



# **REGIONE CALABRIA**

**ASSESSORATO TUTELA DELLA SALUTE ED ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

## ***PIANO REGIONALE PER LA SALUTE 2003 – 2005***

**Aprile 2003**



## INTRODUZIONE

### Lo scenario istituzionale attuale

Il nuovo Piano Sanitario Regionale si colloca in un contesto di rilevante evoluzione dello scenario normativo, finanziario e contrattuale della sanità nel nostro Paese. La recente modifica al Titolo V della Costituzione (Legge Cost. 18 ottobre 2001, n. 3) valorizza le autonomie locali (art.114) e, all'articolo 117, lettera m, indica la necessaria uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza, rinviando alla legislazione concorrente fra Stato e Regione la responsabilità della tutela della salute.

E', pertanto, compito della Regione regolamentare la materia, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione statale, con la conseguente maggiore responsabilizzazione della stessa Regione anche in materia di sostenibilità economica dei servizi sanitari.

Il vigente Piano Sanitario Nazionale, ed ancor più le linee di indirizzo del nuovo PSN 2002-2004, di recente presentate dal Ministro della Salute, introducono elementi di importante innovazione nella programmazione sanitaria e rappresentano lo strumento per sostenere il cambiamento e promuovere il miglioramento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale, in modo da garantire le prestazioni necessarie, efficaci ed appropriate per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini.

Già con il D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 il Governo, su delega del Parlamento, aveva provveduto ad emanare le norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, riformando il precedente quadro disegnato dal D. Lgs. 502/92. Le novità salienti introdotte all'epoca riguardano:

- il potenziamento del ruolo svolto dai Comuni e dai cittadini;
- la maggiore autonomia delle Aziende sanitarie pubbliche;
- l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza assicurati dal SSN a titolo gratuito o tramite meccanismi di spesa partecipata, sulla base dei principi di tutela della dignità umana, del bisogno di salute, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'equità nonché dell'economicità di impiego delle risorse;
- la valorizzazione del ruolo dei distretti;
- l'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione dell'attività delle aziende del SSR.

Significativi risultano, inoltre, gli interventi in materia di razionalizzazione, controllo e governo della spesa sanitaria che, in questi ultimi anni, hanno caratterizzato l'evoluzione del panorama sanitario nazionale. Con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 si è sancita la necessità di definire un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del SSN a fronte dell'individuazione certa dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), premessa indispensabile per il miglioramento dell'efficienza tramite la razionalizzazione dei costi. Il quadro normativo è stato allora completato con la definizione dei LEA operata con il DPCM del 29 novembre 2001.

Lo scenario istituzionale e politico nel quale il nuovo Piano Sanitario Regionale si colloca è, pertanto, radicalmente diverso da quello in cui è stato approvato il precedente Piano Sanitario Regionale (L.R. n. 9/95). Persino lo schema del nuovo Piano Sanitario Regionale è radicalmente differente dal precedente, il quale, a giudicare dagli effetti che ha prodotto sul sistema sanitario regionale nel lungo periodo della sua vigenza, non sembra abbia inciso significativamente né sul piano assistenziale né su quello gestionale e delle compatibilità economiche del sistema sanitario regionale. Riguardo tale specifico profilo è opportuno rilevare anche la scarsa incidenza delle leggi regionali di attuazione del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e degli altri provvedimenti adottati in questi ultimi anni in materia sanitaria, ivi compresi quelli relativi agli accreditamenti istituzionali di cui al D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Assai scarsa è stata l'attenzione verso i bisogni effettivi dei cittadini. L'enfasi verso l'efficienza ha fatto in parte scemare l'interesse verso l'efficacia dell'intervento assistenziale. I LEA, invece, corrispondono a specifici bisogni di salute. E' partendo dall'analisi di questi ultimi che devono essere progettati i servizi assistenziali, che hanno il compito istituzionale di soddisfare il bisogno. Ogni ipotesi di razionalizzazione del SSR, ancorché finalizzata anche ad incrementare i livelli di efficienza del sistema, deve trovare precise risposte alla sempre maggiore domanda di salute che i cittadini pongono.

E' necessario che il nuovo Piano Sanitario Regionale, coerentemente con i rilevanti cambiamenti istituzionali, politici e gestionali in sintesi descritti, si trasformi, da atto programmatico e di pianificazione sanitaria, in vero e proprio **progetto per la salute**, in grado di assicurare ai cittadini calabresi un sistema sanitario efficace, efficiente ed economicamente sostenibile.

## **Il quadro normativo di riferimento**

Oltre alle norme già indicate si segnalano di seguito altri testi notevoli al fine della redazione del presente documento:

- il decreto del Ministro della Sanità 24 luglio 1995 recante "contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità nel SSN";
- il decreto del Ministro della Sanità 15 ottobre 1996 recante "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del SSN riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie";
- la legge 23 dicembre 1998, n. 448 (art. 28, comma 10);
- la legge 133/99 "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", che ha definito i principi ed i criteri per l'avvio del federalismo fiscale, prevedendo la sostituzione dei trasferimenti erariali a favore delle Regioni, in particolare di quelli destinati alla spesa sanitaria corrente;
- il decreto legislativo n. 517 del 21.12.1999 "Disciplina dei rapporti Università-Servizio Sanitario Nazionale";
- il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale (attuativo della legge delega 133/99);
- la legge n. 388/2000 (finanziaria 2001) che abolisce dal 1° gennaio 2001 i vincoli di destinazione dei trasferimenti statali per la sanità; sancisce l'obbligo di garantire comunque fino al 2003 livelli di copertura finanziaria da parte delle Regioni pari alla quota capitaria definita; pone a carico delle Regioni la copertura di eventuali disavanzi di gestione sulla base del patto di stabilità, attraverso l'autonomia impositiva;
- il decreto legge 19 settembre 2001 n. 347 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella legge 16 novembre 2001 n. 405, che ribadisce gli accordi economici dell'Accordo dell'8 agosto 2001

## **Lo stato attuale del Servizio Sanitario Regionale**

L'attuale Servizio Sanitario Regionale appare scarsamente efficiente ed efficace sia dal punto di vista del cittadino utente che da quello degli operatori sanitari e, infine, rispetto ai costi richiesti per la sua gestione.

A tutt'oggi, il Servizio Sanitario Regionale non è riuscito a garantire equità, soddisfazione dei bisogni sanitari degli utenti, efficienza organizzativa e sostenibilità economica. L'affermazione è ampiamente dimostrata dagli elementi di seguito indicati:

- liste d'attesa significativamente lunghe per prestazioni di diagnostica, comprese anche le patologie che richiederebbero immediata assistenza, e ciò a fronte di costi che, specie per tale sublivello assistenziale, spesso si sono registrati di gran lunga superiori a quelli di altre Regioni;
- differenze quali-quantitative nei servizi offerti e nelle prestazioni erogate nelle varie aree della Regione;
- sprechi ed inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni riferite alla specialistica ambulatoriale, alle prestazioni ospedaliere di ricovero ed all'assistenza farmaceutica;
- condizionamento della libertà di scelta dei cittadini;
- insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici, disabili, anziani e per le loro famiglie;
- costante e penalizzante saldo negativo della mobilità sanitaria nei confronti delle altre Regioni, non solo per le alte specialità, ma anche per le prestazioni di base.

Inoltre sul piano più squisitamente strutturale e relativo alla organizzazione dell'offerta dei servizi dell'attuale sistema sanitario regionale, si rilevano negativamente alcuni aspetti che il vigente PRS evidentemente non è riuscito a modificare per cui si registra ancora:

- una rete ospedaliera regionale che, pur programmata e pianificata dal vigente PRS, non risulta ancora attuata nella sua riorganizzazione ed è rimasta immutata rispetto al passato. Il modello dipartimentale, assunto dalla vigente normativa quale gestione ordinaria delle attività sanitarie, è ben lontano dall'essere realizzato;
- una confusa e poco efficace attuazione del modello assistenziale ed organizzativo dell'assistenza territoriale di tipo distrettuale che risulta ancora lontana dal consentire di raggiungere i risultati attesi in termini di unitarietà e globalità degli interventi sanitari per la popolazione di riferimento;
- la mancata attuazione di una rete territoriale efficiente di servizi diagnostici e di specialistica ambulatoriale in grado di soddisfare in ciascun Distretto la domanda dei cittadini e, di contro, il proliferare di erogatori accreditati in aree dove l'offerta esistente adeguatamente razionalizzata sarebbe stata più che sufficiente a soddisfare i bisogni sanitari delle popolazioni;

- la mancata attuazione di quelle misure organizzative ed operative di prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro che il modello di Dipartimento di Prevenzione delineato dalla vigente normativa in materia, se attuato, avrebbe certamente contribuito a realizzare;
- una non ancora efficace ed efficiente rete dei servizi di emergenza/urgenza, che, pur avendo registrato, con l'attivazione del sistema unico regionale del 118, un significativo sviluppo del sistema dell'emergenza territoriale, presenta ancora scarsità organizzativa e di efficacia sanitaria nella fase intraospedaliera dell'emergenza, laddove i Dipartimenti di emergenza/urgenza ed accettazione (DEA) di primo e di secondo livello, tranne qualche rara eccezione, non risultano ancora esistenti nella strutturazione organizzativa e gestionale prevista dalla vigente normativa al riguardo.

## Principi e valori del nuovo Servizio Sanitario Regionale

Sotto un profilo etico l'impegno del Servizio sanitario pubblico e quindi del Servizio Sanitario Regionale è di assicurare "**buona salute**" ai cittadini. In questo impegno, politica ed etica confluiscono in un progetto unitario.

Parlare di un servizio sanitario per i cittadini come di una conquista di civiltà guadagnata una volta per tutte apparirebbe questione banale e scontata. Di fatto non lo è, soprattutto, da quando la spesa sanitaria è divenuta particolarmente onerosa nei Paesi "sviluppati", al punto da rendere necessari correttivi e revisioni al fine di rendere economicamente sostenibile il sistema stesso.

Gli strumenti per migliorare l'efficienza economica sono diversi ma tutti, inevitabilmente, richiedono la messa a fuoco delle priorità in base alle quali operare le scelte. L'individuazione delle priorità, nonché i passaggi a valle (dispositivi legislativi nazionali e regionali, regolamenti attuativi, ordinanze, direttive, ecc.), si fanno sulla base di elementi alcuni ritenuti imprescindibili ed altri differibili. Si compiono così, sempre e comunque, scelte di valori.

Interrogarsi allora sui valori di riferimento di un servizio sanitario non è un inutile esercizio intellettuale, bensì la conditio sine qua non per procedere ulteriormente ed efficacemente.

Vediamoli in rapida sintesi:

- Anzitutto **la centralità della persona umana in tutte le sue fasi di vita**, cioè la presa d'atto che ogni individuo è cardine e condizione di ogni costruzione sociale e della civile convivenza. Se ciò è vero, come ribadito dalle più solenni dichiarazioni internazionali – dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo dell'ONU (1948) alla Convenzione dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000) –, allora il cosiddetto "diritto alla salute", o meglio di un equo accesso ai mezzi di prevenzione, cura e riabilitazione, si colloca quale espressione specifica del più grande ed inviolabile rispetto della dignità personale, come riaffermato in più riprese a livello internazionale e nazionale: dal Codice internazionale di Etica Medica dell'Associazione Medica Mondiale (1983) alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa (1997), dalle diverse leggi istitutive e riformatrici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai Codici deontologici medico ed infermieristico. Da ciò deriva, in ultima analisi, la piena giustificazione della strutturazione di un SSN finanziato con il contributo proporzionale di tutti i cittadini (il federalismo fiscale in campo sanitario costituisce una modalità attuativa e non sostanziale, a patto che il singolo non sia danneggiato).
- **La considerazione che la salute consta di diverse dimensioni**: da quella fisico-organica a quella psichica, da quella socio-ambientale a quella etica. Quest'ultima, in particolare, assume rilevanza indubbia laddove riguardi la scelta personale di un comportamento a rischio, le conseguenze di tale comportamento nella relazione con gli altri e le implicazioni sociali (per es. la tossicodipendenza, ecc.), la relazione medico-paziente, le conseguenze delle decisioni mediche, la valenza sociale degli atti medici, le conseguenze delle decisioni economiche su quelle mediche. La salute costituisce allora un bene individuale, da tutelare con scelte e stili di vita salubri, e sociale, quest'ultimo inteso nel senso che da essi può derivare un incremento del livello di salute societario, con indubbe ricadute economiche. Emerge così il ruolo della responsabilità individuale in ambito sanitario sia dei cittadini che degli operatori sanitari nel porre atti socio-sanitari appropriati, efficaci ed efficienti (volti cioè a scegliere l'alternativa più "economica" laddove si ponessero diverse possibilità diagnostico-terapeutiche di efficacia paragonabile sul singolo caso) ed eque (ovvero erogate ai cittadini sulla base primariamente dell'indicazione clinica e non di parametri extraclinici come età, censo sociale, solvibilità), ecc.
- Da quanto detto, si impone con evidenza anche **la necessità di perseguire e/o promuovere una corretta educazione alla salute dei cittadini fin dai primi anni di vita**.
- **La proporzionalità delle cure e dei servizi secondo standards qualitativi adeguati**. Per *proporzionalità delle cure* si intende che gli operatori sanitari sono tenuti a prescrivere ai propri pazienti gli accertamenti diagnostici e le terapie del caso secondo il criterio aureo dell'indicazione (per elezione o in regime di urgenza) per quel singolo malato in quel determinato momento della patologia di cui soffre. La proporzionalità dei servizi, invece, significa che un servizio sanitario deve essere organizzato (e costantemente monitorato)

adeguatamente alla situazione epidemiologica del Paese. Il tutto secondo una logica di miglioramento continuo della qualità.

- **L'integrazione dei diversi attori che direttamente o indirettamente hanno a che fare con il malato** (operatori sanitari, amministratori sanitari, economisti, politici) al fine di ottenere il risultato atteso da un servizio sanitario: la risoluzione-gestione dei problemi di salute del cittadino.
- **L'allocazione delle risorse è chiamata a riferirsi al valore personale.** In altri termini, ciò significa che dal punto di vista *macro-allocativo*, lo storno di risorse per il servizio sanitario è ampiamente giustificato. Questo significa che una società matura e consapevole dei propri diritti è pronta a farsi carico in modo proporzionale dei servizi che essa richiede. Macroallocativamente, allora, il razionamento (taglio) dei servizi-strutture si configura come accettabile, sempre secondo il valore-persona, solo se va ad incidere su realtà pletoriche, doppie, ipertrofiche rispetto ai bisogni della popolazione. Dal punto di vista *micro-allocativo* (cioè al letto del paziente) ogni razionamento esplicito di risorse, cioè la negazione di prestazioni sanitarie indispensabili al paziente in vista di possibili pazienti futuri o della previsione di scarsità di risorse, è inaccettabile; mentre, da sempre, il medico opera un razionamento implicito di sé, della propria opera, delle risorse immediatamente disponibili che, invece, non crea particolari problemi etico-deontologici.
- Di converso, **la razionalizzazione dei servizi e delle prestazioni** è da perseguire allo scopo di ottimizzare le risorse disponibili, con l'aiuto sia dei citati sistemi di miglioramento continuo della qualità sia con l'aiuto di una valida ricerca clinica che metta a disposizione dati sempre aggiornati sull'efficacia dei presidi diagnostici-terapeutici. In tale direzione, allora, il rapporto costi/benefici trova una sua valida giustificazione se mette in comparazione due valori omogenei (ad es. due diverse terapie con efficacia paragonabile ma di costo diverso e non, certamente, sul piatto di un'ipotetica bilancia il beneficio atteso per il paziente dall'erogazione di una determinata terapia e sull'altro piatto il suo costo).
- Per quanto riguarda invece i **sistemi di rimborso** delle prestazioni sanitarie, non esiste un sistema di per sé perfetto: ciascuno reca con sé luci ed ombre. Delle due l'una: o il sistema funziona, magari con correttivi o implementi, oppure lo si abbandona senza particolari rimpianti.
- Infine, un sistema incentrato sul valore persona sarà improntato nel suo insieme al **principio della sussidiarietà**, secondo il quale laddove il singolo non riesca a far fronte ad un bisogno (come nel caso di una malattia), la società se ne fa carico con un servizio ad hoc a supervisione pubblica ma senza mortificare iniziative di privati. In definitiva, una sanità veramente al servizio del cittadino è quella che sarà compatibile in senso globale, non solo economicamente, ma soprattutto eticamente, in vista del valore-persona.

Una sanità globalmente compatibile, infatti, sarà quella che:

- A. pone a fondamento stabile la persona umana considerata quale valore insopprimibile in tutte le fasi del suo esistere;
- B. persegue la necessaria integrazione tra la dimensione tecnica (il diritto, l'economia, l'organizzazione) e la dimensione dei valori umani.

## La programmazione sanitaria regionale

Il principio della programmazione costituisce il fondamento del nuovo Servizio Sanitario Regionale. La programmazione sanitaria è pertanto qui intesa come:

- relazione tra offerta e domanda espressa e valutata di prestazioni ed attività sanitarie;
- integrazione intersettoriale di prestazioni e attività sanitarie e sociosanitarie;
- sviluppo e attuazione di un sistema a rete dei servizi teso a coniugare qualità ed economicità dei processi e percorsi assistenziali;
- strumento di valorizzazione del ruolo della comunità locale e delle sue rappresentanze istituzionali.

La programmazione sanitaria regionale inoltre è strumento indispensabile per la definizione:

- degli obiettivi e delle regole di funzionamento del sistema sanitario regionale;
- dei criteri di appropriatezza delle prestazioni e degli standards di funzionamento dei servizi;
- degli indirizzi per l'attivazione dei processi aziendali di produzione e controllo;
- dei criteri e requisiti di accreditamento.

Le funzioni sopra richiamate richiedono la ridefinizione di un ruolo strategico della Regione nella programmazione. I nuovi maggiori poteri assegnati alla Regione in materia sanitaria con la potestà di legislazione concorrente e il venire meno dal 2004 del vincolo nazionale di spesa in sanità, concorrono a rendere il settore sanitario sempre meno un "corpo separato" a livello regionale ed a farlo rientrare pienamente nella complessiva programmazione regionale.

