giungere a una valutazione dell'entità del fenomeno. Costituirà anche un Gruppo di studio sulle soluzioni alternative all'internamento in OPG e di collocazione in caso di dimissione anticipata, soluzioni che garantiscano la cura adeguata dei disturbi psichici che hanno portato, in sede giudiziaria, al proscioglimento dell'imputato e garantiscano anche una neutralizzazione della pericolosità sociale eventualmente esistente. Il gruppo di studio, costituito da operatori dei DSM della Regione, si attiverà, in una seconda fase, come gruppo operativo per formulare progetti individuali e monitorarne l'attuazione. Si ritiene che problemi di questo tipo, in cui oltre le caratteristiche personali dei pazienti psichiatrici, hanno importanza le reazioni ambientali che il gesto criminoso ha prodotto, debbano trovare una soluzione di socializzazione che non necessariamente deve coincidere con quella di provenienza. Pertanto è necessario attivare una collaborazione tra i DSM delle diverse Aziende.

Emergenza e urgenza

Giungere a definire procedure omogenee in tutto il territorio regionale per:

- sviluppare attenzione alla prevenzione delle urgenze (monitorando i programmi di cura, avvicinandole persone poco motivate, e con programmi di informazione atti a permettere interventi più precoci senza attendere manifestazioni eclatanti e drammatiche);
- precisare le modalità di intervento dei DSM nelle situazioni di urgenza psichiatrica;
- precisare i compiti di medici di continuità assistenziale, 118 insieme o in sostituzione dei DSM;
- definire l'applicazione corretta delle procedure di ASO e TSO;
- prevedere opportunità assistenziali post-ricovero da utilizzare in continuità della dimissione dal SPDC, anche per rendere la più breve possibile la permanenza in esso;
- prevedere protocolli condivisi (tra i Servizi di Pronto soccorso degli ospedali e DSM sulle modalità di intervento in consulenza e nelle fasi post-consulenza). La stesura dei protocolli dovrebbe essere preceduta da una formazione comune a tutti i professionisti che intervengono nell'urgenza;

- coordinare l'intervento dei CSM, in casi di richiesta di intervento di urgenza per persone non conosciute dal servizio, con operatori sociali, per evitare l'indebita psichiatrizzazione di comportamenti anormali, con o senza componenti aggressive, sono manifestazioni di situazioni socialmente intollerabili;
- porre particolare attenzione alle acuzie manifestate da soggetti con dipendenza da sostanze che presentano difficoltà superiori a quelle dei pazienti psichiatrici o di pazienti organici per i quali gli ospedali sono attrezzati o comunque hanno una prassi consolidata.

Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali

Per superare il punto critico riscontrato nella collaborazione tra CSM e Strutture residenziali appare di primaria importanza una strategia di DSM, finalizzata alla costituzione in rete delle strutture residenziali, al fine di colmare eventuali squilibri territoriali e di qualificare ciascuna di esse per specificità di programmi e di bisogni, con una differenziazione della intensità assistenziale finalizzata a favorire l'esercizio della acquisita autonomia da parte dei pazienti, fino alla dimissione anche dal SPDC o all'avvio verso una domiciliarità protetta e supportata.

E' indispensabile la collaborazione tra i MMG e le équipes dei Servizi territoriali, soprattutto sfruttando le opportunità organizzative dei "centri di salute".

E' altresì fondamentale instaurare una integrazione interdipartimentale per i casi complessi in cui la fruizione coordinata delle competenze psichiatriche, farmacologiche nonché infettivologiche, dovunque siano presenti nei servizi, è necessaria per il progetto terapeutico e per la gestione del caso, al fine di migliorarne la presa in carico. Una tale collaborazione faciliterebbe una maggiore utilizzazione dei servizi a bassa soglia, di cui i SerT hanno fatto esperienza, e che sarebbero utili anche per azioni preventive e curative del disagio mentale.

C. FAVORIRE L'INCLUSIONE SOCIALE E LA DIFESA DEI DIRITTI DI CITTADINANZA

Inclusione

Un'idea forte di una politica della salute mentale è la partecipazione dei cittadini per definire e condividere priorità, modalità di far emergere il bisogno, strategie di intervento precoce. Con ciò si costruisce, a partire dalla realtà locale, una nuova cultura ma anche si accumula nuovo capitale sociale, spendibile in azioni correttive, di sostegno, di integrazione. Le dimensioni del problema salute mentale hanno portato la comunità umbra attraverso un'iniziativa della Giunta Regionale, a proporre un "Patto per la Salute Mentale", da stipularsi con i protagonisti e i responsabili delle azioni socialmente rilevanti, per superare l'autoreferenzialità e l'autosufficienza del sistema sanitario, nella tutela e promozione della Salute Mentale. La logica del patto richiede azioni concrete e non solo adesioni ai principi. Il "Patto" non è un modo per deresponsabilizzare il sistema sanitario rispetto ai suoi compiti nella tutela della Salute Mentale. Il "Patto" avrà una maggiore credibilità politica se le istituzioni metteranno a disposizione e renderanno accessibili servizi di qualità. L'attivazione del "Patto per la Salute Mentale" fa parte delle raccomandazioni di questo Piano Sanitario.

Inserimento lavorativo

Come affermato ancora una volta dalle "Linee di indirizzo per la salute mentale", il DSM costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale che garantisce il percorso personalizzato per

l'utente, anche per quanto riguarda l'area lavoro.

In particolare l'organizzazione dipartimentale deve "esercitare un'opera di promozione da parte delle Agenzie locali competenti affinché operino per la concreta realizzazione del diritto al lavoro per tutti i fruitori dei propri servizi". L'inserimento nel mondo del lavoro e l'autonomia economica sono fattori estremamente importanti per l'integrazione sociale delle persone con disabilità come riaffermato anche nella DGR 21/2005 al punto "Programmi di formazione e inserimento lavorativo di supporto ai percorsi terapeutici".

Elemento critico è il mercato del lavoro: i più deboli sono quelli che rischiano di divenire oggetto di sfruttamento economico e sono anche i primi ad essere espulsi da questo.

La legislazione italiana in tema di persone con disabilità ha avuto un'evoluzione significativa con la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

L'esperienza umbra è molto variegata e instabile pur evidenziandosi un sempre maggiore utilizzo di strumenti specifici per l'area lavoro a fronte di una sempre maggiore difficoltà nell'occupazione.

Il Piano Sociale Regionale prevede i SAL, servizi finalizzati a promuovere e favorire percorsi di accompagnamento al lavoro personalizzati a favore delle fasce deboli (dal perseguimento di obiettivi socio assistenziali fino alla formazione professionale mirata alla occupazione). La collaborazione con tali servizi permette di attivare percorsi individualizzati ed efficaci perché strutturati in modo da coinvolgere l'intera rete in cui sono inseriti i soggetti coinvolti nel caso affrontato. La sopracitata DGR 21 prevede una stretta integrazione con il comparto sanitario

I SAL hanno costruito e standardizzato percorsi e strumenti (tirocinio formativo, borsa lavoro, ILSA oltre alla funzione di orientamento). Possono contare su una crescente professionalità di operatori competenti degli ambienti lavorativi, ed in grado di coinvolgere tutti gli altri servizi nel trattamento del caso.

Il SAL è dunque uno strumento privilegiato per favorire l'accompagnamento al lavoro dei pazienti dei servizi psichiatrici.

Per garantire efficacia all'inclusione lavorativa sono necessari:

- stretta integrazione tra servizi invianti e SAL;
- continuo monitoraggio congiunto dei casi in carico in modo da favorire la personalizzazione e la ridefinizione tempestiva del progetto;
- utilizzo dello strumento "alternanza scuola lavoro" (D.Lgs. 77 del 15.4.05);
- progetti privilegiati per persone inserite in programmi residenziali psichiatrici;
- integrazione tra i diversi percorsi (Centri per l'impiego, Sportello L.68, SAL e Servizi Psichiatri) con condivisione delle informazioni;
- buone prassi tra Centro per l'Impiego, SAL, e lo sportello provinciale L. 68;
- necessità di individuare adeguati percorsi di uscita dal progetto SAL in modo da evitare il rischio di saturazione;
- necessità di obbligo reale di assunzione per le aziende una volta terminato il progetto condiviso;
- promozione e sostegno alle COOP B;
- progetti specifici di inclusione sociale come evoluzione delle ILSA;
- stabilità del personale dei SAL e dei Centri per l'impiego.

Benché ci sia la consapevolezza che il lavoro rappresenta un obiettivo imprescindibile di qualsivoglia progettualità d'inserimento sociale, a tutt'oggi, pur all'interno dei significativi risultati raggiunti, l'inserimento lavorativo rimane limitato e con una forte impronta assistenzialistica; con percorsi poco evolutivi e scarsa o nulla contrattualità sociale.

Da qui l'esigenza, in questo Piano, di prevedere, a fianco delle esperienze d'integrazione sopracitate, un ulteriore superamento delle forme socio assistenziali verso nuove ipotesi progettuali.

Un concetto a cui far riferimento è quello dell'impresa sociale. In senso lato l'impresa sociale è un lavoro di attivazione di risorse, di sinergie, di trasformazione culturale, di connessione tra mondi di norma separati che, concretamente, avvia l'accesso materiale al mondo del lavoro ed al diritto di cittadinanza;

un'impresa che:

- crei valore sociale aggiunto;
- abbia un carattere imprenditoriale economico, ma anche d'imprenditorialità sociale;
- promuova nuove reti e nuovi rapporti tra soggetti sociali.

D. FORMAZIONE

Si sottolinea la necessità, in questa fase, di interventi strutturali sulle risorse professionali. È indispensabile garantire formazione ed aggiornamento al personale di ciascun profilo professionale, anche della Cooperazione sociale, in modo da promuovere lo sviluppo e la crescita delle competenze necessarie nel contesto specifico dei servizi di salute mentale di comunità. Ciò riguarda sia le competenze professionali di ciascun profilo, declinate in accordo con le evidenze e le pratiche della psichiatria di comunità sia le competenze relative al lavoro di équipe, che le competenze organizzative volte alla migliore gestione ed utilizzazione del sistema dipartimentale.

Ciò comporta una più stringente collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia, Facoltà di Medicina.

E. RICERCA E VALUTAZIONE

Le attività di ricerca relative all'epidemiologia dei disturbi psichici nella popolazione, all'utilizzazione dei servizi di salute mentale, all'efficacia nella pratica di trattamenti specifici ed alla valutazione degli esiti dei sistemi di cura, hanno mostrato importanti potenzialità se svolte nel contesto reale di attività dei servizi di salute mentale. Anche nella nostra regione, nell'ambito della realizzazione del DVSS (Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale), sono stati individuati indicatori di esito delle attività dei servizi psichiatrici e sono stati analizzati i risultati derivanti dall'utilizzo di flussi di dati amministrativi, in particolare relativi alle risposte di ricovero ospedaliero. È necessario dare continuità e sviluppo a tali esperienze per la importante ricaduta valutativa sul lavoro e sulla crescita dei servizi di salute mentale, per la loro rilevante funzione formativa e perché consentono un confronto all'interno della comunità scientifica nazionale ed europea.

F. ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ED ATTIVITÀ DI MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ

Tale area è connessa ad una duplice esigenza.

Da un lato c'è necessità di un perfezionamento delle norme, e di una migliore determinazione delle procedure, nell'ambito delle attività di accreditamento istituzionale.

Questo implica la necessità di sviluppare la definizione dei requisiti ulteriori (di struttura e di processo) per i servizi di salute mentale territoriali ed ospedalieri (pubblici e privati).

Ciò risulta di particolare rilevanza per le strutture residenziali e semiresidenziali, ovvero per quegli ambiti della attività psichiatrica di comunità in cui è più necessario, per il rischio di riprodurre marginalità e separazione, l'attività di verifica dei requisiti di qualità strutturale, assistenziale, di integrazione con i presidi di cura, di inserimento nei contesti sociali.

Su di un altro versante, si tratta di promuovere attività di Miglioramento Continuo di Qualità nei servizi di salute mentale, sia territoriali che ospedalieri, e nelle strutture riabilitative residenziali esemiresidenziali.

Le metodologie dell' "accreditamento tra pari", e l'utilizzazione di Manuali di Qualità, prodotti attraverso sistemi di validazione fondati sul consenso tra professionisti, si prestano a tale scopo.

La partecipazione degli utenti e dei familiari e l'integrazione del loro punto di vista in tali attività valutative e di promozione di qualità, è di centrale importanza.

La adesione ad attività formative in questo campo, e ad attività di visite reciproche, promosse da società scientifiche, dovrà essere favorita da parte dei DSM umbri.

CAPITOLO 9

La Salute delle donne

9. LA SALUTE DELLE DONNE

La promozione del diritto alla salute delle donne, inteso come diritto forte che promuove tutti gli altri diritti, economici e sociali, civili e politici per tutti i cittadini/e, è quindi uno dei temi fondanti per una sanità che ponga attenzione all'equità e alle tante differenze legate al genere che esistono anche nella salute.

Le differenze di 'genere' danneggiano la salute fisica e mentale di un numero incalcolabile di donne, causa della disparità legate alle minori risorse, potere, autorità e controllo (WHO, 2007).

Il 'genere' è una costruzione a più facce.

E' composto dal ruolo sociale, dai comportamenti, da valori e attitudini, da fattori legati all'ambiente sociale oltreché biologici e fisici.

Una delle interessanti conseguenze di questa compresenza di variabili socio-culturali e biologiche è che, sino a pochi anni orsono, l'aspetto biologico era considerato essere il 'predittore' per eccellenza degli outcome di salute (Anderson, 2006).

Non si è valorizzato il fatto che il 'sesso' si correla quasi sempre ad una serie di comportamenti, modelli e stili di vita che producono 'il genere' e che sono per lo più i responsabili dei livelliraggiunti e raggiungibili di salute.

Benché fattori biologici e relativi agli stili di vita giochino un ruolo importante nel determinare le differenze di 'genere' nella salute, la letteratura mostra come, pur aggiustando per tutti i fattori di rischio noti, rimangano delle sostanziali differenze tra uomini e donne quando il solo l'indicatore usato è la mortalità (Wingard, 1984).

In letteratura si ipotizza che la maggior morbosità nel sesso femminile derivi dalla combinazione di stipendi più bassi, molto tempo dedicato alla gestione della casa ed alla cura dei figli e minor tempo dedicato allo svago; alcuni studi (Bird, 1991; Gove, 1979) dimostrano che, quando si controlli per l'effetto delle variabili citate, le differenze tra i sessi in termini di morbosità scompaiono, a differenza di quanto osservato per la mortalità.

Infine, uno studio condotto in Australia (Sayer, 1996) giunge alla conclusione che i differenziali di morbosità, oltre a riflettere differenze biologiche, suggeriscono che la differente percezione del proprio stato di salute, la diversa attitudine alla prevenzione e alla richiesta di aiuto, siano fattori importanti nella storia naturale delle malattie.

Da queste evidenze emerge come il 'genere' sia, quindi, di per sé un determinante chiave della salute (Cohen, 1998).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act a testimonianza di come l'equità sia un principio che si applichi non solo all'accesso ma anche all'appropriatezza della cura, a poter disporre cioè della terapia più consona al singolo genere. Per troppo tempo, infatti, la ricerca in medicina ha lavorato pensando esclusivamente al maschile: i trial sono sempre stati condotti su popolazioni composte prevalentemente da uomini, gli argomenti, i metodi, le successive analisi sono state condotte utilizzando una prospettiva maschile e sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne.

Sempre il WHO nel 2002 ha tracciato un importante rapporto sulla Violenza e sui rapporti con la salute, segnalando come la violenza proprio contro le donne, sia un problema così rilevante da considerarlo un problema di salute pubblica, che richiede quindi un approccio multidisciplinare ed osservando come gli operatori sanitari siano spesso i primi entrare in contatto con le vittime della violenza, e debbano possedere capacità tecniche uniche poiché all'interno della comunità sono in una posizione particolarmente favorevole per aiutare i soggetti a rischio.

E' stata individuata anche in Europa come priorità la raccolta dei dati sulla violenza in ogni paese attraverso specifiche ricerche ed in Italia l'ISTAT nel 2006 ha pubblicato una indagine su 24.000 donne intervistate in tutte le regioni italiane che mostrava la grave diffusione del fenomeno nel nostro paese.

Infatti rivela che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000; che circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner, ma solo il 7% lo denuncia. Il fenomeno pertanto resta sommerso, specie per ciò che avviene nelle mura domestiche. Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite.

Studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali croniche a seguito della violenza, che oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile. Sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastroenterologiche, sui disturbi alimentari, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'OMS alla presenza di patologie mentali e alla depressione, fino al suicidio.

Da non dimenticare che differenze di genere sono presenti tra le numerose migranti che partoriscono in Italia contribuendo ad aumentare il numero dei nati, che nel nostro Paese è altrimenti scarso. Tra i nati delle donne immigrate c'è una significativa maggior percentuale di parto pre-termine, con basso peso alla nascita. Anche la natalità pesa per un 4 per mille rispetto un 3 per mille delle italiane ed inoltre il dato rispetto alla mortalità neonatale precoce, che mostra un 8 per mille rispetto 2 per mille delle italiane, è un elemento preoccupante, che richiede interventi mirati. Una attenzione particolare dovrà pertanto essere posta nello sviluppo della mediazione culturale.

Per la frequenza e la gravità dei problemi di salute correlati alla scarsa attenzione posta alle differenze di genere, pare quindi oggi prioritario sottolineare quanto l'attenzione ai diritti delle donne alla salute sia uno degli strumenti più potenti e diretti per ridurre le disuguaglianze.

Un recente documento del WHO (WHO, 2007) elenca alcune 'azioni essenziali' che, se perseguite, possono contribuire a ridurre tali disuguaglianze.

1. Lavorare sulle dimensioni strutturali delle differenze di genere (leggi, risorse ed infrastrutture, etc), in particolare utilizzare efficacemente lo strumento legislativo per garantire l'uguaglianza di genere anche in situazioni di radicali cambiamenti dal punto di vista economico ed utilizzare l'educazione come strumento per l'empowerment.
2. Sfidare gli stereotipi di genere e adottare strategie multilivello per modificare le pratiche che danneggiano direttamente le donne.
3. Ridurre il rischio sulla salute considerando maggiormente le esposizioni proprie di genere, ma valutando accuratamente anche il contesto socio economico che determina tali esposizioni (politiche per la famiglia, per l'occupazione).
4. Migliorare l'accesso ai servizi sanitari rendendoli più consoni alle esigenze delle donne, in particolare garantendo l'uguaglianza di accesso a parità di bisogno.
5. Aumentare le evidenze sulle differenze di genere attraverso la ricerca, costruendo un set di indicatori 'genere sensibili'.
6. Supportare le organizzazioni che danno voce alle differenze di genere.

Se le azioni essenziali forniscono indubbiamente un punto di riferimento per i singoli Paesi, l'aspetto cruciale è attraverso quali 'attività strategiche' esse vengano perseguite.

Proprio partendo da queste considerazioni e dalle indicazioni del WHO, che derivano dai principi stabiliti dalla conferenza mondiale di Pechino (1995) e quindi dalle indicazioni delle Nazioni Unite con i Millennium Goals del 2000, è stata istituita dal Ministero della Salute nel 2007, una Commissione Nazionale per la Salute delle Donne, formata da più di 80 soggetti di tutte le professionalità, con il compito di analizzare i dati italiani e di dare indicazioni al Ministero e alle Regioni, partendo da una

visione di genere.

E' nato così il "I° Rapporto sullo Stato di Salute delle donne in Italia" dove notevole è il contributo in termini di dati e di bibliografia. (vedi allegato) e di raccolta di Buone Pratiche, per arrivare a dare indicazioni e proposte.

Infatti vengono scelti come temi principali su cui dovranno essere concentrate le azioni da sviluppare:

Il Percorso nascita

La Salute sessuale e riproduttiva

La Salute in tutte le età della vita /la medicina di genere

La Prevenzione dei tumori nelle donne

La Violenza contro le donne

Si evincono pertanto da questo Rapporto Nazionale come indicazioni per il Triennio

Nel PERCORSO NASCITA, ripartendo dalle indicazioni del POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000):

- l'umanizzazione di tutto il percorso con l'adeguamento tecnico e scientifico del personale coinvolto per mantenere criteri di efficacia e di equità con la massima integrazione con i Consultori Familiari nell'organizzazione dipartimentale;
- l'informazione e l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa attraverso corsi di accompagnamento alla nascita;
- la riduzione dei tagli cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello (l'Umbria è sopra la media italiana con 31.4% nel 2004);
- la prevenzione delle situazioni di emergenza ostetrica-neonatologica attraverso la regionalizzazione dell'assistenza perinatale integrata tra i vari livelli e l'attivazione ed organizzazione del Servizio di Trasporto Assistito materno e neonatale con criteri di trasferimento della gravida e neonato;
- il miglioramento del benessere psico-fisico della puerpera e del neonato anche attraverso l'offerta attiva di visite domiciliari;
- la promozione dell'allattamento materno e in particolare dell'allattamento al seno nelle strutture intensive e subintensive neonatali, dove assume il ruolo fondamentale di "Safe Life" con riduzioni significative di quadri patologici e di ricoveri impropri nonché di abbassamento del rischio metabolico nell'età adulta. In riferimento a questo specifico obiettivo vanno create le condizioni ottimali per l'allattamento al seno, con la possibilità per i genitori di accedere nei reparti 24h/24h, e risoluzione degli ostacoli logistici e di organizzazione assistenziale.

Per la SALUTE SESSUALE e RIPRODUTTIVA

- prevenzione delle Interruzioni Volontarie della Gravidanza (IVG) favorendo in vario modo l'ancora scarsa diffusione della contraccezione (anche attraverso la collaborazione con i Medici di Medicina Generale) e politiche attive di prevenzione per le donne immigrate;
- migliore organizzazione dei reparti per l' IVG , attraverso finanziamenti adeguati . Se l'intervento rimane tra i primi DRG (3° nella nostra Regione), i reparti spesso non usufruiscono né di locali né di strumentazione né di operatori legati alle richieste reali, spesso ritardando o impedendo l'accesso all'intervento;
- protezione della fertilità sia attraverso la prevenzione e la terapia delle malattie sessualmente trasmesse sia attraverso l'informazione e la formazione, utilizzando i fondi già previsti nella legge 40/04.

Per la SALUTE in TUTTE le FASI della VITA

- porre una attenzione particolare alla Medicina di Genere con il sostegno e la promozione della ricerca e della formazione che tengano sempre conto della variabile "essere donna" in ogni ambito della salute;
- costruire un set di indicatori 'genere sensibili' e servizi capaci di ascolto;
- supportare le organizzazioni che danno voce alle differenze di genere.

Per la PREVENZIONE dei TUMORI nelle DONNE

- mantenere alta la vigilanza rispetto ai tumori del polmone, del colon retto e della cute che stanno crescendo tra le donne, favorendo corretti stili di vita sia rispetto all'uso di alcool che del tabacco che delle abitudini alimentari e dell'esposizione agli UVA;
- integrare con i nuovi programmi di prevenzione primaria ed aumentare il livello di risposta alle chiamate attive per la prevenzione secondaria attuata con gli screening per Ca cervicale oltre che per la mammella.

Per la VIOLENZA contro le DONNE

Poiché la violenza (fisica, sessuale, psicologica ed economica) contro le donne è un problema complesso e diffuso, ma non abbastanza individuato ed espresso.

Si propone :

- piano di formazione regionale, rivolto non solo ad operatori sanitari dell'emergenza ma anche alle forze di polizia, servizi sociali, istituzioni giuridiche;
- apertura di almeno uno sportello regionale con personale formato nei Pronto Soccorsi, legato ad un Centro antiviolenza e sportelli anche nei Consultori Familiari;
- raccolta omogenea dei dati (DRG a livello nazionale) e raccolta delle prove adeguate per fase giudiziaria.

A questi obiettivi già individuati a livello nazionale, partendo da ciò che è stato possibile evidenziare dalle informazioni raccolte, è necessario specificare nella attuale situazione regionale, in particolare per quanto riguarda i servizi territoriali ed i collegamenti con tutti i successivi livelli, le seguenti:

AZIONI individuate per il triennio

Azioni specifiche contro la VIOLENZA sulle DONNE

Per rispondere ad una problematica estremamente complessa, è opportuno realizzare interventi articolati ed integrati, che coinvolgano le strutture socio- sanitarie, gli enti istituzionali, l'autorità giudiziaria, le forze dell'ordine e la rete del volontariato.

E' necessario pertanto prevedere:

- sensibilizzazione di tutti gli operatori socio sanitari affinché imparino a identificare segnali anche minimi che identifichino situazioni di violenza;
- attivazione di punti di accoglienza 24h/24h qualificati, almeno a livello provinciale, che sappiano ascoltare ed accogliere le vittime in modo empatico e che garantiscono un ambulatorio dedicato, assicurino la privacy e la mediazione culturale, un kit adeguato, l'attivazione di procedure giuridiche e le prestazioni di varie figure professionali, preferibilmente donne;
- costruzione di protocolli interaziendali per l'attivazione di sistemi di rete interistituzionale in grado di accogliere le vittime della violenza e permettere loro l'allontanamento dai luoghi della violenza (collegamento con rete nazionale antiviolenza);
- attivazione di un sistema informativo per la raccolta ed il monitoraggio dei dati in collegamento con quelli della Questura e del Telefono Donna;
- messa a punto di una campagna d'informazione in collaborazione con il CPO regionale, gli assessorati ed i Comitati per le Pari Opportunità .

Piano di priorità organizzative

- ribadire l'importanza, ai fini del governo clinico, che i Servizi Consultoriali afferiscono al Dipartimento Materno Infantile;
- rivedere gli assetti organizzativi e le piante organiche dei Consultori familiari, sia come numero di operatori in relazione alla popolazione di riferimento, che come articolazione di professionalità dedicate (assistente sociale, psicologa, ginecologa, ostetrica, mediatrice culturale);
- prevedere strumentazione ecografia (eco I° livello) all'interno dei Servizi Consultoriali al fine di garantire una reale accessibilità alle utenti, in collegamento con i II livelli;
- mantenere e sviluppare gli screening per i carcinomi mammella e cervice uterina, tramite la collaborazione con la rete dei Servizi e del privato sociale, migliorare e diffondere le esperienze di aiuto all'adozione di nuovi stili di vita per la prevenzione degli altri tumori in aumento (polmone, colon retto);
- ribadire l'importanza di portare a termine nelle ASL accordi di programma con i Comuni per le aree a forte integrazione socio-sanitaria che riguardano il materno infantile (mediazione familiare, sostegno alla maternità e paternità responsabile, violenza).

Sistemi operativi professionali

- revisione ed aggiornamento delle "Linee guida Regionali per la gravidanza fisiologica" DGR n. 308 del 28.01.97;
- definizione di un progetto regionale per la riduzione dei tagli cesarei con adozione di linee guida specifiche;
- definizione di un programma regionale per l'assistenza perinatologica integrata tra i vari livelli e l'attivazione ed organizzazione del servizio di trasporto assistito materno e neonatale con criteri di trasferimento della gravida e neonato;
- definizione di linee guida e protocolli in merito all'IVG e strategie di prevenzione (es. IUD post-IVG per recidive) e all'aborto medico;
- definizione di un "Protocollo regionale per la gestione delle donne vittime di violenza" in collegamento con tutti i progetti regionali in atto;
- definizione di Linee guida per la Contraccezione (comprensiva di quella d'emergenza) con riferimento anche ad esenzioni e obiezioni di coscienza;
- definizione di un nuovo Piano per la Promozione dell'allattamento materno.

Formazione

- formazione integrata tra operatori ospedalieri e consultoriali al fine di condividere linee guida e protocolli per la gravidanza ed il parto fisiologici e formazione condivisa con i Medici di Medicina generale sulla Contraccezione;
- formazione specifica negli Ospedali per l'implementazione di linee guida per una riduzione dei tagli cesarei;
- formazione degli operatori (non dedicati) dei servizi di primo impatto (P.S., Ost./Gin. e Consultori) e dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta sulla Violenza contro le donne.

CAPITOLO **10**

La Riabilitazione

10. LA RIABILITAZIONE

Il termine riabilitazione è un termine generale per definire l'insieme di processi interventi finalizzati ad ottenere il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità residue e il miglioramento della partecipazione.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, psicologico, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia.

10.1 LA RIABILITAZIONE IN ETÀ ADULTA

La riabilitazione come strumento per migliorare la disabilità e promuovere l'autosufficienza

La riabilitazione rappresenta un processo che agisce sul miglioramento dell'autonomia della persona attraverso specifici programmi capaci di intervenire sulle componenti che la condizionano. La valutazione riabilitativa stabilisce, sulla base delle caratteristiche anagrafico-cliniche e del tipo e complessità della disabilità, il suo grado di modificabilità nel tempo. L'intervento riabilitativo va graduato in base alla prognosi riabilitativa ed alle caratteristiche e complessità della disabilità. Su questa base viene impostato l'intero percorso riabilitativo che viene nel tempo rivalutato, aggiornato ed eventualmente modificato in base al grado di raggiungimento degli obiettivi.

In definitiva l'intervento riabilitativo è un processo finalizzato al miglioramento dell'autonomia.