Si rende possibile e necessario individuare strumenti per la valorizzazione dell'apporto degli Enti Locali alla programmazione, alla gestione ed al controllo della attività sanitaria, in particolare

di quella ad alta integrazione socio sanitaria. Il presente PRS in diverse parti formula proposte coerenti con tale assunto, in particolare, laddove si trattano i settori dell'assistenza territoriale e dei servizi ad alta integrazione socio sanitaria.

Lo sviluppo dei nuovi poteri della Regione sopra richiamati richiede una qualificazione delle funzioni della Regione in materia di indirizzo, valutazione e controllo delle attività e prestazioni sanitarie e, in particolare, della Giunta Regionale che valorizzando le competenze professionali del competente Dipartimento Sanità procede al potenziamento delle funzioni conoscitive sui bisogni, sulla domanda di salute e sui determinanti sociali e ambientali della salute medesima attraverso lo sviluppo dei flussi informativi gestionali e di quelli di carattere epidemiologico, nonché della Relazione sanitaria annuale delle Aziende del SSR, finalizzati a:

- fornire al livello regionale le conoscenze utili alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'organizzazione del sistema;
- permettere una confrontabilità trasversale tra le diverse aree territoriali tale da fornire strumenti per la valutazione dei bisogni e per la programmazione a livello aziendale e di Distretto;
- definire standard di riferimento (di domanda, di risorse ed operativi) che costituiscano obiettivo e vincolo per le attività delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- definire standards di programmazione che costituiscano riferimento per il rilascio delle autorizzazioni e degli accreditamenti di nuove strutture sanitarie;
- sviluppare strategie orientate al miglioramento continuo della qualità, alla medicina basata sull'evidenza delle prove (evidence based medicine), all'appropriatezza, alla tempestività della risposta, all'accessibilità, alla umanizzazione ed alla personalizzazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Per il contenuto tecnico-professionale di elevato livello che caratterizza la funzione suddetta è necessario che l'azione regionale, oltre che avvalersi degli organismi tecnici a disposizione del Dipartimento Sanità coinvolga le competenze delle strutture operative presenti nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

A questo fine la Giunta Regionale potrà:

- costituire gruppi di lavoro e/o nuclei operativi funzionali istituzionalizzati per specifici settori di attività e d'intervento, coinvolgendo in via prioritaria le competenze professionali presenti nelle Aziende della Regione e disciplinarne la partecipazione, stante l'interesse generale dell'attività da svolgere, prevedendo altresì l'utilizzo di personale dell'Azienda Sanitaria, delle Aziende Ospedaliere ed IRCCS pubblici, nelle forme previste dai rispettivi C.C.N.L.;
- attivare strumenti e metodi per la valutazione e controllo del sistema. Tale attività supera la fase del controllo amministrativo, in quanto le Aziende hanno una propria autonomia e propri strumenti interni ed esterni di controllo, disciplinati peraltro dal D.Lgs. n. 286/99 e dalle disposizioni regionali a tal fine adottate. Si sviluppa, invece, l'attività riferita alla valutazione dei risultati raggiunti dalle Aziende in termini di qualità ed efficienza dei processi organizzativi ed operativi; ciò anche mutuando, per gli aspetti gestionali, metodi e strumenti utilizzati dal mondo delle Aziende di produzione private.

## **Finalità e obiettivi generali del nuovo Piano Sanitario Regionale**

La salute è diritto e risorsa fondamentale per l'individuo e la collettività. Un Servizio Sanitario Regionale (SSR) equo, efficace ed efficiente facilita lo sviluppo economico e sociale della comunità locale.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale deve rappresentare lo strumento programmatico per lo sviluppo delle capacità del SSR, finalizzato a promuovere e migliorare la salute con interventi preventivi, curativi e riabilitativi, usando al meglio le risorse umane, scientifiche, professionali, organizzative, strumentali ed economiche che la collettività rende disponibili, valorizzando le risorse delle persone, delle famiglie e delle aggregazioni sociali destinatarie degli interventi sanitari e sociosanitari.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale, in coerenza con quanto stabilito dal D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., ed in linea con le indicazioni fornite dallo schema di nuovo Piano Sanitario Nazionale proposto dal Ministro della Salute, intende dare una risposta unitaria e coerente ai tre grandi obiettivi che la sanità si trova oggi dinanzi:

- il miglioramento dello stato di salute della popolazione
- la soddisfazione dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini
- l'efficienza e la sostenibilità economica del sistema sanitario.

## **Le scelte strategiche del Piano Sanitario Regionale**

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 si caratterizza per volere avviare una vera e propria riforma del Servizio Sanitario Regionale sul piano culturale, strutturale ed organizzativo.

Per la realizzazione di questa riforma assumono particolare rilievo le scelte strategiche compiute con il presente PRS e relative agli obiettivi di salute, agli obiettivi assistenziali, al riordino ed alla evoluzione del sistema delle aziende del SSR, alle procedure ed ai percorsi attuativi e alla valutazione periodica degli esiti e dei risultati del piano medesimo.

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 si pone come **obiettivo generale la promozione della salute**.

Benefici di salute rilevanti sono acquisibili anche attraverso politiche diverse da quella sanitaria: la politica dell'ambiente, l'educazione, adeguate condizioni di lavoro, la sicurezza nei trasporti, il miglioramento della organizzazione dei tempi di vita.

Il presente Piano propone una strategia organica che, a partire da un sistema sanitario altamente integrato, collabora con altri settori, apparentemente distinti, ma che, per il loro impatto sulle condizioni di vita, influenzano, talora in modo determinante, la salute delle persone e assumono particolare rilievo nella definizione delle priorità non solo di politica sanitaria, ma anche di politica sociale, del lavoro, della casa, dell'istruzione, dell'ambiente e dei trasporti.

Tale strategia complessiva permette un maggiore controllo dei determinanti sanitari, sociali, economici e ambientali, favorendo il miglioramento delle misure di prevenzione e di promozione della salute.

Gli obiettivi di salute di seguito indicati nascono dall'analisi epidemiologica della popolazione italiana e tengono conto delle specificità della Regione Calabria e delle indicazioni del vigente PSN.

Essi tengono inoltre conto degli obiettivi fissati dall'Unione Europea ("nuovo programma d'azione comunitario nel settore della sanità" 2001-2006) e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità ("Health 21 - Salute per tutti nel XXI secolo").

Tengono infine conto dei principi sanciti dalla "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea" approvata nel vertice di Nizza.

Per ogni obiettivo sono presentati la situazione attuale, i risultati attesi e le azioni per conseguirli nel triennio, tenendo conto che, in certi casi, la definizione degli obiettivi è basata su parametri di breve-medio periodo e che la natura dei problemi da affrontare richiede una programmazione di più ampio respiro che coinvolge anche le competenze istituzionali dello Stato e della Comunità Europea.

Con il presente PRS, la Regione individua gli obiettivi di salute prioritari e predispone un programma di indirizzo delle azioni e delle attività per il triennio, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi medesimi. I Piani Attuativi delle Aziende del SSR dovranno declinare nello specifico e per ciascuna area territoriale di competenza gli obiettivi di salute definiti dal presente PRS.

Poiché gli obiettivi sono tendenziali, ai fini della valutazione del PRS, il riferimento è costituito dalla realizzazione delle azioni previste, dal rispetto dei criteri di appropriatezza nella scelta delle azioni e dalla erogazione di un livello adeguato di servizi e di prestazioni ad essi correlati.

La Regione si impegna ad avviare sistemi di monitoraggio che consentano di valutare periodicamente l'andamento in funzione degli obiettivi di salute e di verificarne il raggiungimento nel medio periodo.

Tutto ciò ha per conseguenza che i principi e i valori che orientano questo PRS sono:

- l'**universalità di accesso** sulla base del grado di necessità dell'assistenza sanitaria valutata in base alle conoscenze scientifiche sull'efficacia;
- la **libertà della persona** e i bisogni dei singoli e delle famiglie sono difesi e valorizzati, le libertà di scelta sono promosse, valorizzate e pienamente tutelate;
- l'**eguaglianza nell'accessibilità** a servizi uniformemente distribuiti su tutto il territorio regionale;
- la **responsabilità collettiva** cioè condivisione del rischio finanziario e del contributo economico dei singoli individui basato sulla capacità contributiva;
- l'**accoglienza** che il SSR si impegna a migliorare nelle strutture sanitarie e per tutte le prestazioni;
- l'**attenzione ai più deboli** che il SSR si impegna a prestare con particolare attenzione ai bambini, ai disabili, ai malati cronici, alla donna ed agli anziani;
- l'**approccio integrato di tutti i soggetti pubblici e privati**, con particolare attenzione all'impresa non profit, consente di perseguire gli obiettivi di salute di un efficace ed efficiente servizio sanitario pubblico;
- la **sostenibilità economica e sociale** del sistema è alla base delle scelte del SSR ed il controllo della spesa è attuato attraverso la valorizzazione dell'appropriatezza e degli interventi più efficaci per tutti;
- la **partecipazione sociale e istituzionale** nella definizione, realizzazione, valutazione e controllo dei risultati del SSR così come la responsabilizzazione dei livelli istituzionali, organizzativi e professionali sono presupposti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi del PRS;
- l'**equità nella distribuzione delle risorse e dell'offerta di servizi** e lo sviluppo dell'aspetto solidaristico del SSR. Ciò implica l'incremento delle garanzie collettive e la disincentivazione degli interessi localistici, particolaristici e corporativi.



## **L'uso appropriato dei LEA**

La Regione predispone indirizzi per ottimizzare le risorse disponibili riorientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità di intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza e le potenzialità del SSR.

Gli indirizzi prioritari sono relativi ai seguenti aspetti:

- Ricovero ospedaliero
- Pronto soccorso
- Diagnostica ambulatoriale
- Ricorso al medico di medicina generale.

Per introdurre un percorso programmatico delle attività sanitarie attento ai principi di appropriatezza occorre avviare una negoziazione tra Azienda Sanitaria e Aziende Ospedaliere per la stesura di linee guida volte a spostare risorse significative dalla destinazione attuale, che alimenta un uso improprio dell'Ospedale, ai servizi territoriali.

E' infatti necessario che tutti gli attori del sistema si attivino affinché le scarse risorse disponibili siano ottimizzate, riorientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali e servizi che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità dell'intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza del sistema.

Il rapporto di negoziazione deve coinvolgere anche i medici di medicina generale e gli specialisti territoriali, per concordare per quale tipologia di prestazioni è possibile spostare progressivamente risorse dal ricovero ordinario al day hospital o al regime ambulatoriale privilegiando il punto di minore intensità assistenziale per ottenere lo stesso risultato terapeutico.

Uno degli strumenti più importanti per migliorare l'appropriatezza degli interventi è legato al cambiamento nelle modalità di invio degli utenti ai servizi da parte dei prescrittori di prestazioni mediche. A tal fine occorre avviare attività di formazione e supporto volte a promuovere la conoscenza di tutte le alternative all'Ospedale esistenti sul territorio.

Per ciascuno degli obiettivi assistenziali di cui al presente capitolo II sono indicati gli strumenti operativi per definire l'appropriatezza delle prestazioni comprese in ciascuno dei Livelli Essenziali di Assistenza con particolare riferimento a:

- appropriatezza nella prevenzione collettiva;
- appropriatezza nei servizi territoriali;
- appropriatezza nella specialistica ambulatoriale ;
- appropriatezza nella farmaceutica;
- appropriatezza nell'assistenza ospedaliera.

In particolare, in merito ai ricoveri ospedalieri, si è evidenziato un elevato livello di inappropriatezza, per cui occorre introdurre specifici strumenti di valutazione degli stessi, la cui applicazione si rende inoltre necessaria al fine di verificare che il meccanismo del finanziamento a DRG, e dunque a prestazione, non produca, così come di fatto avvenuto negli ultimi anni ed in modo particolare in alcune aree della Regione, un consistente aumento dei ricoveri.

## **Integrazione socio-sanitaria nel nuovo Servizio Sanitario Regionale**

La Regione, in misura prioritaria, favorisce l'integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale, nel rispetto delle indicazioni contenute nel D.lvo 229/99, e più specificatamente contenuti nel piano sanitario regionale e nel piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

Tale integrazione viene garantita attraverso l'applicazione dei livelli di assistenza socio sanitari più precisamente definiti nelle prestazioni, nelle fonti normative e nei relativi oneri finanziari.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione di cui all'art. 3-septies, comma 4 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. ed all'art. 22 della legge n. 328/00, cioè tutte le prestazioni caratterizzate da particolare terapeutica ed intensità della componente sanitaria le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie infettive da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzata dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza ed alla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi-residenziali e sono, in particolare, riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psico-fisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.

Tale prestazioni sono a carico del fondo sanitario e sono assicurate dalle Aziende Sanitarie a livello distrettuale secondo le modalità individuate dalla vigente normativa, dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Regionale per la Salute, nonché dai progetti obiettivo nazionali e regionali.

L'integrazione socio-sanitaria, per rispondere appieno ai bisogni sociali e di salute, si realizza a diversi livelli:

- **istituzionale**, quando il servizio discende da specifici indirizzi di politica socio-sanitaria emanati dalla istituzione che la gestisce;
- **inter-istituzionale**, quando una struttura fa riferimento a livelli istituzionali diversi che operano in sinergia fra loro;
- **inter-organizzativa**, con l'utilizzo all'interno di una stessa unità operativa di professionalità dipendenti dal punto di vista amministrativo da strutture diverse, come nel caso di operatori delle Aziende Sanitarie, dei Comuni e del privato sociale;
- **inter-professionale** quando le diverse figure professionali operanti all'interno della struttura convergono in maniera complementare su bisogni e problematiche aventi caratteristiche unitarie.

La Regione individua con successivi provvedimenti i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione su base distrettuale delle prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali di rispettiva competenza.

La realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono il sistema integrato dei servizi sociali si attuano attraverso il metodo della comune programmazione, concertazione e cooperazione tra i soggetti istituzionali e tra questi e le organizzazioni sindacali e gli altri soggetti di cui dell'art.1, comma 4, della legge 328/2000.

Per questo saranno individuati atti coordinati ed unici per l'attuazione dei principali strumenti della programmazione regionale. Così come dovranno essere predisposte linee guida di supporto alle aziende unità sanitarie locali ed alle amministrazioni comunali per la definizione unitaria di piani sanitari locali e piani di zona sociali che abbiano il valore di veri e propri piani integrati finalizzati agli obiettivi di salute e di benessere delle comunità locali.

In riferimento agli adempimenti di cui sopra, in ciascun Distretto, il Direttore di distretto, in concerto con i Sindaci di quell'ambito territoriale concorda le modalità organizzative e le azioni necessarie a garanzia dell'applicazione della programmazione concordata.

## **Partecipazione e responsabilizzazione nel nuovo Servizio Sanitario Regionale**

Il Piano Regionale per la Salute, così come espressamente indicato al comma 13, dell'articolo 1, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale.

Coerentemente con i principi e le competenze attribuite alla Regione dall'articolo 2 del citato D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., è riconosciuto e valorizzato:

- il ruolo dei Comuni attraverso la Conferenza dei Sindaci a livello di aziende sanitarie, dei comitati dei Sindaci di Distretto e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;
- il livello di autonomia, competenze istituzionali e di responsabilità delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e dei Distretti.

La responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie e dei Distretti, delle Aziende Ospedaliere e dei Comuni comporta che il PRS sia declinato e arricchito dai Piani Attuativi Locali delle Aziende, dai Programmi delle Attività Territoriali che, assumendone l'indirizzo e gli obiettivi, lo rendano concreto e operativo su tutto il territorio regionale, in coerenza con la pianificazione socio-sanitaria integrata e con i Piani di zona socio-assistenziali..

Accanto alla partecipazione degli Enti locali, il Piano valorizza la partecipazione sociale delle altre istituzioni, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni professionali, del terzo settore socialmente impegnato, dell'associazionismo, del volontariato, dell'imprenditoria, tenendo anche conto delle correlazioni tra il SSR, sviluppo ed occupazioni.

Particolare attenzione è posta ai problemi della gestione e dell'implementazione del nuovo SSR, poiché il PRS si configura come un processo di trasformazione del SSR che riguarda le strutture, le tecnologie sanitarie, le risorse e le procedure.

Tra le condizioni ritenute indispensabili per l'efficacia applicativa del nuovo Piano Sanitario Regionale, se ne evidenziano alcune di particolare rilievo che dovranno trovare già nel Piano medesimo la loro concreta risoluzione:

- a. l'attivazione delle funzioni di controllo regionale nei confronti del livello aziendale, sugli obiettivi assegnati e sul rispetto dei modelli organizzativi nonché del controllo da parte delle aziende sanitarie nei confronti degli erogatori delle prestazioni, con particolare riguardo alla verifica della qualità dei servizi, dell'appropriatezza delle prestazioni in rapporto all'utilizzo delle risorse assegnate;
- b. l'adeguamento delle competenze e delle risorse umane del Dipartimento Sanità della Regione, valutando, altresì, l'opportunità di istituire l'Agenzia Sanitaria Regionale, per il supporto tecnico-scientifico alla funzione di programmazione, pianificazione e controllo della Regione, con specifico riferimento all'epidemiologia, qualità ed economia sanitaria; allo stato le funzioni

relative alla valutazione puntuale dei bisogni, per le verifiche sulla qualità dei risultati che lo stesso Piano Sanitario Regionale introduce e per l'osservatorio prezzi e tecnologie, vengono garantite nell'ambito delle attività del Dipartimento Sanità della Regione.

## **Il ruolo dei cittadini e delle formazioni sociali**

Questo PRS, in accordo con il PSN, intende valorizzare il ruolo dei cittadini e delle componenti sociali come titolari di diritti e di responsabilità in merito alla promozione ed alla tutela della salute, nell'ambito della realizzazione di un patto di solidarietà per la salute anche a livello regionale che deve coinvolgere, come indicato dal vigente PSN: cittadini, operatori sanitari, istituzioni, volontariato, produttori non-profit e profit di beni e servizi di carattere sanitario, organi e strumenti della comunicazione.

Per questi motivi il Piano assegna un ruolo di priorità alle iniziative per la promozione della salute e per la informazione dei cittadini, individua obiettivi di salute che coinvolgono il cittadino, la sua famiglia e la sua rete sociale. E' sottolineata l'importanza della integrazione socio-sanitaria ed è previsto lo sviluppo e la valorizzazione di strumenti che consentono al cittadino di contribuire alla valutazione della qualità e dei risultati dell'assistenza anche in base a quanto previsto dall'articolo 14 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio, la Regione si impegna a realizzare iniziative per la divulgazione di dati sulla qualità e gli aspetti economici delle prestazioni e dei servizi erogati sulla base di intese con le formazioni sociali stesse.

## RIASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

### Le scelte organizzative del nuovo Servizio Sanitario Regionale

Il riassetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale ha come obiettivo fondamentale quello di dar vita ad un impianto in cui le esigenze e i contributi della rappresentanza politico-istituzionale, il rafforzamento del processo di aziendalizzazione e la razionalizzazione dei processi assistenziali e gestionali possano trovare una rimodulazione tale da assicurare alla collettività un sistema sanitario efficace, efficiente e sostenibile economicamente, nel quadro delle nuove autonomie e responsabilità affidate alle collettività locali.

I principi e valori che orientano il nuovo SSR si realizzano con le scelte organizzative di seguito indicate e che costituiscono condizioni indispensabili per lo sviluppo del nuovo Servizio Sanitario Regionale:

- una **ridefinizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo** che prevede, da una parte, le Aziende Sanitarie e, dall'altra, le Aziende Ospedaliere, con netta separazione tra la funzione di committenza, proprie dell'Aziende Sanitarie territoriali e la funzione di produzione-erogazione delle prestazioni, propria delle Aziende Ospedaliere e degli altri soggetti erogatori privati accreditati operanti nel territorio, prevedendo, inoltre, Distretti Sanitari "forti" sotto il profilo istituzionale oltre che gestionale;
- un **sistema di rete** attento alla compatibilità tra le risorse impiegate e quelle disponibili per l'assistenza sanitaria, nella consapevolezza che l'obiettivo della compatibilità può essere raggiunto solo se si sposta l'attenzione dalla questione dei costi e dei tagli a quella dell'efficacia e della qualità delle prestazioni rese, attraverso l'incremento della appropriatezza e dell'efficienza, per ciò che concerne gli aspetti strutturali (es. il riordino della rete dei servizi e attività territoriali e della rete ospedaliera), organizzativi (es. la definizione del fabbisogno di personale, i modelli organizzativi e la gestione degli acquisti) e tecnico-professionali (es. linee-guida evidence-based, formazione ed aggiornamento del personale);
- una reale **aziendalizzazione** in grado di incrementare la capacità del Servizio Sanitario Regionale adeguandolo alle esigenze ed ai bisogni sanitari dei cittadini in continua evoluzione. La semplificazione e la velocizzazione dell'accesso alle prestazioni è, in questa linea, una delle priorità;
- l'**innovazione** resa necessaria e opportuna: dalle trasformazioni nella dinamica demografica, sociale e delle patologie; dalle esigenze di rispettare i vincoli imposti dagli obiettivi di risanamento della finanza pubblica; dallo sviluppo delle tecnologie sanitarie; dalle opportunità offerte dalla informatica e dalla telematica; dalla evoluzione dei modelli organizzativi;
- una **programmazione e valutazione** delle prestazioni e delle attività rese del SSR in cui le decisioni si basano su dati ed indicatori oggettivi e controllabili in materia di bisogni, attività e processi attivati;
- i **percorsi assistenziali** che devono rappresentare le modalità organizzative ordinarie attraverso i quali assicurare ai cittadini, in forme appropriate, tempestive, coordinate e programmate, l'accesso e la fruizione dei servizi all'interno dell'offerta che il Servizio Sanitario Regionale mette a disposizione degli stessi;
- la **comunicazione** come strategia finalizzata a favorire sia uno sviluppo condiviso della rete dei servizi sanitari, sia il senso di appartenenza e condivisione di cittadini ed operatori al Servizio Sanitario locale e regionale;
- la **qualità** complessiva delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini, che deve essere messa al centro del rinnovamento del SSR e deve realizzarsi solo con l'adozione di un progetto strategico per la qualità che favorisca la partecipazione e condivisione di tutti gli operatori e che ne valorizzi le competenze ed il senso di appartenenza al SSR.
- queste scelte impongono un serie di **modificazioni culturali** ed un insieme di **investimenti**, al fine di permettere lo sviluppo e la realizzazione di strategie volte alla valorizzazione delle politiche di promozione della salute e alla individuazione di modelli di allocazione delle risorse e di controllo dei consumi che, a loro volta, siano in grado di esaltare l'appropriatezza del ricorso alle prestazioni sanitarie e la loro efficacia rispetto agli obiettivi.

Al fine di favorire la realizzazione di tali obiettivi si è provveduto a definire un riassetto istituzionale ed organizzativo del SSR che, senza incidere sulla individuazione delle singole sedi erogative e sulla quantità e qualità delle prestazioni, definisce in maniera esplicita il ruolo dei diversi livelli istituzionali e delle relative modalità di relazione, individuando i rispettivi strumenti operativi in un contesto, comunque, fortemente caratterizzato da elementi di razionalizzazione, efficienza ed efficacia operativa e gestionale.

La scelta cui si è fatto ricorso per il nuovo assetto istituzionale del SSR prioritariamente è quella della rivisitazione degli ambiti territoriali di riferimento delle attuali Aziende Sanitarie, rendendoli più adeguati rispetto all'evoluzione del quadro demografico regionale delineatosi nell'ultimo decennio.

Gli spunti, gli elementi e gli strumenti necessari per la costruzione del nuovo assetto organizzativo del SSR sono stati ricercati nel D.Lgs. n. 229/99 che, sia pure con degli adattamenti derivanti dalla necessità di una sua contestualizzazione alla realtà calabrese, costituisce il punto di riferimento per la definizione dell'assetto organizzativo proposto.

Ciò si pone come uno strumento concreto attraverso cui recuperare a finalità unitarie gli obiettivi di programmazione e di alta amministrazione, individuando, a livello locale, Aziende Sanitarie che siano in grado di garantire tutti gli aspetti di natura assistenziale ed erogativi e l'insieme dei rapporti con l'utenza, con gli operatori e con le amministrazioni locali.

Le Aziende Sanitarie, con l'adozione del proprio atto aziendale, si organizzano e definiscono il proprio funzionamento, demandando a livello distrettuale la gestione del complesso delle strutture deputate all'erogazione delle prestazioni ed attività sanitarie, in stretto rapporto con gli Enti Locali di riferimento per tutte le funzioni di tutela della salute e di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

Altro elemento caratterizzante e specifico del riassetto proposto deriva dall'evoluzione tecnologica, soprattutto quella collegata alla Information Communication Technology (ICT) e ai meccanismi di gestione, che consente di guardare alle funzioni amministrative e tecnico-gestionali come processi di supporto, che possono essere materialmente disgiunti dai processi assistenziali correlati ai servizi sanitari ed essere pensati come piattaforme di servizi, puntualmente messe a disposizione dei processi sanitari ed assistenziali.

Dal contesto istituzionale ed organizzativo delineato emerge come il quadro delle competenze, facenti capo alle Aziende Sanitarie di dimensione più ampia dell'attuale, si possa sintetizzare nell'esercizio di una funzione di governo complessivo del sistema, da espletare in stretto raccordo con il livello istituzionale regionale, di impulso e sviluppo organizzativo e gestionale, di valutazione dei risultati conseguiti, di controllo di gestione e governo della spesa, di responsabilità diretta sui processi amministrativi e di supporto centrali e verso i processi assistenziali ed erogativi decentrati sul territorio.

In tale contesto appaiono, inoltre, evidenti e rilevanti le economie di scala e quelle conseguenti al processo di riorganizzazione e razionalizzazione proposto dove, grazie ad una più efficiente utilizzazione delle risorse disponibili ed una più generalizzata responsabilizzazione dei livelli professionali, tecnici e politico-istituzionali, è possibile liberare risorse da dedicare al potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari, spostando quindi il baricentro del sistema dall'Ospedale al territorio, attraverso l'esercizio organico e coordinato dei processi di pianificazione e governo della salute.

La proposta affronta aspetti di natura istituzionale e organizzativa, tiene conto della specificità regionale e sviluppa elementi aventi caratteristiche di significativa originalità anche rispetto al panorama dei servizi sanitari delle altre Regioni.

Il nuovo modello istituzionale ed organizzativo proposto è basato su principi, criteri e motivazioni di seguito riportati:

1. impegna la Regione ad assicurare, per il tramite del Servizio Sanitario Regionale, le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, individuando le diverse categorie di soggetti erogatori e definendo i principi generali cui il Servizio stesso dovrà ispirarsi, attraverso la partecipazione delle diverse articolazioni della società civile, per superare disuguaglianze sociali e territoriali che si frappongono alla tutela della salute;
2. ridefinisce il nuovo assetto della sanità regionale prevedendo l'individuazione di tre Aziende Sanitarie territoriali, i cui ambiti territoriali di responsabilità sono riferiti ad un bacino di utenza di regola non inferiore a 700.000 abitanti, in luogo delle preesistenti 11 Aziende Sanitarie; le aziende sanitarie possono costituirsi in Consorzio per l'acquisto di beni e servizi e la gestione delle risorse umane; a tal fine la Giunta Regionale emanerà apposite direttive; le aziende sanitarie ora definite assumono la denominazione di Azienda Sanitaria Nord, Azienda Sanitaria Centro ed Azienda Sanitaria Sud e i territori afferenti ad ognuna di esse sono rispettivamente quelli dei Comuni indicati nella tabella n. 1;
3. individua cinque Aziende Ospedaliere e cioè, l'Azienda "Annunziata" di Cosenza, l'Azienda "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, l'Azienda "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria, l'Azienda Ospedaliera di Crotone e l'Azienda Ospedaliera di Vibo Valentia, accorpando ad esse i presidi ospedalieri già a gestione diretta delle aziende sanitarie riportati nella tabella n. 2.
4. è altresì individuata l'Azienda Ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro, in cui insiste la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catanzaro. Tale azienda, considerata anche la peculiarità dell'offerta ospedaliera del territorio di Catanzaro, e l'azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", dovranno integrarsi nel quadro del D.Lgs. 517/99.
5. è prevista l'attivazione di un Centro Traumatologico di riferimento regionale con sede a Lamezia Terme.
6. individua il ruolo della Regione nella definizione degli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale, attraverso gli strumenti di programmazione economico-finanziaria, nell'attribuzione delle risorse alle Aziende del SSR, e nella successiva verifica, mediante più appropriati strumenti e

Tabella n.1 - nuovo assetto istituzionale delle aziende sanitarie della Calabria ed individuazione dei Comuni di pertinenza.