Lo sviluppo della riabilitazione in Umbria passa attraverso le seguenti idee-guida:

- Riabilitazione come medicina della disabilità. L'intervento sanitario sulla disabilità è tipicamente riabilitativo ed agisce a livello fisico, cognitivo, emozionale ed ambientale allo scopo di fornire la massima autonomia e la miglior qualità della vita;
- Equità di accesso alle prestazioni. E' necessario che ogni cittadino possa avere uguale possibilità di accesso alle cure riabilitative a seconda della gravità della propria disabilità, della sua modificabilità e del setting più appropriato;
- Intervento multidisciplinare. Coinvolge un team fatto dal medico fisiatra o specialista competente in riabilitazione, responsabile del progetto, dal fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale responsabili dei programmi riabilitativi e dal personale infermieristico e OSS;
- Intervento di qualità. La qualità dell'intervento deve essere garantita con la precocità, l'adeguata intensità e l'appropriatezza dell'intervento.

Passare dalla valutazione delle prestazioni alla valutazione dell'esito

La nuova classificazione sullo stato di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) introducendo un innovativo concetto di disabilità¹² supporta l'importanza della valutazione dell'outcome in medicina.

La valutazione dell'outcome in riabilitazione è stato uno dei temi sviluppati nel DVSS¹³ attraverso un'analisi degli strumenti disponibili e la messa a punto, con relativa sperimentazione, di uno specifico sistema di valutazione dell'outcome. Più in generale l'outcome research ha ampiamente dimostrato quali

elementi di provata efficacia dell'attività di riabilitazione, la precocità, i livelli d'intensità dell'intervento e la multidisciplinarietà.

Azioni:

1. implementare un sistema di raccolta dati basata sull'outcome;
2. diffondere l'applicazione dell'icf come linguaggio da usare nello stilare i progetti riabilitativi, i piani socio-sanitari e socio assistenziali.

Consolidare la rete riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera

Attualmente le strutture riabilitative e di lungodegenza della regione sono insufficienti generando piani di dimissione inappropriati dai reparti per acuti e talvolta un prolungamento eccessivo della degenza. La carenza di strutture riabilitative produce un carico assistenziale ed economico per le famiglie sia a livello domiciliare che residenziale di difficile sostenibilità.

Gli approfondimenti dell'analisi campionaria condotta nell'ambito della ricerca del DVSS¹⁴ hanno chiaramente dimostrato questo fenomeno valutando i tempi di attesa per avere una adeguata collocazione riabilitativa. Oltre al potenziamento è necessario che le strutture siano tra loro messe in rete per garantire la continuità del percorso terapeutico-riabilitativo e assistenziale.

Nel triennio per sostanziare questa rete riabilitativa va applicato un modello che identifichi con puntualità le funzioni del Dipartimento di riabilitazione stabilendo con chiarezza il suo mandato e le relazioni con le direzioni ospedaliere e di distretto. Inoltre occorre omogeneizzare, su scala regionale, le tipologie di professionalità che intervengono nel processo riabilitativo. Occorre inoltre attivare l'informatizzazione strutturata dell'intera rete riabilitativa in modo da poter attuare il monitoraggio delle attività.

La rete riabilitativa è articolata in un sistema ospedaliero e uno extraospedaliero.

La riabilitazione ospedaliera

Lo scenario di prospettiva è quello di una riabilitazione ospedaliera caratterizzata da un intervento precoce in tutte le forme di disabilità nei reparti per acuti e in un passaggio precoce, laddove appropriato, nei reparti di riabilitazione ospedaliera.

La riabilitazione ospedaliera deve sviluppare una presa in carico riabilitativa precoce, appropriata ed intensiva per garantire l'appropriatezza della presa in carico migliorare il turnover dei reparti per acuti.

Attualmente esiste una disomogeneità tra le strutture ospedaliere che operano secondo standard di struttura e di personale diversi, e per quanto riguarda le procedure riabilitative, le tipologie e la gravità di disabilità ed i percorsi riabilitativi.

La situazione della riabilitazione ospedaliera in Umbria alla fine del triennio di validità del Piano Sanitario 2003-2005 rappresenta una disomogeneità di dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione residente (da 0,11 a 0,43 posti letto per 1000 abitanti, a seconda delle aziende sanitarie).

Analizzando la casistica dei ricoveri in riabilitazione nell'anno 2006 si osserva che il 41% dei ricoveri è rivolto mediamente a cittadini residenti nel territorio della stessa Azienda con una differenza notevole

¹² Definito dall'OMS nel 1980 nella classificazione ICIDH, di cui ICF (2001) è l'evoluzione

¹³ "Valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria in Umbria" Vol. B - Parte 3 – Risultati e Misurazioni di esito cap. 8 Outcome dei servizi di riabilitazione p. 375 e seg.

¹⁴ "Valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria in Umbria" Vol. B - Parte 3 – Risultati e Misurazioni di esito cap. 8 Outcome dei servizi di riabilitazione p. 375 e seg.

tra le quattro aziende USL (62% dei residenti trattati dalla azienda USL 3 e 19% dei residenti trattati dalla azienda USL 4).

Riferimenti normativi nazionali¹⁵ e internazionali definiscono il numero massimo di posti letto ospedalieri di riabilitazione compresi tra lo 0,5‰ e lo 0,7‰. Nel triennio va raggiunto lo 0,5‰.

Al 1 gennaio 2006 la situazione dei posti letto riabilitativi in Umbria si assesta su un dato medio del 0,23 x 1000 abitanti con un range da 0,43 x 1000 (ASL1) a 0,11 x 1000 ASL 4.

La riabilitazione ospedaliera è articolata secondo la seguente codifica:

- Cod. 28 per l'Unità Spinale Unipolare: dedicata a persone con lesione midollare;
- Cod. 75 per la Neuroriabilitazione: dedicata a persone con grave cerebro lesione acquisita di origine traumatica e non traumatica;
- Cod. 56 per la Riabilitazione Ospedaliera Intensiva: dedicata alle patologie che richiedono un intervento riabilitativo intensivo multidisciplinare (almeno 3 ore al giorno);
- Cod. 60 per la Riabilitazione Ospedaliera Estensiva: dedicata alle persone che non tollerano una riabilitazione intensiva o dove il trattamento intensivo è controindicato.

Il day hospital riabilitativo, che afferisce ad un'Unità Operativa di riabilitazione intensiva ospedaliera, rappresenta un nodo essenziale della rete riabilitativa.

Nel caso del reparto per acuti delle Aziende Ospedaliere si prevede l'istituzione di uno specifico servizio di riabilitazione che ha lo scopo di intervenire in modo multidisciplinare nello stilare il progetto riabilitativo in acuto nei vari reparti. Per gli ospedali territoriali il progetto riabilitativo è lequipe del Polo di Riabilitazione Territoriale di riferimento. Ove non presente l'equipe multidisciplinare nell'azienda ospedaliera potrà essere prevista la continuità del percorso riabilitativo tramite gli operatori del territorio.

Azioni:

1. Strutturare uno specifico servizio di riabilitazione nelle Aziende Ospedaliere;
2. Aumentare il numero dei posti letto di riabilitazione uniformandone la dotazione nel territorio regionale;
3. Applicare gli standard organizzativi, strutturali e di qualità della riabilitazione ospedaliera in base alle indicazioni regionali.

La riabilitazione extraospedaliera

La riabilitazione extraospedaliera è articolata in attività ambulatoriale, domiciliare e residenziale specifica. Essa svolge anche una attività di supporto nelle RSA e nelle residenze disabili (RD).

L'attività territoriale assume un'importanza strategica garantendo una continuità del processo riabilitativo iniziato in ospedale. Per questo occorre prevedere uno specifico potenziamento con aumento di posti letto extraospedalieri che si accompagni allo sviluppo della rete ospedaliera.

La riabilitazione extraospedaliera di tipo territoriale si articola nell'attività dei poli di riabilitazione territoriale (PRT) organizzati in specifici nuclei multidisciplinari all'interno dei principali centri di salute. Essi effettuano interventi ambulatoriali e domiciliari. La riabilitazione extraospedaliera viene ricollocata all'interno delle residenze disabili con specifico valore riabilitativo.

Le strutture residenziali si caratterizzano per il differente peso che assume l'intervento riabilitativo rispetto a quello assistenziale.

¹⁵ Come recita la Legge 405/2001, art. 3, c. 4, "le regioni adottano lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie".

Azioni:

1. Identificare un modello di valutazione dei servizi erogati;
2. Applicare gli standard strutturali e organizzativi delle strutture residenziali e semi-residenziali in base alle indicazioni regionali;
3. Riqualificare le attività ambulatoriali e le cure domiciliari e tutelari.

Garantire la continuità assistenziale

I percorsi assistenziali

La Delibera della Giunta Regionale 1985/2006 relativa ai "percorsi assistenziali tra i reparti per acuti della rete ospedaliera regionale e strutture riabilitative" garantisce l'appropriatezza della dimissione nei pazienti che necessitano di un percorso riabilitativo.

L'attuazione della delibera prevede l'attivazione almeno 48/72 ore dall'ingresso in ogni reparto ospedaliero un'unità di valutazione riabilitativa (UVR) propria, che ha lo scopo di definire il percorso riabilitativo e socio-assistenziale più idoneo. La delibera inoltre ribadisce la necessità di dotarsi di strumenti uniformi per la misurazione della disabilità e di adeguare il personale alla pratica di tale modalità di lavoro.

Azioni:

1. Attivare le UVR nelle Aziende Ospedaliere e nei Presidi Ospedalieri (DGR 1985/2006);
2. Utilizzare su tutto il territorio regionale di una unica scheda di Progetto Riabilitativo individuale elaborata in equipe multidisciplinare;
3. Garantire la disponibilità di trattamento nei vari setting di riabilitazione per permettere dimissioni precoci dai reparti per acuti.

Integrare l'assistenza protesica nei progetti riabilitativi

L'assistenza protesica assume una particolare rilevanza sanitaria e sociale nel contesto epidemiologico riveniente dall'invecchiamento della popolazione.

L'entità delle risorse impegnate, così come si evince dall'ultimo monitoraggio regionale della spesa relativo all'anno 2007, l'ampia platea di riferimento, l'attenzione rivolta a tale settore di intervento dalla normativa nazionale (legge finanziaria 2008, nuovi LEA) ivi compreso il monitoraggio della spesa inducono a ribadire che l'assistenza protesica debba sempre di più corrispondere a criteri di :

- appropriatezza correlata al progetto riabilitativo / assistenziale;
- equità correlata a pari modalità di accesso in ambito regionale;
- trasparenza correlata alle modalità di individuazione degli erogatori.

Tali considerazioni hanno rappresentato il filo conduttore dell'azione regionale in materia che si è estrinsecata in una serie di atti di coordinamento (DGR n. 790/2005, n. 321/2006, n. 648/2006, n. 679/2006, n. 777/2007 e la n. 657/2008) la cui attuazione deve essere costantemente monitorata.

La Regione ha inoltre predisposto un elenco regionale di medici specialisti prescrittori autorizzatori per garantire l'appropriatezza delle prescrizioni.

Per questo motivo diventa indispensabile che ogni ASL si doti di una struttura di riferimento per l'assistenza protesica, superando eventuali parcellizzazioni presenti, che sia punto di riferimento per una gestione unitaria all'interno delle Aziende Sanitarie e punto di riferimento per un coordinamento regionale professionale e tecnico, non gestionale, fra le Aziende medesime.

Il Centro Ausili, di cui dovrà dotarsi ogni azienda USL rappresenta un centro di informazione e consulenza finalizzato ad indirizzare utenti, famiglie ed operatori sanitari verso la conoscenza, la scelta e l'utilizzo degli ausili promuovendo nello stesso tempo adattamenti ambientali e culturali per favorire la persona disabile nel raggiungimento della migliore attività e partecipazione possibile compatibile con il grado della propria menomazione.

Nell'ambito dei rapporti con l'Università degli Studi di Perugia va richiesto l'inserimento di un insegnamento specifico riguardante ausili e protesi sia nell'ambito della Scuola di Specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitazione che nella Scuola per Fisioterapisti.

L'informatizzazione del Servizio Ausili e Protesi va resa omogenea sul territorio regionale integrando il flusso dati con il Sistema Informativo Integrato Regionale e con i Servizi Informativi Aziendali.

Azioni:

1. Attuare la DGR n. 777/2007 "Revisione DGR n. 333/2003. Documento vincolante sulla strutturazione dei percorsi prescrittivi ausili e protesi";
2. Richiedere l'inserimento di insegnamento specifico nelle Scuole di specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitazione e nei corsi di laurea di Fisioterapia e Logopedia;
3. Realizzare l'informatizzazione dei Servizi di assistenza protesica e dei Centri ausili.

Rafforzare il Dipartimento a garanzia della rete dell'intervento

Il Dipartimento di riabilitazione rappresenta l'elemento fondamentale per garantire il funzionamento della rete riabilitativa. Si connota come momento di coordinamento dell'attività di riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera con una strutturazione trasmurale. Il Dipartimento, funzionale per la parte territoriale e gestionale per la parte ospedaliera, deve avere le caratteristiche per garantire il funzionamento della rete riabilitativa ponendosi a tutela dell'appropriatezza dell'intervento riabilitativo, dell'ottimizzazione delle risorse e della qualità del servizio. Va quindi attivato in tutte le aziende territoriali e in quelle ospedaliere anche in forma interaziendale.

Azioni:

1. Istituire il Dipartimento di riabilitazione in tutte le aziende definendone i rapporti con le direzioni ospedaliere e di distretto;
2. Implementare il Governo Clinico nel Dipartimento di riabilitazione;
3. Garantire la continuità del percorso assistenziale per ottenere un intervento più efficace nel favorire il recupero dell'autonomia;
4. Affidare al Dipartimento l'applicazione del sistema di valutazione e monitoraggio dell'outcome.

Modello organizzativo della riabilitazione rivolta alla disabilità conseguente a specifiche patologie

La disabilità, secondo la classificazione ICF è un termine ombrello che riguarda la persona nel suo complesso ed è conseguente ad una serie di patologie, spesso multiple che limitano lo stato di salute della persona. Da questo punto di vista l'intervento riabilitativo non può essere frazionato in singoli interventi d'organo o apparato. Possono esistere comunque delle competenze specifiche di specialisti dedicati alla riabilitazione che determina peculiarità dell'intervento riabilitativo in specifiche aree.

Disabilità conseguente a patologie del sistema cardiovascolare

La cardiologia riabilitativa è riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente

cardiopatico in fase post-acuta o cronica ed in particolare costituisce il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata a lungo termine.

Le analisi economiche ed la letteratura sull'argomento suggeriscono che la cardiologia riabilitativa rappresenta un intervento costo-efficace almeno sovrapponibile ad altri interventi terapeutici come la cura dell'ipertensione, delle dislipidemie, dell'infarto miocardio acuto (trombolisi ed angioplastica).

I modelli organizzativi della cardiologia riabilitativa che si rifanno alla Classificazione dell'OMS si articolano in tre livelli e in Italia si sono sviluppati, in coerenza con le Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione¹⁶ e con il supporto delle Linee Guida delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali¹⁷ nel modo seguente:

- CR Intensiva in regime degenziale;
- CR Intensiva in regime di day hospital;
- CR Estensiva.

Da un recente censimento risulta che i centri attivi al 2007 in Umbria sono tutti strutturati a modello ambulatoriale e non vi sono al momento reparti dotati di posti letto per cardiologia riabilitativa.

Le principali e crescenti indicazioni alla riabilitazione cardiologica degenziale sono attualmente costituite da patologia post-cardio-chirurgica e da scompenso cardiaco¹⁸ per il 90% dei casi¹⁹. Altre indicazioni emergenti sono costituite da pazienti post-infartuati o sottoposti a procedure di rivascolarizzazione interventistica (il 20% di questi può avere potenziale necessità di riabilitazione in degenza) e da pazienti candidati o sottoposti a trapianto o impianto di cuore artificiale.

Il modello ambulatoriale della riabilitazione cardiologica consente, oltre all'intervento riabilitativo in post-acuzie, la presa in carico dei pazienti cronici, l'attuazione di strategie specifiche di Prevenzione Primaria e Secondaria, la gestione di qualificata attività diagnostica. Una razionale distribuzione del modello ambulatoriale sul territorio permette ai residenti eleggibili per questo tipo di riabilitazione di usufruire dell'intervento riabilitativo senza disagi e spostamenti.

Il modello degenziale, al momento assente in Umbria, si rende particolarmente necessario nel contesto regionale per decongestionare le cardiologie e le cardiocirurgie ospedaliere oltre che per assolvere al compito precipuo di offrire un servizio specifico costo-efficace.

La carenza di strutture riabilitative degenziali ha fin qui portato ad un incremento della mobilità passiva extraregionale o all'interruzione dei percorsi riabilitativi.

Il numero di posti letto per le necessità regionali viene computato in base alla epidemiologia delle malattie cardiovascolari ed in base all'attività delle cardiocirurgie di Perugia e Terni, i principali potenziali fruitori della cardiologia riabilitativa.

Azioni

- Istituzione di Unità di Cardiologia Riabilitativa dotata di maggior complessità organizzativa e di maggior numero di posti letto nelle città di Perugia e Terni e all'interno dell'Aziende Sanitarie Locali n.2 e n. 4;
- Istituzione di un numero più limitato di posti letto in aree non limitrofe alle cardiocirurgie ed di utilità per i residenti di quelle zone, da realizzarsi in aree territoriali diverse presso strutture ospedaliere dotate dei necessari requisiti;

¹⁶ *idem nota* ³.

¹⁷ Le indicazioni alla CR intensiva degenziale ed alla CR intensiva ambulatoriale ed i rispettivi standard sono descritti in maniera specifica e dettagliata nel documento Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari pubblicate sul sito Programma Nazionale Istituto Superiore di Sanità Dicembre 2005.

¹⁸ Secondo le Linee Guida nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari pubblicate sul sito Programma Nazionale Istituto Superiore di Sanità.

¹⁹ Secondo le stime del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa.

- Le U.O. di Cardiologia che svolgono attività di riabilitazione cardiologica e le U.O. di Cardiologia riabilitativa afferiscono ai Dipartimenti di Malattie Cardiovascolari e laddove assenti in quelli di Medicina. Funzionalmente afferiscono anche ai Dipartimenti di Riabilitazione con i quali condividono filosofie di impostazione e obiettivi. Per le Unità di Cardiologia riabilitativa di Perugia e Terni va previsto, ai fini di una più razionale collaborazione interaziendale, una partecipazione ad attività dipartimentale trasmurale.

Disabilità conseguente patologie neurologiche

Nelle Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione²⁰ per due tipologie specifiche è stato ritenuto necessario indicare un intervento di alta specializzazione articolato nei codici 75, per le gravi cerebro lesioni acquisite, e 28 per le lesioni spinali.

Oltre a questo tutta una serie di altre patologie richiede l'intervento come: ictus, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, polineuropatie, miopatie, neoplasie, infezioni del sistema nervoso centrale, malattie degenerative (Sclerosi Laterale Amiotrofica, miopatie ...) ecc...

L'ictus cerebrale è la principale causa di invalidità nel mondo occidentale è la più frequente patologia trattata in riabilitazione neurologica. Con una popolazione di 867.878 abitanti al 1 gennaio 2006, sono prevedibili in Umbria circa 2200 nuovi casi all'anno, il 25-50% dei quali presenteranno una disabilità permanente che necessita di riabilitazione. Sono disponibili evidenze scientifiche che indicano che il trattamento riabilitativo è ormai considerato efficace nel ridurre la disabilità post-ictale. L'efficacia della riabilitazione è legata al tipo di setting considerato²¹, alla presa in carico da parte di un'équipe multidisciplinare²², alla precocità²³ e all'intensità del trattamento²⁴.

Nell'area del perugino è prevedibile un'incidenza di oltre 300 casi/anno di ictus cerebrale che necessitano di riabilitazione intensiva che potrà essere svolta in regime di ricovero anche nelle strutture della provincia. Molti di questi pazienti risiedono nella città di Perugia e presentano un'indicazione al trattamento riabilitativo intensivo anche in regime di Day Hospital sia in diretta continuità rispetto all'ospedale per acutiche in continuità con il ricovero riabilitativo per cui è ragionevole pensare allo sviluppo di questo tipo di strutture.

La sclerosi multipla ha una prevalenza in Umbria di circa 600 casi, probabilmente sottostimata, in particolare per le persone con disabilità minimale o assente. E' universalmente riconosciuto che questa tipologia di disabilità necessita di un costante monitoraggio e intervento riabilitativo. Tutta la rete riabilitativa deve contribuire a tale supporto.

Oltre a questo tutta una serie di altre patologie richiede l'intervento come: morbo di Parkinson, polineuropatie, miopatie, neoplasie, infezioni del sistema nervoso centrale, malattie degenerative (Sclerosi Laterale Amiotrofica, miopatie, ecc).

Azioni:

1. Sostenere i percorsi di continuità assistenziale nelle strutture di alta specializzazione a valenza regionale ed extraregionale;
2. Aumentare i posti letto di riabilitazione intensiva sia in degenza continuativa che in ospedale diurno;
3. Implementare linee guida dei percorsi riabilitativi delle persone con sclerosi multipla;
4. Individuare e implementare i criteri di appropriatezza di intervento per le malattie degenerative.

²⁰ *idem nota*³

²¹ Gladman JR et al. 1994

²² Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001

²³ Paolucci S. et al, 2000

²⁴ Kwakkel G. et al. 2004

Disabilità conseguente a patologia oncologica

I dati epidemiologici più recenti indicano che in Italia 1 persona ogni 3-4, nel corso della propria vita, va incontro ad un tumore.

L'aspettativa di vita è migliorata in questo gruppo di pazienti e l'intervento riabilitativo acquisisce un valore sempre crescente.

L'obiettivo è pertanto la strutturazione di percorsi integrati tra i servizi ospedalieri e i poli di riabilitazione territoriale per la presa in carico riabilitativa del paziente oncologico.

Il Dipartimento di Riabilitazione si pone a garanzia della rete di intervento sviluppando protocolli anche in collaborazione con le associazioni e le strutture del volontariato.

Le sedi principali dove la persona con malattia oncologica può usufruire di trattamento riabilitativo sono:

- Degenza per acuti;
- Degenza riabilitativa;
- Strutture ambulatoriali;
- Cure domiciliari;
- Hospices;
- RSA.

I Dipartimenti di Riabilitazione Aziendali si coordinano con i dipartimenti di oncologia aziendale e con il Centro di riferimento oncologico interaziendale della Regione Umbria per sviluppare i protocolli e i percorsi di cura regionali.

Il processo di cura della persona con neoplasia ha necessità di mantenere l'autonomia in rapporto alla prognosi e allo stadio della malattia per cui il progetto riabilitativo necessita del contributo delle varie professionalità.

PROBLEMI SPECIFICI

La patologia mammaria

I tumori della mammella costituiscono un esempio significativo e di grande rilievo della necessità di una pianificazione a lungo termine della riabilitazione in senso ampio tenendo conto delle implicazioni emotive, fisiche e sociali che tale malattia implica in un numero crescente di donne che affrontano chirurgia, chemio, radioterapia e ormonoterapia per lunghi anni con l'obiettivo di guarire o di sopravvivere a lungo e che quindi devono essere sostenute per ottenere la miglior qualità di vita possibile.

La riabilitazione deve essere applicata precocemente e deve monitorizzare l'andamento a lungo termine problemi che implicano gravi limitazioni fisiche e funzionali, come il linfedema del braccio, o sindrome del braccio grasso, la rigidità della spalla, i problemi posturali ed il conseguente dolore cronico, le lesioni dei nervi intercostali e toracici, l'aumento di peso spesso assai rilevante, conseguenza della chemiormonoterapia.

L'azione coordinata di un team multidisciplinare e multiprofessionale è fondamentale al supporto di tali problematiche.

Trattamento delle stomie

Spesso la chirurgia delle neoplasie intestinali e urologiche comporta di necessità il confezionamento di stomie temporanee definitive che costituiscono uno stravolgimento complesso e grave dell'integrità fisica individuale e che va affrontato con competenze tecniche specialistiche ed adeguato supporto psicologico, con la determinante integrazione di numerose figure professionali, medici, infermieri, fisioterapisti e psicologi.

Azioni:

1. Integrare i percorsi per la riabilitazione oncologica sostenuti dalle associazioni ed il dipartimento di riabilitazione;
2. Realizzare una rete tra i diversi poli oncologici e le struttura riabilitative territoriali ospedaliere ed extraospedaliere;
3. Definire i criteri di appropriatezza di intervento nelle varie condizioni e stadi clinici oncologici;
4. Omogeneizzare le attività tramite utilizzo degli stessi strumenti di lavoro per la valutazione riabilitativa, della prognosi funzionale e degli esiti;
5. Sviluppare in ogni azienda specifiche attività di riabilitazione per problemi specifici come la neoplasia mammaria e le stomie.

Disabilità conseguente patologie ortopediche

L'attività Ortopedica-Traumatologica nella Regione Umbria si caratterizza per le evidenze che seguono:

- aumento costante del numero dei traumatizzati che necessitano di trattamento ortopedico in regime di ricovero;
- incremento dei traumi ad alta energia e dei politraumatizzati, che spesso necessitano di periodi prolungati di ospedalizzazione;
- incremento della traumatologia geriatrica specie delle fratture prossimali di femore, che necessitano del trattamento chirurgico, soprattutto a causa dell'aumento dell'età media della popolazione;
- percorso terapeutico, soprattutto negli anziani, spesso esteso per problematiche internistiche pre-esistenti o concomitanti, che richiedono una gestione multidisciplinare, con frequente prolungata ospedalizzazione sia nel pre che nel post operatorio;
- frequente necessità di utilizzare per il ricovero dei traumatizzati acuti i posti-letto nel reparto di ortopedia programmata, con conseguente allungamento e difficoltà gestionale delle liste di attesa per interventi chirurgici ortopedici programmati;
- difficoltà di collocazione di questo gruppo di pazienti (specie traumatizzati anziani) nei centri di riabilitazione territoriali, per insufficienza di posti letto dedicati.

In dati dei ricoveri nella Clinica Ortopedica di Perugia per l'anno 2007 evidenziano:

1. 1.572 interventi chirurgici per traumatologia acuta (fratture prossimali di femore in età geriatrica);
2. 485 interventi chirurgici di ortopedia programmata - protesi (anca, ginocchio e spalla).

Per affrontare il problema della riabilitazione ortopedica nel territorio regionale è necessario aumentare la disponibilità di posti letto di riabilitazione, soprattutto estensiva, attualmente insufficienti. L'obiettivo è di assicurare una continuità dei programmi riabilitativi sia a livello ospedaliero, che ambulatoriale che domiciliare. Tenuto conto che attualmente la traumatologia geriatrica rappresenta una delle maggiori problematiche si ipotizza la strutturazione di alcuni moduli dedicati.

Azioni:

1. garantire la continuità terapeutica realizzando percorsi assistenziali condivisi con tutte le strutture riabilitative appartenenti alla rete regionale con l'obiettivo di garantire l'accesso dei pazienti in centri riabilitativi dedicati;
2. garantire setting di trattamento riabilitativo intensivo/estensivo a seconda della patologia che lo determina;
3. razionalizzazione i posti disponibili per i traumatizzati acuti attraverso la riduzione dei tempi di ricovero nell'ospedale per acuti;

4. Un intervento riabilitativo precoce e la conseguente riduzione dei tempi di attesa per interventi chirurgici di ortopedia programmata, in particolare la chirurgia protesica, potrebbe essere raggiunta attraverso:
- a) programmi gestionali avanzati a livello regionale che prevedano la creazione di moduli dedicati negli Ospedali del territorio;
 - b) integrazione tra il pubblico ed il privato, che preveda tra l'altro la creazione di un osservatorio sanitario regionale con linee guida comuni, stilate ed aggiornate sulla base di precisi criteri scientifici, sia dal punto di vista delle indicazioni che del management delle patologie ortopediche.

Disabilità conseguente a patologia respiratoria

Nella nostra Regione attualmente vi sono solamente due servizi dedicati alla riabilitazione respiratoria:

- Il servizio di riabilitazione respiratoria presso la Unità Operativa Complessa di Pneumologia dello spedale di Foligno;
- Il polo di riabilitazione respiratoria territoriale presso il Distretto del Perugino dell'Azienda USL n 2/ Azienda Ospedaliera di Perugia.

Queste strutture sono dotate di un medico responsabile e di personale tecnico della riabilitazione dedicato, nonché di strumentazione specifica.

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia vengono effettuati interventi di riabilitazione respiratoria nei reparti per acuti da parte dei fisioterapisti dell'Azienda. La riabilitazione respiratoria nell'Azienda ospedaliera di Terni viene effettuata da personale del servizio di riabilitazione aziendale all'interno della generale attività riabilitativa dell'ospedale. Negli altri poli di riabilitazione territoriale dell'Azienda USL 2 non esiste attività strutturata di riabilitazione respiratoria. Allo stesso modo non viene effettuata attività strutturata di riabilitazione respiratoria nelle altre Aziende sanitarie.

I servizi di riabilitazione respiratoria devono avere collocazione sia all'interno degli ospedali che nel territorio.

I programmi di riabilitazione respiratoria possono essere effettuati nei reparti per acuti ed in reparti dedicati alla riabilitazione (day hospital riabilitativo e degenza continua dedicata). Nei reparti per acuti (pneumologia - UTIR²⁵) devono essere presenti fisioterapisti dedicati. La riabilitazione respiratoria in degenza continua è parimenti indicata per i pazienti più complessi ma che per gravità clinica non sono in grado di sopportare il trasporto da e per il proprio domicilio.

Si propone pertanto il seguente schema organizzativo:

- Fase acuta: nella fase acuta si ravvede la necessità di istituire unità posti letto di riabilitazione respiratoria in acuto nella pneumologia-UTIR: 4 per ogni modulo di 20 posti letto. In tale unità il trattamento pneumologico in acuzie si accompagna ad un intervento di riabilitazione respiratoria individuale finalizzato alla stabilizzazione clinica del paziente ed al contenimento dei danni legati all'immobilità. La suddetta unità deve essere dotata di personale della riabilitazione dedicato.
- Degenza riabilitativa respiratoria (cod. 56): si caratterizza per una presa in carico riabilitativa respiratoria intensiva rivolta a pazienti provenienti dal reparto di pneumologia-UTIR dopo la stabilizzazione clinica, o da altri reparti per acuti (chirurgia toracica, medicina interna, neurologia, rianimazione, ecc.) per i quali esiste un'importante limitazione dell'autonomia modificabile con specifici interventi di riabilitazione respiratoria. Tale reparto, per la dotazione di personale e di strutture/attrezzature fa riferimento agli standard della riabilitazione respiratoria intensiva cod. 56 previsti dalle linee guida ministeriali alle

²⁵ Unità di Terapia Intensiva Respiratoria

più recenti acquisizioni delle società scientifiche²⁶. Per la suddetta tipologia di ricoveri, sulla base dei dati dell'epidemiologia²⁷, si ritiene necessario l'attivazione di un modulo 10-20 posti letto nella provincia di Terni (nosocomio di Amelia) e 20-25 posti letto per Perugia.

- Le attività territoriali possono essere suddivise in day hospital riabilitativo ed ambulatorio. Il day hospital riabilitativo è indirizzato ai malati che necessitano di un complesso di servizi diagnostici, multispecialistici e multiprofessionali tipici dell'ospedale. Esso ha una organizzazione in spazi ed attrezzature propria.
- Per i pazienti con livello di autonomia ancora sostanzialmente conservato e per i quali non è ancora necessario un tipo di intervento multispecialistico e multidisciplinare è possibile l'accesso a prestazioni di riabilitazione respiratoria ambulatoriale.
- Per quanto riguarda le attività territoriali, è necessario prevedere almeno un Servizio di Riabilitazione Respiratoria per ogni Azienda sanitaria nel quale viene effettuata attività ambulatoriale (screening pneumologico, valutazione di follow-up e fisioterapia respiratoria specifica) e domiciliare (gestione dei pazienti in ventilazione meccanica e in dimissione protetta).
- L'intervento di organizzazione della rete riabilitativa respiratoria sarà ovviamente efficace, intermini di risposta adeguata alle crescenti necessità, se prevederà una inderogabile implementazione del personale specialistico dedicato in tutti i livelli assistenziali indicati.

Azioni:

1. Istituire i posti letto ospedalieri di riabilitazione respiratoria;
2. sostenere i percorsi per la riabilitazione respiratoria a salvaguardia della continuità assistenziale e del recupero dell'autonomia;
3. Costruire una rete pneumologica territoriale di diagnosi, cura e controllo dei pazienti BPCO;
4. Stimolare in tale ambito le sinergie necessarie con i centri di alta specializzazione presenti in Regione (SC Pneumologia-UTIR dell'A.O. di Perugia e SC Pneumologia-UTIR dell'A.O. di Terni) e la rete riabilitativa generale delle Aziende sanitarie;
5. Ottimizzare le risorse di personale attualmente in servizio presso strutture ospedaliere di degenza ordinaria inserendoli nella rete riabilitativa oggi estremamente carente;
6. Prevedere l'inserimento di fisioterapisti specificatamente formati nella riabilitazione respiratoria.

Disabilità conseguente a patologie internistiche

Anche patologie internistiche producono disabilità che richiede uno specifico trattamento. Queste includono malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide ed altre. Anche condizioni disturbi del metabolismo possono essere invalidanti anche se spesso diventano riferibili ai vari danni d'organo (Vasculiti, osteoporosi etc.).

La riabilitazione come supporto alle condizioni di disabilità permanente

La disabilità permanente conseguente alle condizioni di patologie croniche richiede una presa in carico globale compresa quella riabilitativa ed è necessario una periodica valutazione per stabilire la necessità di specifici interventi riabilitativi attraverso un progetto individuale. Non occorre, quindi, stabilire a priori

²⁶ *Rassegna Malattie Apparato Respiratorio-AIPO, vol VI 2007*

²⁷ *DVSS 2007 - Regione Umbria, Vol C pag 293 e seg*

dei cicli periodici di trattamento riabilitativo ma è utile intervenire quando è necessario, su obiettivi specifici. La disabilità cronica richiede comunque un'attività di "mantenimento" per evitare il peggioramento dell'autonomia. Questa attività deve essere quotidiana e quindi necessariamente inserita nella comune vita della persona disabile. A questo proposito gioca un ruolo importante l'educazione del paziente a mantenere uno specifico stile di vita e l'addestramento di coloro che lo assistono a stimolare uno stile di vita attivo compatibilmente con la tipologia del livello di disabilità.

Uno strumento recentemente posto all'attenzione della realtà italiana ed internazionale è l'Attività Fisica Adattata (AFA). Questa attività consiste nello strutturare gruppi con specifiche attività basate sul tipo di patologia, gestita in ambito extra sanitario, capace di mantenere attività fisica costante mirata allo specifico problema di prevenzione secondaria.

Questa attività si configura come extrasanitaria ed è svolta a livello territoriale in accordo con l'ambito sociale comunale. Il Dipartimento di riabilitazione ne supervisiona la qualità e ne indirizza i processi.

Azioni:

1. Definire i processi di presa in carico delle persone disabili in termini di modalità e frequenza di valutazione;
2. Sviluppare il percorso extrasanitario di prevenzione secondaria con specifiche attività di gruppo (Attività Fisica Adattata).

10.2 LA RIABILITAZIONE NEUROPSICOMOTORIA E SENSORIALE IN ETÀ EVOLUTIVA

Secondo le linee guida del Gruppo Italiano delle Paralisi Cerebrali Infantili, che nell'art. 1 e art. 10 del manifesto per la riabilitazione del bambino, redatto su mandato del Ministero della Sanità, individua e definisce gli obiettivi della Riabilitazione dell'Età Evolutiva: "La riabilitazione è un processo complesso, teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile. Con azioni dirette e indirette essa si interessa dell'individuo nella sua globalità, fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale, coinvolgendo il suo contesto familiare e ambientale. Si compone di interventi integrati di rieducazione ed assistenza. Il gruppo di lavoro deve essere composto da personale specializzato (medici, psicologi, terapisti), in un rapporto numerico adeguato ai bambini presi in carico, essere dotato di spazi dedicati e di attrezzature adatte, disporre del tempo necessario. Il gruppo di lavoro deve garantire la gestione unitaria e complessiva dell'intervento, (globalità), attraverso programmi selettivi e mirati (specificità), erogati tempestivamente (efficienza) e per il tempo necessario (efficacia), sin dalla prima infanzia, quando maggiori sono le possibilità di influenzare favorevolmente lo sviluppo del bambino."

I servizi devono svolgere attività di prevenzione, diagnosi e cura dei seguenti disturbi:

- neuromotori;
- del linguaggio;
- dell'apprendimento;
- diagnosi, disprassie;
- cognitivi;
- sensoriali (visivi-uditivi).

La precocità degli interventi è fondamentale in quanto permette di utilizzare spazi riabilitativi maggiori.

È importante l'integrazione interaziendale per due patologie: bambini prematuri e con sofferenza perinatale e sordi.

Poiché questi disturbi sono complessi e spesso compresenti nel bambino è richiesto l'intervento in team multidisciplinari e multiprofessionali. Il progetto riabilitativo deve essere personalizzato con presa

in carico globale che si articola in interventi diretti sul bambino e sul contesto ambientale.

Pertanto va data priorità ad una serie di interventi riabilitativi sulla presa in carico di alcune condizioni in cui la precocità dell'azione riabilitativa è cruciale ai fini della prognosi:

- Prematuri;
- Audiolesi con impianto cocleare;
- Disturbi specifici di apprendimento.

Prematuri e sofferenze perinatali

Negli ultimi 20 anni, il miglioramento dell'assistenza medica in gravidanza e nel periodo pre-perinatale, ha determinato principalmente due conseguenze:

- notevole riduzione della mortalità dei bambini pretermine, con conseguente aumento della morbidità rappresentata prevalentemente da diplegie;
- riduzione del numero dei bambini a termine con sofferenza pre-perinatale, e di conseguenza dei casi di tetraparesi spastiche gravi.

Da qui l'importanza nel neonato a rischio di una presa in carico precoce. Quest'ultima non significa medicalizzazione, ma attento follow-up per individuare al loro insorgere delle disarmonie dello sviluppo neuropsichico del bambino, che deve essere valutato nella globalità delle sue funzioni (comunicative, affettivo-relazionali, cognitive, motorie) nel suo contesto familiare e sociale, nel tempo, considerando che le funzioni del bambino hanno un tempo di emergenza, e quindi vanno osservate in quel periodo critico, nel loro specifico sviluppo e nella loro interazione armonica e funzionale.

Per "care" s'intende l'insieme delle cure, delle sollecitudini che si possono offrire al prematuro per ridurre al massimo gli aspetti negativi collegati alla nascita pretermine. E' ormai dimostrato che una care adeguata facilita la maturazione del sistema nervoso del neonato, la stabilità delle sue funzioni neurovegetative, riduca le complicanze vascolari e di conseguenza gli esiti neurologici, di conseguenza vengono pertanto ridotti i giorni di degenza ed i costi sanitari. Un'attenta care ha anche come obiettivi altrettanto importanti la prevenzione ed il contenimento delle complicanze psicopatologiche del bambino e della sua famiglia, spesso segnata per sempre da una esperienza così drammatica. Appare pertanto importante continuare anche dopo la dimissione dalla TIN una "cura" del bambino ed un sostegno al nucleo familiare.

L'integrazione di interventi già all'interno dell'azienda ospedaliera, con un follow-up continuato sia in D.H che presso il servizio territoriale permette la presa in carico immediata del bambino a rischio, la riduzione significativa delle sequele neurologiche e dei costi sanitari.

Audiolesi

Anche per questa patologia è importante sviluppare la collaborazione interaziendale tra l'Azienda Ospedaliera e le Aziende Territoriali, per garantire una presa in carico multidisciplinare precoce ed altamente specializzata, soprattutto per gli audiolesi con impianto cocleare.

La riabilitazione per i soggetti in età evolutiva con disturbo specifico di apprendimento (DSA)

I disturbi specifici di apprendimento (DSA) denominati dislessia, disortografia e disgrafia, discalculia sono sottesi da specifiche disfunzioni neuropsicologiche, isolate o combinate e si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali e pertanto non possono essere assimilabili all'handicap. I DSA impediscono l'utilizzo in maniera automatica e strumentale delle capacità di lettura, scrittura e calcolo e possono costituire una limitazione importante per alcune

attività della vita quotidiana e scolastica delle persone che ne sono affette.

L'incidenza di tali disturbi è molto elevata, le ultime ricerche (Stella 2000; Savelli 2002) indicano che circa il 5% della popolazione scolastica presenta un DSA, in altre parole un bambino in ogni classe.

Il mancato riconoscimento del disturbo o la sua inadeguata considerazione costituiscono un'importante causa di abbandono scolastico, inducono a scelte scolastiche di basso profilo e di conseguenza condizionano il futuro dei ragazzi anche da un punto di vista sociale comportando importanti ricadute al livello personale quali: bassa autostima, depressione e talora comportamenti a rischio.

Pertanto è necessario a livello regionale garantire i necessari supporti ai soggetti con DSA, in modo particolare nel periodo evolutivo dell'infanzia e dell'adolescenza, al fine di ridurre i disagi formativi ed emozionali, assicurando una formazione adeguata e lo sviluppo delle loro potenzialità. Tali obiettivi possono essere perseguiti solo attraverso una reale integrazione e collaborazione tra il sistema dei servizi socio-sanitari e di quello sociale ed educativo che assicurino adeguate possibilità di diagnosi e riabilitazione, attraverso la collaborazione tra servizi socio-sanitari, scuola e famiglia, attivando le risorse sociali necessarie a garantire nella vita lavorativa e sociale pari opportunità a tali soggetti.

Obiettivi e azioni

1. Identificazione precoce

- Sviluppare screening psico-diagnostici di gruppo per individuare precocemente segni di difficoltà di apprendimento attraverso l'utilizzo di strumenti educativi, atti ad individuare aspetti maturativi delle abilità cognitive e delle funzioni neuropsicologiche costituenti i prerequisiti di letto-scrittura e calcolo.
- Somministrazione di prove standardizzate per la valutazione di lettura, scrittura e calcolo, al fine di individuare difficoltà specifiche di apprendimento.

2. Creare un sistema informativo regionale per monitorare l'andamento del fenomeno, individuando incidenza, prevalenza, decorso clinico ed esiti di trattamento

3. Migliorare la qualità dell'intervento dei servizi socio-sanitari regionali

- utilizzare protocolli diagnostici di base nazionali per la valutazione dei disturbi di apprendimento;
- rendere operative le équipe multidisciplinari, composte da neuropsichiatria infantile, neuropsicologo, psicologo, logopedista;
- incentivare collaborazione fra neuropsichiatri infantili e pediatri per la definizione di linee di intervento precoce;
- definire programmi di riabilitazione individualizzati, in stretta collaborazione con la scuola.

4. Integrare i sistemi sanitario, educativo, sociale

- divulgazione della conoscenza dei DSA e sensibilizzazione del settore educativo scolastico e delle famiglie;
- accompagnamento e sostegno alle famiglie, come risorsa nell'identificazione del problema e nell'approccio riabilitativo e scolastico;
- formazione ed aggiornamento d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale degli insegnanti, genitori e operatori della Cooperazione sociale a partire dai progetti di formazione già avviati nella Regione Umbria con la collaborazione dell'Associazione Italiana Dislessia, e nel rispetto delle indicazioni del CF;
- favorire l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo postscolastico dei soggetti con DSA;
- promuovere l'uso di strumenti compensativi e dispensativi per garantire maggiore autonomia nell'apprendimento e nello studio, nell'ottica di un corretto inserimento scolastico e nel mondo del lavoro.

CAPITOLO 11

Assistenza residenziale
e semiresidenziale

11. ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

11.1 LA RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ NEI DISABILI ADULTI E IN ETÀ EVOLUTIVA

La definizione delle condizioni delle persone disabili che necessitano di un approccio prevalentemente assistenziale o riabilitativo assume un ruolo strategico. In una visione esemplificativa, per quanto riguarda le condizioni acute, l'indirizzo verso un percorso assistenziale o riabilitativo è determinato dalla definizione delle potenzialità di recupero della persona stessa.

Nel caso in cui non si ipotizzino possibilità di recupero viene attivato un percorso a prevalenza assistenziale che si attua sia a domicilio sia in strutture residenziali o semiresidenziali. La scelta del percorso si basa sulla gravità della disabilità e sulla possibilità o meno di mantenere la persona a domicilio.

In linea di principio la gestione domiciliare della persona disabile rimane l'obiettivo auspicabile in tutte le situazioni, purtroppo ci sono delle condizioni di disabilità che richiedono un'assistenza specialistica finalizzata a mantenere le funzioni.

Esiste inoltre il problema di condizioni gravi in età evolutiva che richiedono un approccio complesso e qualificato per fornire una adeguata riabilitazione ed assistenza. Le condizioni di gravità possono inoltre presentarsi come esito di patologie acquisite che si stabilizzano dopo un processo riabilitativo.

Sulla base di queste considerazioni si rende necessaria la strutturazione di una rete residenziale e semi-residenziale che possa rispondere a tali bisogni.

Si rende necessario inoltre il riequilibrio dell'offerta regionale di strutture extraospedaliere in grado di erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a persone disabili, non assistibili a domicilio, all'interno di nuclei accreditati per la specifica attività.

La rete si articola in strutture che si differenziano per il peso sanitario e sociale e per i diversi rapporti tra componente riabilitativa e componente assistenziale.

1. Per prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione e trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale e per soggetti non autosufficienti, l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Strutture per la Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in regime di post-acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1).

Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli. (Linee Guida: art. 2.2. comma a/2).

Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 240 giorni, in base alla permanenza degli obiettivi riabilitativi da perseguire.

Tale tipologia di struttura è rivolta a pazienti stabilizzati nelle funzioni vitali con disabilità gravi importanti, a lento recupero, per le quali è applicabile un progetto riabilitativo individuale da parte di un'équipe riabilitativa multidisciplinare dedicata suscettibili di miglioramenti ma che non possono sostenere una riabilitazione intensiva per condizioni di scarsa resistenza all'esercizio, di compromissione delle capacità cognitive o di comorbidità a fronte della necessità di un elevato supporto assistenziale ed infermieristico.

Strutture per i soggetti a Responsività Minimale

Trattamenti di mantenimento per i soggetti a responsività minimale con problemi ad alta intensità assistenziale, con necessità di assistenza continuativa e globale 24h su 24h e programmi riabilitativi.

Tale strutture erogano trattamenti specialistici ad alto impegno, ad alta intensità assistenziale con progetti a termine non gestibili a domicilio o in Struttura socio-riabilitativa o in Residenza Protetta (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive etc.).

L'ammissione avviene con progetto a termine e verifiche periodiche, non oltre 240 giorni, da parte della competente U.M.V. Deve essere comunque previsto un piano di reinserimento domiciliare attuabile in base alle condizioni del nucleo familiare.

2. Per prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva affetti da minorazioni plurisensoriali, l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Strutture per l'assistenza residenziale e semi-residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b)

Strutture per disabili ad alta valenza sanitaria per soggetti non autosufficienti con minorazioni plurisensoriali gravi in età evolutiva

Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti, in età evolutiva, affette da minorazioni plurisensoriali. (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a).

Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.

L'ammissione in questo tipo di struttura avviene con progetto a termine e verifiche periodiche, non oltre 240 giorni, da parte della U.M.V. per l'età evolutiva.

Il progetto abilitativo/riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi di norma contenuti entro 1 anno.

Per prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, in regime residenziale e semi-residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi l'articolazione delle Strutture è la seguente:

Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Residenziale

Si comprendono nella fattispecie le prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone disabili adulte gravi, non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane. (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) gravi)

L'ammissione in tale struttura avviene con progetto a termine e verifiche annuali da parte della U.M.V. disabili adulti.

Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Semi-Residenziale diurno

Si comprendono nella fattispecie le prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna ad elevata

integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone disabili gravi di norma dai 16 ai 55 anni di età, non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane. (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) gravi)

L'ammissione in tale struttura avviene con progetto a termine e verifiche annuali da parte della competente U.M.V.

Comunità Alloggio per persone disabili gravi

Si comprende nella fattispecie il servizio tutelare di residenzialità anche permanente per la cura di soggetti adulti con disabilità grave di norma al di sopra dei 50 anni.

Per le persone con disabilità grave o gravissima oltre i 50 anni di età, non assistibili in questa tipologia di struttura o nella tipologia "Dopo di noi", in quanto necessitano di assistenza e cure di più elevato carico e impegno organizzativo, non garantito da queste strutture, si può derogare all'inserimento in Residenza Protetta prima del compimento del 65° anno.

L'ammissione in tale struttura avviene con progetto individuale soggetto a verifiche periodiche da parte della competente U.M.V.

Per prestazioni tutelari per disabili privi del sostegno familiare l'articolazione delle Strutture è la seguente:
Famiglie comunità per il "Dopo di noi"

Servizio tutelare di residenzialità permanente per la cura di soggetti adulti con disabilità privi del sostegno familiare.

Le prestazioni offerte da tale tipologia di struttura mirano a garantire la continuità assistenziale e la cura della persona con disabilità successiva alla perdita dei familiari che ad essi provvedevano.

11.2 LE RESIDENZE PROTETTE PER ANZIANI

Conseguentemente all'andamento demografico, le strutture residenziali per anziani hanno avuto in Italia un rapido sviluppo nel corso degli ultimi 15 anni, con un incremento progressivo dei posti letto fino ad una stima attuale di circa 270.000, pari a circa il 2% della popolazione anziana. All'interno di questa tipologia assistenziale va ricompresa anche l'assistenza di tipo semiresidenziale, rappresentata essenzialmente dai Centri Diurni.

Nell'ambito delle strutture residenziali si registra, nelle diverse regioni italiane, una notevole variabilità nella classificazione, nei modelli autorizzativi e organizzativi, nell'utilizzo di strumenti di valutazione e nella modalità di erogazione del servizio. Tale problematica è segnalata dalla relazione finale elaborata dal gruppo di lavoro del Mattone 12 e dal documento sui livelli essenziali per le cure residenziali e semiresidenziali della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza del Ministero della Salute, che recentemente sono stati definitivamente recepiti come legge.

In tali documenti viene preso atto del fatto che i dati sulle quantità e sulla qualità delle prestazioni erogate all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali sono di fatto inesistenti a livello nazionale, e spesso parzialmente disponibili e carenti anche a livello delle singole regioni, in assenza di un flusso informativo che dalle strutture residenziali e semiresidenziali afferisca in maniera regolare agli organismi regionali e nazionali deputati al controllo e verifica dei risultati. La mancanza di informazioni relative alle caratteristiche cliniche e funzionali degli ospiti, al numero e caratteristiche delle prestazioni erogate così come agli esiti in termini di salute e di autonomia funzionale rappresenta un ostacolo insuperabile alla possibilità di costruire indici di case-mix assistenziali delle persone assistite e di valutare in maniera adeguata l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi sanitari ed assistenziali attuati.

In Umbria esistono due principali tipi di strutture residenziali per l'assistenza alla popolazione anziana

disabile, le residenze Protette (RP) e le Residenze Sanitarie assistenziali (RSA).

Le RP sono destinate a pazienti cronici stabilizzati che non possono essere assistiti a domicilio.

Per quanto riguarda le RSA esse rientrano nell'ambito delle cosiddette cure intermedie, quelle cioè che sono situate tra l'ospedale da una parte e l'assistenza domiciliare o residenziale permanente dall'altra, dovendo garantire una serie di prestazioni che consentono il passaggio dei pazienti dall'ambito ospedaliero a quello territoriale senza soluzione di continuità.

Negli ultimi anni è avvenuto anche nella Regione Umbria, ed è tuttora in corso, un progressivo incremento dei posti letto in ambito residenziale e semiresidenziale, anche se essi sono ancora oggi di poco superiori all'1% della popolazione anziana residente, con un numero particolarmente ridotto per quanto riguarda i posti in RSA (DVSS volume C, relazione sul progetto esiti di continuità assistenziale). Dal momento che la necessità di tali servizi è in continua crescita, in accordo anche con l'obiettivo stabilito nel documento sui LEA relativamente ai posti residenziali e semiresidenziali, che è notevolmente superiore rispetto all'offerta attuale, nei prossimi anni sarà necessario un progressivo incremento della disponibilità di tali servizi.

L'accesso alle RP e alle RSA avviene tramite il Distretto (o le sue articolazioni territoriali) in quanto sede responsabile della qualificazione della domanda e della regolazione dell'offerta dei servizi territoriali. Il Distretto ha anche il compito di garantire la trasparenza delle procedure, al fine di evitare situazioni di prevaricazione. La verifica della necessità di attivare prestazioni residenziali e la classificazione dell'urgenza di tale accesso deve essere effettuata, in base anche alle indicazioni del Ministero (documento del mattone 12), attraverso una valutazione multidimensionale che utilizzi strumenti validati scientificamente, a livello nazionale o internazionale, come indicato nel paragrafo successivo.

Per quanto riguarda i servizi semiresidenziali questi comprendono i centri diurni, che hanno la funzione di fornire ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali, riabilitative ed alberghiere a pazienti disabili con polipatologia croniche, in particolare, ma non solo, affetti da demenza, che dispongano di un'assistenza almeno sufficiente a garantire la loro permanenza a domicilio durante le ore notturne e nei giorni festivi. Tale modello assistenziale deve essere reso maggiormente disponibile sul territorio al fine di sostenere la politica di mantenimento degli anziani al proprio domicilio.

Gli standard assistenziali

L'aumento della età media e quindi della complessità e della fragilità dei pazienti anziani che affiniscono ai servizi residenziali e semi-residenziali rappresenta un fenomeno che ha caratterizzato gli ultimi due decenni. Pertanto da servizi di tipo prevalentemente sociale si è passati a strutture che assistono anziani gravemente disabili, con patologie croniche multiple e clinicamente instabili, tra le quali presenta una prevalenza particolarmente elevata la demenza.

Tale scenario pone l'esigenza che gli standard assistenziali dei servizi residenziali e semiresidenziali vengano costantemente mantenuti adeguati alle crescenti esigenze degli ospiti, attraverso un processo continuo di sempre maggiore qualificazione e miglioramento della qualità.

Il VAOR è lo strumento indispensabile per consentire una corretta VMD dei soggetti presenti all'interno delle Residenze.

Esso è composto di due parti:

scheda di Valutazione Elementare del Residente (SVER);

sequenze di Identificazione dei Problemi (SIP).

La SVER è così definita in quanto esplora, con una estesa serie di domande (oltre 300), le 18 aree che comprendono il 90% delle problematiche degli anziani ospiti in residenza, consentendo così di ottenere il minimo di informazioni necessarie (Minimum Data Set) alla successiva elaborazione del programma assistenziale con l'obiettivo di raggiungere e/o mantenere il massimo livello possibile di funzione fisica, mentale e psico-sociale del paziente. Ciò è reso possibile dal fatto che, per ogni problema individuato, la

SVER rimanda l'operatore a protocolli specifici (SIP) per ogni problema che lo guidano alla ricerca dei fattori responsabili, la cui conoscenza è indispensabile per la elaborazione del piano individualizzato di assistenza. E' necessario inoltre che la valutazione venga effettuata non solo al momento della ammissione, ma periodicamente, al fine anche di valutare i risultati dell'assistenza e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. La rivalutazione dell'ospite va quindi effettuata almeno ogni novanta giorni, e comunque in tutte le situazioni in cui risultino significativamente modificate le sue necessità assistenziali o quando si verifichi il trasferimento ad altro servizio assistenziale.

Si effettueranno quindi valutazioni in diverse fasi del ricovero che saranno codificate secondo le seguenti modalità:

- A - Ammissione;
- R - Rivalutazione periodica;
- M - Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale;
- D - Dimissione o trasferimento;
- E - Exitus.

La necessità di impennare l'assistenza erogata agli anziani in ambito residenziale e semiresidenziale sulla valutazione multidimensionale è indicata da tutta la letteratura internazionale e nazionale ed è stata recepita dalla commissione che ha lavorato al progetto Mattone 12.

Il gruppo di lavoro attivato nell'ambito del Progetto Mattone 12 è giunto alla determinazione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di VMD, purché scientificamente validati in Italia o a livello internazionale, ed in grado di consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/ o della "fragilità". Tali strumenti devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

Gli strumenti riconosciuti idonei per realizzare la valutazione multidimensionale sono i seguenti:

- MDS (VAOR-RSA)/RUG;
- SOSIA;
- SVAMA;
- AGED.

Una serie di elementi indicano che la graduale adozione del VAOR-RSA è la più indicata per la Regione Umbria:

- da alcuni anni è in atto una sperimentazione che ha condotto all'implementazione del sistema RUG III in tutte le Residenze Protette autorizzate dalla Regione, la quale ha effettuato una periodica attività di formazione del personale delle strutture all'utilizzo di tale strumento e dispone della relativa banca dati. Il RUG, algoritmo che consente di ricavare il fabbisogno assistenziale, è costituito da un sottoinsieme delle voci che compongono il VAOR-RSA;
- il VAOR-RSA fornisce una valutazione completa degli ospiti che può essere utilizzata per migliorare la gestione clinica degli anziani malati. Infatti il VAOR è l'unico tra gli strumenti indicati dalla commissione del mattone 12 per il quale siano disponibili studi che ne dimostrano la capacità di migliorare la qualità dell'assistenza all'anziano ed anche le modalità di lavoro degli operatori. Dopo l'implementazione negli Stati Uniti del RAI, è stato documentato un miglioramento dello stato di salute e degli esiti clinici degli ospiti (riduzione del tasso di declino funzionale nelle attività di base della vita quotidiana, del peggioramento delle funzioni cognitive, della prevalenza di incontinenza urinaria e di prevalenza delle ulcere da decubito, diminuzione di malnutrizione e disidratazione con riduzione del tasso di ospedalizzazione), un miglioramento dei processi di cura (riduzione dell'uso di mezzi di contenimento, del posizionamento di cateteri urinari a permanenza; aumento dell'utilizzo di programmi per la prevenzione delle lesioni da decubito e del numero di ospiti che partecipano alle attività della residenza) ed infine una maggiore partecipazione delle varie figure professionali al lavoro di team ed una maggiore

cooperazione tra queste nella identificazione dei PAI, nonché un maggior coinvolgimento dell'ospite e dei suoi familiari. Più recentemente anche esperienze condotte in Residenze per anziani in Italia hanno confermato i benefici di un'assistenza basata sul VAOR;

- le informazioni ottenute mediante VAOR possono consentire di verificare la appropriatezza della ammissione dell'anziano all'interno delle strutture residenziali.