AZIENDA SANITARIA NORD				AZIENDA SANITARIA CENTRO			
Provincia	Ex ASL	Comune	Abitanti Superficie	Provincia	Ex ASL	Comune	Abitanti Superficie
CS	102	ACQUAFORMOSA	1.304 2.257	VV	108	ACQUARO	2.951 2.532
CS	101	ACQUAPPESA	2.087 1.775	CZ	107	ALBI	1.122 2.886
CS	104	ACRI	22.011 19.850	CZ	107	AMARONI	2.007 970
CS	101	AIELLO CALABRO	2.765 3.857	CZ	107	AMATO	938 2.090
CS	101	AIETA	914 4.797	CZ	107	ANDALI	944 1.792
CS	103	ALBIDONA	1.798 6.371	VV	108	ARENA	1.899 3.235
CS	103	ALESSANDRIA DEL CARRETTO	732 3.930	CZ	107	ARGUSTO	571 712
CS	104	ALTILIA	845 1.070	CZ	107	BADOLATO	3.561 3.410
CS	102	ALTONENTE	4.654 6.529	CZ	107	BELCASTRO	1.419 2.078
CS	101	AMANTEA	13.470 2.863	KR	105	BELVEDERE DI SPINELLO	2.514 3.019
CS	103	AMENDOLARA	3.138 6.421	CZ	107	BORGIA	7.096 4.200
CS	104	APRIGLIANO	2.884 12.127	CZ	107	BOTRICELLO	4.813 1.824
CS	101	BELMONTE CALABRO	3.014 2.389	VV	108	BRIACO	4.194 2.775
CS	104	BELSITO	924 1.144	VV	108	BROGNATURO	779 2.450
CS	101	BELVEDERE MARITTIMO	9.151 3.722	KR	105	CACCURI	1.811 5.727
CS	104	BIANCHI	1.544 3.296	VV	108	CAPISTRANO	1.231 2.094
CS	104	BISIGNANO	10.612 8.528	CZ	107	CARAFÀ DI CATANZARO	2.067 2.470
CS	103	BOCCIGLIERO	1.925 9.710	CZ	107	CARDINALE	2.918 3.119
CS	101	BONIFATI	3.410 3.371	KR	105	CARFIZZI	866 2.034
CS	101	BUONVICINO	2.587 3.035	CZ	106	CARLOPOLI	1.861 1.632
CS	103	CALOPEZZATI	1.327 2.231	KR	105	CASABONA	3.177 6.889
CS	103	CALVETO	1.521 2.486	CS	103	CASTELVOLANO	1.166 3.951
CS	103	CAMPANA	2.643 10.376	CZ	107	CATANZARO	97.521 11.134
CS	103	CANNA	900 2.010	CZ	107	CENADI	640 1.116
CS	103	CARIATI	8.679 2.795	CZ	107	CENTRACHE	515 787
CS	104	CAROLI	3.657 1.543	CS	103	CERENZIA	1.254 4.428
CS	104	CARPANZANO	371 1.433	CZ	107	CERVA	1.361 2.101
CS	104	CASOLE BRUZZO	2.462 367	VV	108	CESSANITI	3.722 1.786
CS	103	CASSANO ALLO IONIO	18.076 15.442	CZ	107	CHIARAVALLE CENTRALE	7.285 2.333
CS	103	CASTIGLIONE COSENTINO	2.962 1.384	CZ	107	CICALA	1.046 908
CS	104	CASTROLIBERO	10.169 1.144	CS	103	CIRO'	4.103 7.015
CS	103	CASTROREGGIO	479 3.908	KR	105	CIRO' MARINA	13.672 4.160
CS	102	CASTROVILLARI	23.313 13.018	CZ	106	CONFLENTI	1.667 3.100
CS	104	CELICO	3.028 8.999	CZ	106	CORTALE	2.711 2.929
CS	104	CELLARA	536 589	CS	103	COTRONI	5.508 7.813
CS	103	CERCHIARA DI CALABRIA	2.804 8.207	CZ	107	CROPANI	3.985 4.383
CS	104	CERISANO	3.332 1.514	KR	105	CROTONE	59.678 17.983
CS	102	CERVICATI	1.042 1.209	KR	105	CRUCOLI	3.567 4.981
CS	104	CERZETO	1.892 2.188	CZ	106	CURIGNA	6.832 4.466
CS	101	CETRARO	10.672 6.568	KR	105	CUTRO	9.822 13.187
CS	102	CIVITA	1.125 2.711	VV	108	DASA'	1.347 619
CS	101	CLETO	1.430 1.857	CZ	107	DAVOLI	5.432 2.973
CS	104	COLOSIMI	1.422 2.457	CZ	106	DECOLLATURA	3.431 5.035
CS	103	COREGLIANO CALABRO	36.409 19.600	CS	103	DINAMI	3.222 4.466
CS	104	COSENZA	72.829 3.724	VV	108	DRAPIA	2.200 2.152
CS	103	CROPALATI	1.373 3.290	VV	108	FABRIZIA	2.723 3.878
CS	103	CROSIA	8.433 2.141	CZ	106	FALERNA	3.932 2.385
CS	101	DIAMANTE	5.485 1.179	CS	103	FEROLETO ANTICO	2.131 2.201
CS	104	DIPIGNANO	4.262 2.319	VV	108	FILADELFA	6.441 3.048
CS	104	DOMANICO	987 2.365	VV	108	FILANDARI	1.891 1.854
CS	102	FAGNANO CASTELLO	4.408 2.954	VV	108	FIOGASO	1.395 2.369
CS	101	FALCONARA ALBANESE	1.493 1.877	CS	103	FOSSATO SERRALTA	592 1.231
CS	104	FIGLINE VEGLIATURO	1.024 413	CS	103	FRANCILLA ANGILOTA	2.594 2.825
CS	102	FIRMO	2.589 1.153	VV	108	FRANCICA	1.668 2.273
CS	101	FIMUFREDDO BRUZZO	3.459 3.055	CZ	107	GAGLIATO	591 699
CS	103	FRANCAVILLA MARITTIMA	3.210 3.286	CZ	107	GASPERIA	2.744 686
CS	102	FRASCINETO	2.552 2.876	KR	105	GERACANE	2.564 4.493
CS	101	FUSCALDO	8.577 6.041	CZ	107	GIMIGLIANO	3.610 3.244
CS	104	GRIMALDI	1.993 2.439	CZ	107	GIRIFALCO	6.480 4.308
CS	101	GRISOLIA	2.411 5.060	CZ	106	GIZZERIA	4.107 3.993
CS	101	GUARDIA PIEMONTESE	1.728 1.797	CZ	107	GUARDANALLE	5.433 6.040
CS	101	LAGO	3.139 4.977	VV	108	IONADI	2.674 872
CS	102	LAINO BORGO	2.269 5.672	CZ	107	ISCA SULLO IONIO	1.642 2.297
CS	102	LAINO CASTELLO	938 3.934	KR	105	ISOLA DI CAPO RIZZUTO	13.393 12.627
CS	104	LAPPANO	1.015 1.226	VV	108	JACURSO	841 2.164
CS	104	LATTARICO	4.322 4.296	VV	108	JOPPOLO	2.136 1.531
CS	101	LONGOBARDI	2.336 1.950	CZ	106	LAMEZIA TERME	71.732 18.024
CS	103	LONGOBUCCO	4.357 21.035	VV	108	LIMBADI	3.612 2.890
CS	102	LUNGO	3.083 3.518	CZ	107	MAGISANO	1.367 3.170
CS	104	LUZZI	10.594 7.720	CZ	106	MAIDA	4.412 5.824
CS	101	MAIERA'	1.354 1.780	VV	108	MAIERATO	3.053 3.988
CS	104	MALITO	921 1.687	CZ	105	MARCEDEUSA	578 1.527
CS	102	MALVITO	2.090 3.784	CZ	107	MARCELLINARA	2.190 2.063
CS	103	MANDATORICCIO	3.063 1.677	CZ	106	MARTIRANO	1.040 1.467
CS	104	MANGONE	1.730 1.208	CZ	106	MARTIRANO LOMBARDO	1.458 1.983
CS	104	MARANO MARCHESATO	2.544 508	KR	105	MELISSA	3.591 5.094
CS	104	MARANO PRINCIPATO	2.347 639	KR	105	MESORACA	7.374 9.368
CS	104	MARZANO	1.019 1.563	CS	103	MIGLIARINI	940 390
CS	104	MENDICINO	7.978 3.531	CZ	108	MILETO	7.228 3.494
CS	102	MONGRASSANO	1.787 3.468	VV	108	MONGIANA	842 2.070
CS	104	MONTALTO UFFUGO	16.907 7.843	CZ	107	MONTAURIO	1.462 1.154
CS	103	MONTESANTO	2.221 3.568	CZ	107	MONTESPONE	4.456 1.895
CS	102	MORANO CALABRO	4.925 11.234	VV	108	MONTEROSSO CALABRO	2.021 1.816
CS	102	MORMANNO	3.816 7.590	CZ	106	MOTTA SANTA LUCIA	876 2.569
CS	102	MOTTAFOLONE	1.518 3.084	VV	108	NARDODIPACE	1.498 3.278
CS	103	NOCARA	566 3.377	VV	108	NICOTERA	7.065 3.277
CS	103	ORILEO	2.790 8.350	CZ	106	NOCERA TRINESE	4.904 4.823
CS	101	ORSOMARSO	1.634 9.989	CZ	107	OLIVADI	653 707
CS	103	PALUDI	1.939 4.195	CZ	107	PALERMITI	1.435 1.827
CS	104	PANETTERI	363 1.465	KR	105	PALLAGORIO	1.615 4.196
CS	101	PAOLA	17.197 4.251	VV	108	PARGHIELLA	1.399 800
CS	101	PAPASIDERO	1.028 5.465	CZ	107	PENTONE	2.191 1.229
CS	104	PARENTI	2.383 3.762	KR	105	PETILIA POLICASTRO	9.919 9.643
CS	104	PATERNO CALABRO	1.401 2.380	CZ	107	PETRIZZI	1.296 2.148
CS	104	PEDACE	2.083 5.147	CS	103	PETRONA'	2.987 4.550
CS	104	PEDIVIGLIANO	974 1.655	CZ	106	PIANOPOLI	2.322 2.435
CS	104	PIANE CRATTI	1.386 228	VV	108	PIZZO	8.347 2.234
CS	104	PIETRAFITTA	1.462 919	VV	108	PIZZONI	1.397 2.323
CS	103	PIETRAPADOLA	1.253 5.218	CZ	106	PLATANIA	2.649 2.464
CS	103	PLATACI	985 5.038	VV	108	POLIA	1.230 3.178
CS	101	PRAIA A MARE	6.710 2.291	VV	108	RICADI	4.472 2.230
CS	104	RENDE	35.065 5.479	KR	105	ROCCA DI NETO	5.412 4.363
CS	103	ROCCA IMPERIALE	3.437 5.376	KR	105	ROCCABERNARDA	3.615 6.662
CS	102	ROGGIANO GRAVINA	8.063 4.459	VV	108	ROMBULO	4.867 2.281
CS	104	ROGLIANO	5.995 4.136	VV	108	SAN CALOGERO	4.676 2.512
CS	104	ROSE	4.124 4.709	VV	108	SAN COSTANTINO CALABRO	2.376 703
CS	103	ROSETO CAPO SPULICO	1.839 3.063	CZ	107	SAN FLORO	596 1.816
CS	103	ROSSANO	34.843 14.943	VV	108	SAN GREGORIO D'IPPONA	2.355 1.237
CS	104	ROTA GRECA	1.288 1.287	CZ	106	SAN MANGO D'AQUINO	1.957 666
CS	104	ROVITO	2.842 1.043	VV	108	SAN MAURO MARCHESATO	2.332 4.202
CS	102	SAN BASILE	1.300 1.848	VV	108	SAN NICOLA DA CRISIA	1.619 1.932
CS	104	SAN BENEDETTO ULLANO	1.807 1.940	CS	103	SAN NICOLA DELL'ALTO	1.125 783
CS	103	SAN COSMO ALBANESE	754 1.409	CZ	106	SAN PIETRO A MAIDA	4.307 1.835
CS	103	SAN DEMETRIO CORONE	4.062 5.779	CZ	107	SAN PIETRO APOSTOLO	1.934 1.151
CS	102	SAN DONATO DI NINFA	1.803 8.161	CZ	107	SAN SOSTENE	1.129 3.192
CS	104	SAN FILI	2.558 2.079	CZ	107	SAN VITO SULLO IONIO	2.034 1.737
CS	103	SAN GIORGIO ALBANESE	1.742 2.263	CZ	107	SANTA CATERINA DELLO IONIO	2.283 4.124
CS	105	SAN GIOVANNI IN FIORE	18.731 27.945	KR	105	SANTA SEVERINA	2.326 5.188
CS	103	SAN LORENZO BELLIZZI	803 3.903	CZ	107	SANT'ANDREA APOSTOLO DELLO IONIO	2.378 2.044
CS	102	SAN LORENZO DEL VALLO	3.439 2.292	VV	108	SANT'ONFRO	3.719 1.838
CS	101	SAN LUCIDO	6.011 2.720	CZ	107	SATRIANO	3.124 2.202
CS	102	SAN MARCO ARGENTANO	7.581 7.828	KR	105	SAVELLI	1.631 4.850
CS	104	SAN MARTINO DI FINITA	1.303 2.374	KR	105	SCANDALE	3.160 5.365
CS	101	SAN NICOLA ARCELLA	1.487 1.146	CZ	107	SELLIA	591 1.270
CS	101	SAN PIETRO IN AMANTEA	630 1.099	CZ	107	SELLIA MARINA	6.276 4.086
CS	104	SAN PIETRO IN GUARANO	3.663 4.808	VV	108	SERRA SAN BRUNO	6.904 3.958
CS	102	SAN SOSTI	2.284 4.354	CZ	106	SERRASTRETTA	3.593 4.120
CS	104	SAN VINCENTO LA COSTA	2.197 1.629	CZ	107	SERSALE	5.092 5.301
CS	101	SANGINETO	1.445 2.750	CZ	107	SETTINGIANO	2.423 1.429
CS	102	SANTA CATERINA ALBANESE	1.390 1.720	VV	108	SIMBARO	1.194 1.925
CS	101	SANTA DOMENICA TALAO	1.326 3.588	CZ	107	SIMERI CRICHI	3.814 4.675
CS	101	SANTA MARIA DEL CEDRO	4.793 1.870	CZ	107	SORBO SAN BASILE	980 8.869
CS	104	SANTA SOFIA D'EPIRO	3.083 3.967	VV	108	SORIANELLO	1.638 972
CS	102	SANT'AGATA DI ESARO	2.214 4.720	VV	108	SORDANO CALABRO	3.122 1.517
CS	104	SANTO STEFANO DI ROGLIANO	1.416 1.935	CZ	107	SOVERATO	10.709 765
CS	102	SARACENA	4.387 11.151	CZ	106	SOVERIA MANNELLI	3.529 2.037
CS	104	SCALA COELI	1.460 6.698	CZ	107	SOVERIA SIMERI	1.652 2.209
CS	101	SCALEA	10.066 2.202	VV	108	SPADOLA	798 958
CS	104	SCIGLIANO	1.598 1.728	VV	108	SPLINGA	1.656 1.860
CS	101	SERRA D'AIELLO	925 383	CZ	107	SQUILLACE	3.543 3.377
CS	104	SERRA PEDACE	1.053 5.915	CZ	107	STALETTI	2.360 1.194
CS	102	SPEZZANO ALBANESE	7.216 3.333	VV	108	STEFANACONI	2.653 2.323
CS	104	SPEZZANO DELLA SILA	5.021 7.959	CS	103	STRONGOLI	6.119 8.529
CS	104	SPEZZANO PICCOLO	2.039 4.870	CZ	107	TAVERNA	2.691 13.246
CS	102	TARSIA	2.353 4.935	CZ	107	TIRIOLO	4.114 2.898
CS	102	TERRANOVA DA SIBARI	5.290 4.306	CZ	107	TORRE DI RUGGIERO	1.742 2.481
CS	103	TERRAVECCHIA	1.153 2.027	VV	108	TROPEA	7.016 359
CS	104	TORANO CASTELLO	4.771 3.006	CS	103	UMBRATICO	1.109 7.286
CS	101	TORTORA	5.873 5.788	CZ	107		

criteri di controllo di gestione e governo della spesa, del raggiungimento degli obiettivi assegnati;

**Tabella 2 – Aziende Ospedaliere e presidi ospedalieri ad esse afferenti**

A.O. Cosenza	Annunziata - Mariano Santo - Rogliano	Paola - Cetraro - Praia a mare - Castrovillari - San Marco Argentano Mormanno - Lungro - Rossano - Corigliano - Trebisacce - Cariati - Acri
A.O. Crotone	San Giovanni di Dio	San Giovanni in Fiore
A.O. Catanzaro	Pugliese - Ciaccio	Lamezia - Soveria Mannelli - Soverato - Chiaravalle
A.O. Vibo Valentia	Jazzolino	Serra san Bruno - Soriano Calabro - Tropea
A.O. Reggio Calabria	Bianchi - Melacrino - Morelli	Locri - Siderno - Gioia Tauro - Polistena - Palmi - Oppido Mamertina - Taurianova - Melito Porto Salvo - Scilla - Gerace

7. individua l'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione di tutte le attività aziendali. Demanda all'atto aziendale medesimo l'individuazione specifica dei dipartimenti, stabilendo che, a seconda della loro valenza territoriale, essi potranno essere aziendali o distrettuali;
8. prevede che la direzione aziendale possa avvalersi di apposite strutture organizzative operanti anche con l'apporto di personale esterno all'Azienda, per l'espletamento di compiti di programmazione e controllo, di valutazione, ricerca, sviluppo, ecc., comunque a supporto delle attività di governo strategico e complessivo dell'Azienda;
9. stabilisce che il servizio infermieristico e tecnico aziendale, di cui alla legge n. 251/2000, dipende direttamente dalla direzione sanitaria dell'Azienda e contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali relative ai processi ed ai programmi di competenza. Al fine di garantire l'unitarietà dell'assistenza infermieristica e tecnica a livello aziendale e contribuire al miglioramento delle performance tecnico-professionali nelle aree di competenza, la proposta stabilisce che la direzione del servizio coordini i servizi infermieristici e tecnici operanti a livello distrettuale, di azienda, di presidio o di A.O.;
10. prevede che per funzioni di alto contenuto tecnico, professionale e sanitario, la direzione aziendale possa individuare aree di attività per le quali conferire incarichi di natura professionale, finalizzati alla produzione di servizi o prestazioni particolari nell'ambito di specifiche attività;
11. prevede i Distretti, quali articolazioni territoriali delle Aziende Sanitarie, dotati di autonomia organizzativa, tecnico-funzionale e gestionale. Essi rappresentano il governo unitario e globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale ed assicurano la presa in carico del bisogno sanitario e socio-sanitario del cittadino, individuando i livelli più appropriati di erogazione e provvedendo alla gestione integrata, sanitaria e sociosanitaria, dei servizi, tenuto conto degli indirizzi della programmazione aziendale, in raccordo con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale di cui al PRS;
12. stabilisce che ciascun Distretto definisca, rispettivamente, il Piano delle Attività Territoriali e il Programma delle Attività Distrettuali, con riferimento alle iniziative di sviluppo e di miglioramento dei servizi, nonché a quelle connesse alla gestione delle attività già presenti nell'ambito territoriale di riferimento, negozi con la direzione aziendale il contenuto del piano delle attività e l'entità delle risorse necessarie, nel rispetto dei limiti massimi di spesa annualmente programmati dal governo regionale;
13. prevede la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, quale strumento di raccordo operativo e programmatico, sia verso il livello regionale che verso il sistema delle autonomie locali;
14. prevede presso ciascuna Azienda Sanitaria la Conferenza dei Sindaci di cui all'art. 3, comma 14 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. costituita dai Sindaci di ciascun Comune esistente nel territorio aziendale, quale espressione dei bisogni sanitari e sociosanitari della collettività;
15. prevede che nell'ambito di ciascun Distretto sia istituito il Comitato dei Sindaci di Distretto costituito dai Sindaci (o loro delegati) di ciascun Comune facente parte del Distretto; nel caso

- in cui il Distretto coincida con il singolo Comune, o che un singolo Comune comprenda più distretti, il Comitato sarà costituito dai Presidenti dei Consigli di Circoscrizione, ove presenti (in caso di assenza tale funzione sarà svolta dal Consiglio Comunale). Il Comitato di Distretto esercita funzioni di indirizzo e verifica sulle attività distrettuali e sui risultati raggiunti rispetto alle esigenze locali riferite alle problematiche sanitarie e sociali della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento, quali emergono dal programma delle attività distrettuali;
16. prevede che, presso ciascuna Azienda Ospedaliera, l'espressione dei bisogni sanitari e sociosanitari della collettività siano espressi dall'esecutivo delle Conferenze dei Sindaci di cui all'art. 3, comma 14 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. costituite nel bacino di competenza dell'azienda stessa;
  17. prevede, al fine di rafforzare lo stretto rapporto del servizio sanitario con il sistema delle autonomie e per favorire la loro presenza negli organismi partecipativi di cui ai precedenti punti 10, 11 e 12, che gli stessi si avvalgano di strutture logistiche ed operative messe a disposizione dalle diverse articolazioni aziendali, (Azienda o Distretto) con oneri a proprio carico;
  18. stabilisce, per il Livello di Assistenza Ospedaliero, strutturalmente la separazione tra la funzione di committenza, esclusiva delle Aziende Sanitarie, e la funzione di produzione-erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero in capo ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati.

## **Struttura istituzionale del SSR**

### **Servizio sanitario regionale**

1. La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal presente PRS, attraverso il servizio sanitario regionale, costituito dall'insieme delle funzioni e delle attività espletate dalle strutture direttamente gestite dalle aziende del SSR nonché dalle strutture e dai professionisti che, sulla base della normativa vigente, hanno titolo ad operare per conto del SSR (soggetti accreditati) e con oneri a carico del SSR (soggetti con i quali sono stati stipulati gli accordi e i contratti).
2. Il Servizio Sanitario Regionale, nella salvaguardia dei principi di solidarietà e universalità e nel rispetto delle compatibilità economiche e finanziarie, definite dalla programmazione regionale, persegue, con la partecipazione degli enti locali, delle formazioni sociali impegnate nel campo dell'assistenza, delle associazioni degli utenti e delle organizzazioni sindacali dei lavoratori, l'obiettivo di favorire lo sviluppo omogeneo del sistema sanitario attraverso un progressivo superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, anche attraverso l'organizzazione a rete delle prestazioni e dei servizi, assicurando il rispetto della dignità della persona, l'equità nell'accesso e la continuità nei percorsi assistenziali, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni.

#### **AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

1. Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono:
  - L'azienda sanitaria nord, con sede a Cosenza;
  - L'azienda sanitaria centro, con sede a Catanzaro;
  - L'azienda sanitaria sud, con sede a Reggio Calabria;
  - Le aziende ospedaliere di Cosenza, Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria, nonché il Policlinico Universitario "Mater Domini", fatto salvo quanto già definito al punto 4 del precedente paragrafo.
2. Le Aziende di cui al punto 1 sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Esercitano le funzioni, perseguono e realizzano gli obiettivi ed assicurano i Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Piano Sanitario Regionale.
3. Le Aziende Sanitarie nascono dalla riarticolazione delle undici Aziende Sanitarie esistenti alla data di entrata in vigore del presente PRS. Ciascuna Azienda è a sua volta territorialmente articolata in Distretti. La Giunta Regionale, entro 90 giorni dalla entrata in vigore del presente PRS, definirà criteri e modalità operative per il passaggio al nuovo assetto organizzativo.
4. Le Aziende Ospedaliere nascono dallo scorporo degli attuali presidi a gestione diretta e dei rispettivi stabilimenti e della loro aggregazione in rete ospedaliera. La Giunta Regionale, entro 90 giorni dalla entrata in vigore del presente PRS, definirà criteri e modalità operative per lo scorporo dalle aziende sanitarie e per il passaggio al nuovo assetto organizzativo, con particolare riferimento alle risorse umane ed al patrimonio. Gli stabilimenti ospedalieri che afferiscono alle Aziende ospedaliere sono quelli definiti nella tabella seguente:



## INDIRIZZI, VERIFICA E CONTROLLO DELLA REGIONE

1. La Regione, attraverso gli strumenti di programmazione economica e finanziaria, individua gli obiettivi da assegnare al servizio sanitario regionale, assegna le relative risorse e verifica il conseguimento degli obiettivi assegnati tramite l'impiego di idonei strumenti di controllo di gestione e di governo della spesa sanitaria.
2. I rapporti con l'Università, gli IRCSS, CNR, ISPESL, altri Enti di Ricerca ed INAIL, presenti nel territorio regionale, saranno regolamentati dalla Giunta regionale sulla base delle vigenti disposizioni di legge.
3. Per il governo del sistema sanitario e delle sue interrelazioni con gli altri settori di competenza, la Regione si avvale del sistema informativo sanitario regionale, per il potenziamento del quale la Giunta regionale adotta uno specifico progetto entro il primo anno di vigenza del PRS.