Strettamente collegata con l'adozione di una metodologia di lavoro basata sulla valutazione multidimensionale è la tematica della professionalità del personale medico, sanitario ed assistenziale che opera all'interno dei servizi residenziali e semiresidenziali. Affinché sia possibile implementare e sviluppare una efficace assistenza agli ospiti di questi servizi è necessario che il personale medico abbia una adeguata formazione in ambito gerontologico e geriatrico, prevedendo di norma un'attività di direzione sanitaria e/o consulenza da parte di medico specialista in geriatria, così come un programma di formazione continua dei MMG che operano all'interno di questi ambiti assistenziali. Altrettanto importante è garantire una adeguata formazione ed un costante aggiornamento in ambito gerontologico e geriatrico al personale sanitario ed assistenziale, che rappresenta certamente uno degli elementi fondamentali che concorrono a determinare la qualità dell'assistenza fornita agli anziani ospiti, come indicato da un'ampia letteratura scientifica.

Ulteriori elementi necessari per migliorare gli standard assistenziali sono la esatta definizione dei livelli essenziali di assistenza per le prestazioni residenziali e semiresidenziali e la realizzazione di nuclei all'interno delle strutture residenziali, come ribadito dal documento sui LEA.

Per quanto riguarda il primo punto la recente proposta di modifica dei LEA definisce per la prima volta in maniera esatta le prestazioni di tipo residenziale e semiresidenziale. Si intende con tale denominazione indicare il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata. La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

In considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza. Valutando la prestazione non come "episodio di ricovero" ma come "giornata di assistenza" si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale viene erogato in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il panel dell'assistenza residenziale.

Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione. La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quel livello assistenziale.

Per quanto riguarda il "nucleo", esso è definito come l'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni residenziali, ed è inteso come area all'interno delle degenze autonoma per dotazioni e servizi, articolato di norma su 20 posti letto. Il modello di erogazione di prestazioni omogenee per "nuclei" organizzativi deriva dal D.P.R. 14 gennaio 1997 che aveva come presupposto originario il D.P.C.M. 22 dicembre 1989: "l'organizzazione per nuclei consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo".

D'altra parte il documento sottolinea come un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e quindi le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche

acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero. Pertanto la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza.

In considerazione della relativa variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, in relazione ai differenti bisogni degli ospiti, è opportuno prevedere diversi livelli di organizzazione ed accreditamento dei "nuclei" coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali. Inoltre, poiché non è possibile effettuare il trasferimento del paziente ad ogni variazione sostanziale dei suoi bisogni assistenziali, il nucleo non deve essere interpretato come una struttura rigida, ma piuttosto come una unità organizzativa strutturata per fornire determinati livelli di assistenza nella quale è ragionevole che venga assistita anche una certa percentuale (10-20%) di pazienti appropriati per altri livelli, ma il cui numero ed intensità assistenziale sia tale da non mettere in crisi l'organizzazione interna del nucleo stesso. Parallelamente è auspicabile che ogni struttura residenziale ottenga l'accreditamento per più livelli assistenziali e quindi sia organizzata in più nuclei.

All'interno dei nuclei vengono erogate prestazioni che sono individuate da codici di attività, come definito dalla recente proposta di modifica dei LEA delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

I "codici di attività" individuati sono i seguenti :

- R1 Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.);
- R2 Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.;
- R2D Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetto";
- R3 Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento);
- SR Prestazioni Semiresidenziali - Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni;
- SRD Prestazioni Semiresidenziali Demenze - Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di "cure intensive o estensive" ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad "assistenza e terapie di mantenimento", classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

La qualità nelle strutture residenziali

L'adozione di uno strumento di VMD validato all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali può consentire di valutare e monitorare una serie di parametri che a livello internazionale sono riconosciuti come indicatori della qualità assistenziale. A fronte di una richiesta crescente di tali prestazioni e dell'inevitabile incremento della spesa sanitaria ad esse destinata è sempre più necessario poter verificare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi. Anche in questo ambito lo strumento VAOR è l'unico per il

quale sono stati condotti lavori scientifici volti a selezionare le informazioni che potessero rappresentare indicatori della qualità assistenziale. Negli ultimi cinque anni sono state elaborate e validate una serie di Misura di Qualità (Quality Measure). Il vantaggio di tali parametri è il fatto che non si tratta di misure grezze ma nel loro calcolo vengono tenuti in considerazione una serie di informazioni che consentono un aggiustamento in funzione delle caratteristiche degli ospiti della residenza, ed in particolare del livello di rischio presentato dagli ospiti per un particolare esito, rendendo tali misure confrontabili tra residenze diverse che possono ospitare popolazioni di soggetti anche piuttosto differenti.

Esse forniscono una serie di parametri obiettivi che consentono di determinare qual è la gestione di una residenza nei vari aspetti di cura offerti agli ospiti. Le misure di qualità sono valide e riproducibili. Nella versione originale sono state elaborate e validate dodici misure di qualità, delle quali nove sono misure di prevalenza e tre sono misure di cambiamento di condizione. Nelle misure di qualità che esprimono la prevalenza di un determinato evento, ad esempio le lesioni da decubito, vengono esclusi dal calcolo quegli ospiti che sono appena entrati in residenza, in quanto la condizione potrebbe essere preesistente all'ingresso in struttura. Delle 12 misure in uso, alcune sono misure del processo di cura (ad esempio utilizzo di mezzi di contenzione e di cateteri), mentre altre misurano l'esito del paziente (peggioramento della disabilità nelle ADL, incontinenza urinaria, lesioni da decubito).

Le misure di qualità da implementare sono le seguenti: la percentuale di ospiti che ha passato la maggior parte del tempo nel letto o su una sedia nei 7 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che era portatrice di un catetere a permanenza nei 14 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che è stata sottoposta a contenzione fisica nei 7 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti a basso rischio (quindi con esclusione dei dementi e dei disabili di grado severo) che ha sviluppato incontinenza urinaria e/o fecale nei 14 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che ha presentato una infezione delle vie urinarie nei 30 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che ha perso > 5% del peso corporeo nei 30 giorni precedenti la valutazione o > 10% nei 180 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti che ha lamentato dolore da moderato a severo nei 7 giorni precedenti la valutazione; la percentuale di ospiti, divisi in alto (soggetti in coma o che non riescono a spostarsi da soli) e basso rischio, che presentava lesioni da decubito; percentuale di residenti la cui mobilità nella loro camera o negli ambienti circostanti la loro stanza è peggiorata rispetto alla valutazione precedente; percentuale di residenti che necessita di un maggiore aiuto nelle attività della vita quotidiana rispetto alla valutazione precedente; percentuale di residenti che è più depressa o ansiosa rispetto alla valutazione precedente.

Inoltre a partire dal 2006 sono state inserite altre due misure che fanno riferimento alla vaccinazione degli ospiti: la percentuale di ospiti eleggibili e favorevoli che sono stati vaccinati annualmente per l'influenza e la percentuale di ospiti eleggibili e favorevoli che hanno una vaccinazione valida per pneumococco. Per la rilevazione di tali dati è stata aggiunta una apposita sezione al RAI-MDS.

La rilevazione trimestrale delle misure di qualità rappresenta un obiettivo importante per continuare il processo di miglioramento della assistenza nelle RP ed RSA dell'Umbria. Tale dato può infatti non solo consentire alle residenze di valutare l'efficacia degli interventi assistenziali, ma rappresenta anche la base per la definizione di obiettivi concreti di intervento all'interno di un percorso di qualificazione sempre più elevata delle prestazioni residenziali, nell'ambito di un processo che si prefigga di premiare i risultati dell'assistenza e non solo la quantità di prestazioni erogate.

D'altra parte la valutazione della qualità non può fare unicamente riferimento a parametri oggettivi ma deve necessariamente prendere in considerazione anche il punto di vista dell'individuo che viene assistito, sia in termini di qualità della vita che di soddisfazione per l'assistenza ricevuta. L'inclusione di queste tematiche tra quelle valutate riveste una assoluta rilevanza e priorità, come espressione della consapevolezza che la riduzione di eventi negativi, quali ad esempio le lesioni da pressione, l'incontinenza o le cadute ed il declino funzionale, pur testimoniando una buona efficienza degli interventi assistenziali non equivale certamente ad assicurare una buona qualità di vita, ancor più in una condizione, come quella

della residenzialità, nella quale la presenza di regole ed orari spesso rigidi comporta una forte soluzione di continuità con la vita condotta al proprio domicilio e presenta inevitabilmente il rischio che l'anziano percepisca di essere vincolato al rispetto di un codice di comportamento che risponde alle esigenze di chi lo assiste piuttosto che non alle proprie. L'assistenza in ambito residenziale deve invece tendere a costituire un ambiente percepito per quanto possibile come di tipo domestico, nel quale la privacy, la dignità, il confort ed il benessere dell'ospite siano elementi centrali, dal momento che per molti anziani la residenza è la sede nella quale trascorreranno gli ultimi mesi o anni della loro esistenza. Il processo che è necessario fare in tutti i servizi sanitari ed a maggior ragione in quelli che assistono a lungo termine soggetti anziani fragili, che hanno minori capacità di esprimere e di difendere il loro punto di vista, è quello di mettere al centro i bisogni, espressi e non, dell'anziano ospite, che ha il diritto di vivere un'esistenza che sia ancora percepita come significativa e tale da rispondere a quelle che sono le sue legittime aspettative.

La soddisfazione espressa dagli ospiti in merito ad alcune caratteristiche dell'assistenza ricevuta si presta a considerazioni analoghe a quelle fatte per la qualità di vita. Essa sta acquistando crescente rilevanza in relazione al fatto che gli utenti dei servizi sanitari sono i primi a dover essere soddisfatti di quanto viene loro offerto. La soddisfazione dell'ospite rappresenta un altro modo per avere un'indicazione sulla qualità dell'assistenza fornita e sulla qualità di vita all'interno delle strutture.

Per tali motivi sia la qualità della vita che la soddisfazione sono parametri che dovrebbero essere rilevati periodicamente all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali della regione. Tuttavia, mentre per quanto riguarda la soddisfazione è possibile fare riferimento ad un questionario utilizzato nell'ambito del progetto regionale sulla valutazione degli esiti degli ospiti in residenza (volume C del DVSS), per la qualità della vita la raccomandazione è che ulteriori ricerche siano condotte per elaborare e validare degli strumenti che siano utilizzabili nella maggior parte degli ospiti in residenza, in particolare quelli con importante deterioramento cognitivo.

Azioni per il prossimo triennio

- Collegamento in rete dei servizi socio sanitari dedicati all'anziano, sia a livello ospedaliero che territoriale, fino a prefigurare una Rete clinica regionale con relativo Dipartimento funzionale interaziendale, almeno su base provinciale.
- Incremento del numero dei posti letto in residenza protetta, in RSA degenza breve e nei servizi semiresidenziali.
- Valorizzazione della professionalità geriatria disponibile nei servizi dedicati all'anziano, con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale in geriatria.
- Potenziamento delle competenze geriatriche dei medici di medicina generale e degli operatori socio-sanitari che operano all'interno dei servizi dedicati all'anziano, mediante adeguati programmi di formazione.
- Miglioramento della qualità assistenziale all'interno delle residenze protette e delle RSA degenza breve tramite l'implementazione della valutazione multidimensionale e il monitoraggio regolare delle misure di qualità ricavate dal VAOR.
- Creazione di una banca dati informatica che raccolga i dati dei pazienti inseriti nei servizi per anziani.

11.3 RESIDENZIALITÀ E SALUTE MENTALE

Nella Regione Umbria già alla fine degli anni 60 venivano applicati modelli di intervento di tipo residenze comunitarie in parallelo alla chiusura progressiva degli Ospedali Psichiatrici e lo sviluppo di

strutture territoriali di Salute Mentale.

La successiva creazione di una rete di strutture residenziali e semiresidenziali non ospedaliere di supporto alla attività territoriale erogata dai Centri di Salute Mentale, ed afferente ai Dipartimenti di Salute Mentale, era mirata a garantire una presa in carico appropriata ai pazienti con maggiori bisogni clinici, maggiori disabilità, o maggiore fragilità dei contesti sociali di provenienza.

La DCR n.372 del 7/07/1997, "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di tutela della Salute Mentale" definiva, nel quadro delle attività e delle caratteristiche dei servizi costituenti i Dipartimenti di Salute Mentale, anche le missioni e gli obiettivi delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali.

Le strutture intermedie, semiresidenziali e residenziali costituiscono parte integrante della rete delle risorse e servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale. Esse operano in integrazione e continuità di cura con i Centri di Salute Mentale, garantendo la realizzazione di parti del programma terapeutico-riabilitativo individuale.

Si definiscono anche strutture intermedie in quanto realizzano la propria peculiarità nello svolgere la propria funzione nello spazio tra il servizio inviante, il Centro di Salute Mentale, ed il contesto di vita di provenienza dell'ospite. Esse rispondono a bisogni complessi, riconducibili al tipo di patologia presentata, all'età dell'utente, alla presenza di altri bisogni connessi con il contesto sociale e familiare di provenienza, ovvero a variabili cliniche ed extracliniche, che richiedono risposte di cura e riabilitazione parimenti complesse, di cui l'inserimento in struttura, residenziale o semiresidenziale, è parte integrante.

Questi bisogni non possono essere soddisfatti con interventi isolati e settoriali, ma richiedono un contesto relazionale globale, la continuità dei trattamenti, una pluralità di interventi e di figure differenziate per affrontare le diverse esigenze emergenti.

La limitazione temporale dell'intervento costituisce un'altra caratteristica fondamentale in quanto le strutture residenziali non si presentano come soluzioni definitive, ma come parte di un percorso di riorientamento terapeutico e riabilitativo.

La presenza di strutture diversamente articolate secondo profili riconoscibili quali grado di protezione, dimensione, finalità garantisce l'attivazione di modalità cliniche, terapeutiche e riabilitative, ed il inserimento degli utenti secondo regole di coerenza tra le caratteristiche dell'utente stesso, il progetto individualizzato e l'assetto della struttura.

Cardinale è anche qui il significato del lavoro di equipe: la multidisciplinarietà delle figure, il carattere collettivo delle professionalità applicate concorrono a caratterizzare le capacità complessive dell'equipe stessa e le potenzialità del contesto in cui si esplicano.

Le strutture residenziali si configurano quindi come campo relazionale facilitante la crescita e il cambiamento degli utenti e come parti di un sistema più complesso in cui gli utenti stessi, i curanti, i familiari, il contesto istituzionale e sociale contribuiscono a facilitare il funzionamento del dispositivo di cura.

Sono state identificate diverse tipologie:

- comunità terapeutico-riabilitativa: di tipo 1 e di tipo 2;
- unità di convivenza;
- gruppo appartamento.

Esse si collocano in un gradiente di protezione, legato alla presenza di personale socio-sanitario ed "intensità assistenziale", che va dalla presenza di personale sulle 24 ore, fino ad una presenza per fasce orarie.

In esse sono inoltre garantite sia prestazioni ed attività caratterizzate da particolare rilevanza terapeutico-riabilitativa ed elevata intensità di assistenza, riconducibili alla fase intensiva dell'accoglienza sia attività volte a garantire, in una fase di lungo assistenza, il sostegno alla qualità di vita, alla salute, alla prevenzione

di situazioni di crisi, all'esercizio dei diritti di cittadinanza e di integrazione sociale degli ospiti.

Le Comunità terapeutico-riabilitative (CTR) di tipo 1 e di tipo 2 sono destinate a soddisfare bisogni di cura di persone con patologie gravi, e prevedono una presenza continuativa del personale socio-sanitario nelle 24 ore.

In una ulteriore differenziazione, le CTR di tipo 1 accolgono persone con patologie gravi, ma stabilizzate, e per cui permangono bisogni di cura connessi con il sostegno allo svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e sociale.

In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne in articolazione con le altre strutture dipartimentali, come ad esempio il Centro Diurno, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali utili al processo di integrazione sociale, ed alle relazioni interpersonali delle persone ospiti.

Le CTR di tipo 2 sono destinate a persone con grave patologia psichiatrica, con una storia recente di malattia, ed anagraficamente più giovani, con necessità di trattamenti intensi ed articolati e svolgersi, per necessità terapeutiche, al di fuori dell'abituale ambiente di vita, per un periodo di tempo definito e rivalutabile in corso di trattamento, e della durata, in media, tra i 12 e i 24 mesi. La finalità del trattamento è il recupero di competenze individuali e di autonomia in stretta integrazione con i programmi individualizzati di cura (psicoterapici e psicofarmacologici). Le attività terapeutico-riabilitative svolte da tali strutture debbono utilizzare le risorse ed opportunità che i normali contesti sociali offrono per il tempo libero, per il lavoro e per l'istruzione.

Le Unità di Convivenza prevedono la presenza di operatori nelle 12 ore diurne e sono destinate a persone che presentano buoni livelli di autonomia, pur avendo necessità di sostegno nella organizzazione della loro vita quotidiana, interna ed esterna alla struttura.

Esse sono destinate anche a pazienti con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale.

I gruppi appartamento prevedono la presenza degli operatori per fasce orarie (circa 6 ore al giorno) e sono strutture destinate a persone con capacità preservate, o recuperate, nella cura di sé e del proprio spazio abitativo, e nelle proprie attività di lavoro o tempo libero. Le funzioni principali consistono nel supportare gli ospiti nel compimento di atti quotidiani significativi per la gestione della giornata come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne in genere svolte in autonomia o in rete con le altre strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale.

Le aree dell'intervento terapeutico-riabilitativo nelle strutture intermedie residenziali sono le seguenti:

- gestione della propria salute psichica;
- cura di sé e del proprio abbigliamento;
- cura della propria salute fisica;
- cura del proprio spazio di vita;
- collaborazione nelle attività domestiche;
- attività produttive e socialmente utili;
- partecipazione alla vita della struttura;
- partecipazione alla vita familiare;
- vita affettiva;
- gestione dell'aggressività;
- cura dei figli minori;
- frequenza e tipo dei rapporti sociali esterni;
- relazioni d'amicizia e aiuto;
- livello d'istruzione, percorsi di recupero scolastico;
- gestione del denaro, acquisti e commissioni;
- spostamenti, uso dei mezzi di trasporto e uso del telefono;
- sicurezza e fronteggiamento delle emergenze;

- reddito e richiesta di pensioni e sussidi;
- inserimenti lavorativi con i Servizi di Accompagnamento al Lavoro;
- supporto nelle questioni di segretariato sociale;
- affiancamento nella ricerca e nella strutturazione di soluzioni abitative autonome.

Punti critici

- inadeguatezza dei requisiti di qualità strutturale, assistenziale, di integrazione con i presidi di cura, di inserimento nei contesti sociali;
- sottodimensionamento degli standard quantitativi (n. posti letto/popolazione) di riferimento rispetto a quanto previsto dalla normativa, e a quanto emerge dal confronto con le medie nazionali;
- scarse verifiche nelle strutture private convenzionate;
- difficoltà da parte dei DSM, in ragione della riduzione delle risorse di personale, a garantire il necessario supporto, l'integrazione e la supervisione alla rete residenziale e semiresidenziale.

Le azioni del triennio

- perfezionamento delle norme e migliore determinazione delle procedure, nell'ambito delle attività di accreditamento istituzionale. Questo implica la necessità di sviluppare la definizione dei requisiti ulteriori (di struttura e di processo) per le strutture residenziali e semiresidenziali, in quanto ambiti della attività psichiatrica di comunità in cui è più necessario, per il rischio di riprodurre marginalità e separazione, l'attività di verifica dei requisiti di qualità strutturale, assistenziale, di integrazione con i presidi di cura, di inserimento nei contesti sociali;
- verifica che i contenuti dei capitolati di gara per la gestione, o la cogestione di strutture residenziali o semiresidenziali psichiatriche siano in linea con le funzioni e le integrazioni delle medesime strutture, previste dalla normativa regionale;
- puntuale manutenzione da parte dei DSM della loro rete di strutture residenziali, al fine di colmare eventuali squilibri territoriali e di qualificare ciascuna di esse per specificità di programmi e di bisogni, con una differenziazione della intensità assistenziale finalizzata a favorire l'esercizio della acquisita autonomia da parte dei pazienti, fino alla dimissione o all'avvio verso una domiciliarità protetta e supportata, così come previsto dalla normativa regionale sopra citata;
- attuazione di un monitoraggio costante dell'operato delle strutture, sia pubbliche che private, attraverso convenzioni e protocolli adeguati, con il concorso delle associazioni, con una verifica costante dei risultati, delle prassi e degli interventi;
- promozione di attività di Miglioramento Continuo di Qualità nelle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali. Le metodologie dell'"accreditamento tra pari" e l'utilizzazione di Manuali di Qualità, prodotti attraverso sistemi di validazione fondati sul consenso tra professionisti, si prestano a tale scopo;
- la partecipazione degli utenti e dei familiari e l'integrazione del loro punto di vista in tali attività valutative e di promozione di qualità è di centrale importanza;
- l'adesione ad attività formative in questo campo, e ad attività di visite reciproche, promosse da società scientifiche, dovrà essere favorita da parte dei DSM umbri, così come la partecipazione ad attività di ricerca.

11.4 I CENTRI DIURNI PER MALATI DI ALZHEIMER

Il Centro Diurno è un servizio di tipo semiresidenziale, a supporto della domiciliarità, che si propone di garantire un supporto assistenziale ad un soggetto affetto da patologie cronico degenerative disabilitanti

ed un valido aiuto alla sua famiglia attraverso l'offerta di attività a valenza socializzante e riabilitativa.

Il percorso assistenziale per l'Alzheimer e i disturbi cognitivi

Considerando che la demenza è una patologia rara prima dei 65 anni di età e che, a causa dell'invecchiamento della popolazione, si stima che si avrà un incremento dei tassi di demenza di 5 volte nei prossimi 30 anni, appare evidente l'interesse da parte dei servizi sanitari nei confronti di questa patologia.

In particolare la demenza di Alzheimer può essere considerata come una vera e propria malattia sociale: costituisce infatti il 50-70% di tutte le demenze; in Italia si stima che esistano circa 600.000 malati di Alzheimer, essendone colpiti l'1% dei 65enni e il 30% degli 80enni. Risulta che più dell'80% dei pazienti vive al proprio domicilio, accudito prevalentemente da un sistema di supporto informale, rappresentato da familiari e amici.

Infatti la demenza è oggi considerata una "malattia sociale", perché non coinvolge solo l'individuo malato, ma anche la rete sociale in cui è inserito. Le famiglie sono infatti profondamente coinvolte nel processo di cura e di assistenza, e si trovano ad affrontare enormi stress fisici e psicologici, legati alla malattia ed ai cambiamenti che essa determina nella persona colpita. Considerando la durata di tale patologia, che è stimata intorno ai dieci anni circa - ci si rende conto del forte impatto sociale che tale condizione impone e di quanto sia importante cercare degli interventi che mirino a contrastare il decorso del deterioramento cognitivo e migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

Il Distretto rappresenta il livello territoriale ove si realizza il coordinamento con i servizi socio-assistenziali del Comune e l'integrazione gestionale e organizzativa delle risorse e dei servizi socio-sanitari secondo principi di multidisciplinarietà e flessibilità.

Deve attuare azioni volte a migliorare la qualità degli interventi per la presa in carico dei malati con demenza di Alzheimer nelle aree di intervento considerate prioritarie:

- consolidamento e potenziamento di servizi esistenti: Cure Domiciliari, Cure Intermedie (Ospedale di Comunità, Centro Diurno);
- promuovere una rete dei servizi socio-sanitari integrata con i servizi della cooperazione sociale e del volontariato formale e informale così definita: AMBULATORI TERRITORIALI DEDICATI (per la diagnosi precoce coinvolgendo i MMGG)

LABORATORI ALZHEIMER;
CENTRI DIURNI ALZHEIMER;
RICOVERI DI SOLLIEVO;
NUCLEI ALZHEIMER IN R.S.A.;
RESIDENZA PROTETTA DEDICATA (Alzheimer);
ASSISTENZA DOMICILIARE DEDICATA;
CENTRI DI ASCOLTO.

Obiettivo della rete è quello di sostenere le famiglie attraverso le azioni di:

- promozione e sostegno delle attività delle Associazioni;
- sviluppo di programmi di formazione rivolti a familiari e assistenti;
- istituzione di Centri di Ascolto.

Il PSR 2003 - 2005 definisce le prestazioni del Centro Diurno "ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere", secondo criteri di finanziamento che per il 50% sono a carico del S.S.R. e per il 50% a carico del Comune.

Il CD è una struttura di tipo semiresidenziale destinata ad anziani parzialmente o totalmente non

autosufficienti bisognosi di programmi di riabilitazione globale di mantenimento e di socializzazione.

Si ritiene, per le considerazioni fatte, che il fabbisogno assistenziale del CD sia principalmente sostenuto dagli anziani affetti da demenza.

Allo stato attuale risultano attivi nella regione n. 9 CD Alzheimer:

ASL1: Città di Castello, Gubbio, Gualdo Tadino;

ASL2: Madonna Alta, San Mariano di Corciano, Bettona;

ASL3: Spoleto, Foligno;

ASL4: Terni.

Il CD per l'Alzheimer rappresenta una soluzione efficace sia per il paziente sia per il nucleo familiare rispetto al quale costituisce un'azione di sollievo e di sostegno.

Pertanto l'obiettivo del triennio è di attivare almeno un CD Alzheimer in ogni Distretto, collegato e integrato nella rete dei servizi socio-sanitari dedicati ai soggetti affetti da demenza, quali un centro di ascolto e un ambulatorio specialistico dedicato alle demenze e ai disturbi cognitivi.

Occorre anche considerare la possibilità di inserire tra le attività anche dei laboratori di "stimolazione cognitiva", completando così un percorso di presa in carico precoce, continuativo e integrato nella rete dei servizi già disponibili.

La stimolazione cognitiva è un tipo di intervento di gruppo, non farmacologico, rivolto alle persone affette da demenza che mira a rallentare il declino cognitivo che la malattia comporta. Si basa sulla stimolazione delle funzioni cognitive non ancora compromesse, tendendo al loro mantenimento e rallentando così il decorso della malattia, il peggioramento dei sintomi cognitivi e del loro impatto funzionale, agendo in questo modo anche sulla qualità della vita della persona malata e dei suoi familiari.

Le esperienze sin qui attivate, in particolare hanno permesso di individuare le seguenti azioni volte a migliorare la qualità dell'assistenza ai malati con demenza di Alzheimer, promuovendo una rete di servizi socio-sanitari integrata con le attività del terzo settore e di volontariato formale e informale:

- attivazione di Corsi "Assistere il malato di Alzheimer", rivolti a familiari, assistenti ed operatori socio-assistenziali del Cooperazione sociale, con la collaborazione dei Comuni e dell'Associazione Malattia di Alzheimer-Umbria (AMA-Umbria) e del Centro Servizi per il Volontariato, con l'obiettivo di fornire competenze nella gestione del malato ed educare all'uso appropriato dei servizi;
- promozione della metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto tra i familiari partecipanti ai corsi, con costituzione di un gruppo AMA Alzheimer;
- potenziamento, in collaborazione con l'AMA-Umbria, delle attività dei "Centri di Ascolto Alzheimer", quale punto di riferimento per i familiari e nodo di raccordo con la rete dei servizi socio-sanitari del territorio, fornendo materiale informativo sulla malattia, sui servizi e modalità di accesso, offrendo ascolto ai familiari, aiutandoli a far emergere i problemi reali ed individuando possibili soluzioni, indirizzando alle specifiche competenze;
- potenziamento del Centro di Ascolto, con l'attivazione in via sperimentale di un "Consultorio per l'Alzheimer e i disturbi cognitivi - Unità Valutativa Alzheimer" (Co.A.Di.UVA) rivolto ai pazienti affetti da demenze degenerative e vascolari ed ai loro familiari, in collegamento con il medico di medicina generale. Il servizio comprende un ambulatorio dove viene effettuata una visita neurologica, la valutazione cognitiva, funzionale e comportamentale del paziente, oltre l'attività di counseling per i familiari.

L'obiettivo di questo servizio consultoriale è di costituire un centro unico di riferimento dove si realizza la presa in carico del paziente e della sua famiglia, sia per la competenza medica (diagnosi precoce e monitoraggio) che per tutte le indicazioni utili a rispondere alle varie problematiche associate sia di carattere psico-relazionale che socio-assistenziale.

11.5 I CENTRI DIURNI PER ADULTI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE

I Centri Diurni, sono servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL regionali, svolgono il loro operato nella rete dei servizi aziendali, a partire dagli anni ottanta. Dopo aver costruito, nel corso del tempo le qualità necessarie al raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso una continua ridefinizione delle offerte riabilitative rimodulate in base alle esigenze degli utenti, oggi viene affidato a questo servizio il compito di rendere praticabile il percorso di cura, in modo particolare per le tipologie di utenti con grave patologia psichiatrica, previsti dalla D.C.R. n°372 del '97 e dal Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998/2000 in stretta integrazione con i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati messi in atto dai Centri di Salute Mentale, per favorire la valutazione clinica ed intervenendo per prevenire nuove cronicità.

Come specifiche attività standard si individuano le seguenti:

- garantire la piena presa in carico degli utenti afferenti;
- potenziare ed integrare i programmi di terapia messi in atto dai Centri di Salute Mentale;
- favorire la valutazione clinica;
- collocare l'intervento a supporto del progetto terapeutico - riabilitativo individuale;
- promuovere l'integrazione sociale;
- valorizzare le competenze e le abilità degli utenti;
- garantire lo sviluppo delle autonomie personali;
- lavorare al fine di prevenire meccanismi di marginalità sociale;
- lavorare per diminuire i conflitti interpersonali e intra-familiari;
- promuovere attività di tempo libero;
- supportare gli utenti nelle attività lavorative, in collaborazione con i Servizi di Accompagnamento al Lavoro;
- costruire relazioni significative per il reinserimento nella collettività;
- monitorare costantemente le esigenze e i bisogni degli utenti;
- garantire la libera espressione e la comunicazione degli utenti.

Criticità

1. Strutturali e strumentali:

- non tutti i centri diurni hanno locali adeguati per lo svolgimento delle attività;
- in molti centri sono presenti barriere architettoniche;
- non tutti i centri diurni sono dotati di strumenti atti allo svolgimento delle attività (cucine attrezzate, mezzi di trasporto idonei, fax, computer, etc.).

2. Le risorse finanziarie (orari di apertura non adeguati agli standard nazionali previsti dal Progetto Obiettivo 1998/2000 e regionali dal DCR 372/97). L'orario di apertura è legato alle convenzioni tra ASL e Cooperative Sociali e non sempre si riesce a rispondere ai vincoli imposti dal DCR 372 del '97 e dal Progetto Obiettivo. Infatti benché l'orario previsto nel DCR 372 imponga le 48 ore settimanali di apertura all'utenza, non tutti i centri diurni riescono ad ottemperare a tale richiesta.

Altri centri diurni pur ottemperando al limite imposto dal DCR, riducono il personale sbilanciando il rapporto operatore/utente, rischiando di conseguenza di ledere la qualità del servizio alla persona.

Manca l'entità e la dimensione delle risorse economiche da utilizzare per gli inserimenti lavorativi e le borse lavoro.

3. Regolamentazione della rete:

Non sempre la rete sembra seguire ordinatori logici, spesso, troppo spesso si agisce per conoscenza diretta, facendo venir meno il concetto che la rete sia una risorsa univoca. In altri termini la percezione che si ha della rete è quella di uno strumento non ben conosciuto e quindi poco impiegato o impiegato in

modo unidirezionale.

Azioni:

- promuovere investimenti dalle aziende sanitarie atti a mantenere l'eccellenza di alcuni centri diurni, in altri a creare le condizioni affinché essi possano divenire di eccellenza;
- applicare una modalità di apertura e di orari condivisi su tutto il territorio regionale che rispecchi maggiormente le esigenze dell'utenza;
- sviluppare e sostenere la rete di Centri Diurni in ambito regionale per una analisi condivisa dei bisogni e delle risposte.

11.6 I CENTRI DIURNI PER MINORI E ADOLESCENTI AFFETTI DA AUTISMO

1. Premessa

I Centri Diurni per minori e adolescenti affetti da autismo svolgono un ruolo rilevante nel Percorso Assistenziale per l'Autismo anche alla luce della Delibera della Giunta Regionale 1994 del 22-11-2006 che ha consentito l'attivazione del Progetto della Regione dell'Umbria indirizzato alla Promozione della salute per minori affetti da Autismo e alla Sperimentazione dei trattamenti educativo-comportamentali nella cura della patologia (Delibera Giunta Regionale 1994 del 22/11/2006). Il modello assistenziale che si propone ha come base il Documento Tecnico che raccoglie le evidenze disponibili in materia (anche esso inserito nella DGR 1992 del 22/11/2006) e gli esiti della sperimentazione effettuata nel biennio 2006-2007.

Non ripetendo in questa sede le evidenze e raccomandazioni già segnalate nei documenti sopra citati relativamente ad individuazione precoce, percorso diagnostico, valutazione funzionale ed interventi terapeutici è necessario ribadire che le azioni di cura vanno tuttavia integrate in quello che è la presa in carico e l'azione educativa complessiva che vede coinvolti, oltre il sistema sanitario, l'ambito sociale, le strutture scolastiche e naturalmente la famiglia.

2. Il Centro Diurno

La sperimentazione di interventi precoci di provata efficacia per i minori autistici, ha trovato espressione anche nella progettazione ed attivazione di un Centro Diurno per minori autistici (fino all'età di 14 anni) nel Distretto n. 1 dell'ASL n. 2. Tale struttura assume in sé le prerogative logistiche ed organizzative delle strutture semiresidenziali (spazi dedicati, personale stabile organizzato in équipe e specificatamente formato, stretto collegamento con i Servizi Specialistici), ma declina la propria funzione terapeutico-riabilitativa attraverso programmi fortemente personalizzati e improntati alla massima flessibilità in termini di obiettivi, tecniche, tempi e luoghi di attuazione, gli interventi infatti vengono realizzati presso il centro, presso il domicilio o in altri contesti sociali.

Le opportunità offerte da una organizzazione stabile sono così rese funzionali allo sviluppo dei massimi livelli di autonomia e di integrazione sociale, mantenendo alcune delle prerogative positive delle forme di cura realizzate in Umbria attraverso lo strumento dell'Assistenza Domiciliare.

Gli esiti favorevoli dell'attività svolta inducono a sollecitare l'estensione di tale modello sperimentale anche all'età adolescenziale. In altre regioni vanno nascendo strutture semiresidenziali per autistici, adolescenti e giovani adulti, che possono costituire modelli con cui confrontarsi e da cui mutuare nuove prospettive di ricerca. Si andrebbero così ad accogliere le legittime richieste avanzate dalle Associazioni di genitori di soggetti autistici indirizzate a garantire continuità e coerenza nei percorsi di cura oltre l'età infantile.

In una fase di avvio, che avrebbe una valenza ancora sperimentale, possono essere individuate strutture semiresidenziali interamente dedicate a ragazzi autistici; in altri contesti, ove ciò non risultasse opportuno, strutture semiresidenziali indirizzate ad una utenza più diversificata potrebbero assolvere alla funzione di cura garantendo analoghi requisiti organizzativi e funzionali: educatori adeguatamente formati, una équipe clinica di riferimento competente e stretto collegamento con la rete dei servizi socio-assistenziali ed educativi.

Il centro diurno in questa accezione è parte integrante della rete dei servizi che deve fornire supporto alla crescita del soggetto autistico: la équipe clinica di riferimento, i Pediatri di Libera Scelta, i Servizi Sociali, l'Ufficio Scolastico Regionale ed i Comuni.

Azioni:

- promuovere, anche attraverso progetti sperimentali, la diffusione dei Centri Diurni per soggetti autistici minori, adolescenti e giovani adulti sul territorio regionale in base ai bisogni espressi e alle risorse disponibili;
- promuovere l'utilizzo di strutture semiresidenziali già esistenti destinate ad un'utenza più diversificata assicurando l'adeguamento delle caratteristiche strutturali, organizzative e tecniche ai soggetti autistici;
- promuovere la formazione degli operatori dei servizi e degli educatori delle Cooperative Sociali che lavorano con soggetti autistici sulle strategie di intervento per il trattamento dei disturbi autistici e la gestione delle problematiche sociali inerenti.

Strutture residenziali e semiresidenziali nell'area delle dipendenze

Il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali rivolto all'uso/abuso/dipendenze da sostanze psicoattive costituisce uno spaccato specifico, in cui si estrinsecano esperienze pluriennali, consolidate, che, nate spesso sull'impegno del volontariato, sono approdate negli anni ad interventi a carattere terapeutico e professionale, supportati scientificamente, senza peraltro perdere un patrimonio di saperi e culture di valore unanimemente riconosciuto.

Tale sistema a livello regionale è regolamentato dalla DGR n. 1057/2002 "Nuovo sistema dei servizi nell'area delle dipendenze", che fissa i requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e le tariffe regionali di riferimento, e dalla DGR n. 548/2004 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM del 14 febbraio 2001", che stabilisce i rapporti tra sistema sanitario e sociale compresi i percorsi di accesso agli interventi.

Con la legge regionale n. 1 del 22 gennaio 2007 "Accesso ai trattamenti terapeutici per i cittadini consumatori di sostanze psicoattive o in stato di dipendenza", che stabilisce responsabilità e competenze riguardo le modalità di invio degli utenti ad appropriati trattamenti terapeutici, si configura, infine, un sistema di intervento unitario, pubblico, in cui sono inseriti, in condizioni di pari dignità e con ruoli complementari, sia i servizi gestiti direttamente dall'ente pubblico, sia i servizi autorizzati gestiti dal privato sociale, entrambi inclusi nel sistema dell'accreditamento istituzionale.

L'obiettivo attuale è giungere ad un sistema maggiormente dinamico e flessibile, in grado di cogliere le variazioni dei fenomeni e di rispondere, con tempestività e attraverso un ventaglio variegato di opportunità, ai bisogni di salute dell'individuo e della comunità, migliorando quindi il rapporto tra bisogni effettivamente

rilevati ed offerta e, in una fase di generale contrazione delle risorse, ottimizzando l'utilizzazione delle opportunità a disposizione.

Occorre attivare interventi innovativi, alternativi sia al modello ambulatoriale prevalente nei servizi pubblici, sia al modello "classico" di comunità residenziale, che siano profondamente radicati nell' realtà territoriale ed offrano risposte soprattutto alle problematiche oggi emergenti.

In particolare si rileva la richiesta di percorsi terapeutici specifici per cocainomani, giocatori d'azzardo problematici, adolescenti; interventi di pronta accoglienza di breve-medio periodo; programmi residenziali brevi; programmi a supporto dell'inserimento sociale e lavorativo modulati sulle capacità di autonomia della persona; programmi residenziali di supporto a trattamenti farmacologici a lungo termine; gruppi famiglia; gruppi appartamento a basso livello di supporto; interventi residenziali specifici per persone alcol dipendenti.

E' necessario, pertanto, attraverso percorsi partecipati, non soltanto rivedere le tipologie di servizi attualmente definite dalla DGR n. 1057 del 2002 e promuovere una rimodulazione dei servizi esistenti verso una maggiore rispondenza ai bisogni del territorio, ma soprattutto, nel contesto di un riordino complessivo del sistema di intervento sulle dipendenze, giungere ad una definizione rinnovata dei rapporti nel nuovo sistema di relazioni a livello dipartimentale affinché siano orientati ad una maggiore integrazione. Occorre approntare modalità comuni e strumenti idonei per monitorare costantemente il rapporto tra bisogni rilevati nel territorio e offerta disponibile, monitorare i livelli di qualità degli interventi offerti, realizzare modalità innovative di gestione integrata di servizi ed interventi, realizzare modalità innovative di gestione integrata e flessibile dei percorsi terapeutici individuali, attivare strategie di miglioramento continuo della qualità.

La sostenibilità economica dei servizi gestiti dal privato sociale va sostenuta sia attraverso una valutazione comune dei bisogni effettivi e quindi la strutturazione di servizi ed interventi maggiormente rispondenti alla domanda dei servizi regionali, sia assicurando il pagamento tempestivo delle rette.

Sono necessarie, infine, iniziative costanti di formazione integrata, di supervisione integrata e l'implementazione di tutti gli strumenti utili a sviluppare una cultura unitaria, un linguaggio comune, modalità di approccio condivise, procedure e percorsi omogenei.

A livello di ciascun utente, costituiscono elementi nodali per una gestione coordinata degli interventi l'individuazione del referente del caso, con responsabilità e competenze definite, il passaggio di comunicazioni (con modalità idonee) tra i diversi servizi coinvolti nel programma terapeutico, la definizione congiunta del progetto terapeutico personalizzato, strutturato per obiettivi aderenti al quadro dei bisogni e delle risorse, personali e di contesto, presenti al momento e rimodulato nel tempo attraverso valutazioni periodiche congiunte.

CAPITOLO 12

L'Assistenza specialistica

12. L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

12.1 LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E LE RETI DI SERVIZI

L'attività specialistica ambulatoriale erogata da specialisti convenzionati interni o da strutture esterne accreditate è funzionalmente integrata con l'attività specialistica ambulatoriale che i presidi ospedalieri assicurano a consulenza o supporto del MMG.

A queste tipologie di assistenza specialistica vanno aggiunte le attività ambulatoriali di pre e post ricovero, strettamente connesse in realtà alla degenza e le prestazioni ambulatoriali nell'ambito dell'attività terapeutica specialistica che rientrano più strettamente nelle competenze proprie del presidio ospedaliero.

Oggi l'assistenza specialistica registra aumenti vertiginosi di domanda, spesso inappropriata, e rende ancor più evidente la crisi delle politiche sociali e le incertezze delle riforme sanitarie, che trovano origine in realtà da profonde modificazioni socioeconomiche e socioculturali.

I modelli sanitari sembrano non riuscire a fronteggiare questo rapido evolversi della domanda, che si esprime sempre di più come "bisogno di significare il proprio malessere" piuttosto che come "bisogno di cura" in un contesto nel quale l'acquisizione di consapevolezza da parte del cittadino, della essenzialità di una "diagnosi prima della cura", si tramuta in un'esigenza ancor più importante della stessa richiesta di benessere.

Coerentemente con questo nuovo contesto, in parte assecondandolo e in parte promuovendolo, l'industria delle biotecnologie, sta investendo consistenti risorse mettendo a disposizione dei professionisti e dei cittadini "informati" sempre più sofisticate metodiche e tecnologie.

L'investimento riguarda soprattutto i test diagnostici, un po' perché la ricerca in queste direzioni è meno complessa e costosa (e minori le norme da rispettare), ma soprattutto perché il bisogno (mercato) potenziale (quello dei sani) è molto più ampio.

Si ritiene, ma erroneamente, che le difficoltà attuali siano il risultato della incoerenza di sistemi sanitari organizzati per rispondere alla acuzie a fronte di una decisa transizione epidemiologica verso la cronicità. In realtà non c'è alcuna differenza biologica tra malattia acuta e cronica: sono diversi soltanto i tempi di osservazione della malattia, peraltro definiti per finalità ed interesse di natura assicurativa.

Il vero problema è che, in questo periodo storico, coesistono tutte e due le fenomenologie. Una evidente transizione epidemiologica verso la cronicità, coerente peraltro con una altrettanto evidente transizione demografica, convive con un nuovo bisogno di salute, de-massificato, individualizzato: il singolo cittadino, consapevole della capacità terapeutica della scienza medica, ma anche dei suoi limiti, delega al medico "la diagnosi", riservandosi una propria scelta/competenza nel percorso di cura successivo.

Il trend di crescita quasi incontenibile della diagnostica per imaging, l'alta percentuale di referti negativi, o para-fisiologici, suggestiva di scarsa appropriatezza, ben rappresentano il fenomeno della delega alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica: in questi ultimi anni non è aumentato il ricorso alla visita specialistica o, comunque, non con pari intensità all'incremento di indagini strumentali e si è, invece, decisamente modificato il ruolo della tecnologia di imaging nel processo clinico decisionale.

La variabilità dei comportamenti prescrittivi, cercando di evincere la disponibilità della offerta delle tecnologie considerate, impone di intervenire con modelli, anche concettuali, più vicini al prescrittore che al produttore.

Come diminuire la forbice tra domanda ed offerta di prestazioni diagnostiche, e soprattutto, il "terribile" indicatore rappresentato dal relativo tempo di attesa, rappresentano una sfida che, se non affrontata all'interno di una interpretazione originale, si rileverà perdente per i sistemi sanitari.

La soluzione più immediata dell'aumento della offerta si configura, oltre che costosa, poco utile a ridurre il fenomeno, perché finisce con il promuovere la separazione, fisica e culturale, tra diagnosi clinica

e diagnosi strumentale; devono essere, quindi, progettati percorsi di avvicinamento almeno parziale, se non, ove possibile, di ricongiunzione.

L'appropriatezza

E' necessario prospettare un piano di appropriatezza complessivo, disegnato su entrambi gli aspetti considerati: il primo come processo di comunicazione strutturato, ora non presente, tra clinica e diagnostica, che espliciti l'utilità del test diagnostico per i successivi interventi clinico-terapeutici, utilità che diviene il piano della razionalità clinica condivisa con il cittadino, perché finalizzata a soddisfare, con il minor rischio, il suo interesse di salute; il secondo come ricomposizione, anche parziale, delle capacità cliniche, dotando la Medicina Generale e la Specialistica almeno di competenze di diagnostica strumentale di primo livello, ove già non presenti.

Non ultimo sarebbe auspicabile che il processo clinico così ipotizzato, ora tariffato come somma delle prestazioni (visita e prestazione diagnostica), fosse da subito valorizzato come unica prestazione, con una tariffa intermedia, premiando i professionisti capaci di privilegiare la competenza clinica e/o i test diagnostici a minor costo.

Se non è automatica la associazione "grandi volumi di prestazioni erogate ... grande inappropriatezza attesa" è verosimile che un progetto che induca una maggiore "auto-riflessione" nel prescrittore ed una maggiore attinenza a "linee guida" o "protocolli diagnostico-terapeutici" concordati possa risultare in una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, liberando inoltre risorse per indagini diagnostiche che possono essere collegate a più intensi e "urgenti" bisogni assistenziali.

Alcuni studi che hanno coinvolto i medici di medicina generale (quali principali prescrittori) condotti attraverso questionari, hanno potuto constatare come le linee-guida siano nel complesso considerate meno utili per affrontare e risolvere quello che di fatto è un problema di appropriatezza, rispetto ad altre fonti di informazioni, quali l'esperienza personale, i congressi, il parere dei colleghi, gli articoli pubblicati sulla letteratura medica, Internet ed i manuali di medicina. Questo soprattutto se la produzione di linee guida non scaturisce da un processo di coinvolgimento del professionista e di condivisione. La maggior parte dei medici è del parere che le linee-guida siano preparate allo scopo di limitare la spesa; allo stesso tempo, ha manifestato perplessità sulla possibilità di trasferire le raccomandazioni delle guidelines nella pratica clinica di ogni giorno. Questi dati sono confermati dall'esperienza della relativa insoddisfatta ricaduta della elaborazione e diffusione di Linee Guida concordate sui volumi e la appropriatezza delle richieste di prestazioni in vari ambiti di specialità.

E' vero ancora che le analisi dei volumi e dei tassi di prescrizione di molte prestazioni ambulatoriali mostrano una variabilità territoriale così marcata non spiegabile con specifici comportamenti professionali "razionali" e "culturali", evidenziando quindi fenomeni che debbono essere spunto di riflessioni di sistema insieme sia agli erogatori che ai prescrittori.

L'elemento essenziale e prioritario per la specialistica ambulatoriale è quindi sviluppare il progetto di razionalizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali contestualmente a:

- attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi dei servizi e dei programmi offerti;
- valutazione delle aspettative e delle preferenze della popolazione rispetto ai servizi sanitari ed il loro gradimento da parte degli utilizzatori;
- omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

In questa logica trova giusta collocazione anche la descritta metodica del Raggruppamento di Attesa Omogeneo (RAO) di cui si è parlato nell'affrontare il tema strettamente collegato della gestione dei tempi di attesa.

Un governo efficiente della domanda si realizza attraverso lo sviluppo di un programma di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche, garantendone l'appropriatezza quale rispetto delle indicazioni cliniche per le quali le prestazioni si sono dimostrate efficaci, nel momento più giusto e secondo le più opportune modalità organizzative.

Le reti dei servizi

Anche la riforma sui livelli essenziali di assistenza, impone di agire sulle attività delle Aziende sanitarie, sviluppando azioni organizzative che incidano sulla razionalizzazione, eliminino inutili duplicazioni di servizi ed attività, ed assicurino nel contempo prestazioni più appropriate, specializzate e più economiche.

E' così che viene ad assumere una forte rilevanza la definizione di un sistema integrato in rete delle strutture erogatrici che devono rappresentare la risposta al bisogno espresso del cittadino-utente, avendo come ambito di intervento il territorio di riferimento, inteso come contesto territoriale ottimale all'interno del quale la qualità e l'efficienza gestionale trova migliore attuazione e sviluppo.

La costituzione di reti di servizi porta necessariamente al confronto e alla qualificazione dei servizi, all'ottimizzazione delle risorse anche attraverso azioni di riorganizzazione e razionalizzazione che sviluppino sinergie aziendali.

Alcuni percorsi nella nostra regione sono stati già delineati, altri ne deriveranno: qualitativamente ed economicamente ottimizzati, saranno, come già precisato, disegnati all'interno della più complessiva messa in Rete del Servizio Sanitario Regionale.

Lo sforzo organizzativo e la rilevanza degli investimenti, che tale progetto comporta, è notevole, ma oggi, nell'ambito dei Servizi di diagnostica lo stato dell'arte delle tecnologie e soprattutto gli ultimi sviluppi nel campo dell'Information & Communication Technology rendono possibile l'avvio di questi importanti processi riorganizzativi, che si dimostrano compatibili con i vincoli economici e con i principi fondamentali fin qui enunciati.

Progettare e realizzare, nel breve e medio periodo, reti diagnostiche (laboratori, radiologie, anatomie patologiche) di dimensione regionale, tali cioè da essere considerate come unico strumento di integrazione, di fatto porta al raggiungimento di obiettivi strategici per la programmazione regionale:

- ottimizzare le risorse disponibili (umane, professionali e tecnologiche);
- migliorare e standardizzare i percorsi clinici e diagnostici al fine di conseguire maggior appropriatezza clinica;
- disporre di efficienti strumenti di controllo e gestione dell'offerta;
- integrare i sistemi Informativi ospedalieri e territoriali;
- consentire il consolidamento delle basi di dati in unici archivi centrali;
- rendere l'archivio storico di immagini e referti accessibile da tutti i servizi, garantendo l'archiviazione sicura e la consultazione degli stessi;
- favorire lo sviluppo di servizi di tele consulto e second opinion.

La necessità di realizzare un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie realtà produttive nasce quindi non solo sotto la spinta di logiche economiche, ma al fine di garantire qualità tecnica, diffusione razionale dei servizi, per facilitarne l'accesso, realizzando così la risposta programmatica all'esigenza di coniugare qualità, diffusione e costi dei servizi.

Lo sforzo di modernizzazione del sistema sanitario è legato anche alle nuove opportunità offerte dalle tecnologie dell'informazione, prevedendo uno sviluppo programmato delle attrezzature di alta tecnologia in campo diagnostico e clinico.

In questo contesto si inserisce la necessità di definire ed impostare un piano di programmazione specifico in materia di prestazioni ad alta tecnologia considerati alcuni elementi peculiari quali la rapida evoluzione tecnologica, le lunghe liste d'attesa e l'assenza di criteri espliciti per le priorità di accesso alle

prestazioni, l'inappropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, nonché la rilevanza dei costi d'investimento e d'esercizio.

E' chiaro che gli sviluppi tecnologici e l'organizzazione in rete del settore ambulatoriale potranno essere valutati solo in presenza di un consolidamento dell'organizzazione aziendale, in un contesto di raggiunto equilibrio tra esigenze di efficienza e qualità delle prestazioni e di accessibilità da parte dei cittadini.

L'esperienza maturata dalla Regione Umbria nella creazione del laboratorio unico virtuale, nella rete delle anatomie patologiche e in quella per la diagnostica per immagini, rende credibili e raggiungibili gli obiettivi delineati nel capitolo degli sviluppi del sistema informativo regionale.

12.2 IL DAY SERVICE AMBULATORIALE (DSA)

L'attività di degenza di day hospital in particolare quello diagnostico annida una grossa fetta di inappropriatezza organizzativa in quanto spesso con questa modalità di erogazione dell'assistenza si effettuano una serie di prestazioni ambulatoriali in tempi contenuti con uno o più accessi alla struttura senza oneri per il paziente che non ha però alcuna necessità di essere ospedalizzato.

Al fine di ridurre la quota di inappropriatezza nel day hospital proponendo una alternativa assistenziale al ricovero si è scelto di favorire nelle aziende l'attivazione di day service ambulatoriali.

Definizione del modello assistenziale

Il day service ambulatoriale è una innovativa modalità di assistenza, ricompresa nel livello territoriale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dalle quali si differenzia per la presa in carico del paziente da parte di un medico specialista.

E' finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione; richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice.

Deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura erogatrice delle prenotazioni, in coerenza con l'iter diagnostico ed in modo da ridurre il numero di accessi all'utente.

Ambiti di attivazione

E' un modello assistenziale finalizzato a razionalizzare l'assistenza ospedaliera che consente di migliorare l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale, rendendo possibile il trasferimento di una consistente quota di attività dal regime di ricovero, in particolare di day hospital, ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

L'assistenza ambulatoriale in day service potrà essere erogata dagli ambulatori di istituti di cura e da poliambulatori territoriali che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte (o almeno larga parte) le discipline interessate dal percorso assistenziale.

Aspetti organizzativi generali

Il day service ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero o del poliambulatorio al quale si rivolge il cittadino, su specifica richiesta avanzata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che formula un primo quesito diagnostico.

Lo specialista della struttura a cui si rivolge il cittadino assume la gestione clinico-organizzativa del paziente.

Il day service ambulatoriale è un processo organizzativo cui partecipano discipline differenti; ne consegue

che occorrerà prevedere una funzione di coordinamento e sintesi clinica (il clinico che prende in carico il paziente decide l'iter diagnostico da realizzare, ed effettua la sintesi diagnostico-terapeutica). La funzione di coordinamento organizzativo, da riferirsi a figure professionali sanitarie, consente di seguire il paziente lungo tutto l'iter diagnostico previsto dallo specialista all'interno del P.A.C.C. (agenda, impegnative, tempistica, raccolta dei referti, ecc.).

Definizione dei P.A.C.C. (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati)

I quesiti diagnostici per i quali, in questa prima fase, sono stati definiti i P.A.C.C. (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) sono emersi dall'analisi della casistica di day hospital che, pur estremamente dispersa, ha dato qualche indicazione, e dalle necessità evidenziate dal gruppo di lavoro per il day service ambulatoriale, che ha studiato in ambito nazionale e regionale quali fossero le patologie per le quali è stata sperimentata questa nuova modalità di risposta.

I P.A.C.C. vanno esplicitati a priori e costituiscono gruppi ragionati di prestazioni, incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che devono essere erogati in risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie; all'interno dello specifico "percorso" ambulatoriale.

Lo specialista che ha la responsabilità della gestione clinica del paziente, verificata la necessità di attivare un day service, caso per caso individua, tra le prestazioni comprese nel relativo pacchetto, quelle da utilizzare, tramite opportuna prescrizione.

I P.A.C.C. sono stati condivisi dagli specialisti e validati a livello regionale.

L'intero iter previsto dal P.A.C.C. deve concludersi, di norma, entro 30 giorni dall'accettazione del paziente. Casi particolari possono prevedere un tempo superiore ma solo con esplicitazione nella cartella delle motivazioni che hanno portato al prolungamento dell'iter.

L'organizzazione del day service ambulatoriale prevede la redazione di una cartella ambulatoriale contenente la raccolta della documentazione di seguito elencata:

- Richiesta di visita specialistica del medico inviante;
- Scheda identificativa (comprensiva del codice sanitario/fiscale) e clinico-anamnestica del paziente;
- Consenso informativo con preventivo massimo di spesa;
- Richiesta di prescrizione degli esami indicati dallo specialista all'interno del P.A.C.C.;
- Copia dei referti delle prestazioni erogate;
- Ricevuta del pagamento del ticket, ove previsto;
- Relazione clinica riassuntiva finale.

CAPITOLO 13

Riconfigurazione della rete
ospedaliera regionale

13. RICONFIGURAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE

13.1 I FENOMENI EVOLUTIVI DEL SISTEMA OSPEDALIERO

Il contesto nazionale e internazionale

L'analisi comparata dei dati disponibili consente di evidenziare alcuni fenomeni evolutivi relativamente comuni nei sistemi ospedalieri europei (cfr. Mc Kneet al., 2002; N. Edwards et al., 2004):

- graduale ma costante declino del numero di posti letto disponibili; costanza o addirittura incremento del numero totale di ricoveri ospedalieri per acuti;
- sostanziale riduzione della durata della degenza per i pazienti acuti;
- la degenza media negli ospedali per acuti nei Paesi dell'Unione Europea è diminuita da giorni 16,5 nel 1970 a 8,6 nel 1996 a 6,8 nel 2004; stabilità nel tasso di utilizzo dei posti letto: i tassi di occupazione sono pari al 75% nei Paesi europei;
- gli ospedali rappresentano ancora la quota più significativa delle spese sanitarie generali e sebbene la loro quota non sia stata significativamente ridotta negli ultimi decenni nei Paesi dell'Europa occidentale, la crescita di queste spese è stata sostanzialmente contenuta.

Non sono disponibili serie storiche per tutti i Paesi, tuttavia i dati disponibili consentono di sostenere che gli ospedali dell'Europa orientale assorbono una quota più rilevante (generalmente maggiore del 70%) dei budget sanitari in confronto all'Europa occidentale, in cui gli ospedali assorbono tra un terzo e la metà delle risorse sanitarie complessive.

I fenomeni qui riassunti sono in gran parte attribuiti a tre processi che si sono realizzati, dagli anni Sessanta in poi, in risposta alla pressione sui costi ed ai cambiamenti intervenuti nei modelli assistenziali: lo spostamento fuori degli ospedali sia dei pazienti psichiatrici lungodegenti, sia degli anziani non autosufficienti, nonché la erogabilità in regime ambulatoriale dei trattamenti meno complessi.