### **Organizzazione generale**

#### ORGANI DELLE AZIENDE

1. Sono organi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere il Direttore Generale ed il Collegio sindacale
2. Il Direttore Generale, nominato con le modalità di cui all'articolo 10 del disegno di legge che approva il presente PRS, ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda ed è coadiuvato nel l'esercizio delle sue funzioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario dell'Azienda.
3. Il Collegio sindacale ha la composizione e svolge le funzioni di cui all'articolo 3-ter del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Un componente è designato dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.
4. Il Direttore Generale dell'Azienda è coadiuvato dal Collegio di Direzione di cui al D. Lgs. 229/99 e provvede:
  - a) all'individuazione delle innovazioni di prodotto per soddisfare le necessità e le preferenze degli utilizzatori dei servizi, nell'ambito dei piani di attività dell'Azienda;
  - b) alla definizione dei programmi di sviluppo delle risorse umane e delle azioni organizzative necessarie per l'attuazione delle strategie aziendali;
  - c) alla promozione dell'integrazione dei servizi dell'ASR con quelli svolti dai soggetti esterni, inclusa la definizione, il monitoraggio e la verifica degli accordi contrattuali di cui alla L.R. n. 29/2002 con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, nonché con gli Enti Locali, sia nell'ambito di programmi intersettoriali di prevenzione sia per le attività socio-assistenziali;
  - d) alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali.
5. Gli organi delle Aziende Ospedaliere, le relative funzioni e le modalità di nomina sono quelle stabilite dal D.Lgs. n. 502/92. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale designa un componente del Collegio sindacale, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3 - ter, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.
6. Il compenso del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie è stabilito dalla Giunta Regionale sulla base di quanto previsto all'articolo 3 bis, comma 8, del DPCM n. 502/95 e s.m.i. Il compenso dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, articolato per fasce omogenee in relazione ai posti letto, alla popolazione di riferimento e all'entità del budget assegnato, è stabilito dalla Giunta Regionale nei limiti di quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 8, del DPCM n. 502/95 e s.m.i.

#### ATTO AZIENDALE

1. L'organizzazione e il funzionamento delle Aziende del SSR sono disciplinati dall'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., adottato dal Direttore Generale entro centoventi giorni dalla nomina nel rispetto di quanto stabilito dal presente PRS e sulla base degli indirizzi e criteri adottati dalla Giunta Regionale entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del PRS.
2. Gli atti aziendali di cui al precedente punto 1 ed i regolamenti di organizzazione sono approvati con provvedimento della Giunta Regionale.

#### DIPARTIMENTI

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, tenuto conto degli indirizzi e dei criteri al riguardo adottati dalla Giunta Regionale.

1. Il servizio infermieristico e tecnico aziendale di cui alla Legge 10 agosto 2000, n. 251 è posto in funzione di staff al Direttore Sanitario dell'Azienda e lo coadiuva nell'esercizio dei compiti ad esso attribuiti.

### **Organizzazione del Distretto**

#### **DISTRETTI**

- a. I Distretti sono articolazioni territoriali delle aziende sanitarie e costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari e sociosanitari;
- b. Il ruolo, le funzioni e le attività del distretto sono quelle indicate nel presente PRS;
- c. l'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale ai sensi dell'art.3-sexies, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- d. nella definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata, nell'attività di monitoraggio delle iniziative previste dal programma delle attività distrettuali il Direttore di Distretto è coadiuvato dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali di cui al presente PRS e composto come stabilito dall'art. 3-sexies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

#### **PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI**

1. I contenuti del Programma delle Attività Territoriali sono stabiliti come indicato nel presente PRS;
2. il Programma delle Attività Territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, dal Direttore di quest'ultimo ed è approvato dal Direttore Generale dell'azienda sanitaria, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo, e tenuto conto delle priorità definite a livello aziendale.

### **Partecipazione degli Enti Locali**

#### **CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE**

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socioassistenziale, istituita in ottemperanza a D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99, della legge 328/00 e per realizzare il coinvolgimento dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane e la loro responsabilizzazione sui temi sanitari, è l'organismo rappresentativo delle autonomie locali, con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale a livello regionale e locale, con pari dignità istituzionale fra regione ed enti locali, così come previsto dal Titolo V della Costituzione.

La conferenza è composta:

- a. assessore regionale alla tutela della salute, che la presiede;
- b. assessore regionale alle politiche sociali;
- c. tre consiglieri regionali della competente commissione consiliare, dei quali due in rappresentanza della maggioranza ed uno dell'opposizione, nominati dal consiglio regionale;
- d. presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie;
- e. sindaci delle città capoluogo di provincia, se non presidenti di conferenza dei sindaci;
- f. sei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie, di cui tre dell'ANCI, uno di federsanità ANCI, uno dell'UPI ed uno dell'UNCCEM;

Se richiesti, partecipano ai lavori della Conferenza il dirigente generale del dipartimento regionale della sanità ed i direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Partecipano alla Conferenza con diritto di voto i presidenti delle province, per la trattazione di materie sociali e socioassistenziali.

Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'assessore regionale alla tutela della salute procede all'insediamento della Conferenza, che a maggioranza dei due terzi provvede all'approvazione del regolamento di funzionamento.

La conferenza esprime i pareri e svolge le funzioni previste dal decreto legislativo di riordino.

Il dipartimento regionale della sanità assicura le attività di supporto logistico e funzionale necessarie per il funzionamento della Conferenza.

## CONFERENZA DEI SINDACI

Il sistema delle autonomie locali rimane l'interlocutore privilegiato rappresentativo degli interessi della comunità locale e l'espressione dei suoi bisogni di salute.

Ai Comuni, singolarmente e collegialmente rappresentati nella Conferenza dei Sindaci, si riconosce lo specifico ruolo di garanzia e di tutela dei bisogni sanitari e socio-sanitari delle popolazioni amministrate.

Con i Comuni e la Conferenza dei Sindaci si intende sviluppare nuovi e più proficui percorsi di collaborazione per la definizione dei ruoli e delle possibili sinergie. In particolare, attraverso progetti comuni e collaborazioni istituzionali strutturate, si vuole ricercare la massima sinergia di collaborazione sia in sede di Conferenza dei Sindaci che dei Comitati dei Sindaci di Distretto.

La Conferenza dei Sindaci di cui all'art. 11, della L.R. n.2/96, rappresenta le esigenze sanitarie della popolazione ed esprime il bisogno socio-sanitario delle comunità locali; inoltre, ai sensi dell'art. 3-bis, commi 6, 7 ed 8, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., esprime parere sulla verifica dei risultati conseguiti nel raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle aziende ai fini della loro conferma, revoca e decadenza.

Il confronto con le istanze locali è prevalentemente di tipo programmatico ed avviene principalmente in sede di formulazione del Piano Attuativo Locale e dei programmi delle attività distrettuali.

## COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

La ridefinizione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale presuppone una rivalutazione e valorizzazione del ruolo dei Comuni, che il legislatore ha inteso realizzare con la istituzione del Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello dei bisogni sanitari dei cittadini rispetto ai servizi erogati; esso rappresenta quindi il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio e ad esso compete in particolare, ai sensi del citato art. 3-quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., l'espressione del parere sulla proposta del Direttore di Distretto relativa al Programma delle Attività Territoriali.

## FUNZIONI DI SEGRETERIA

Gli organismi di cui al punto precedente si avvalgono, per il loro funzionamento, di uffici, di strumenti operativi e informativi, nonché di professionalità, messi a disposizione dalle aziende e dalle sue articolazioni territoriali, in modo da consentire uno svolgimento adeguato e documentato delle funzioni loro attribuite, con oneri a carico del bilancio aziendale.

Nello schema che segue è riportata la struttura del nuovo assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale.

## **OBIETTIVI DI SALUTE**

Per il triennio 2003/2005 sono individuati gli obiettivi di salute che vengono descritti nelle schede di seguito riportate. Per ciascun obiettivo sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare. I traguardi da raggiungere sono esplicitati in termini generali, con riguardo alla direzione di tendenza da promuovere o da rafforzare.

Le azioni enunciate, con riguardo ai singoli obiettivi, forniscono prime indicazioni circa gli interventi da privilegiare e le attività da sviluppare nei Piani Attuativi Locali di ciascuna Azienda del SSR. In virtù dell'intersettorialità degli interventi proposti, i traguardi e le azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi risultano spesso complementari e riguardano per le rispettive competenze tutte le strutture organizzative di ciascuna Azienda.

Con riguardo ai singoli obiettivi, sono state indicate, pertanto, le attività principali a cui dovranno ispirarsi le azioni, tralasciando l'inserimento, ed evitando la duplicazione, di interventi già compresi tra quelli relativi ad altri obiettivi di tipo assistenziale di cui al successivo capitolo.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.1 ARIA**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
L'inquinamento atmosferico derivante dal traffico veicolare, dagli impianti di riscaldamento o dai sistemi di produzione industriale, è un importante fattore di rischio per la salute. Tale fattore di rischio per fortuna non ancora rilevante e significativo nella nostra regione merita tuttavia la dovuta attenzione in relazione alle possibili correlazioni per la salute.	1. prevenzione degli effetti sulla salute e riduzione della prevalenza e/o incidenza delle malattie correlate all'inquinamento;	1. adottare un piano regionale, di concerto con l'ARPACAL, per il monitoraggio degli inquinanti urbani, per lo studio del loro impatto sulla salute e per la valutazione dell'efficacia delle politiche e delle strategie preventive proposte;
Anche la qualità dell'aria negli ambienti confinati ha importanti ripercussioni per la salute se si considera che in Italia, come negli altri paesi industrializzati, la popolazione trascorre una parte rilevante del tempo in luoghi chiusi (abitazioni, luoghi di lavoro, locali pubblici, mezzi di trasporto).		2. adottare misure restrittive del traffico veicolare privato nelle aree urbane delle maggiori città della regione;
Il rischio espositivo risulta di maggiore gravità per i gruppi più suscettibili quali i bambini, gli anziani e le persone già affette da patologie croniche.		3. incentivare la riconversione dei sistemi di riscaldamento domestico, al fine di utilizzare combustibili meno inquinanti;
In particolare, l'esposizione a fumo di tabacco è associata ad un maggior rischio di tumore polmonare, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari ed è responsabile di una quota rilevante delle malattie respiratorie dell'infanzia, inclusa l'asma bronchiale.	2. riduzione dell'esposizione della popolazione al fumo passivo;	4. effettuare interventi di bonifica dell'amianto, già previsti dalla legge n. 257/1992;
Il gas radon, principale sorgente dell'esposizione della popolazione a radiazioni ionizzanti, è un cancerogeno a cui si attribuisce un numero rilevante di tumori polmonari nel Paese. Molti materiali da costruzione e da arredo e un grande numero di prodotti di consumo liberano sostanze tossiche, come i composti organici volatili, e possono essere causa di fenomeni allergici.		5. adottare provvedimenti restrittivi del fumo negli ambienti di vita e di lavoro ed avviare campagne di sensibilizzazione sulla rilevanza sanitaria dell'esposizione al fumo passivo;
Inoltre, il clima caldo-umido presente nelle abitazioni, favorisce la crescita degli acari e dei funghi nella polvere domestica.	3. incentivazione della costruzione e della ristrutturazione di edifici e di ambienti igienicamente sani.	6. predisporre un programma regionale di azione per il radon per limitare l'esposizione negli ambienti di lavoro e negli ambienti di vita, anche attraverso la raccolta standardizzata dei dati.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.1 ARIA				
PROBLEMA		OBIETTIVI		AZIONI
Infine, alcuni composti chimici, anch'essi presenti negli ambienti confinati, sono noti o sospettati quali cause di irritazione o stimolazione dell'apparato sensoriale e possono dare vita ad una serie di sintomi comunemente rilevati nella cosiddetta "Sindrome da Edificio Malato" (Sick Building Syndrome).				

OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.2 ACQUE		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Oltre il 90% della popolazione italiana riceve l'acqua potabile tramite acquedotto. L'approvvigionamento viene effettuato in gran parte tramite Enti pubblici. Gli acquedotti sono circa 13.000 di cui 1.600 con bacino di utenza superiore a 5.000 abitanti.	1. riduzione dell'inquinamento delle acque di falda, dei fiumi, laghi e mari da processi di contaminazione urbana ed industriale;	1. incrementare le attività di tutela delle acque. Azioni preventive possono riguardare, oltre un adeguato trattamento delle acque all'entrata in rete, anche una gestione volta ad evitare i fenomeni di ristagno di acqua nelle condotte e la rilevazione di segnali d'attenzione, quali concentrazioni elevate di microrganismi eterotrofi e presenza discontinua di coliformi;
Circa l'80% delle acque distribuite è sotterranea e circa il 20% è superficiale. In Italia, come in tutti gli altri Paesi ad alto standard igienico, sono scomparse le epidemie idriche da patologie di tradizionali patogeni primari, quali Salmonella, Shigella e Vibrio, ma attraverso l'acqua potabile e gli alimenti la popolazione è esposta a residui di antiparassitari con possibilità di effetti a lungo termine sulla salute.	2. intensificazione dell'attività di sorveglianza e di controllo dei contaminanti chimici, fisici e biologici delle acque di superficie e di falda;	2. verificare il rispetto delle quantità massime di residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari nelle acque destinate a consumo umano;
La presenza di nitrati nell'ambiente e quindi nelle acque è legata all'uso estensivo di fertilizzanti azotati per l'agricoltura, ai rifiuti azotati provenienti dagli allevamenti di animali e agli scarichi fognari urbani.	3. prevenzione della contaminazione microbiologica delle acque potabili;	3. ridurre l'esposizione da clorazione dell'acqua, con il miglioramento delle tecnologie acquedottistiche e l'ottimizzazione della gestione;
In Italia oltre l'80% delle acque distribuite dagli acquedotti vengono disinfettate utilizzando come agenti disinfettanti, prevalentemente, il cloro gassoso, l'ipoclorito di sodio ed il biossido di cloro. Pertanto, una grande percentuale della popolazione italiana, stimabile in oltre 40 milioni di persone, è potenzialmente esposta ai sottoprodotti della disinfezione, seppure a bassi livelli. L'associazione fra consumo di acqua clorata e generici effetti negativi sulla salute non può per ora considerarsi provata, ma rappresenta un'ipotesi sostenuta da un insieme di indizi di un certo rilievo.	4. miglioramento progressivo della qualità ambientale e delle acque di balneazione in relazione alle misure di prevenzione e tutela della salute pubblica.	4. incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili;
Scarichi liquidi e loro trattamento. Complessivamente in Italia circa l'80% del carico inquinante di origine urbana viene raccolto nei sistemi fognari: di questo, circa il 62% viene avviato agli impianti di depurazione mentre circa il 18% viene rilasciato nei corpi idrici senza alcun trattamento. Il rimanente 20% deriva da insediamenti civili senza fognatura (piccoli centri, nuclei isolati), ma anche da periferie urbane con fenomeni di urbanizzazione.		5. trattare tutti gli scarichi, urbani e non, ed incrementare un'adeguata progettazione ed implementazione degli impianti di depurazione;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.2 ACQUE				
PROBLEMA		OBIETTIVI		AZIONI
Acque di balneazione. Gli studi epidemiologici svolti per verificare il rischio correlato alla balneazione sono numerosi ed hanno dimostrato un rischio lievemente aumentato per gastroenteriti ed infezioni micotiche della cute e delle mucose associato ad inquinamento biologico delle acque di balneazione.				6. censire gli scarichi, in modo regolare continuativo.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.3 ALIMENTI			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Il regime alimentare e gli alimenti che lo costituiscono influiscono sullo stato di salute non solo in relazione alla rispondenza sul piano nutrizionale agli standard raccomandati, ma anche ai requisiti globali di qualità.	1. attenzione costante all'igiene della produzione degli alimenti di origine animale, attraverso interventi di tipo diversificato in relazione a differenti situazioni riscontrabili sul territorio nazionale e alle specifiche normative di settore;		1. migliorare l'attività relativa allo scambio rapido di informazioni sulla sicurezza alimentare, attraverso il sistema di allerta nazionale e comunitario, con particolare riferimento ai prodotti alimentari di importazione;
La ricerca della qualità in ogni settore della filiera agroalimentare può contribuire in maniera determinante al miglioramento delle caratteristiche di igienicità dei prodotti alimentari.	2. miglioramento dei processi e delle modalità di commercializzazione dei prodotti agricoli che abbiano un impatto sull'ambiente, attraverso una serie combinata di interventi. Obiettivi specifici sono: la modernizzazione delle strutture produttive, la riduzione dei costi attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e l'aumento delle risorse per l'ambiente tramite la produzione biologica.		2. monitorare la qualità igienico-sanitaria degli alimenti somministrati in ambito di ristorazione pubblica e collettiva;
La salubrità degli alimenti è condizionata infatti da numerosi fattori che investono le diverse fasi (produzioni agricole, lavorazione e trasformazione industriale, distribuzione, conservazione e, infine, preparazione, cottura e assunzione dei cibi da parte del consumatore); se uno qualunque dei passaggi sopra elencati non si svolge in modo corretto, aumentano le probabilità di rischi per la salute. Effetti negativi possono manifestarsi a distanza di anni a seguito della presenza negli alimenti di contaminanti o, entro breve termine, se si tratta di una contaminazione microbica che può determinare episodi di tossinfezione alimentare.	3. In Italia e nella nostra regione il sistema di gestione e di monitoraggio della sicurezza alimentare garantisce l'applicazione del complesso delle norme dell'Unione Europea ed introduce, nell'ambito degli spazi definiti dal principio della sussidiarietà, alcuni elementi di ulteriore controllo e sicurezza degli alimenti. L'obiettivo è quello di incrementare nel tempo l'operatività e l'efficienza di tale sistema al fine di adeguare il livello di sicurezza alimentare e di protezione del consumatore agli indirizzi forniti dal Libro bianco della Commissione Europea. Per la promozione dei migliori standard di qualità igienica, appare opportuno pervenire ad una piena armonizzazione delle attività di controllo delle autorità sanitarie con l'attività preventiva derivante dall'autocontrollo svolta sull'intera filiera alimentare, dal produttore al consumatore finale.		3. verificare l'attività di autocontrollo da effettuare su tutta la filiera alimentare;
			4. attivare sistemi di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari con adeguate indagini epidemiologiche dopo ogni episodio;
			5. formare gli operatori che provvedono alla manipolazione o alla preparazione degli alimenti, soprattutto nell'ambito delle comunità;
			6. valutare l'impatto sulla salute delle nuove biotecnologie alimentari, nel contesto socio-economico;
			7. definire protocolli operativi destinati al monitoraggio dei nuovi alimenti.



OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.4 RADIAZIONI			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
La normativa vigente, sviluppata negli ultimi anni, è stata adeguata alle conoscenze scientifiche attuali, in linea con gli obiettivi del Psn; è tuttavia ancora presente una carenza di informazioni sia tra gli operatori del settore che tra la popolazione.		1. miglioramento del livello di protezione della popolazione e dei lavoratori dall'esposizione a radioisotopi, in particolare il radon, presenti nelle matrici ambientali, negli alimenti, nelle acque;	1. potenziare e coordinare la rete di rilevazione regionale della radioattività; acquisire, elaborare, valutare, utilizzare e diffondere i dati rilevati;
È quindi necessario diffondere una corretta conoscenza delle tematiche e dei problemi posti dalle radiazioni (ivi comprese le radiazioni ultraviolette, la cui cancerogenicità è accertata), per consentire un utilizzo consapevole delle nuove tecnologie.		2. riduzione delle esposizioni a radiazioni ionizzanti conseguenti a pratiche sanitarie;	2. coordinare le azioni di vigilanza intraprese dagli organismi nazionali competenti in materia;
Le problematiche inerenti alle radiazioni non ionizzanti, non sono meno rilevanti e sono molto sentite dalla popolazione, anche se sono ancora sotto giudizio l'esistenza e la rilevanza sanitaria degli effetti a lungo termine delle radiazioni elettromagnetiche ad alta frequenza.		3. riduzione delle esposizioni della popolazione e dei lavoratori a radiazioni non ionizzanti;	3. predisporre le informazioni preventive e le schede operative per l'emergenza radiologica da fornire alla popolazione;
		4. smaltimento in sicurezza dei rifiuti radioattivi.	4. valutare e risolvere i problemi connessi allo smaltimento in sicurezza dei rifiuti radioattivi;
			5. condurre campagne di educazione sanitaria volte alla prevenzione degli effetti dannosi delle radiazioni ultraviolette.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 1 - MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE - 1.5 RIFIUTI			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
La discarica rimane il sistema più diffuso di smaltimento dei rifiuti sia perché i costi sono ancora oggi competitivi con quelli degli altri sistemi, sia perché l'esercizio è molto più semplice.		1. adozione di un regime di raccolta e di smaltimento dei rifiuti urbani ed industriali che minimizzi i rischi per la salute dell'uomo ed elimini i danni ambientali;	1. riciclare e reimpiegare i rifiuti, regolamentandone il trasporto e ottimizzandone lo smaltimento finale;
La discarica controllata, se ben condotta, non presenta particolari inconvenienti, purché sia ubicata in un idoneo sito e sia dotata degli accorgimenti atti ad evitare i pericoli di inquinamento che i rifiuti possono provocare in via diretta ed indiretta.		2. riduzione della produzione di rifiuti;	2. promuovere azioni di risanamento delle discariche e di bonifica ambientale;
Il rischio per la salute si manifesta quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale, nonché quando lo smaltimento avviene senza il rispetto di norme sanitarie rigorose.		3. incentivazione della gestione ecocompatibile dei rifiuti.	3. incrementare le attività di monitoraggio e di tutela ambientale relative all'individuazione delle discariche abusive;
			4. favorire lo sviluppo e l'applicazione di tecnologie e prodotti puliti per il trattamento dei rifiuti.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.1 ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Lo sviluppo politico e socio-economico assicura oggi una abbondante quantità di cibo. La speranza di vita continua a crescere in tutte le regioni del Paese anche in relazione a questa disponibilità. Nonostante ciò, le conoscenze scientifiche attuali riconoscono che l'incidenza di molte patologie croniche è legata alla dieta e, più in generale, agli stili di vita e che alimentazione e nutrizione costituiscono uno tra i più importanti determinanti di salute.	1. <b>Riduzione del sovrappeso e dell'obesità; riduzione dell'obesità nei bambini.</b> Questi obiettivi non sono perseguibili in modo misurabile in tempi brevi; perché siano visibili differenze significative nella proporzione di popolazione di obesi, sono necessarie modifiche culturali sui tempi medio lunghi (5-10 anni).	1. incoraggiare lo sviluppo, la realizzazione e la valutazione di strategie rivolte ad una nutrizione sana e ad un incremento della attività motoria dei cittadini, sulla base di azioni che siano compatibili con i bisogni e le attitudini culturali della popolazione;
Nella seconda metà di quest'ultimo secolo, nel mondo occidentale, l'obesità e le patologie ad essa correlate sono drasticamente aumentate. Dall'indagine multiscopo ISTAT risulta che poco meno del 50% dei maschi di diciotto anni ed una percentuale analoga di donne non soffrono di obesità, mentre quasi il 40% dei maschi ed il 35% delle donne soffrono di obesità di primo grado con differenze geografiche lievi nei maschi (38% Italia Nord-occidentale, 44% Italia meridionale) e tra le donne (30% Italia Nord-occidentale e 39% Italia meridionale); meno del 10% della popolazione adulta controlla il peso almeno una volta a settimana. Un confronto con analoghi dati del 1994 mostra un aumento degli obesi, specialmente nella classe di età tra i 40 e i 50 anni.	2. In termini nutrizionali le raccomandazioni principali per la popolazione sono le seguenti: l'introito energetico totale deve essere tale da mantenere il BMI pari a 21-22 kg/m <sup>2</sup> ; la percentuale di energia derivante da grassi deve essere inferiore al 30%, quella da grassi saturi di origine animale deve essere inferiore al 10%; la percentuale di energia derivante da carboidrati deve essere superiore al 55%, quella derivante da zuccheri semplici deve essere inferiore al 10%; la percentuale di energia derivante da proteine deve essere compresa tra il 10 e il 15%. L'aspetto positivo di esprimere le azioni in termini di nutrienti è che esse possono essere attuate tramite una ampia scelta di profili alimentari, coerenti con la consuetudine della popolazione e che tengano conto dei fattori culturali, etnici e socio-economici.	2. individuare strategie per la nutrizione e per lo sviluppo della attività motoria che siano specifiche per ogni gruppo di popolazione, specialmente per i gruppi deboli e per i gruppi difficilmente raggiungibili;
Il BMI (Indice di Massa Corporea) è correlato linearmente con la mortalità in entrambi i sessi. In particolare si stima che il sovrappeso, l'obesità e la inattività fisica siano determinanti nella aumentata incidenza di: alcuni tipi di neoplasie (carcinoma mammario e carcinoma dell'endometrio nelle donne e carcinoma del colon negli uomini); diabete mellito tipo 2 negli anziani di entrambi i sessi; malattie cardiovascolari (cardiopatia ischemica coronarica); artrosi e osteoporosi e loro conseguenze, comprese le fratture di femore negli anziani; litiasi biliare; sindrome delle apnee notturne; in un terzo delle morti premature dovute alle malattie cardiovascolari (CVD). I fattori dietetici influiscono anche sull'incidenza della carie dentaria, delle sindromi di deficienza di ferro e delle patologie tiroidee da deficit di iodio.	3. Inoltre le raccomandazioni nutrizionali vengono completate dalle seguenti ulteriori indicazioni: il consumo di frutta e verdura deve essere di oltre 400 grammi al giorno; il consumo di fibre alimentari deve essere maggiore di 25 grammi al giorno; il consumo di sale (assunzione di sodio) deve essere minore di 6 grammi al giorno; il consumo di alcol deve essere inferiore ai 2 bicchieri di vino al giorno per le donne ed inferiore a 3 bicchieri per gli uomini; il livello di attività fisica raccomandato è pari a 60-80 minuti di cammino al giorno; il periodo di allattamento al seno deve essere di almeno 6 mesi; il consumo di latte e formaggio deve essere favorito nel periodo infantile ed adolescenziale; deve essere aumentato il consumo di pesce e ridotto quello di carni rosse.	3. condurre programmi di intervento educativo sulla popolazione obesa in trattamento che prevedano una ristrutturazione cognitiva e comportamentale tesa a modificare le abitudini alimentari e ad indurre uno stile di vita più attivo;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.1 ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Le malattie connesse alla alimentazione sono diffuse in gran parte della popolazione e non soltanto in gruppi ad alto rischio. La strategia ottimale deve dunque riguardare l'intera popolazione, piuttosto che focalizzare l'attenzione soltanto su coloro che già sono ammalati o sono a rischio. Inoltre, l'approccio dietetico da solo fornisce risultati soltanto nel breve-medio termine, e solo favorendo corrette abitudini alimentari sono ottenibili risultati a lungo termine.	In termini di gruppi di alimenti, le Linee Guida per una sana alimentazione italiana dell'Istituto nazionale per la ricerca su alimentazione e nutrizione suggeriscono: 1-2 porzioni al giorno di latte e derivati (latte, yogurt, formaggio fresco o stagionato); 1-2 porzioni di carne o pesce o uova o legumi; 2-4 porzioni di cereali e tuberi (pane, prodotti da forno, pasta, riso, patate); 3-5 porzioni di ortaggi e frutta per l'azione antiossidante; 1-3 condimenti intesi come 10 grammi di olio, burro o margarina.	4. in ambito sanitario: formare gli operatori sanitari per aumentare la loro conoscenza e la loro capacità di promuovere iniziative locali, investire perché gli operatori sanitari partecipino ai programmi dedicati al controllo ed alla modifica dei determinanti di salute;
Nel nostro Paese così come nella nostra Regione uno dei problemi da affrontare riguarda i disordini alimentari, in quanto sovrappeso ed obesità derivano dallo squilibrio tra un'alimentazione ricca ed abbondante ed una scarsa attività fisica quotidiana: il ruolo dell'educazione alimentare diventa perciò di primaria importanza nel far riscoprire l'arte di alimentarsi bene al fine di mantenere un soddisfacente stato di salute.		5. per quanto riguarda la scuola: inserire nei percorsi formativi nozioni relative alla nutrizione e alla attività motoria, integrare le mense scolastiche nel processo educativo, formare gli insegnanti, incentivare la scelta di alimenti sani, favorendo il coinvolgimento della famiglia e della comunità nel processo educativo per la nutrizione e l'attività fisica;
		6. nei luoghi di lavoro: incoraggiare ed aiutare i lavoratori e le loro organizzazioni nello sviluppo di interventi di educazione alimentare, favorendo la partecipazione dei lavoratori;
		7. per l'industria agro-alimentare: invitare a segnalare i vantaggi per la salute dei nuovi prodotti, ad esempio quelli a basso contenuto di grassi, indicandone le differenze rispetto agli alimenti tradizionali, in modo da attirare l'attenzione del pubblico;
		8. per il settore commerciale: incoraggiare la tendenza verso profili alimentari più salutari attraverso la struttura dei prezzi, la preparazione dei prodotti, le iniziative di etichettatura e la collaborazione con il mondo sanitario;
		9. incoraggiare, al fine di favorire scelte corrette da parte del pubblico, l'etichettatura nutrizionale di tutti gli alimenti, che dichiari, in particolare, il contenuto di grassi totali - con le frazioni di saturi, monoinsaturi, poliinsaturi e colesterolo - e di sodio.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.2 FUMO		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Il fenomeno del tabagismo è molto complesso per i suoi risvolti economici, psicologici, sociali e sanitari.	1. riduzione della quantità giornaliera di sigarette fumate;	1. promuovere campagne per aumentare la percezione individuale dei rischi da fumo;
Gli effetti dannosi del fumo delle sigarette sulla salute sono ormai ben documentati e non richiedono ulteriori argomentazioni. Il fumo, a causa della nicotina, crea dipendenza e il tabagismo è una malattia e come tale deve essere affrontato.	2. incremento degli interventi di prevenzione e dei trattamenti di disassuefazione;	2. attuare interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando rigorosamente gli interventi di cui sia nota l'efficacia;
Il fumo attivo rimane la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Oggi, nel mondo, il tabacco uccide una persona ogni otto secondi; quattro milioni di persone ogni anno muoiono a causa del fumo.	3. riduzione della prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni al 15% per gli uomini ed al 10% per le donne;	3. sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, coinvolgendo tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale;
È attribuibile al fumo il 90% delle morti per tumore polmonare, i due terzi delle morti per broncopneumopatia cronica e un quarto delle morti per malattie cardiovascolari. I rischi aumentano in modo proporzionale al crescere del numero di sigarette fumate ma appaiono parzialmente reversibili nel tempo: a 15 anni dall'interruzione dell'abitudine al fumo i rischi di morte degli ex-fumatori si avvicinano a quelli dei non fumatori.	4. riduzione, fino a zero, della frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza;	4. diffondere le evidenze scientifiche basate sull'efficacia delle strategie di prevenzione e degli interventi di cessazione dal fumo. Si ricorda come tra gli interventi preventivi con forte evidenza d'efficacia vi siano: il counseling del proprio medico o di altro personale sanitario e l'uso appropriato di farmaci per la disassuefazione dell'abitudine al fumo;
Chi fuma ha una probabilità tre volte superiore di essere colpito da infarto rispetto a chi non fuma e dieci volte superiore di morire di cancro ai polmoni.	5. riduzione della prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.	5. promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori di 16 anni;
Anche l'esposizione passiva al fumo di sigaretta costituisce un importante fattore di rischio; è stato osservato un aumento della frequenza di tumori polmonari, dell'infarto del miocardio e delle malattie delle vie respiratorie nei soggetti esposti a fumo passivo.		6. promuovere il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro;
È inoltre ancora troppo elevata la percentuale di donne fumatrici specie quelle in età fertile e in gravidanza, con conseguente rischio per la salute del nascituro. Il fumo delle madri in gravidanza è infatti causa di basso peso alla nascita, malattie delle membrane ialine e gravi conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria nonché di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla".		7. promuovere il divieto di fumo in gravidanza.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.2 FUMO				
PROBLEMA		OBIETTIVI		AZIONI
In Italia, secondo dati ISTAT (Rapporto annuale 1999 - indagine multiscopo sulle famiglie), la prevalenza dei fumatori è del 24,5% nella popolazione maggiore di 14 anni (32,4% negli uomini e 17,3% nelle donne). È diminuito dal 1980 al 1999 il numero dei fumatori maschi, mentre è rimasta pressoché invariata la percentuale di donne fumatrici.				

OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.3 ALCOL		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini.	1. riduzione del 20% della prevalenza di individui, uomini e donne, che consumano rispettivamente più di 40 gr. e 20 gr. di alcol al giorno;	1. fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
Numerose evidenze italiane dimostrano che gli individui, ed i giovani in particolare, che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini al fumo o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi; ciò porta ad un notevole aumento della probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali o addirittura esponenziali per comportamenti legati all'inconsapevolezza o all'inesperienza.	2. riduzione del 30% della percentuale di coloro che consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti;	2. organizzare campagne con i mass media per supportare le politiche che combattono i danni causati dall'alcol.
L'uso di alcol agisce come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve.	3. riduzione del 30% della prevalenza di uomini che bevono più di 1 litro di vino al giorno e di donne che bevono più di un litro di birra al giorno o loro alcolequivalenti;	3. controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e proibirla durante le attività di svago rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi;
Da considerare che l'alcool è una droga, infatti determina assuefazione e sindrome di astinenza e che la legislazione italiana non limita né la commercializzazione né l'accessibilità.	4. ritardo dell'età di avvio al consumo di alcolici da parte dei giovani;	4. promuovere politiche sull'alcol nei luoghi di lavoro basate sull'educazione, sulla prevenzione e sull'identificazione precoce e il trattamento degli alcolisti;
Tale fenomeno è ben rappresentato dal numero degli utenti alcolodipendenti registrati in Italia nel 1998 dal Ministero della sanità presso i servizi o gruppi di lavoro per l'alcolodipendenza: 26.708 utenti alcolodipendenti (20.567 maschi, 6.141 femmine) di cui il 75,6% in età compresa tra i 30 e i 59 anni ed il 9 % circa compreso in età giovanili (19-29 anni). Tra gli alcolodipendenti il 15,9% fa anche uso di sostanze stupefacenti e il 7,2% di farmaci psicotropi.	5. riduzione della prevalenza degli adolescenti, maschi e femmine, che consumano bevande alcoliche, con particolare riguardo a coloro che eccedono quantità moderate o che consumano fuori pasto.	5. rafforzare le attuali misure in tema di alcol e guida;
		6. promuovere una forte visibilità dell'uso del test dell'alcolemia su base casuale;
		7. limitare la pubblicità di bevande alcoliche e sorvegliare l'applicazione del codice pubblicitario nelle aree dove la pubblicità è permessa, per evitare l'enfatizzazione degli effetti dell'alcol e la presenza di giovani nella pubblicità di bevande alcoliche;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.3 ALCOL			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
			8. assicurare un approccio coordinato che coinvolga i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario e i gruppi di volontariato, oltre ai servizi sanitari;
			9. formare gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione del bere a rischio o dannoso e sui relativi interventi brevi;
			10. finalizzare risorse per l'adozione di strategie che incrementino accessibilità ed economicità degli interventi basati sull'assistenza primaria;
			11. valorizzare e favorire la collaborazione con le reti di volontariato, quali i gruppi di auto-aiuto, le associazioni di operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e le organizzazioni di consumatori.