Occorre, tuttavia, precisare che in tutti i Paesi la riduzione dei posti letto si è accompagnata in misura molto marginale alla chiusura di ospedali: la semplice riduzione dei posti letto non comporta significative riduzioni dei costi, poiché i costi ospedalieri sono prevalentemente associati alle strutture ed ai costi fissi. Le principali eccezioni sono rappresentate dal Regno Unito e dall'Irlanda, che hanno ridotto i propri ospedali di circa un terzo fra gli anni Ottanta e Novanta.

Negli USA, negli ultimi due decenni, si è realizzata una radicale ristrutturazione della rete ospedaliera, soprattutto attraverso la fusione di piccoli ospedali no profit. La forte competizione indotta dall'introduzione della "managed care" ha spinto i pazienti verso gli erogatori più efficienti, per cui le fusioni fra ospedali sono continuate fino alla fine degli anni Novanta.

Le principali lezioni che sembrano emergere dalla storia ospedaliera degli ultimi decenni sono le seguenti:

- i dati internazionali non offrono una risposta semplice alla domanda: quanti posti letto sono necessari in un Paese?
- laddove la capacità degli ospedali sia considerata eccessiva, bisognerebbe ricorrere a strategie pianificate, piuttosto che lasciare il processo alle forze del mercato. La semplice chiusura di singoli ospedali può non rappresentare una risposta efficace ed esaustiva al problema, mentre potrebbero essere necessari cambiamenti caratterizzati dalla creazione di nuove entità organizzative e anche nuove strutture. Per questo, più che il "ridimensionamento" sembra necessaria una "riconfigurazione". Limitarsi a chiudere alcune fra le strutture esistenti non garantisce che le altre strutture siano preparate a gestire le sfide future.

A livello nazionale (fonte: Rapporto CEIS 2007), si sono registrati gli stessi mutamenti strutturali nella rete ospedaliera già evidenziati a livello europeo:

- riduzione del numero complessivo di Istituti di cura (-7,5% dal 2000 al 2005), per effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture; in particolare, questo fenomeno ha riguardato solo le strutture pubbliche (-14,8% dal 2000 al 2005) a fronte di un incremento (+3,2%) del numero di strutture private accreditate;
- riduzione della dotazione di posti letto: nel periodo 2000-2005 il numero di posti letto complessivamente disponibili per il SSN è diminuito del 10,3%, con una distribuzione del fenomeno disomogenea sul territorio nazionale; in particolare, i posti letto di degenza ordinaria sono diminuiti del 13,2%, mentre i posti letto di ricovero diurno sono aumentati del 24,0%. Sono, quindi, complessivamente disponibili a livello nazionale 4,6 posti letto ogni 1000 abitanti, di cui 4 destinati ai ricoveri acuti e 0,6 a ricoveri non acuti.

Vi è un ampio consenso relativamente alla definizione dell'ospedale quale luogo per le cure intensive delle patologie a più elevata complessità: la traduzione di questo modello generale in specifici modelli operativi, invece, è ancora oggetto di posizioni differenziate, che sono sintetizzabili in tre modelli di riferimento:

- a) L'Ospedale "specialistico e separato": è questo il modello prevalente; l'ospedale per acuti si priva di tutto quello che non riguarda l'assistenza specialistica di breve periodo, ed eroga solo le prestazioni che i medici di medicina generale e gli specialisti che operano in comunità non sono in grado di erogare;
- b) L'Ospedale "globale": l'ospedale eroga assistenza primaria, secondaria e terziaria;
- c) L'Ospedale "hub": è l'ospedale integrato nella rete sanitaria di un definito bacino di utenza; l'ospedale è coinvolto nella pianificazione, nella amministrazione, nella supervisione e nel finanziamento (ma non nell'erogazione) delle prestazioni di assistenza primaria. Il rischio di questo modello è la trasformazione dell'ospedale in "dominante", che monopolizza il personale competente e le attrezzature e consuma la maggior parte delle risorse. Paradossalmente, mentre la maggior parte dei Paesi sono orientati verso il modello "separato" di ospedale per acuti, molti erogatori negli USA stanno ritornando ad un modello globale in cui gli ospedali e le altre strutture sanitarie sono di proprietà e sono gestiti dalla stessa organizzazione (integrazione verticale).

La crescente subspecializzazione sta rendendo sempre meno definita la classica differenziazione fra gli ospedali di terzo livello, di secondo livello e di comunità. Ad esempio, un ospedale di distretto potrebbe aver sviluppato un team chirurgico specializzato in chirurgia gastrointestinale o vascolare o endocrina, o altro ed essere quindi dotato di personale di supporto specializzato. Del resto, le specialità ospedaliere si riferiscono a bacini di utenza di differenti dimensioni in base alla prevalenza dei casi nella popolazione; per esempio, una unità di neurochirurgia deve riferirsi ad una popolazione di dimensioni molto maggiori rispetto ad un'unità di oncologia.

Quindi l'Ospedale nei sistemi sanitari contemporanei è sottoposto ad alcuni fenomeni che ne stanno condizionando il cambiamento:

- la specializzazione sempre più spinta dei professionisti tende a limitare il numero di condizioni che un singolo specialista è in grado di diagnosticare e di trattare; una delle conseguenze di queste tendenze è che il team specialistico spesso deve essere disponibile per 24 ore al giorno e quindi sono necessari team di specialisti più grandi che in passato;
- l'introduzione dei sistemi di remunerazione fondati sul case-mix induce a migliorare la produttività ed a ridurre i costi attraverso processi di reingegnerizzazione che eliminino i servizi duplicati e riducano i costi fissi;
- il presupposto che esista una forte relazione fra volumi ed esiti è stato il maggior impulso alla centralizzazione; le prove di questo non sono ancora del tutto univoche, mentre sono più forti le prove a favore degli approcci multidisciplinari, che producono i migliori risultati, anche se richiedono team più grandi;
- i progressi nella diagnosi, nell'anestesia, nell'imaging, nella comunicazione a distanza e nella robotica

stanno rendendo l'ospedale virtuale una probabilità sempre meno remota e possono portare l'assistenza ospedaliera anche fuori dell'ospedale;

- nell'area della diagnostica, la riduzione dei costi e la miniaturizzazione stanno rendendo possibile la decentralizzazione di attività che erano, in precedenza, concentrate in laboratori centrali, mentre per le attività che richiedono interpretazioni più approfondite, come l'anatomia patologica, una singola struttura può essere in grado di fornire prestazioni a diversi ospedali. Le immagini ed altre informazioni possono essere trasmesse a distanza, premettendone la disponibilità a prescindere dalla collocazione spaziale del professionista.

Questi fenomeni, considerati nel loro insieme, promuovono sia la centralizzazione, sia la decentralizzazione: più semplicemente, promuovono un forte cambiamento del ruolo e dell'organizzazione dell'Ospedale.

Il contesto regionale

Un possibile errore nella valutazione d'impatto della riorganizzazione ospedaliera sarebbe quello di decontestualizzarla dal complessivo percorso di presa in carico del paziente.

Fino a non molto tempo fa l'assistenza si strutturava in un percorso, per certi versi semplice, quando non semplificato; essa si articolava su due livelli:

- il domicilio/MMG- tutti i bisogni di salute che non raggiungevano la soglia critica del ricovero, venivano gestiti dal MMG;
- l'ospedale- livello di offerta indistinta di cure specialistiche.

L'evoluzione della nosologia, che ha registrato un forte aumento delle patologie croniche combinata con il progressivo invecchiamento della popolazione hanno determinato l'entrata in crisi del sistema così come si era venuto strutturando.

Con l'affermarsi di questa prospettiva le possibili scelte del legislatore si restringevano a due possibilità:

- l'ospedale cresce a dismisura e si differenzia al proprio interno (l'ospedale globale descritto sopra);
- l'ospedale si concentra sulle cure dell'acuzie (ospedale specialistico e separato).

La Regione Umbria ha optato per il secondo modello, prevedendo e strutturando, però, una organizzazione che vedesse una stretta cooperazione con le strutture intermedie di assistenza.

La via di rinnovamento e sopravvivenza degli ospedali umbri passa per l'irrobustimento delle cure intermedie.

Nella valutazione quindi degli standards di dotazione di posti letto si dovrà andare al superamento della dotazione ospedaliera, "sic et simpliciter", per definire standards dei posti per acuti e standards dei posti per le cure intermedie.

Le strutture ospedaliere umbre si sono quindi strutturate, pur all'interno della connotazione di ospedali per l'acuzie, in un "continuum" che va dall'altissima specializzazione agli ospedali di territorio.

Nella nostra Regione le scelte compiute dall'amministrazione regionale d'intesa con quelle comunali hanno fatto sì che non avvenissero chiusure indiscriminate di presidi ospedalieri senza che adeguati servizi territoriali potessero rispondere alle mutate esigenze sanitarie delle popolazioni locali.

Ciononostante sono stati compiuti notevoli sforzi sul versante della razionalizzazione e dell'efficienza senza diminuire gli standard di qualità ed efficacia dei servizi ospedalieri che si è tradotti in:

- Riduzione del numero dei posti letto per acuti;
- Riduzione della degenza media;
- Aumento del tasso di utilizzo dei posti letto.

Tale processo ha comportato da un lato la riconversione di piccoli ospedali inserendoli e valorizzandoli all'interno di un'offerta sanitaria su base aziendale (ed anche sovraziale), dall'altro sono stati previsti

accorpamenti che hanno permesso di dare dignità di presidio dell'emergenza o di territorio ad ospedali che inevitabilmente avrebbero, in caso contrario, intrapreso la via del declino esponendo i cittadini a gravi rischi e gli operatori ad una frustrante deprofessionalizzazione; esempi evidenti di tali lungimiranti vedute sono l'ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, già in funzione, Todi - Marsciano, in via di completamento, a cui si aggiungeranno Castiglione del Lago - Città della Pieve e Narni-Amelia, per i quali è stata ultimata la progettazione esecutiva.

Contemporaneamente è stato realizzato un radicale aggiornamento dei presidi dell'emergenza con il rinnovamento degli ospedali di Orvieto, Città di Castello, Foligno, il completamento del Polo Unico di Perugia e la totale ristrutturazione dell'ospedale di Spoleto.

Il nuovo sistema ospedaliero umbro

Il punto di partenza

Dal punto di vista strutturale la Rete Ospedaliera regionale viene delineata in base ai principi previsti dalla Legge Regionale n° 3 del 1998 che prevede che gli Ospedali, non costituiti in Aziende Ospedaliere, dislocati in una unica Azienda Sanitaria Locale sono accorpati in un unico presidio e che, comunque, sono costituiti in presidio ospedaliero autonomo gli Ospedali sede di Dipartimento per l'Emergenza ed Accettazione-DEA (Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale - Delibera Consiglio Regionale n. 311 del 3 febbraio 1997 e Piano Sanitario Regionale 2003/2005 - Deliberazione del Consiglio Regionale n. 314 del 23 luglio 2003).

Gli ospedali sono stati quindi classificati sulla base del ruolo che erano chiamati a svolgere all'interno della rete dell'emergenza.

Il presente Piano non modifica la suddetta classificazione degli Ospedali, ma concentra il suo intervento su una incisiva azione di messa in rete delle risorse, evitando duplicazioni e valorizzando le vocazioni di ogni struttura.

Il progetto delle reti cliniche

Una promettente risposta alle sfide, che la specializzazione e la ricerca di un equilibrio tra centralizzazione e decentramento pongono all'ospedale, è rappresentata dall'organizzazione in rete.

Una rete può essere definita come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continuative di vario tipo. La concettualizzazione della rete è fondata sulla specializzazione: se ciascun nodo della rete si concentra sulle attività nelle quali è più abile, si migliorano sensibilmente sia la qualità del prodotto, sia i costi di produzione. Pertanto, una rete si caratterizza per la specializzazione del ruolo di ciascuno dei nodi che la compongono e per la messa in comune di alcuni servizi che si possono sensibilmente avvantaggiare delle economie di scala.

Il senso della rete è produrre sinergie tali da realizzare un risultato superiore alla semplice somma delle parti: in una rete efficace tutti guadagnano dall'essere inseriti nella rete ed è la capacità di saper individuare il proprio ruolo e di esercitarlo in modo coerente a consentire il successo della rete.

Le reti cliniche sono gruppi di professionisti od organizzazioni sanitarie, legati fra loro, che lavorano in maniera coordinata e non sono costretti da legami istituzionali, con l'obiettivo di fornire prestazioni di alta qualità e clinicamente appropriate ed efficaci. L'assenza di legami formali fra le parti del sistema reticolare sposta l'attenzione dalle organizzazioni ai pazienti.

Le reti cliniche possono essere specifiche per patologia (ad esempio, tumori), per specialità (ad esempio,

chirurgia vascolare) o per funzione (ad esempio medicina dell'emergenza). Le reti cliniche supportate dalla "information technology" offrono l'opportunità di integrare più strettamente l'assistenza ospedaliera e l'assistenza primaria. Il cuore delle reti cliniche è costituito dalla condivisione di percorsi assistenziali coordinati ed integrati.

Generalmente per percorso clinico si intende una sequenza di trattamenti medici da fornire in presenza di specifiche patologie; il percorso assistenziale, invece, è un percorso clinico inserito in un insieme di relazioni organizzative ed, eventualmente, istituzionali, ovvero l'insieme delle azioni, delle relazioni e delle transazioni che possono garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato.

Un percorso assistenziale che risponda ai caratteri della multiprofessionalità e che garantisca l'integrazione e la continuità dell'assistenza deve comporsi dei seguenti elementi:

- la definizione esplicita degli obiettivi assistenziali attesi;
- l'insieme delle azioni necessarie, ordinate temporalmente;
- l'individuazione dei professionisti da coinvolgere ed i loro rispettivi ruoli e contributi;
- i criteri e le misure per la valutazione della sicurezza, dell'appropriatezza e della efficacia del trattamento.

Quindi, la rete clinica deve garantire un'organizzazione dell'assistenza disegnata intorno al paziente e prevenire la frammentazione e la dispersione che spesso caratterizzano l'attuale organizzazione dei servizi sanitari.

Il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza devono riguardare, perciò, sia la fase intra-ospedaliera del trattamento, sia, dove necessaria, quella extra-ospedaliera; le reti cliniche, conseguentemente, devono articolarsi sia all'interno, sia all'esterno dell'ospedale.

Il valore aggiunto delle reti cliniche è che si focalizzano sui problemi clinici e creano un'organizzazione organica e flessibile, che è in grado di rispondere bene ai cambiamenti ambientali.

Le reti possono essere organizzate secondo tre direttrici:

A. RETE AD INTEGRAZIONE VERTICALE (HUB AND SPOKE)

Le reti ad integrazione verticale sono insiemi coordinati di strutture sanitarie che operano in differenti livelli assistenziali con l'obiettivo di pianificare il percorso assistenziale del paziente ed assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni previste dal suddetto percorso nell'ambito delle strutture che fanno parte della stessa rete; la rete integrata verticalmente ha due obiettivi prioritari: fornire delle economie di scala che derivano dalla condivisione di servizi ed assicurare la continuità assistenziale, poiché tutti i nodi della rete condividono linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici.

La traduzione organizzativa del modello di rete sanitaria ad integrazione verticale è il cosiddetto sistema "hub and spoke", che prevede la concentrazione della assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (hub), supportati da una rete di servizi (spoke) cui compete il primo contatto con i pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Il concetto che sta alla base di questo modello è che i legami all'interno della stessa specialità in diversi ospedali sono più importanti dei legami fra differenti specialità all'interno dello stesso ospedale. Il modello implica una gerarchia ed è, quindi, adatto a prestazioni di assistenza altamente specialistica. Le unità periferiche (spoke) partecipano alla gestione globale del paziente, garantendone il primo trattamento, l'eventuale invio all'hub e la ripresa in carico per il follow-up. La condivisione fra hub e spoke di protocolli assistenziali uniformi garantisce che il percorso assistenziale sia erogato in modo unitario e integrato, anche se le prestazioni sono erogate da strutture differenti.

Il principio teorico di riferimento cui ispirarsi è rappresentato dal governo del percorso clinico (in particolare la selezione e l'invio dei pazienti), esso deve prevedere protocolli a garanzia dell'appropriatezza

d'intesa tra hub e unità periferiche (spoke); il paziente, dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up (l'osservazione).

Si dovranno individuare:

- i criteri di ammissione dei pazienti e le priorità di accesso;
- i tempi e le liste di attesa differenziate per gli hub e spoke;
- i criteri di dimissione e re-invio allo spoke;
- le modalità di gestione integrata della documentazione relativa al paziente.

Il modello hub and spoke in Umbria va sviluppato in particolare nelle seguenti aree di alta complessità che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie coinvolte:

- Emergenza/urgenza;
- Patologia cardiovascolare;
- Patologia neurocervicovascolare;
- Patologia traumatica;
- Oncologia.

Tali reti ad integrazione verticale si avvalgono naturalmente delle strutture di alta specialità delle Aziende Ospedaliere, cioè di quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza e sono, per loro natura, fortemente specialistiche (cardiologia, neurochirurgia, etc.).

B. RETE AD INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

Le reti ad integrazione orizzontale sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso setting assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative.

Tale modello prevede, al fine di sfruttare la massima potenzialità dei servizi presenti nel territorio, di mettere in rete tutte le differenti tipologie di prestazioni all'interno di una stessa branca o aree di attività che le differenti realtà aziendali attualmente erogano in maniera frammentata o disomogenea in modo da offrire a tutti i cittadini della nostra regione lo stesso livello di servizi e con la stessa qualità.

La rete ad integrazione orizzontale è quindi la rete:

- dell'offerta di vocazione storica di ogni U.O. Le U.O. si sono strutturate autonomamente seguendo una linea vocazionale spesso legata a professionisti specifici o ad offerte di particolare qualità dei servizi, queste realtà andranno riconosciute, connotate specificamente e inserite nell'offerta dei servizi diretti;
- dell'offerta di servizi non ridondanti. La configurazione dei servizi in rete orizzontale regionale deve essere ispirata a criteri di compatibilità con le evidenze epidemiologiche, va quindi rigettato ogni tentativo di ipotizzare spazi teorici di attrazione verso bacini extraregionali che giustifichino offerte ipertrofiche;
- dei servizi di standard qualitativi predefiniti. I requisiti di ogni nodo della rete debbono essere condivisi ed ispirarsi alle evidenze scientifiche nazionali ed internazionali relativamente alla dotazione tecnologica, di personale e di volumi di attività compatibili con una offerta qualitativamente elevata;
- dell'equità di accesso a cure appropriate. La rete dei servizi ad integrazione orizzontale deve garantire ad ogni cittadino di poter trovare risposte ai suoi bisogni di cure ospedaliere all'interno della Regione, i nodi della rete devono, quindi anche tenere conto della distribuzione geografica della rete evitando concentrazioni o duplicazioni in ambiti territoriali ristretti.

In sintesi tale modello valorizza le singole realtà tecnico-professionali e assicura un maggior livello di equità di accesso a prestazioni appropriate.

Risulta inoltre il modello più funzionale per la necessaria implementazione delle attività di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera.

Questo modello andrà applicato nelle seguenti aree:

- rete delle cure materno/infantili;
- rete delle cure chirurgiche;
- rete delle cure nefrologiche;
- rete delle cure epatogastroenteriche;
- rete delle cure immunotrasfusionali.

In particolare per la rete delle cure immunotrasfusionali si ribadisce quanto già sancito dai precedenti PP.SS.RR., nonché dalla "Valutazione del P.S.R. 2003-2005", la Regione Umbria, sulla scia della oramai consolidata e proficua collaborazione con la Consulta Regionale per il Sistema Sangue, intende implementare, quanto più possibile, le prestazioni di "medicina trasfusionale", in previsione di un probabile aumento dei volumi di attività, soprattutto da parte dei presidi ospedalieri, non solo regionali, ma anche per l'incremento dell'alta specialità (cardiochirurgia, trapianti, oncoematologia) e per l'invecchiamento della popolazione e relative patologie associate e per la mobilità attiva.

Atti specifici di indirizzo, concretizzeranno il cosiddetto "Sistema Sangue" con la previsione di un apposito Piano Regionale Sangue, caratterizzato da obiettivi principali quali l'Autosufficienza Regionale e una contribuzione a quella Nazionale, la sicurezza e la validazione del sangue, un Sistema di Accreditamento per i Servizi Trasfusionali, il consolidamento dei rapporti di fiducia tra Operatori Sanitari e Volontari e con il consolidamento delle numerose iniziative promosse sia a livello regionale che a livello aziendale, non ultimo la realizzazione dei sistemi informativi aziendali per il sistema sangue (SISTRA), quale strumento indispensabile ai fini della programmazione, ma soprattutto con la messa in cantiere di quelle che sono da realizzarsi in ottemperanza del rispetto della normativa nazionale ed europea, sempre con la costante collaborazione dell'AVIS, della CRI, della G.d.F. e delle restanti associazioni facenti parte dell'ANPAS e del Volontariato in generale.

C. RETE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

Il modello con presenza di uno o più Centri di Riferimento clinico-assistenziale è strutturato per l'erogazione di particolari prestazioni il cui percorso-clinico assistenziale può esaurirsi in un unico presidio indipendentemente dalla tipologia di ospedale.

Si definisce quindi un sistema di centri che, per l'expertise professionale di alto livello e di alta qualificazione, sviluppato nel tempo in un rapporto sinergico tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Perugia, costituisce riferimento per patologie ad impatto epidemiologico basso e quindi trattabili in un numero ridotto di centri che esauriscono al loro interno il percorso diagnostico terapeutico.

Si prevede quindi una ristrutturazione dei Centri di Riferimento Regionali (CRR) in base ai seguenti criteri:

- analisi epidemiologica del bisogno sanitario da soddisfare;
- documentazione delle attività svolte;
- conformità agli standard regionali, nazionali ed internazionali.

I centri di riferimento saranno quindi il nodo regionale di una più vasta rete nazionale e a questa si rapporteranno nel rispetto, comunque, della programmazione regionale.

D. IL RUOLO DELL'IRCS

Al trasferimento di risorse ai livelli assistenziali della prevenzione e del territorio, deve corrispondere un alleggerimento dell'attività ospedaliera per le patologie ed i pazienti meno complessi, a favore di una qualificazione specialistica sia delle professionalità che delle tecnologie dell'ospedale per la fase acuta dei trattamenti.

Il processo di specializzazione deve riguardare tutti i presidi della rete, pur individuando una specificità di ruoli per le Aziende Ospedaliere, che devono configurarsi sempre più come poli di eccellenza per le alte specialità per l'intero ambito regionale, cercando di rappresentare, in specifici settori, anche un riferimento sovregionale. A tal fine va completato il percorso intrapreso con la costituzione della Fondazione fra il Ministero della Salute, la Regione Umbria, l'Università degli Studi di Perugia, il Comune di Perugia, il Comune di Terni, l'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'Azienda Ospedaliera di Terni, completando le procedure per il riconoscimento quale istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sulle biotecnologie trapiantologiche.

La realizzazione dell'Istituto porterà l'Umbria all'avanguardia nel settore dell'assistenza, della didattica e della ricerca in uno dei settori più innovativi della medicina, che già oggi offre risposte determinanti per la cura di numerose patologie e che fa intravedere sviluppi molto promettenti per il prossimo futuro.

La costruzione della rete degli ospedali in Umbria

La definizione dei modelli delle reti cliniche suesposta non può prescindere dalla concreta collocazione di ogni nodo della rete, a prescindere dalla natura della rete, all'interno di un presidio ospedaliero.

La complessiva strutturazione della rete dei presidi deve quindi ispirarsi ai seguenti obiettivi:

- determinare la valenza di ogni ospedale all'interno della rete, quale sommatoria del peso specifico dei nodi che si strutturano al suo interno;
- determinare il numero dei posti letto negli ospedali per acuti;
- disporre investimenti che rendano le nuove strutture nosocomiali ecosostenibili dal punto di vista dell'edilizia ed energeticamente autonome con l'impiego di fonti rinnovabili;
- affrontare il preoccupante, progressivo incremento della mobilità passiva, soprattutto per alcune specialità (ortopedia, neurochirurgia, cardiologia-cardiochirurgia, urologia).

I quattro obiettivi sono complementari dal momento che la corretta collocazione di ogni singolo presidio all'interno della rete degli ospedali per acuti non può prescindere dal rispetto di un tetto programmatorio che, a livello regionale è stabilito in 3,5 posti letto per mille abitanti, escludendo i posti letto per riabilitazione che vengono quantificati in 0,5 posti letto per mille abitanti.

In fase di programmazione attuativa, all'interno della dotazione stabilita a livello regionale, andranno specificate le dotazioni specifiche per ogni rete clinica; si dovrà determinare il ruolo delle strutture sulla base dell'analisi delle potenzialità e vocazioni di ogni singolo presidio procedendo poi alla individuazione delle specifiche dotazioni di risorse umane, strutturali e tecnologiche.

La programmazione dell'assistenza in regime di ricovero extraospedaliero è oggetto di analisi e programmazione in altre sezioni del piano.

Vale la pena, comunque, ribadire che anche il numero dei posti letto in assistenza extraospedaliera deve rispondere a criteri di proporzionalità con la popolazione generale (standardizzata per età), essendo essi in linea di continuità con l'assistenza per acuti. Anche in questo caso in sede di programmazione attuativa andranno stabiliti parametri numerici per la dotazione delle RSA e degli hospice, come quote trasferite da posti letto per acuti e con il vincolo del tetto del personale.

Il modello organizzativo a sostegno delle reti per l'erogazione dell'assistenza sanitaria: i coordinamenti Regionali

I Coordinamenti Regionali vengono individuati come "funzionali" e sono tipicamente orizzontali rispetto

all'organizzazione. La loro finalità primaria consiste nel massimizzare i processi clinici in rapporto al conseguimento di obiettivi di efficacia e di qualità degli interventi sanitari diretti ai pazienti.

I Coordinamenti Regionali si distinguono quindi dai dipartimenti tipici delle aree ospedaliere che sono verticali rispetto all'organizzazione ed hanno la finalità di ottimizzare l'efficienza di utilizzo delle risorse specifiche del dipartimento stesso.

I Coordinamenti Regionali sono inseriti all'interno di un modello di "rete regionale" con i compiti di promuovere le interazioni fra strutture ospedaliere e strutture territoriali, con particolare riferimento alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende USL compresenti su uno stesso territorio; valutare la congruità degli interventi anche per l'innovazione tecnologica; attivare programmi didattici e formativi per medicispecialisti, medici di medicina generale, infermieri ed altre professionalità sanitarie; condividere con le agenzie di ricerca programmi e progetti; sostenere l'applicazione di Linee Guida per specifici percorsi assistenziali, nell'ottica della multidisciplinarietà.

I Coordinamenti Regionali sono presenziati da un referente della rete e costituiscono l'ossatura su cui costruire il nuovo organismo delle reti cliniche e dovranno svilupparsi secondo due direttrici.

La prima è rappresentata dall'approfondimento scientifico-culturale su tutti i temi ricompresi nell'ambito di riferimento dipartimentale.

Sarà quindi opportuno costituire un comitato tecnico-scientifico.

Tale comitato elaborerà:

- piani di formazione per tutti i membri del dipartimento. Essi costituiscono elemento di armonizzazione delle conoscenze interne al Coordinamento Regionale;
- piani di sviluppo e ricerca scientifica. La dimensione sovraaziendale del Coordinamento Regionale consente di raggiungere una massa critica di conoscenze tale da costituire terreno fertile per la produzione scientifica e la ricerca, non escludendo che possa essere soggetto di attuazione di piani specifici di ricerca finalizzata promossi dalla Regione.

La seconda direttrice di sviluppo del Coordinamento Regionale è quella di promuovere l'operatività della rete delle cure. Si concretizzerà nella costituzione di un comitato di coordinamento della rete regionale incaricato di formulare:

A) Proposte di modelli organizzativi che chiariscano:

- il piano della rete. Ogni Coordinamento dovrà individuare, sulla base delle evidenze epidemiologiche e sulla base del sedimentato storico le caratteristiche organizzative generali della rete e il ruolo che è chiamato a svolgere ogni nodo della rete, comprese le strutture territoriali di primo e secondo livello;
- i requisiti che ogni nodo della rete deve possedere in ordine al ruolo che viene chiamato a svolgere, evitando ridondanze o carenze organizzativo strutturali. Per far fronte all'adeguamento strutturale il Coordinamento Regionale, sulla base di una approfondita analisi della dotazione di personale e tecnologica, dovrà predisporre piani di sviluppo e investimento.

B) Proposte di un sistema di regole di funzionamento della rete, che individui:

- come si sviluppino le relazioni fra i singoli nodi della rete, chiarendo gerarchie o aree di esclusiva competenza;
- quali siano le modalità di accesso alla rete e come si dipani all'interno della rete il percorso clinico del paziente, comprendendo nel percorso anche i servizi territoriali delle cure intermedie e delle cure primarie;
- quali siano le possibilità di messa in comune delle competenze professionali presenti nei singoli nodi della rete, individuando modalità di circolazione dei professionisti.

I rapporti con le Aziende sanitarie regionali

I Coordinamenti Regionali costituiscono una rete funzionale finalizzata alla qualità delle cure efficaci. Ogni singola unità funzionale resta comunque strutturalmente incardinata nell'organizzazione delle singole aziende e delle loro articolazioni siano esse presidi ospedalieri o distretti sanitari.

Questa struttura a matrice che vede ogni singola unità funzionale avere contemporaneamente un riferimento strutturale alla singola azienda sanitaria e un riferimento funzionale al proprio specifico Coordinamento Regionale è la vera sfida del rinnovamento della rete delle cure nella Regione Umbria.