**OBIETTIVO DI SALUTE N. 2 - PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE - 2.4 ATTIVITA' FISICA**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato ampiamente dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e della qualità di vita degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, migliora la pressione arteriosa, riduce la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.	1. l'incremento dell'attività fisica nella vita di ogni giorno per favorire il raggiungimento e il mantenimento del peso corporeo ideale e per migliorare la funzione cardiorespiratoria;	1. coordinare lo sviluppo di iniziative, da attivare con il coinvolgimento delle organizzazioni del settore, per la promozione dell'attività fisica tra i più giovani. Un'attività fisica regolare significa praticare sport moderato per almeno 30 minuti 2-3 volte alla settimana circa;
La prevalenza di inattività fisica lavorativa nella fascia di età 35-74 anni è del 35% negli uomini e del 21% nelle donne. La prevalenza di inattività fisica nel tempo libero nella fascia di età 35-74 anni è del 33% negli uomini e del 45% nelle donne. Il dato trova conferma nell'indagine multiscopo ISTAT che dimostra che circa un terzo delle persone con più di 6 anni pratica una qualsiasi attività fisica e meno del 15% pratica uno sport in modo continuativo.	2. l'incremento del livello di attività fisica nella vita di ogni giorno, al fine di migliorare lo stato di salute psico fisico di tutti i soggetti, sia sani che affetti da patologie di tipo cronico-degenerativo.	2. incrementare e favorire l'attività fisica anche promuovendo la realizzazione di infrastrutture sportive ed, in particolare, di quelle di base, quali percorsi attrezzati, piste ciclabili ed itinerari escursionistici;
		3. favorire l'attività fisica degli anziani facilitandone l'accesso agli impianti sportivi.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - GENERALITA'			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Il PRS si propone di contrastare,attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria, le principali patologie che colpiscono la popolazione italiana e calabrese e provocano il maggior carico di disabilità e di morte.	VEDI SINGOLE PATOLOGIE		VEDI SINGOLE PATOLOGIE
I criteri adottati per l'individuazione delle aree cruciali di intervento sono quelli indicati dal PSN e qui di seguito riportati: l'importanza della patologia, in termini di mortalità prematura, di malattia e/o disabilità evitabile; la disponibilità di interventi efficaci di prevenzione primaria o di diagnosi precoce e di trattamento efficace; la necessità di interventi finalizzati alla protezione di fasce deboli.			
Per le aree di intervento selezionate vanno previsti interventi di: prevenzione primaria; diagnosi precoce; trattamento efficace.			
Miglioramenti nell'assistenza sanitaria potranno sensibilmente contribuire al raggiungimento degli obiettivi di riduzione della mortalità e della disabilità nonché di aumento della qualità della vita. Le aree di intervento selezionate non esauriscono il quadro delle condizioni cui il Ssn e regionale deve far fronte.			
In un apposito paragrafo sono indicate altre condizioni morbose, che richiedono particolare attenzione, e per le quali sono previsti progetti speciali e normative specifiche ai quali si rimanda.			

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.1 MALATTIE CARDIO E CEREbro-VASCOLARI		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
<p><b>Mortalità.</b> Le malattie cardiovascolari sono responsabili del 43% dei decessi registrati in Italia nel 1997, di cui il 31% per le malattie ischemiche del cuore e il 28% per gli accidenti cerebrovascolari. Per i dati regionali vedi quanto riportato all'allegato 1</p>	<p>1. mantenimento della colesterolemia inferiore a 200 mg/dl;</p>	<p>1. ridurre il tempo per il ricovero a 30 minuti per coloro che presentano dolore precordiale, in modo che la maggior parte dei pazienti colpiti da eventi coronarici possa essere sottoposto a terapia con trombolitici (il trattamento deve essere effettuato entro le prime 6 ore dall'inizio dei sintomi). A tal fine è necessario migliorare il collegamento funzionale tra presidi ospedalieri, centri e servizi specialistici in grado di affrontare l'urgenza cardiologica nel modo più completo e tempestivo;</p>
<p><b>Fattori di rischio.</b> I principali fattori di rischio modificabili riconosciuti a livello individuale e collettivo per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari sono: l'abitudine al fumo di tabacco; obesità; la ridotta attività fisica; gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa ed il diabete mellito.</p>	<p>2. mantenimento della pressione arteriosa sistolica inferiore a 140 mmHg;</p>	<p>2. migliorare il trattamento dei fattori di rischio in modo che si verifichino casi meno gravi e si riduca di un ulteriore 5% il numero dei decessi per malattie cardiovascolari e almeno si mantengano stabili gli attuali livelli di mortalità per patologie cerebrovascolari.</p>
<p>La malattia cardiovascolare riconosce una eziologia multifattoriale e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla malattia ischemica del cuore e agli accidenti cerebrovascolari.</p>	<p>3. mantenimento della pressione arteriosa diastolica inferiore a 90 mm Hg;</p>	<p>3. Per quanto riguarda l'ictus è da favorire il precoce ricovero, possibilmente in unità specializzate, dei pazienti con sospetto ictus onde facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate come la rivascolarizzazione farmacologica o chirurgica delle forme ischemiche e gli opportuni interventi neurochirurgici nelle forme emorragiche. E' altresì necessario stimolare il precoce inizio di un'adeguata prevenzione secondaria.</p>
<p>I fattori di rischio modificabili possono essere influenzati attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita. Quando la riduzione derivata da una attenta modificazione degli stili di vita non è sufficiente a raggiungere i livelli desiderabili, è necessario ricorrere ad un adeguato trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia.</p>	<p>4. eliminazione dell'abitudine al fumo;</p>	

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.1 MALATTIE CARDIO E CEREbro-VASCOLARI		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità per malattie cardiovascolari è ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio, rispetto a quanto avveniva negli anni '60 prima dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva Coronaria (UTIC), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente.	5. riduzione del sovrappeso corporeo e dell'obesità attraverso una adeguata attività fisica ed un'alimentazione sana e bilanciata.	
Ciò che resta invariata nel tempo è la quota di pazienti affetti da infarto miocardico acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, prima di giungere all'osservazione di un medico.	6. Nei pazienti con sintomi conclamati di malattia cardiovascolare dovrebbero essere intraprese tutte le azioni necessarie a modificare gli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica) e a ridurre o a controllare gli altri fattori di rischio (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete).	
I dati raccolti nell'ambito del Progetto internazionale MONICA (MONItoring CARDiovascular disease) cui l'Italia partecipa, indicano che nella fascia di età compresa tra i 35 ed i 64 anni: circa il 40% dei pazienti colpiti da eventi coronarici muore entro 28 giorni dall'inizio dell'attacco; negli uomini la letalità nella prima ora è del 20%, nelle prime 24 ore è del 32%, nei primi 28 giorni è del 40%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 3%, quella extraospedaliera è del 17%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 27%; nelle donne la letalità nella prima ora è del 15%, nelle prime 24 ore è del 36%, nei primi 28 giorni è del 45%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 11%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 13%, quella extraospedaliera è del 23%.	7. Inoltre, ai fini di una efficace prevenzione secondaria degli eventi coronarici, sono raccomandabili: il trattamento antiaggregante (aspirina), con somministrazione giornaliera di almeno 75 mg, che riduce il rischio di eventi vascolari gravi; i beta-bloccanti, nei pazienti dopo infarto miocardico acuto, che riducono il rischio di mortalità per tutte le cause di mortalità coronarica, di reinfarto miocardico non fatale (MI) e di morte improvvisa; gli ACE inibitori, nei pazienti con sintomi o segni di insufficienza cardiaca al momento dell'infarto miocardico, che riducono la mortalità per insufficienza cardiaca; le statine che riducono il rischio di mortalità e morbosità cardiovascolare senza evidenza di un aumento nella mortalità non cardiovascolare.	

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.1 MALATTIE CARDIO E CEREBRO-VASCOLARI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità e della disabilità per malattie cerebrovascolari, è dimostrato che il ricovero precoce presso unità dedicate (Stroke Unit) determina una riduzione assoluta del rischio morte/dipendenza del 5,6%, cioè ogni 1000 pazienti ricoverati in Stroke Unit, 56 evitano morte/dipendenza.	8. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria degli eventi cerebrovascolari si ricorda che: i fattori di rischio modificabili per lo stroke includono la pressione arteriosa, il fumo, l'inattività fisica, il diabete mellito e la fibrillazione atriale; i soggetti che hanno subito un accidente cerebrovascolare sono a rischio più elevato per lo sviluppo di danno cognitivo e capacità di movimento; se non esiste controindicazione il dosaggio di aspirina, a 75 mg al giorno, è efficace.	
La numerosità e la gravità degli ictus (ogni anno 110.000 cittadini sono colpiti da ictus e 230.000 sono quelli con esiti di ictus pregressi) rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile.		

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.2 TUMORI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte e costituiscono una delle più importanti cause di ricovero. Il potenziamento dell'assistenza ai malati oncologici deve vedere nel periodo di vigenza del presente PSR la definitiva strutturazione di un'adeguata ed efficiente rete di servizi ospedalieri e territoriali deputata ad assicurare una offerta di prestazioni per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neoplastiche, con conseguente riduzione della mobilità sanitaria regionale che, per tali patologie, registra ancora elevati indici di fuga verso le altre regioni.	1. la riduzione della mortalità derivante da tumore maligno con particolare attenzione al tumore alla mammella, al colon-retto, alla prostata, al polmone, alla cervice dell'utero e allo stomaco.	1. Oltre a quelle strutturali ed organizzative di cui al capitolo II del PSR, ed oltre alle azioni individuate dalle Linee guida nazionali per la prevenzione e la cura delle malattie oncologiche, a cui si rimanda e che il presente PSR assume quali linee di indirizzo, le azioni prioritarie da promuovere e realizzare nel triennio per raggiungere gli obiettivi sopra indicati sono:
Mortalità I tassi di mortalità negli uomini sono in diminuzione, particolarmente nelle regioni del Nord e del Centro già a partire dalla fine degli anni '80. Nel corso degli anni '90 si è osservata anche una diminuzione dei tassi di mortalità nelle regioni del meridione e nella popolazione femminile. Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella.	2. la riduzione delle disuguaglianze di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore.	2. supporto e coordinamento e realizzazione dello screening per il tumore della mammella già programmato dalla regione ed in corso di svolgimento in tutte le aziende sanitarie.
Nel 1997 si sono verificati 91.000 decessi per cancro nei maschi e 66.000 decessi nelle femmine (fonte Istituto Superiore di Sanità) e, sempre nello stesso anno, per 1.000 abitanti i tassi complessivi di mortalità per cancro sono stati 3,27 nei maschi e 2,22 nelle femmine (fonte Istituto Superiore di Sanità). Il cancro è inoltre la prima causa di anni di vita perduti.	3. il miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico.	3. supporto e coordinamento e realizzazione del programma di screening per il tumore della cervice uterina già programmato dalla regione ed in corso di svolgimento in tutte le aziende sanitarie.
Incidenza Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore all'anno. L'incidenza dei tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali. I tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili. Nei dati dei Registri Tumore italiani, il tumore dei polmoni è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.		4. potenziamento delle attività di diagnosi precoce dei tumori con particolare riferimento a quelli sopra indicati.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.2 TUMORI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
La distribuzione del cancro in Italia è caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra nord e sud. In entrambi i sessi e per la maggior parte delle singole localizzazioni tumorali ed in particolare per i tumori a maggiore frequenza, il rischio di ammalare è molto superiore al nord che al sud del Paese.		5. sviluppo ed attivazione delle cure domiciliari ai pazienti oncologici in fase terminale fornendo indirizzi operativi per la loro realizzazione e linee guida terapeutiche e di gestione generali del paziente.
Sopravvivenza La sopravvivenza è costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati. L'incremento in Italia è stato il più forte tra tutti quelli osservati nei paesi europei. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati nel periodo 1986-89), sono complessivamente del 39%: uguali per gli uomini e leggermente superiori alla media europea per le donne.		6. completamento razionalizzazione e potenziamento delle strutture di offerta aziendali comprendenti le UO di Oncologia medica e realizzazione del centro oncologico di eccellenza già istituito e previsto dall'art.21 della L.R. n.29/2002.
Guarigione La proporzione dei malati che guariscono è in aumento. Tra i pazienti diagnosticati nel 1987-89, si stima che la proporzione di coloro che possono ritenersi guariti sia del 25% negli uomini e del 38% nelle donne. Tale proporzione era del 21% e del 29%, rispettivamente, nel periodo di diagnosi 1978-80. La differenza tra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.		7. potenziamento e attivazione di UU.OO. di Radioterapia nelle aree regionali carenti.
Prevalenza Si stima che il 2.8% della popolazione italiana (quasi 1.500.000 di persone ) abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro. Più di 600.000 di questi pazienti, per i quali la malattia si è verificata negli ultimi 5 anni, sono in fase di trattamento o di follow-up per il rischio di recidive.		8. incremento degli interventi chirurgici di elezione per patologie neoplastiche recuperando così l'attuale saldo negativo di mobilità sanitaria per tali interventi.
Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella rappresentano da sole circa i due quinti della prevalenza complessiva.		9. potenziamento ed effettiva funzionalità del registro tumori della regione.
Gli andamenti relativi all'incidenza e sopravvivenza dei tumori e la crescita dell'attesa di vita convergono nell'allargare la quota di casi prevalenti nella popolazione. Sono quindi evidenti le implicazioni che la patologia oncologica, nelle sue varie fasi, comporta per il Servizio sanitario e per la società.		10. produzione di linee guida cliniche per l'assistenza sanitaria dei pazienti affetti dei seguenti tumori: tumori alla mammella; tumore della cervice uterina; tumore del colon-retto; tumore della prostata; tumore della vescica; tumore del polmone;

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.2 TUMORI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Possibilità di intervento ed obiettivi I tumori costituiscono una classe di malattie eterogenea rispetto alle cause, al decorso ed agli esiti. Alcune modalità di intervento sono però generali e possono quindi essere presentate in questa introduzione.		11. produzione di Linee guida per le cure palliative.
Prevenzione primaria Il fumo, il consumo di alcol e le abitudini alimentari scorrette sono fattori di rischio riconosciuti, con peso eziologico variabile, per molte categorie di tumori ed anche per altre malattie croniche. L'intervento verso questi fattori, cui sono dedicati specifici capitoli del presente Piano sanitario, è quindi di fondamentale importanza. Una dieta corretta può essere attivamente incentivata nel settore delle collettività (mense aziendali e scolastiche, ospedali, ricoveri per malati cronici).		12. produzione di Linee guida per la prevenzione delle complicanze
È evidente che i risultati di tali interventi, anche se efficaci, saranno per lo più a lungo termine e non potranno essere osservati nel corso del periodo di validità del Piano. Per alcuni tumori (polmoni, pleura, vescica, seni paranasali, sarcomi, leucemie e linfomi) un ruolo non trascurabile hanno le esposizioni in ambiente di lavoro, caratterizzate da rischi elevati in sottogruppi ristretti ed individuabili di popolazione.		13. attivare una rete di assistenza tale da garantire al paziente oncologico in fase critica cure mediche infermieristiche, associate ad altre tipologie di supporto per il paziente e per la famiglia (psicologi, volontari, ecc.), con l'obiettivo di garantire le migliori qualità di vita possibile nel rispetto della dignità e della volontà del paziente, valorizzando la funzione di terapia del dolore e di cure palliative. Le sedi di assistenza e cura per i pazienti terminali devono essere modulate e variate, se necessario, in rapporto alla tipologia del paziente (caratteristiche cliniche, psicologiche, ecc) e alla situazione familiare (Reparti ospedalieri, domicilio, Hospice).



**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.2 TUMORI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Diagnosi precoce Una diagnosi precoce, che consenta la rimozione del tumore prima della diffusione nell'organismo di cellule metastatiche, sarebbe in via di principio, almeno per i tumori solidi, risolutiva. Essa avrebbe inoltre un riscontro quasi immediato nelle statistiche di mortalità. In pratica la diagnosi precoce clinica può non essere sufficiente a salvare la vita del paziente, anche se può in molti casi allungarne il tempo di sopravvivenza e migliorarne la qualità della vita. Deve essere incentivato e reso disponibile l'approfondimento diagnostico anche in soggetti con sintomi lievi e con basso potere predittivo, con particolare attenzione alla popolazione anziana.		14. Adeguamento e coordinamento con i servizi di anatomia patologica.
Screening Indicazioni per uno screening nella popolazione asintomatica sussistono se: a) ne è dimostrata l'efficacia e b) le strutture sanitarie sono sufficientemente organizzate per una corretta esecuzione dello screening, per una tempestiva gestione dei soggetti positivi e per il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura. Ad oggi, l'efficacia è accertata solo per lo screening mammografico e per quello citologico della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza sta emergendo per lo screening dei tumori del colon-retto.		15. riduzione dei ricoveri ospedalieri dei pazienti oncologici terminali conseguita attivando l'assistenza oncologica domiciliare in ciascun ambito distrettuale delle aziende sanitarie e gli hospice già previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
Terapie Gli studi di sopravvivenza su base di popolazione mostrano che spesso la diffusione e le possibilità di accesso alle terapie ottimali non sono le stesse per tutti i pazienti e variano, anche in modo sostanziale, sul territorio nazionale. È nota l'insufficiente presenza e la diseguale distribuzione territoriale di strutture per la radioterapia nel Sud ed in alcune aree del Centro Italia.		
Cure palliative L'aumentata incidenza e la miglior sopravvivenza delle malattie tumorali hanno, come inevitabile conseguenza, il progressivo e importante aumento di pazienti che entrano in fase terminale e che necessitano quindi di adeguata e completa assistenza palliativa. Si calcola che vi siano ogni anno in Italia circa 144.000 nuovi pazienti affetti da tumore in fase terminale, con una prevalenza di circa 35.000 casi.		

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.2 TUMORI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Si rimanda all'apposito capitolo (Malati terminali – obiettivi assistenziali del presente PSR) per la definizione del problema. Si sottolinea però la elevatissima incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno 2/3 dei pazienti neoplastici affronta una fase terminale della durata media di circa 90 giorni) e la necessità quindi di sviluppare le attività di assistenza ai pazienti neoplastici nei programmi di cure palliative e terapia del dolore. Sono quindi necessari ed urgenti programmi per lo sviluppo della cultura e della formazione in medicina palliativa e terapia del dolore tra gli operatori sanitari.		
Sorveglianza Le statistiche disponibili indicano che il maggior potenziale guadagno nella lotta contro i tumori può essere ottenuto nelle regioni del Mezzogiorno, dove la sopravvivenza è più bassa. La scarsa diffusione dei registri tumori in tali regioni rende però difficile la corretta formulazione degli obiettivi e la valutazione di eventuali interventi.		
È quindi prioritario il consolidamento delle attività di almeno un registro tumori nella nostra regione. La rilevazione dello stadio alla diagnosi e dei trattamenti effettuati deve essere inoltre attivata, almeno su base campionaria, dal registro tumori regionale, allo scopo di valutare la congruenza dei trattamenti alle linee guida e gli effetti degli investimenti. Il registro tumori della regione deve essere messo in grado di fornire tali informazioni, affinché siano efficaci, con la necessaria tempestività.		
Informazione Devono essere promossi specifici programmi di informazione per i malati di cancro e le loro famiglie. Le informazioni devono riguardare la diagnosi, le opzioni terapeutiche, gli effetti collaterali della malattia e della terapia, le prospettive di guarigione e i centri di cura specializzati. Le informazioni dovranno essere chiare, complete, comprensibili e disponibili in ogni fase del trattamento, dalla diagnosi in poi.		