Sulla base delle presenti linee, la programmazione attuativa procederà alla complessiva ridefinizione dell'attuale impianto dei Coordinamenti Regionali.

L'Agenzia Umbria Sanità svolge la funzione di un organismo centrale regionale di "coordinamento delle reti", con il compito di armonizzare il lavoro delle singole reti e di verificare la compatibilità dei singoli programmi dipartimentali con gli obiettivi e i vincoli complessivi della programmazione regionale.

I dipartimenti strutturali continueranno a costituire, all'interno di ogni singola azienda, il luogo del confronto sul modello di funzionamento integrato di ogni singolo presidio o distretto.

I dipartimenti strutturali costituiscono la base della contrattazione aziendale di budget, condividendo l'uso di risorse comuni siano esse di personale o di apparecchiature.

Azioni da sviluppare e/o potenziare

Sperimentare in alcune aree l'istituzione di Coordinamenti Regionali, valorizzando l'attività svolta finora dai Centri di Riferimento Regionali e sviluppando le esperienze tracciate nel precedente ciclo programmatico, nonché agli accordi interaziendali attivati tra aziende territoriali e aziende ospedaliere con le finalità di:

- Ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico, con particolare riferimento alla continuità assistenziale, mettendo in rete i servizi;
- Predisporre un piano integrato per la formazione, l'aggiornamento del personale, la ricerca clinica;
- Acquisire di un sistema informativo comune a livello regionale.

13.2 PROMUOVERE LA REVISIONE E/O LA RICONFIGURAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

L'organizzazione interna dell'ospedale deve essere ridefinita alla luce delle nuove esigenze assistenziali ed in particolare deve tendere a far coincidere la struttura organizzativa con il processo di trattamento dei pazienti. I dipartimenti sono stati strutturati secondo divisioni tradizionali fra specialità mediche, chirurgiche e specialità dei servizi, piuttosto che in base alle necessità dei pazienti. Il raggruppamento dei servizi per sistema corporeo permette agli specialisti con differenti competenze e formazione, ma interessi simili, di lavorare insieme. Quindi, i nuovi modelli tendono a prevedere che i servizi centralizzati come imaging, radiologia interventistica e sale operatorie siano forniti all'interno di questi dipartimenti in stanze flessibili multi-uso.

I servizi possono essere raggruppati secondo la severità dei casi e il percorso assistenziale del paziente, piuttosto che per specialità, in modo tale che i reparti vengano raggruppati in critici, acuti, post-intensivi e assistenza ambulatoriale. Se si riesce a prevenire i ricoveri non necessari ed a promuovere le dimissioni precoci, la severità delle condizioni dei pazienti rimanenti aumenterà. Questo significa che l'assistenza critica necessiterà di essere sempre più diffusamente disponibile nell'ospedale e non essere confinata alle

sole unità specialistiche. Inoltre, il rapporto sale operatorie/posti letto deve cambiare, con un numero maggiore di sale e meno letti dato il ridimensionamento dei tempi di recupero post-intervento.

Il Piano sanitario regionale 2003-2005 definiva il dipartimento come la struttura organizzativa centrale nella riorganizzazione e qualificazione dell'offerta assistenziale e nella promozione della "clinical governance" quale strumento per la promozione di nuove relazioni funzionali tra potere professionale e potere amministrativo/manageriale.

Questa "centralità" del dipartimento diviene tanto più rilevante in relazione alla scelta di base operata dalla presente pianificazione di promuovere uno sviluppo organizzativo del sistema regionale basato sulle reti cliniche, ossia sulla promozione di nuove relazioni funzionali tra professionisti e organizzazioni, centrate sul percorso del paziente.

L'approccio definito implica, relativamente al dipartimento quale forma organizzativa peculiare in quanto basata sul coordinamento, una riflessione su almeno due livelli:

- la modellistica, da definirsi in relazione alla tipologia di livelli organizzativi interessati e alle relazioni supportate;
- gli strumenti, da individuarsi in relazione al diverso mix di obiettivi/finalità di programmazione e controllo, coordinamento, standardizzazione delle conoscenze.

Particolare attenzione sarà rivolta all'organizzazione dipartimentale degli ospedali sia come fattore di miglioramento in sé che con l'obiettivo di definire modelli funzionali ai processi di integrazione tra ospedale e reti cliniche del bacino di riferimento.

Stato dell'arte - I dipartimenti in Italia

Per un adeguato inquadramento del problema si ritiene opportuno riportare alcune considerazioni sullo stato di attuazione/sviluppo dell'organizzazione dipartimentale nel SSN, con la raccomandazione che taluni risultati deludenti, non debbono condizionare la riflessione finalizzata all'esercizio della programmazione.

Da una recente indagine condotta dal Ministero della Salute (si veda il sole 24 ore/sanità, n.7/2008) dei 1805 dipartimenti censiti, appartenenti a 233 strutture emerge quanto il processo di implementazione dei dipartimenti sia lento (attivati solo nel 52% delle ASL e nel 41,5% di A.O.), con un forte squilibrio geografico (maggiore concentrazione al Nord).

L'indagine del Ministero sottolinea inoltre quanto la scelta delle tipologie di dipartimento sia basata più su aspetti formali, rispondenti quindi a logiche di adempimento con situazioni dove si registrano estreme frammentazione delle tipologie fino a dipartimenti che contengono una sola Unità Operativa. Non mancano inoltre problemi legati al budget unico in quanto strumento utile nella scelta degli obiettivi e nella negoziazione delle risorse; problemi legati alla gestione condivisa delle risorse tecnologiche e umane, ed infine difficoltà nella partecipazione a tutti i livelli e di tutti i professionisti coinvolti al fine della condivisione degli obiettivi che costituisce una priorità.

Stato dell'arte - I dipartimenti in Umbria

La ricerca "Dipartimenti sanitari e governo clinico in Umbria - Rapporto 2004" (in I Quaderni, n.7, Giugno 2005) sintetizza i risultati di una indagine basata su interviste e questionari affermando che "la dipartimentalizzazione sanitaria in Umbria è ancora in notevole ritardo, anche se a certi livelli si incomincia da intravedere l'aratura del terreno".

In particolare emergono una serie di carenze a diversi livelli delle strutture concernenti i dipartimenti che si riconoscono a deficit formativi dei dirigenti medici su aspetti legati al governo clinico e sanità

pubblica, resistenza a superare il tradizionale modello organizzativo - contrattuale legato alla singola struttura, permanenza di vecchie logiche di autonomia territoriale e labilità organizzativa

Una successiva analisi effettuata nel DVSS, aggiornata al gennaio 2006, completa il quadro complessivo dei dipartimenti sia ospedalieri che del territorio valutandone aspetti sia anatomici che funzionali. Secondo il documento il quadro che emerge in termini di capacità funzionale ed organizzativa dei dipartimenti è in lenta evoluzione e descrive situazioni variabili da ambiti in cui la conoscenza è scarsa per carenza di dati fino ad circostanze dove le problematiche a vari livelli sono di notevole complessità.

La necessità di riorganizzazione

La buona riuscita di un processo di riorganizzazione costituisce una sfida importante e richiede uno sforzo notevole da parte dei protagonisti coinvolti i quali, e importante sottolineare, hanno ambizioni e obiettivi molteplici, spesso frammentati, di dimensioni variabili e spesso in contrasto tra di loro. A ciò vanno tenuti in considerazione fattori ambientali, culturali e comportamentali in quanto hanno un peso specifico nel contesto della organizzazione e portano in sé una forte e complessa interazione.

Come accade in tutte le organizzazioni aziendali, le strutture sanitarie possono presentare una serie di problematiche che possono essere legate alla carenza di coordinamento per le difficoltà di standardizzazione delle loro prestazioni, per problemi legati alla discrezionalità che pongono difficoltà di controllo esterno delle proprie prestazioni in caso di incompetenza o errori ed, infine, riluttanza alla innovazione dovuto all'attaccamento ai propri metodi o abitudini e la resistenza a sperimentare nuovi.

La modellistica

Azioni da sviluppare e/o potenziare

Rivedere o riconfigurare l'organizzazione dei dipartimenti ospedalieri in modo da far coincidere maggiormente la dimensione organizzativa con il processo di cura del paziente.

Il raggruppamento delle strutture per sistema corporeo o per nosologia piuttosto che per specialità affini, appare sicuramente più idoneo a garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato.

Tra le altre caratteristiche si ritiene che tali strutture debbano essere strettamente collegate con il territorio, attraverso forme di integrazione trasmurale, che si modellano sul percorso assistenziale.

Il numero ed il tipo di dipartimenti per sistema corporeo attivabili nelle varie aziende è in funzione del ruolo svolto da queste, e della loro collocazione nella rete clinica integrata. Questo tipo di Dipartimento può rappresentare il modello di elezione per le aziende ospedaliere e la modalità più adatta a spingere verso l'integrazione con le aziende territoriali.

La realizzazione di dipartimento d'organo comporterà comunque, anche nelle realtà di maggiori dimensioni, il persistere di alcuni dipartimenti "strutturali", aggregati per specialità affini, nella stessa azienda.

Si ritiene che rimarrà comunque necessario mantenere gli attuali dipartimenti dei "servizi", quali Diagnostica per immagini, Laboratorio analisi o - in talune realtà - quelli di area chirurgica o area medica, ove la loro funzione di gestione delle risorse comuni a più dipartimenti risulterà indispensabile per l'utilizzo ottimale delle risorse. Condizione che comporterà la necessità di continuare a prevedere per una stessa struttura complessa due modalità contemporanee di integrazione dipartimentale, strutturale per la gestione delle risorse comuni (ad esempio una neuroradiologia nel dipartimento diagnostica per immagini per la gestione delle risorse strumentali e umane comuni) e funzionale per la promozione, condivisione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali.

Là dove la realtà operativa non suggerisca l'opportunità di attivare dipartimenti d'organo, ma dipartimenti strutturali, sarà comunque necessario spingere verso una organizzazione dipartimentale "gestionale" che comunque preveda la realizzazione di gruppi multiprofessionali, pluridisciplinari, interdipartimentali aggregati per percorsi diagnostico terapeutici, collegati con la realtà territoriale.

13.3 RIDEFINIRE IL SISTEMA DELL'EMERGENZA-URGENZA SANITARIA - UMBRIA SOCCORSO 118

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 (Deliberazione del Consiglio Regionale n.314/03) prevedeva, al punto 7.5.4.4., la riorganizzazione dei Servizi per la Emergenza-Urgenza.

A tre anni dalla attivazione del Sistema di Emergenza Sanitaria " Umbria Soccorso", il PSR evidenziava una serie di problemi organizzativi che riguardavano essenzialmente la razionalizzazione delle risorse assorbite, per ridurre possibili sprechi, anche a fronte della possibilità di utilizzo di nuove tecnologie e garantire prestazioni appropriate ed uniformi su tutto il territorio regionale.

Dalla data di attivazione del Sistema "118", la Programmazione Sanitaria Regionale si è posta, i seguenti obiettivi di salute :

- evitare l'errore in Emergenza-Urgenza;
- abbattere le morti evitabili;
- ridurre la disabilità evitabile;
- garantire l'equità di accesso.

Conseguentemente la programmazione sanitaria ha posto una particolare attenzione nel definire e controllare "i percorsi clinico-assistenziali" delle patologie causa più frequente di morte improvvisa e invalidità permanente.

Tali percorsi vanno intesi come l'insieme di relazioni organizzative ed eventualmente, istituzionali ovvero l'insieme delle azioni, relazioni e transazioni che possono e devono garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato che nel sistema di emergenza-urgenza per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie.

In ambito regionale sono stati già individuati i Percorsi clinico-assistenziali relativi a:

1. le insufficienze cardiocircolatorie in emergenza-urgenza (STEMI e SCA) per le quali sono già stati realizzati alcuni percorsi clinico organizzativi quali:
 - il Tosca (Trattamento Ottimale Sindromi Coronariche Acute) in atto fra ASL2 e AO di Perugia che con la trasmissione dell'ECG dalle postazioni ed ambulanze alla Utic di riferimento ha permesso e permette un sempre maggiore, tempestivo e facilitato accesso alle emodinamiche;
 - i protocolli sulla defibrillazione precoce che, coinvolgendo anche interlocutori laici quali il Volontariato (CRI, ANPAS, Misericordie..), le FFOO, i Vigili Urbani, i VVFF, alcuni Centri Commerciali, le Piscine, hanno migliorato le sopravvivenze dopo un arresto cardiocircolatorio;
 - il progetto regionale di rilevazione dati sui pazienti STEMI a cui partecipano tutte gli operatori del 118, del Pronto Soccorso, delle Cardiologie, delle Medicine Generali e delle Unità di Emodinamica di tutta la Regione al fine di monitorare il trattamento in urgenza di tale patologia e permettere una migliore scelta organizzativa per tutta la Regione secondo principi di appropriatezza, equità ed efficienza.
2. il politrauma o il trauma maggiore la cui ricerca finalizzata voluta dalla Regione ha dimostrato come la rilevazione di alcuni indicatori possa essere il primo riferimento per la istituzione di un Sistema Trauma Regionale secondo una rete Hub&Spoke in grado di rispondere in modo compiuto al Trauma Maggiore e di stabilire le procedure nel trasporto dal luogo del trauma e/o da altre strutture. Gli ospedali di riferimento per il trauma non possono che essere le sedi di un DEA preferibilmente di 2 livello in

quanto sede anche di Neurochirurgia e la C.O. deve essere la sola funzione che, gestendo i trasporti primari e secondari, ne definisce le destinazioni, mentre le funzioni operative periferiche (DEA di 1 livello, PS, Postazioni di primo intervento presidiali e mobili del 118) devono avere chiari i protocolli di triage pre-ospedaliero in accordo con quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni del 4 aprile 2002 nelle Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato per i pazienti traumatizzati con organizzazioni funzionali (trauma team) per acuti.

3. le insufficienze cerebro-vascolari acute la cui letteratura medica internazionale, alla quale ci si ispira, conviene ormai sul fatto che i pazienti con ictus cerebrale in fase acuta necessitino di una assistenza specialistica integrata fin dall'inizio con un percorso riabilitativo e che imposti fin da subito la prevenzione secondaria. Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo d'assistenza all'ictus secondo le linee guida nazionali ed internazionali codificate dallo SPREAD definendone i centri neurologici H&S, con specifici parametri che vanno monitorati periodicamente per verificarne l'efficacia pratica.

Centrali Operative 118

La Centrale Operativa 118 è la struttura deputata a porsi come interlocutore unico e qualificato per l'utenza e le strutture collegate, in termini di ricezione e valutazione delle richieste e come momento di coordinamento, gestione e verifica della attività.

Questi primi anni di attività hanno consentito una notevole attività di monitoraggio e una consistente raccolta di dati che rende possibile oggi una valutazione dell'originaria scelta di tre Centrali, perseguita per l'avvio del sistema. Già allora la normativa individuava su base provinciale l'organizzazione ottimale della Centrale, se non addirittura, per Province di dimensioni ridotte, su base sovraprovinciale, se non addirittura regionale ed oggi l'esperienza consolidata suggerisce Centrali di Coordinamento con enormi bacini di utenza e Centrali Operative Uniche, intendendo con ciò il fatto che tutti gli enti proposti alla emergenza (sanità, ordine pubblico, vigili del fuoco, protezione civile) siano presenti nella gestione di una stessa unità direzionale dell'emergenza. La dimensione regionale è una scelta obbligata in tal senso.

A supporto della tesi regionale va considerato il fatto che le organizzazioni dell'emergenza non sanitaria (112, 113, 115, Prot. Civile) si sviluppino di norma su base regionale e questo consente un più facile interfacciamento operativo tra le strutture che devono concorrere a formare il più complessivo sistema delle emergenze. Questa è la prospettiva del "numero unico dell'emergenza 112", che presto anche l'Italia sarà obbligata ad adottare. È stato infatti emanato, (G.U. n. 191 del 18 Agosto 2006), il D.M. (27 Aprile 2006), che ha autorizzato il convogliamento delle chiamate in arrivo oggi alle numerazioni d'emergenza 112, 113, 115, e 118, alle istituendo Centrali Operative Uniche del "112" europeo (Numero Unico Europeo di emergenza).

Pertanto non è più procrastinabile per la realtà umbra la scelta di una Centrale Operativa 118 sub-regionale, posta all'interno di un DEA di secondo livello, facendola diventare parte integrante del medesimo, nonché il braccio operativo, in attesa delle disposizioni che vincoleranno al "Numero Unico Europeo di Emergenza".

L'esperienza consolidata propone Centrali di Coordinamento con enormi bacini di utenza e Centrali Operative Uniche, intendendo con ciò il fatto che tutti gli enti proposti alla emergenza (sanità, ordine pubblico, vigili del fuoco) vengano coinvolti nella gestione di una stessa unità direzionale dell'emergenza come fa presumere la prospettiva europea del "numero unico dell'emergenza 112".

I tempi e le tecnologie consentono, oggi, di guardare sempre più ad una Centrale Operativa Unica, che governi la rete territoriale del soccorso in Umbria, garantendo una uniformità delle prestazioni, l'assegnazione di protocolli condivisi e che, essendo il fulcro del Sistema di allarme 118, preveda che:

1. la stessa CO 118 abbia da un lato funzioni di "regia" avendo conoscenza in tempo reale con il sistema informatico in rete dell'agibilità ed operatività del percorso ospedaliero: Posti Letto, Sala Operatoria

d'urgenza, altro... e dall'altro di "braccio operativo" potendo gestire il sistema di trasporto (ambulanze e elisoccorso) verso le sedi più idonee al trattamento in regime di urgenza, in particolare per le patologie più gravi (politraumi, sindrome coronarica acuta, patologia cerebro-vascolare acuta, eventi emorragici gravi, lesioni del midollo spinale).

2. gli Ospedali Territoriali ("spoke" territoriali) facciano riferimento ai DEA di 1 e 2 livello inlinea con le competenze assistenziali definite da protocolli e linee guida condivise a livello regionale;
3. DEA di 1 livello, "hub territoriali Città di Castello, Gubbio, Foligno, Spoleto, Orvieto" costituiscano il riferimento del territorio di competenza sia nel trasporto dai punti di primo intervento e/o dagli ospedali territoriali dovendo disporre di un "area assistenziale critica" capace di accogliere e trattare pazienti in emergenza urgenza nei tempi e modalità giuste;
4. i DEA di 2 Livello "hub provinciali Azienda Ospedaliera di Perugia ed Azienda Ospedaliera di Terni" costituiscano il riferimento provinciale nel trasporto dai punti di primo intervento e/o da altre strutture secondo protocolli e linee guida condivise a livello regionale dovendo e potendo disporre di un'area assistenziale critica capace di accogliere e trattare pazienti in emergenza urgenza nei tempi e modalità giuste.
5. il Sistema di integrazione informatico deve potere:
 - a. garantire una diagnostica telematica con trasmissione delle immagini (consulto interaziendale tra specialisti) e di laboratorio senza far spostare, talora anche inutilmente, il paziente;
 - b. tutelare la attività di donazione di organi e tessuti ai fini dei trapianti;
 - c. istituire un registro regionale delle emergenze (trauma grave, SCA, Ictus, ...).

L'"area assistenziale critica" dovrebbe essere all'interno dell'ospedale funzionalmente integrata alle aree assistenziali competenti delle cure di pazienti in emergenza urgenza con:

- a. area del Pronto Soccorso con sala rossa, sala gialla e sala di diagnostica per immagini;
- b. area di Rianimazione e Terapia Intensiva generale e specialistica (Cardiochirurgica, Coronarica, Neurologica, Pneumologica, Neonatale Pediatrica);
- c. area Vasta di Medicina d'urgenza;
- d. area Chirurgica Generale e Specialistica con sale Operatorie dedicate alla Urgenza-Emergenza;
- e. Laboratorio di Emodinamica e di Elettrofisiologia; Stroke Unit e Unità Spinale;
- f. area radiologica diagnostica ed interventistica;
- g. area diagnostica di Laboratorio Clinico e Trasfusionale.

Personale del Sistema "118"

Un Sistema della Emergenza-Urgenza deve vedere valorizzata ogni componente che vi partecipa, al fine della sua migliore funzionalità e con la consapevolezza che qualsiasi modello organizzativo non possa prescindere dalla piena considerazione delle competenze e della capacità individuali. La scelta e la formazione del personale da impiegare all'interno del Sistema dell'Emergenza-Urgenza è pertanto uno dei momenti strategici su cui operare scelte definitive.

Le indicazioni che sono emerse dai vari lavori e passaggi esperiti sono quelle di andare verso la creazione di una professionalità specifica che, partendo da una formazione sanitaria specializzata, sia in grado di sviluppare competenze nuove, che dovrà trovare riscontro anche in percorsi formativi universitari.

Rispetto alla programmazione precedente infatti si profila in modo consistente la possibilità di attivare, anche per la Regione Umbria, del Sistema di Elisoccorso.

Questo dovrà comportare il coordinamento di tale Sistema con il Sistema dell'Emergenza-Urgenza, assicurato da una Centrale Operativa Unica, con del personale, all'interno della Centrale, appositamente formato.

D'altra parte la dotazione di personale sanitario "imbarcato" dovrà essere composta prioritariamente da un medico, specialista in anestesia e rianimazione o altro specialista che possieda comunque comprovata esperienza e formazione nel campo della emergenza con competenze tali da attuare le procedure indicate nell'Allegato 2 dell'Accordo 3 febbraio 2005, "Linee guida per la organizzazione dei Servizi di Soccorso Sanitario con elicottero" e nella fattispecie "Caratteristiche e competenze del personale sanitario impiegato in servizi HEMS/HSR/HAA, individuato nell'ambito dell'autonomia regionale e delle caratteristiche del servizio nelle singole Regioni e Province Autonome" e da un infermiere con documentata esperienza e formazione e/o da altro personale qualificato da stabilire in sede regionale.

La competenza richiesta al personale impiegato in un servizio di Elisoccorso non può prescindere da una esperienza di lavoro maturata in reparti di area critica e/o dove vi sia stata la possibilità di acquisire la conoscenza delle manovre indispensabili, per garantire la sopravvivenza di pazienti in condizioni critiche.

In ogni caso, il personale medico ed infermieristico impiegato in questi Servizi dovrà essere preparato e formato al compito da svolgere.

Anche l'"Operatore di Centrale", è preferibile che sia un Infermiere Professionale, proveniente, magari, dai reparti di Area Critica, capace di coniugare la sua competenza sanitaria con una buona preparazione, riguardante anche l'interfaccia con l'utenza, che presenta problemi di comunicazione spesso critici, tale da permettergli la assegnazione dei codici-evento quanto più appropriata possibile.

Il cittadino è bene che trovi, già alla risposta telefonica, un Professionista della Sanità, in grado di valutare il problema, con il compito di interpretare correttamente i protocolli e le procedure necessarie e di attivare le risposte quanto più pertinenti possibile al caso specifico.

Il personale medico, dal Responsabile di Centrale, ai "Centodiciottisti", deve riuscire ad "esaltare" la sua professionalità nella prestazione sanitaria d'urgenza, muovendosi su terreni operativi diversi e con situazioni patologiche tra le più varie e complesse e dovendo pertanto sviluppare le proprie conoscenze ed il "proprio allenamento" in questo specifico settore.

Risulta pertanto di importanza fondamentale il processo di selezione, formazione e di aggiornamento permanente.

L'Elisoccorso

Il servizio di "Eliambulanza-Elisoccorso (HEMS-SAR)" appartiene a pieno titolo al Sistema dell'Emergenza-Urgenza con lo scopo principale di offrire assistenza e pronta e specialistica a chiunque colpito da un evento a rischio per la propria sopravvivenza si trovi in un'area territoriale troppo lontana dall'ospedale più idoneo e ai pazienti per i quali un trasporto su ruota potrebbe peggiorare la loro situazione clinica.

Nella Regione Umbria tale servizio potrebbe venire attuato come un servizio per area vasta interregionale e istituito con convenzioni interregionali che ne permettano la realizzazione contenendone i costi di gestione e definendone l'ubicazione delle basi eliportuali per le quali la Regione ha già avviato l'iter per la individuazione di una "rete di elisuperfici sanitarie o occasionali" con l'obiettivo di:

- portare rapidamente una équipe specializzata nel soccorso primario dal luogo dell'evento al presidio più idoneo del paziente critico sul luogo dell'emergenza con riduzione dell'intervallo di terapia per incidenti del traffico, infortuni sul lavoro, sportivi e del tempo libero o comunque a seguito di situazioni o patologie che mettano a rischio la sopravvivenza di una singola persona o di una collettività con trasporto primario;
- trasporto secondario (trasferimento di pazienti critici verso i DEA: codici gialli-rossi e dei pazienti con compromesse le funzioni vitali) e di neonati a rischio o verso altre regioni per specialità mancanti (cardioch. Infantile, centro ustioni...);
- coprire un territorio vasto con una sola équipe garantendo un livello adeguato di esperienza con possibile

- risparmio nel numero delle postazioni di soccorso;
- garantire in tempi rapidi una risposta qualificata anche in collaborazione con gli Enti Autorizzati su territori che rimarrebbero altrimenti scoperti dal sistema per le caratteristiche oro-geografiche o per la scarsa densità di popolazione in occasione di emergenze di massa e catastrofi;
- trasporto di equipe del trapianto, di sangue e farmaci salvavita.

Il modello "Hub and Spoke"

Ai fini di una prima ed elementare riflessione, appare utile ricordare come il modello " Hub and Spoke " parta dal presupposto che per determinate situazioni e complessità di malattie siano necessarie competenze rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio.

In Umbria possono essere individuate un insieme di strutture altamente specializzate, distribuite su tutto in territorio regionale, con funzioni diversificate nell'ambito del percorso assistenziale e di sistemi strutturati di comunicazione e di integrazione fra i Centri. E' prevista una gerarchia funzionale tra i Centri di riferimento (Hub) e le strutture sotto-ordinate (Spoke), secondo specifici e condivisi protocolli.

Secondo questo modello i pazienti vengono inviati dai centri spoke a quelli hub nel momento e solo per il tempo necessario all'erogazione di prestazioni di elevata complessità, per essere successivamente ritrasferiti nei rispettivi centri spoke per il completamento del percorso diagnostico-terapeutico.

In tal modo è possibile erogare prestazioni appropriate, con operatori dotati di sufficiente esperienza e competenza, secondo principi di equità e sostenibilità economica.

Tale modello ha l'obiettivo di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, la garanzia di adeguati livelli di cura e di continuità di cura, l'equità nelle condizioni di accesso e di fruizione e presenta i vantaggi, sul piano clinico-assistenziale, della centralizzazione dei pazienti.

Appositi atti di indirizzo provvederanno ad individuare i requisiti strutturali ed operativi che le diverse strutture, sede di Hub and Spoke, dovranno garantire.

La Telemedicina nell'Emergenza-Urgenza

Una componente avanzata di informatizzazione è ormai elemento da considerarsi irrinunciabile per qualsiasi Sistema della Emergenza-Urgenza, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari, facilitare la formazione professionale dei medici ed infermieri ed ottimizzare il trasferimento qualificato di dati ed esperienze tra le diverse realtà.

La Telemedicina è l'integrazione, il monitoraggio e la gestione dei pazienti, nonché l'educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono.

Ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l'esercizio delle attività cliniche, assistenziali e didattiche, con particolare riferimento ai servizi di teleradiologia, teleassistenza sanitaria e teledidattica.

Applicare la telematica in ambito medico, e specificamente all'interno del Sistema della Emergenza-Urgenza, significa una condivisione dinamica di informazioni, cartelle cliniche, digitali, tracciati diagnostici, immagini biomediche che si muovono in tempo reale e con la massima definizione. Ne consegue una concreta interrelazione tra le strutture minori e quelle specialistiche con ricadute circa la ottimizzazione della gestione del Sistema.

Tutto ciò può tradursi in un sensibile miglioramento sia della qualità dei servizi per il cittadino sia delle

condizioni di lavoro del personale, che accede più facilmente alle informazioni. Nell'ottica di una congrua riorganizzazione del Sistema della Emergenza-Urgenza, viene confermato come non siano più rinviabili scelte concrete circa l'utilizzo delle tecnologie informatiche, con particolare riferimento e priorità per la Telemedicina. Snellendo le procedure e migliorando i Servizi offerti, si contribuisca anche a garantire un contenimento della spesa sanitaria.

Trasporti in Emergenza-Urgenza

La complessità della materia e la molteplicità degli Enti ed Associazioni con le quali Aziende Sanitarie della Regione hanno stipulato una convenzione per l'attività di Soccorso Sanitario, collegato ai Servizi di Emergenza, hanno prodotto una variabilità delle soluzioni organizzative e funzionali che deve essere superata nel corso del triennio al fine di garantire gli stessi livelli di servizio su tutto il territorio regionale.

A tal fine è necessario:

- definire il modello operativo e standardizzare il servizio per quanto riguarda l'organizzazione, mezzi/strumenti e il personale;
- individuare le fasi del servizio che è possibile esternalizzare e quelle che devono essere garantite tramite la gestione diretta;
- acquisire i servizi standardizzati attraverso procedure accentrate a livello regionale.

Una volta ridefinito il modello organizzativo del sistema dei trasporti in emergenza urgenza sarà cura della Regione rendere omogenei i rapporti contrattuali tra le associazioni di volontariato presenti sul territorio e le singole ASL.

Linee operative aggiuntive

- Il Comitato Regionale Sanitario per la Emergenza, (di seguito solo CRES) istituito in prima istanza nel lontano 1996 e successivamente rinominato nell'anno 1999, abbisogna, oggi, di una nuova ridefinizione, sia nella sua composizione, sia nelle proprie competenze;
- Il sistema di emergenza sanitaria costituisce un sistema organizzativo di integrazione funzionale fra strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere finalizzato ad attuare interventi al verificarsi di urgenze e di emergenze sanitarie. Tale sistema si articola in due fasi fondamentali: la fase ospedaliera e la fase extra-ospedaliera. La fase ospedaliera è caratterizzata dai Dipartimenti di Emergenza-Accettazione. Poiché tali Dipartimenti costituiscono il fulcro dell'emergenza nella fase ospedaliera, si impone la necessità di ridefinire, la struttura e la loro articolazione;
- Il sistema informativo, deve riuscire a dare una corretta fotografia della realtà (elaborazione statistico-epidemiologica tra la situazione operativa e gli obiettivi da raggiungere, con il monitoraggio di tutti i vari aspetti della attività);
- Risulta altrettanto indispensabile che il Sistema della Emergenza-Urgenza Sanitaria intrattenga nuovi rapporti con tutti gli altri Soggetti Istituzionali (Prefettura, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, VV.FF, Protezione Civile, etc. con il coordinamento della Regione) che a diverso titolo sono interessati alla Emergenza in senso lato.

CAPITOLO 14

La gestione delle liste di attesa

14. LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La Regione Umbria ha da tempo avviato attività integrate di gestione e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e loro tempi di attesa e nelle conseguenti attività programmatiche garantite dalle proprie Aziende Sanitarie.

Il Piano Sanitario Regionale, prendendo spunto da quanto stabilito dal Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) adottato nel giugno 2006, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del marzo dello stesso anno, intende garantire i seguenti aspetti:

- Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;

- Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie;

- Gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prestazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;

- Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;

- Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;

- Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;

- Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006;

- Promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

Tempi massimi di attesa

La Regione Umbria continuerà a monitorare l'offerta complessiva delle prestazioni di primo accesso necessarie alla formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree considerate come prioritarie dall'accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006, per le quali sono stati stabiliti i tempi massimi ammissibili.

Gestione e governo della domanda

La unica vera leva a disposizione per migliorare l'offerta delle prestazioni garantendo tempi di attesa accettabili per tutti i cittadini, leva su cui la regione intende dirigere gli sforzi per superare le criticità esistenti, è quella della corretta gestione della domanda.

Il modello della prioritarizzazione (Approccio per Raggruppamenti di Assistenza Omogenei - RAO) per l'accesso alle prestazioni nel corso di vigenza del presente Piano dovrà essere gradualmente implementato in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, con la differenziazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare quelle che dai monitoraggi emergono come più critiche, in base ai livelli di priorità. Il Distretto deve avere un ruolo centrale nello sviluppo dei percorsi assistenziali e nella promozione ed introduzione dell'Approccio RAO.

I percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi devono garantire la presa in carico del paziente, realizzare

l'integrazione tra i professionisti e livelli di cura, la continuità degli interventi e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Le strutture devono essere in grado di programmare e prenotare l'intero iter assistenziale e semplificare gli accessi dopo la prima visita con la prescrizione e prenotazione degli accertamenti successivi ed delle visite di controllo direttamente da parte della struttura sanitaria.

Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere pacchetti di prestazioni/percorsi nel rispetto dei seguenti criteri: efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza e in base a linee guida accreditate in materia.

L'obiettivo è quello di fornire ai pazienti un'assistenza efficace nella migliore sequenza spazio-temporale possibile.

Prioritariamente va attuata il percorso per la gestione del paziente con diabete mellito, e del paziente oncologico o con sospetta neoplasia, garantendo un iter diagnostico- terapeutico basato sulle evidenze scientifiche e linee guida. Lo standard normativo (Accordo 11 luglio 2002) prevede la conclusione dell'iter diagnostico entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva (compresa la stadiazione della malattia - 15 giorni per la consegna del referto istologico).

Le neoplasie con maggiore incidenza e con programmi regionali di screening attivati per i quali si devono definire, approvare, adottare e monitorare i percorsi sono quelli per i tumori di mammella, utero e colon-retto.

Informazione e comunicazione

L'informazione e la comunicazione sui tempi e sulle liste di attesa delle prestazioni specialistiche degli interventi pianificati, devono essere comunicate attraverso modalità appropriate e differenziate a seconda del destinatario (cittadino, utente, associazioni, mmg, pls, ...), prevedendo, ove necessario tavoli di confronto con organizzazioni sindacali e rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori.

Parallelamente dovranno essere previsti analoghi momenti di confronto fra le Direzioni Aziendali e le Organizzazioni Sindacali del comparto, della dirigenza medica e i Rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori.

Le Aziende Sanitarie, anche in un contesto interaziendale, dovranno definire modalità e strumenti per garantire ai cittadini un'informazione corretta e una comunicazione efficace, coinvolgendo gli URP Aziendali, aggiornando la carta dei servizi e i siti web aziendali, rilevando la soddisfazione degli utenti.

E' indispensabile attivare, con un controllo anche regionale, rilevazioni periodiche e continue della percezione della qualità dei servizi sanitari da parte dei cittadini - utenti, quale strumento per il monitoraggio dei bisogni, l'individuazione di obiettivi e l'attivazione di processi di miglioramento continuo nelle Aziende Sanitarie, basati sulla valorizzazione dell'apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano.

Le informazioni dovranno riguardare: il corretto utilizzo dei servizi sanitari, l'articolazione dei tempi di attesa anche per priorità clinica, l'accesso alla "libera professione intramuraria", l'importanza della disdetta in caso di impossibilità di usufruire della prestazione.

Nei siti web aziendali e regionale dovranno essere visibili: i tempi massimi delle prestazioni, le strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi di attesa, i report periodici semestrali dei monitoraggi con almeno la percentuale delle prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti, i tempi medi di attesa e le sospensioni delle erogazioni.

Inoltre nel sito web di ciascuna Azienda dovranno essere visibili le attività complessive periodiche per ciascuna prestazione erogate in istituzionale e in libera professione intramuraria.

Il Sistema Informativo Regionale prevederà soluzioni tecniche, omogenee su tutto il territorio regionale, per la gestione dei dati da rendere visibili all'utenza e per la reportistica da predisporre, nonché per la tempistica, adottando implementazioni dei software di gestione e assicurando la formazione agli operatori interessati.

Monitoraggi

La Regione definisce, anche in base alle indicazioni nazionali, le modalità con cui le Aziende devono effettuare il corretto monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, tramite rilevazioni riproducibili e confrontabili garantendo l'uniformità e la trasparenza delle stesse.

Per le prestazioni in libera-professione intramuraria deve essere previsto un apposito flusso informativo.

Ciò per le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostico/terapeutica, mentre si dà mandato agli Specialisti di prescrivere e prenotare gli esami di controllo successivi alla prima visita, facilitando in tal modo l'identificazione delle visite di controllo. Per quanto sopra detto le postazioni dei prescrittori dovranno essere collegate al CUP Integrato Regionale.

I sistemi di monitoraggio previsti dal Piano Nazionale e recepiti dal Piano regionale sono:

o Monitoraggio di sistema: misura il tempo prenotato. Il sistema informativo deve permettere il calcolo dei tempi d'attesa per le rilevazioni nei giorni indice (inizialmente una giornata ogni tre mesi, per arrivare progressivamente ad una rilevazione su una settimana) e per le prestazioni stabilite sia di specialistica ambulatoriale che di ricovero (anche queste progressivamente in aumento in base alle indicazioni che saranno fornite dall'ASSR e dal Ministero). Il sistema comunque dovrà prevedere la differenziazione per priorità.

L'indicatore da utilizzare è la percentuale dei cittadini che ottiene la prestazione di specialistica ambulatoriale entro i tempi definiti o l'ammissione al ricovero programmato entro i tempi massimi indicati a partire dal giorno dell'inserimento nell'Agenda dei ricoveri programmati.

Anche per le classi di priorità, l'Accordo dell'11 luglio 2002 definisce indicatori e soglie.

Per quanto attiene alla rappresentazione dei risultati dei monitoraggi, si utilizzeranno le metodologie già validate dal Gruppo Tecnico istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

o Monitoraggio specifico: si riferisce ad un controllo puntuale presso le strutture indicate dalle Aziende Usl come luoghi dove è garantita l'erogazione entro i tempi massimi regionali. Per queste strutture si richiedono anche informazioni sui volumi complessivi erogati. Il flusso dovrà essere trimestrale. Il sistema dovrà consentire la misurazione del tempo complessivo fino alla stesura del referto e il numero delle prestazioni erogate, considerando tra l'altro che per alcune prestazioni la redazione del referto è contestuale alla erogazione della prestazione. E' da prevedere un sistema informatizzato che consenta di calcolare la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti.

o Monitoraggio della sospensione dell'erogazione di prestazioni: in attuazione del comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, la Regione ribadisce il divieto alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Eventuali sospensioni dell'attività di erogazione delle prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa verranno gestite secondo quanto contenuto nelle apposite Linee Guida approvate e recepite dal Piano regionale e dai singoli Piani aziendali. Stabilite le modalità per la sospensione delle prestazioni, è necessario istituire un flusso ad hoc che permetta la trasmissione dell'elenco delle sedi che hanno interrotto l'erogazione delle prestazioni all'Assessorato alla Sanità con cadenza semestrale. La Regione provvederà poi alla trasmissione al Ministero secondo le modalità dettate. Il tracciato record e le relative modalità tecniche saranno comunicate ai Servizi Informativi Aziendali/CUP.

o Prestazioni erogate in libera professione intramuraria: anche queste prestazioni devono essere portate a CUP e prenotabili con lo stesso sistema, che dovrà permettere la differenziazione della tipologia di prestazione, e il relativo calcolo dell'erogato e dei tempi di attesa.

Cup

Il modello di CUP Integrato Regionale è quello che risulta più adeguato a rispondere alle esigenze

aziendali e regionali. Le prestazioni prenotabili saranno distinte in due categorie, quelle di alta e quelle di media-bassa complessità.

Le prestazioni di specialistica e diagnostica strumentale di alta complessità, potranno essere predate tramite il sistema CUP da parte del cittadino/utente direttamente scegliendo tra tutte le strutture erogatrici del territorio regionale.

Sperimentalmente si intenderanno per prestazioni di alta complessità:

quelle che attualmente (considerato che il sistema CUP è ancora esclusivamente aziendale) vengono erogate in pochi selezionati centri regionali e per le quali è finora prevista la prenotazione direttamente presso le strutture stesse;

quelle che nel nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contrassegnate dalla lettera R (prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti) e/o H (prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti).

Le prestazioni di specialistica e diagnostica strumentale di media-bassa complessità sono tutte le altre e potranno essere richieste scegliendo tra le strutture presenti nel bacino di utenza dell'Azienda su cui si chiede la prenotazione.

Saranno altresì prenotabili, al di fuori dell'Azienda di residenza, prestazioni, di medio-bassa complessità, se specificamente previste da accordi contrattuali interaziendali per l'erogazione di prestazioni sanitarie, definendo criteri di accesso e di remunerazione. In questo caso la valutazione dei tempi massimi di attesa dovrà tenere conto anche dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni effettuate in tali sedi extraaziendali.

Per i ricoveri sono da intendersi di alta complessità quelle attività che la programmazione regionale assegna alle Aziende Ospedaliere (di norma) e caratterizzati da particolare complessità e utilizzo di tecnologie innovative (32 DRG).

Si ribadisce che tutte le prestazioni debbono essere prenotate tramite CUP, sia per facilitare le modalità di monitoraggio, che per esigenze di trasparenza e omogeneizzazione delle procedure, facilitando nel contempo i cittadini.

Per quanto riguarda la riduzione del tempo per la refertazione, premesso che per la maggior parte delle prestazioni la refertazione è contestuale alla erogazione della prestazione stessa, si fa presente che il progetto Sistema Informativo Integrato della Sanità della Regione Umbria, prevede l'automazione di servizi rivolti al cittadino al fine di facilitare l'accesso e ottimizzare gli iter amministrativi e burocratici. In tale ottica l'introduzione della Carta Nazionale dei Servizi (CNS) per Operatori Sanitari e l'uso della firma digitale, in essa contenuta, consentirà un'ulteriore semplificazione delle procedure trasformando i documenti elettronici in documenti a valenza legale, migliorando il servizio reso e ottenendo una più ampia fruibilità e circolarità delle informazioni con una contestuale riduzione di tempi e utilizzo di documenti cartacei. Il progetto di ricerca a cui si fa riferimento è quello per la Diffusione Firma Digitale Operatori Sanitari, che prevede l'utilizzo della CNS con firma digitale nel contesto sanitario, garantendo l'autenticità e la integrità dei documenti prodotti, in accordo con il processo di semplificazione delle procedure sanitarie e amministrative, previsto dalla legislazione nazionale ed europea.

Agende di prenotazione dei ricoveri

Per quanto riguarda la tenuta delle agende di prenotazione ricovero, le Aziende umbre in applicazione di quanto previsto dalle "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" prodotte dall'ASSR, hanno dato indicazioni appropriate per la gestione delle agende. Nel periodo di vigenza del piano le aziende dovranno:

- 1) attivare l'"Agenda di prenotazione", possibilmente su supporto informatico. Essa deve contenere tutti i "campi" inerenti il paziente: anagrafica, codice paziente, diagnosi, procedura, classe di priorità ed

informazioni gestionali: data di prescrizione della richiesta, data di inserimento del paziente in agenda, data prevista per il ricovero, data reale del ricovero, motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.

- 2) definire la procedura operativa per la modalità di inserimento del paziente in agenda in relazione allo stato clinico presente coinvolgendo i Dipartimenti interessati; nella procedura vanno inoltre definiti le modalità di inserimento di questi dati nella SDO e il relativo monitoraggio;
- 3) definire i "criteri clinici" delle classi di priorità ed i relativi tempi di attesa, per i quali si fa riferimento a quelli descritti nell'Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e ad altri eventuali documenti scientifici, specifici per patologia.

Le Aziende, inoltre, devono stabilire le modalità per una revisione periodica dell'appropriatezza d'uso delle classi di priorità, coinvolgendo i professionisti e attivando l'audit clinico.

Come precedentemente affermato sarà istituito un flusso specifico per monitorare il fenomeno.

Gestione dell'offerta

Le Aziende Sanitarie, in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti dal PRCTA, dovranno in particolare:

- Analizzare le criticità dell'organizzazione per ogni prestazione che superi i tempi massimi di attesa;
- Riorganizzare i servizi e/o aumentare le sedute di erogazione delle prestazioni anche nei prefestivi e festivi prevedendo contratti ad hoc;
- Analizzare la corretta applicazione della libera professione intramuraria;
- Analizzare la criticità di eventuali sospensioni dell'erogazione;
- Analizzare le motivazioni del rifiuto del cittadino della struttura indicata per l'erogazione della prestazione.

Le Direzioni Aziendali saranno tenute a monitorare e valutare le prestazioni erogate dai propri professionisti in regime istituzionale e di libera professione intramuraria fornendo alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, periodicamente, i dati relativi ai volumi di attività per ciascuna prestazione (sia in regime istituzionale che in libera professione intramuraria) per ciascun professionista.

Indicatori di mancata o parziale applicazione:

- Mancata erogazione delle prestazioni entro i tempi stabiliti per il 90% delle prenotazioni;
- Mancata garanzia della erogazione della prestazione entro i tempi stabiliti per il 100% delle prenotazioni nelle strutture individuate a tal fine;
- Mancata trasmissione dei flussi informativi previsti nei tempi e nei modi stabiliti;
- Mancata o insufficiente comunicazione alla cittadinanza dei tempi massimi delle prestazioni garantite, delle strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi di attesa per il 100% delle prenotazioni, dei tempi medi di attesa e delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni;
- Utilizzo delle agende chiuse, fatti salvi i casi previsti dai Piani Attuativi Aziendali.

CAPITOLO **15**

La Salute in carcere

15. LA SALUTE IN CARCERE

A partire dal 2008 la tutela della salute dei detenuti attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria, l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'assistenza sanitaria ai reclusi deve pertanto essere organizzata secondo i principi di globalità d'intervento, unitarietà dei servizi e delle prestazioni, integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e garanzia della continuità terapeutica. Tra le prestazioni da erogare sono inclusi anche il sostegno del disagio psichico e sociale, l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, l'assistenza pediatrica e servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Il Servizio Sanitario Regionale e l'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile debbono lavorare in stretta sinergia per assicurare la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. Un obiettivo a cui concorrono anche le azioni ed i programmi delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato che operano nel settore.

In attuazione del D.C.P.M. 1 aprile 2008 pubblicato in G.U. n. 126 del 30-05-08 concernente: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" è stato adottato, dalla Giunta regionale dell'Umbria, l'atto di indirizzo in materia di medicina penitenziaria al fine di garantire ai detenuti ed internati prestazioni sanitarie pari a quelle erogate ai cittadini in stato di libertà. La DGR n. 682 del 9 giugno 2008 pubblicata nel B.U.R. n. 41 del 10/09/08, serie generale, oltre a recepire il DCPM, predispone degli adempimenti non solo a carico della Regione ma anche per le Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio ricadono per competenza gli Istituti e servizi penitenziaria a seguito del trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria dai Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile al servizio sanitario nazionale.

Contestualmente è stato istituito, l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui fanno parte rappresentanti della Regione Umbria, delle Aziende Sanitarie Locali e dell'Amministrazione penitenziaria, quale strumento che consente di concertare i programmi di intervento, di monitorarne e valutarne l'efficienza, e di garantire, al tempo stesso, adeguate misure di sicurezza al fine di definire le migliori modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario in ciascun Istituto di pena.

Principi di riferimento

- 1) Riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- 2) Necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile;
- 3) Gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato; l'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita;
- 4) Gli Istituti penitenziari, gli Istituti di pena per minori e i Centri di Prima Accoglienza, le Comunità e i Centri clinici devono garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali ed i servizi rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali;
- 5) La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve

essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

- 1) promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;
- 2) promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;
- 3) prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;
- 4) promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- 5) riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Azioni per il triennio

- Predisporre un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate che metta a disposizione conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti ed elementi informativi sulle condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche;
- attivare le strutture organizzative aziendali per la tutela della salute in ambito penitenziario, al fine di demandare ad esse le competenze relative alle funzioni trasferite in materia di medicina penitenziaria, secondo quanto indicato nell'allegato A del DPCM 1 aprile 2008;
- redigere apposita Carta dei servizi sanitari da garantire all'interno degli istituti penitenziari per adulti nonché nei centri di prima accoglienza, per assicurare gli interventi del SSN nei confronti dei detenuti adulti e minori;
- prendere in carico, ai sensi dell'art. 3 del DPCM suddetto, il personale dipendente di ruolo in servizio alla data del 15 marzo 2008 che esercita funzioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari e dei servizi minorili ubicati nell'ambito del territorio aziendale di riferimento, provvedendo a mettere in atto tutti gli adempimenti necessari per l'inquadramento nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale, sulla base della tabella B Allegata al DPCM stesso;
- prendere in carico i rapporti di lavoro del personale sanitario, instaurato ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, operante all'interno degli istituti penitenziari e dei centri di giustizia minorile ubicati nell'ambito del territorio aziendale di riferimento, al fine di mettere in atto le procedure necessarie al mantenimento dei rapporti di lavoro in essere che continuano ad essere disciplinati dalla normativa di riferimento su citata con le modalità previste dall'art. 3 del DPCM richiamato;
- prendere in carico le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia;
- definire modalità organizzative e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale che prevedano, anche in presenza di modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità;
- porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad es. tossicodipendenza e patologie correlate, HIV; malattie mentali), con il concorso di più figure professionali,

- sanitarie e sociali, (in caso di pene alternative o di scarcerazione e di misure proprie del settore minorile);
- attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia);
 - attivare programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria e socioeducativo;
 - attivare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della Giustizia minorile, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie).

CAPITOLO

16

Le azioni trasversali per la sostenibilità

16. LE AZIONI TRASVERSALI PER LA SOSTENIBILITÀ.

Nel paragrafo relativo alla analisi delle risorse disponibili nel triennio di piano si è fatto riferimento anche alla difficoltà di valutare "il rapporto tra scenario economico e scelte di piano, nonché i termini della relativa sostenibilità".

La logica del sistema, fissazione di livelli di assistenza e risorse correlate, determinate non a costi standard ma in quota percentuale sul PIL, individua nella variabile organizzativa la leva su cui agire per tendere all'equilibrio economico del sistema.

Questa evidenza pone l'esigenza di individuare una serie di azioni di tipo trasversale, che devono ispirare complessivamente l'attuazione del Piano e le singole azioni programmatiche.

16.1 L'AGENZIA UMBRIA SANITÀ COME STRUMENTO DELLE AZIONI.

Con il precedente ciclo programmatico è stato delineato l'impianto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale articolato su quattro Unità sanitarie locali, due Aziende Ospedaliere, e l'Agenzia Umbria Sanità, struttura sovraziendale, istituita per la gestione integrata e unificata delle funzioni tecnico-amministrative.

Compito del presente atto di programmazione consiste nel definire le linee strategiche per la messa a regime della Agenzia Umbria Sanità.

L'Agenzia Umbria Sanità è nata ereditando le attività della disciolta Soc. consortile Aziende Umbre per la salute e della soppressa Agenzia Sedes. L'assorbimento delle competenze di quest'ultima hanno determinato un ripensamento del ruolo e delle funzioni assegnate all'AUS, nel senso che non si configura più solamente come "centro servizi" per le aziende sanitarie regionali che fornisce procedure tecnico amministrative in forma centralizzata, ma allarga le sue competenze al settore sanitario.

Il presente ciclo programmatico indica come prioritario le azioni volte a rafforzare il ruolo della Agenzia nel processo di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali, attraverso lo sviluppo di progetti di innovazione organizzativa e gestionale del governo clinico ed economico finanziario delle aziende sanitarie regionali, considerando fra i temi prioritari l'attuazione di politiche per la qualità dei servizi, lo sviluppo dei processi di accreditamento, la definizione di piani e programmi per la prevenzione, l'umanizzazione delle cure e la sicurezza dei pazienti.

A tal fine l'Agenzia è chiamata a :

- favorire, promuovere e sostenere la cooperazione tra le aziende sanitarie regionali, sostenendo opportune collaborazioni e utili sinergie con gli altri enti che operano nel settore sanitario, ottimizzando l'impiego delle risorse attraverso una omogenea e corretta attuazione della programmazione regionale, attraverso una condivisa pianificazione delle strategie, attraverso una efficiente, efficace ed economica attivazione di processi comuni;
- svolgere le funzioni di centro unico di supporto per i dipartimenti interaziendali, avvalendosi di operatori e clinici delle aziende sanitarie regionali, della Direzione regionale Sanità e Servizi sociali e dell'Università nella predisposizione di indirizzi organizzativi e di processo per i servizi ospedalieri e territoriali, di indirizzi scientifici per la corretta adozione dei modelli assistenziali, indicazioni sui percorsi prescrittivi appropriati avendo l'autorità del soggetto regionale tra gli operatori delle aziende sanitarie regionali;
- promuovere l'implementazione di reti collaborative e informative per l'adozione di innovazioni significative per quanto riguarda la razionalizzazione e la qualificazione del sistema sanitario regionale;
- sostenere le aziende sanitarie regionali e la Direzione regionale Sanità e Servizi sociali, nello svolgimento di attività tecnico-amministrativo-operative e di supporto essenziali al processo di attuazione, sviluppo e modernizzazione del Sistema sanitario regionale come definito nel nuovo Piano Sanitario regionale;

- sviluppare modelli per la valutazione e il monitoraggio del servizio sanitario regionale ;
- concorrere con le aziende sanitarie regionali e la Direzione regionale Sanità e Servizi sociali allo sviluppo del sistema di accreditamento;
- sviluppare progetti per il miglioramento delle strategie e delle tecnologie informative all'interno del sistema sanitario, nonché dei sistemi e delle attività di promozione, educazione, informazione e comunicazione per la salute dei cittadini;
- svolgere la funzione di segreteria tecnico-scientifica qualificata del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria per la sperimentazione clinica sull'uomo avvalendosi di operatori specializzati.

16.2 LE AZIONI

Nel rispetto dell'articolazione di competenze previste al capitolo 3. fra Direzione regionale sanità e servizi sociali, Agenzia e livello aziendale, la programmazione attuativa dovrà concentrarsi su:

- *Il governo delle reti* - Lo sviluppo della logica di rete come schema organizzativo dei servizi dovrà essere supportato dalle seguenti azioni:
 - o Individuazione dei sistemi da organizzare a rete e delle priorità di attivazione;
 - o Definizione di strumenti di regolazione delle reti;
 - o Monitoraggio e valutazione dei risultati dell'attività delle reti.
- *La promozione dell'appropriatezza* - L'appropriatezza va considerata lo strumento principale per la riconduzione delle dinamiche di spesa verso le risorse di volta in volta disponibili. Per quanto riguarda lo sviluppo di strumenti specifici a supporto dell'incremento dell'appropriatezza vanno sviluppate le seguenti azioni:
 - Appropriatezza ricoveri :
 - o Conferma dell'utilizzo del PRUO;
 - o Introduzione del metodo APPRO e disease staging;
 - o Gestione del rischio e sicurezza del paziente;
 - Appropriatezza prescrittiva farmaceutica:
 - o Gestione del rischio e sicurezza del paziente;
 - o Farmacovigilanza;
 - o Formazione permanente;
 - o Gestione centralizzata degli acquisti;
 - o Implementazione dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni;
 - o Integrazione ospedale-territorio;
 - Appropriatezza prescrittiva specialistica:
 - o Diffusione del metodo RAO;
- *Sviluppo dell'ICT* - Nel prossimo triennio l'obiettivo strategico è quello di promuovere l'integrazione e le reti di servizi a supporto dell'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo di innalzare la sicurezza e la qualità delle attività, la fruibilità dei servizi da parte dei cittadini, la conoscenza dei fenomeni da parte dei livelli di governo e gestione del sistema - azioni:
 - o Migliorare l'infrastruttura di rete a supporto dell'interoperabilità;
 - o Migliorare l'accesso ai sistemi e l'informazione per il cittadino;
 - o Consolidare i sistemi di monitoraggio e controllo;
 - o Completare i sistemi operativi professionali del territorio e dell'ospedale;
- *La gestione delle risorse umane* - Il settore è fortemente normato e oggetto di vincoli di tipo finanziario

e legislativo, a partire dalle manovre finanziarie statali annuali. Azioni:

o sviluppare politiche del livello regionale tendenti alla razionalizzazione nell'applicazione degli istituti contrattuali decentrati, sulla base di un vero e proprio sistema direzionale di gestione del personale del SSR;

- *I sistemi di remunerazione* - I sistemi di remunerazione rappresentano uno strumento efficace per spingere le organizzazioni sanitarie al conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione. L'esperienza già consolidata nel settore dei ricoveri ospedalieri, per i quali sono stati sviluppati nel tempo sistemi tariffari allineati ai costi di produzione e regole per la verifica e promozione della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, deve essere estesa ad ulteriori ambiti assistenziali. -azioni:
 - o procedere alla manutenzione dei sistemi, in corrispondenza del riordino delle classificazioni delle strutture, mettendo in campo sistemi tariffari basati sul costing, correlati con sistemi di classificazione del case-mix (es.classificazione RUG);
 - o Introdurre modalità sistematiche di verifica della corretta classificazione dei pazienti assistiti e della corrispondente appropriatezza dei trattamenti erogati;
- *Le politiche degli acquisti* - E' necessario continuare e rafforzare azioni già avviate per Razionalizzare-Ottimizzare l'acquisizione di beni e servizi, sviluppando strumenti e soluzioni innovative quali:
 - o gli strumenti di E-procurement, orientati a consentire la modernizzazione e la riorganizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi in termini di nuove modalità gestionali, ma anche, e soprattutto, in termini di contributo al risparmio;
 - o formule contrattuali con piena responsabilità dei risultati da parte dell'assuntore dell'appalto;
 - o sviluppo di reti collaborative con le altre amministrazioni al fine di stipulare convenzioni quadro;
- *La valutazione della performance* - L'effettivo conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione e la qualità ed efficienza dei processi attivati verranno monitorati e valutati tramite un sistema in grado di permettere la valutazione ad ogni livello di governo (locale, aziendale, sovraaziendale, regionale) - Azioni:
 - o Il sistema dovrà permettere, attraverso un sistema di indicatori articolato per processi di erogazione delle prestazioni e livelli essenziali di assistenza la valutazione delle seguenti dimensioni:
 - " Esiti di salute;
 - " Qualità delle prestazioni erogate;
 - " Appropriately della erogazione;
 - " Efficienza dei processi assistenziali;
 - " Equità di accesso;
 - " Soddisfazione dei cittadini;
 - " Utilizzo delle risorse.

Prodotto da:
Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali
Regione Umbria
Progetto grafico e impaginazione: *Giovanna Gattobigio*

Edito da:

**edizioniAUS
2009**

Via Mario Angeloni, 61 - 06124 Perugia
Tel. 075.5056987 - fax 075.5058796
info@ausumbria.it
www.ausumbria.it

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2009