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.3.1 MALATTIE INFETTIVE E AIDS		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
L'attesa sconfitta di gran parte delle malattie infettive, è stata raggiunta grazie agli antibiotici ad ampio spettro ed ai vaccini ed inoltre grazie anche al miglioramento delle condizioni socio economiche di vita; ma ciò nonostante le malattie infettive incombono e sempre più gli agenti microbici mostrano la loro straordinaria capacità di adattamento ecologico.	1. adeguamento alle esigenze informative del Network Europeo, inclusa la messa a punto di procedure rapide d'allerta per le emergenze infettive;	1. migliorare, a livello regionale, tempestività, sensibilità e specificità dei sistemi di sorveglianza, ricorrendo anche alla conferma di laboratorio dei casi (in particolare per il morbillo per cui è previsto un obiettivo di eliminazione);
La moderna tecnologia sanitaria ha favorito la sopravvivenza di soggetti deboli, quindi più suscettibili all'aggressione infettiva, ma ha permesso anche la selezione di specie microbiche resistenti ai farmaci e popolazioni di agenti dimoranti nelle strutture sanitarie.	2. messa a punto di procedure e comportamenti successivi, per un sistema d'allarme epidemico rapido;	2. implementare, a livello regionale, i sistemi di sorveglianza mirati per la rosolia congenita, anche ricorrendo a sistemi di rilevazione delle infezioni acquisite in gravidanza;
Inoltre la globalizzazione incalzante rende attuali rischi infettivi che erano rimasti confinati ad aree geografiche remote e ben definite. Infine la stessa organizzazione sociale costruisce rischi nuovi proprio per la sua massificazione: la sicurezza di ciò che mangiamo, di quello che beviamo, l'aggregazione umana delle città, pongono in continuazione nuovi compiti, cui, non infrequentemente, la ricerca non offre con tempestività risposte adeguate.	3. miglioramento dell'accertamento eziologico delle malattie batteriche invasive;	3. dotarsi, in previsione di un'eventuale pandemia influenzale, di piani pandemici regionali;
È in questo contesto che l'Unione Europea ha sviluppato, negli ultimi anni, una normativa dedicata ai sistemi di sorveglianza e di allarme per il controllo delle malattie infettive. La storia moderna ci dimostra, tuttavia, come sia possibile conseguire importanti successi contro le infezioni, tanto che questo settore è quello ove la prevenzione appalesa i suoi frutti in tempo breve ed in grandi quantità.	4. miglioramento delle capacità di accertamento eziologico delle malattie infettive, incluse quelle tropicali;	4. migliorare la rilevazione degli eventi associabili a vaccinazione;
Il nostro Paese ancora convive con una patologia infettiva già controllata dal resto d'Europa, con la patologia infettiva moderna, con il suo corredo di iatrogenesi e di farmacoresistenza. La centralità geografica dell'Italia, ed in modo particolare la posizione delle regioni meridionali, nonché i frequenti spostamenti e viaggi dei cittadini certamente rendono molto attuale il problema della migrazione di malattie infettive.	5. miglioramento dell'accertamento eziologico e delle modalità di trasmissione di focolai epidemici, inclusi quelli di verosimile natura alimentare;	5. misurare l'impatto dei programmi di vaccinazione in termini di riduzione di frequenza delle malattie prevenibili o delle loro conseguenze;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.3.1 MALATTIE INFETTIVE E AIDS			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Se da un lato, dobbiamo ancora soddisfare gli obiettivi OMS per il controllo di malattie prevenibili da vaccinazione (morbillo, rosolia, pertosse, parotite, influenza), dall'altro bisogna rinforzare la sorveglianza epidemiologica sia verso la circolazione interna di agenti patogeni (infezioni ospedaliere, tossinfezioni alimentari, agenti farmacoresistenti) sia verso l'importazione di agenti infrequenti nel nostro territorio (TBC, malaria ed altre patologie tropicali).	6. razionalizzazione e monitoraggio, per quanto riguarda l'uso degli antibiotici nella popolazione;		6. effettuare una sistematica indagine epidemiologica sui focolai infettivi;
	7. verifica della messa in opera e dell'impatto delle procedure di controllo delle infezioni ospedaliere, a livello regionale e locale;		7. ridurre l'incidenza delle tossinfezioni alimentari;
	8. Per quanto riguarda le malattie prevenibili da vaccino, gli obiettivi del Psn 1998-2000 rimangono integralmente validi per il triennio 2003-2005, anche perché non tutti gli obiettivi sono stati raggiunti. Alla fine del 1999 è stato approvato il Piano Nazionale Vaccini (PNV) che rende omogenea sul territorio nazionale l'offerta attiva di prevenzione vaccinale; elemento fondamentale è il 1° calendario vaccinale italiano che, superando la differenza ormai desueta tra vaccinazione obbligatoria e facoltativa, offre un indirizzo operativo equo ed omogeneo. Nel marzo 1999 l'Italia ha presentato all'OMS la propria certificazione di assenza del virus Polio in conformità con il piano mondiale di eliminazione.		8. monitorare, a cadenza almeno semestrale, l'andamento delle coperture vaccinali routinarie a 12 e 24 mesi di età e la copertura vaccinale annuale anti-influenzale negli ultra 64 anni;
	9. Posto che gli obiettivi di salute e quelli operativi di copertura vaccinale restano immutati rispetto a quelli indicati nel Psn vigente, a cui si rimanda, occorre focalizzare l'attenzione sul miglioramento della qualità di vita nella sicurezza anti-infettiva.		9. promuovere la gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali, dei dati di sorveglianza delle malattie infettive e degli eventi avversi a vaccino, informati tra loro compatibili;
	10. Rinforzare l'attività di prevenzione contro il morbillo, elemento target di un nuovo piano di eliminazione OMS; entro il 2003, oltre all'offerta primaria di vaccinazione antimorbillo, dovranno essere attivate strategie supplementari ed appropriate attività di sorveglianza che includano la diagnosi di laboratorio, per giungere ad eliminare il morbillo autoctono entro il 2007;		10. garantire la qualità dei servizi vaccinali e monitorare il livello di soddisfazione degli utenti;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.3.1 MALATTIE INFETTIVE E AIDS			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
	11. ridurre l'incidenza della rosolia congenita al di sotto di 0,01 casi/1.000 nati vivi per anno;		11. consolidare i sistemi di sorveglianza routinari delle malattie infettive;
	12. rinforzare l'offerta attiva vaccinale per l'influenza agli anziani ed alle persone a rischio, considerando anche la possibilità della prevenzione vaccinale delle infezioni invasive da pneumococco;		12. aggiornare le linee di indirizzo per quanto riguarda screening tubercolinici, terapia preventiva, prevenzione vaccinale della malattia tubercolare; intensificare il monitoraggio dell'incidenza, delle recidive e dell'efficacia del trattamento della malattia tubercolare; allargare la rete dei centri che eseguono il controllo del risultato della malattia tubercolare;
	13. adozioni graduali di vaccinazione contro le infezioni invasive da pneumococco nel bambino e contro la varicella;		13. potenziare i sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali;
	14. eliminazione di qualsiasi rischio di poliomielite post vaccinale adottando soltanto la vaccinazione con IPV;		14. effettuare interventi di educazione sanitaria e di informazione rivolti alla popolazione generale, per promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai comportamenti e agli stili di vita appropriati per la prevenzione delle infezioni trasmesse per via parenterale e sessuale;
	15. implementare il sistema di sorveglianza degli effetti collaterali e delle reazioni avverse alle vaccinazioni.		15. effettuare interventi di educazione sanitaria e di informazione rivolti alla popolazione generale per promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai comportamenti e agli stili di vita più appropriati per la prevenzione delle infezioni trasmesse per mezzo degli alimenti.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.3.2 A.I.D.S.**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
In Italia, il numero cumulativo di casi di AIDS segnalati dall'inizio dell'epidemia ha superato quota 47.000 (per la precisione 47.229 casi, che salgono a 47.444 se si aggiusta per il ritardo della notifica). Come in altri paesi industrializzati, a partire da metà del 1996 si è osservato un decremento nel numero di nuovi casi di AIDS.	1. riduzione dell'incidenza delle infezioni da HIV;	1. continuare gli interventi di prevenzione e/o informazione, nella loro più ampia articolazione (informazione, educazione alla salute, formazione, aggiornamento professionale). In particolare, si prevede di continuare le iniziative informativo-educative già avviate e di richiamare l'attenzione non solo della popolazione generale e dei gruppi di popolazione a rischio noto;
L'apparente declino non deve trarre in inganno, essendo dovuto in massima parte all'effetto delle terapie anti-retrovirali combinate, che hanno determinato un allungamento del tempo di incubazione. L'effetto di popolazione dei nuovi trattamenti, sino ad ora, è stimabile in un allungamento di almeno 5 anni del tempo di incubazione e della sopravvivenza totale.	2. miglioramento della qualità della vita delle persone infette da HIV.	2. adeguare le strutture di ricovero, sulla base dei dati epidemiologici attualmente disponibili, potenziando le attività di day-hospital, ambulatoriali e domiciliari, ferma restando l'esigenza di adeguare la rete di strutture di ricovero di malattie infettive, anche in relazione alla diffusione delle altre malattie infettive;
Si stima che durante lo scorso anno si siano verificati circa 2.000 nuovi casi (poco meno della metà di quelli notificati nel 1995, l'anno del picco della curva dei casi di AIDS) e 800 decessi. La sopravvivenza dopo la diagnosi di AIDS è aumentata, e si stima che siano circa 14.000 le persone affette da AIDS attualmente viventi.		3. favorire le attività del volontariato, la tutela dei diritti delle persone con infezione da HIV, il superamento dei problemi connessi alla diffusione dell'infezione da HIV nelle carceri, la cura degli aspetti psicologici e psichiatrici dell'infezione da HIV/AIDS.
Le variazioni geografiche rimangono le stesse riscontrate sin dalla prima fase dell'epidemia, con incidenze più elevate al nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) ed in alcune aree del centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del sud della penisola.		
Il rapporto fra casi di AIDS cumulativi e persone infettate è di circa 1:3, per cui si stima che il numero cumulativo di sieropositivi sia superiore a 130.000. Di questi, circa 100.000 (ivi inclusi i circa 14.000 affetti da AIDS) sono attualmente viventi. Questi dati dimostrano che il serbatoio di infezione è tuttora ampio; anzi, l'allungamento della sopravvivenza delle persone infette può determinare un leggero aumento della prevalenza di infezione.		

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.3.2 A.I.D.S.**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, suggeriscono che l'incidenza di nuove infezioni si è stabilizzata negli ultimi 3 anni e, a differenza di quanto accadeva tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, non tende più alla diminuzione. Questa osservazione ribadisce l'importanza di non trarre conclusioni affrettate in base alla diminuita incidenza di AIDS conclamato e ribadisce la necessità di monitorare l'andamento delle nuove infezioni.		
Si stanno modificando le caratteristiche delle persone colpite. Innanzitutto, si osserva una diminuzione delle diagnosi di infezione nei tossicodipendenti, che può derivare sia da una diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa che da una diminuita circolazione virale conseguente al cambio dei comportamenti associati all'uso di droga. Non diminuiscono invece le infezioni trasmesse per via sessuale. A ciò consegue un aumento dell'età media alla diagnosi di infezione.		
Un problema particolare è quello dell'AIDS in carcere: dei 50.000 detenuti in Italia (di cui 47.000 uomini e 3.000 donne), distribuiti in 200 istituti di pena, 2.500 sono sieropositivi e 15.000 sono tossicodipendenti, quindi ad alto rischio di contrarre questa malattia. In base alla nuova disciplina (Legge n. 231/1999) riguardante le situazioni di incompatibilità tra la condizione di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria e il regime carcerario, si ritiene che, in primo luogo, debbano essere garantiti ai detenuti con infezione da HIV, ritenuti compatibili con lo stato di detenzione, gli interventi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione stabiliti dal Servizio sanitario nazionale, garantendo loro facilità di accesso ai nuovi farmaci antivirali. Sempre in base alla citata legge, i pazienti in carcere con la malattia già in fase acuta, devono essere ricoverati nelle unità operative di malattie infettive accreditate dopo aver ottenuto dalle autorità competenti adeguati dispositivi di piantonamento.		

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.4.1 INFORTUNI LAVORATIVI			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
Il fenomeno infortunistico mostra, in Italia, un costante quadro di gravità sia in termini di numero di eventi che di effetti conseguenti. Gli infortuni avvenuti e denunciati nel 1999 superano di poco il milione, di cui 1.309 mortali, con un incremento dell'1.2% rispetto al 1998. L'incremento più significativo riguarda i settori dell'industria e dei servizi.		Obiettivo generale del PRS 2003-2005 è la riduzione della frequenza degli infortuni sul lavoro, in particolare in quei settori che sono contrassegnati da un maggior numero di eventi e da una maggiore gravità degli effetti.	1. costruire un sistema regionale di sorveglianza sugli infortuni sul lavoro finalizzato allo studio ed alla conoscenza delle cause;
Uno degli aspetti più critici nell'analisi dell'infortunio risiede nell'esatta valutazione dei fattori che hanno contribuito a determinare l'evento. Non si dispone di informazioni che indichino il ruolo dei diversi fattori che hanno concorso al determinarsi dell'evento e, attualmente, non esiste un sistema di sorveglianza nazionale o regionale in grado di esplicitare le cause degli infortuni sul lavoro.			2. migliorare la qualità e gli aspetti di sicurezza delle attrezzature utilizzate, attraverso l'adozione di Sistemi di Qualità;
			3. rafforzare le attività di prevenzione e vigilanza dei processi e delle procedure di lavoro;
			4. promuovere iniziative per l'informazione e la formazione dei soggetti coinvolti nel processo e del personale addetto alle azioni di vigilanza;
			5. migliorare i processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione.



**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.4.2 PATOLOGIE DA LAVORO**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro è in atto in tutti i settori lavorativi a causa dell'impiego di nuove tecnologie e del conseguente cambiamento dei modelli di produzione. Inoltre la competitività del mercato ha determinato l'introduzione di nuovi modelli organizzativi ed operativi.	È obiettivo del presente Piano la diminuzione del numero delle malattie professionali e delle patologie correlate al lavoro.	1. applicare pienamente la normativa di prevenzione e sicurezza;
Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando l'introduzione di nuovi rischi e inducendo una progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio. Conseguentemente l'attuale quadro della patologia professionale vede la coesistenza di classiche malattie professionali specifiche, che riconoscono una causa lavorativa ben determinata e di malattie a genesi multifattoriale, che costituiscono causa di morbidità o mortalità anche nella popolazione generale.		2. costruire una rete regionale di sorveglianza epidemiologica occupazionale e definire i flussi informativi;
Secondo i dati INAIL, le malattie professionali maggiormente indennizzate sono, in ordine decrescente, nell'industria le ipoacusie da rumore, le malattie cutanee, le pneumoconiosi; in agricoltura l'asma bronchiale e le alveoliti allergiche.		3. informare e formare i lavoratori;
Tuttavia, accanto a queste patologie tradizionali, si stanno diffondendo tra i lavoratori alcune nuove patologie definite come "nuove epidemie" e identificabili con: patologie dell'arto superiore da sovraccarico meccanico; patologie da fattori psico-sociali associate a stress (burn-out, mobbing, alterazioni delle difese immunitarie e patologie cardiovascolari); patologie da sensibilizzazione; patologie da agenti biologici; patologie da composti chimici (effetti cancerogeni e sul sistema riproduttivo); patologie da agenti fisici (campi elettromagnetici).		4. formare gli addetti alla vigilanza e al controllo;

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.4.2 PATOLOGIE DA LAVORO**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Inoltre la mutata organizzazione del lavoro (telelavoro), la comparsa di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale) e le diverse caratteristiche della forza lavoro (invecchiamento della popolazione lavorativa, presenza di lavoratori extracomunitari non regolarmente assunti) costituiscono nuovi fattori di rischio.		5. rafforzare le attività di prevenzione e vigilanza;
		6. sviluppare indagini sulle patologie correlate al lavoro;
		7. sviluppare processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.4.3 TUMORI OCCUPAZIONALI			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
In Italia ogni anno si verificano oltre 250.000 casi di tumore maligno. Una stima, ritenuta da molti studiosi conservativa, riconosce che una quota del 4% di tutti i tumori sia di origine professionale e quindi più di 10.000 casi l'anno sarebbero da attribuire alle esposizioni a cancerogeni in ambiente di lavoro.		Obiettivi principali del PRS sono il miglioramento del riconoscimento dei tumori di origine professionale e l'individuazione di misure di tutela e di prevenzione degli esposti.	1. la creazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno relativo alla cancerogenesi professionale basato sull'appaiamento dei dati provenienti dai sistemi informativi territoriali di rilevazione della patologia e dai sistemi informativi degli Enti previdenziali e amministrativi;
Attualmente solo per poche centinaia di casi l'anno vengono attivate procedure di riconoscimento dell'etiologia professionale e di bonifica dell'ambiente di lavoro.			2. la piena applicazione della normativa specifica di settore, con particolare attenzione allo sviluppo e all'implementazione di soluzioni tecniche per la sostituzione e l'eliminazione delle sostanze cancerogene e la sperimentazione di tecnologie alternative;
Uno dei punti critici nell'individuazione dei tumori di origine lavorativa risiede nella mancata attivazione di sistemi informativi.			3. l'informazione e la formazione dei lavoratori esposti a rischio;
			4. la piena realizzazione degli archivi degli esposti al rischio, così come previsto dalla normativa vigente;
			5. la sensibilizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale al riconoscimento di tumori di origine lavorativa.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.4.3 INCIDENTI STRADALI			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Le statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1996 riferiscono i seguenti tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per incidenti stradali: Tutte le età: uomini 20.8 - donne 6.2; 15-24 anni: uomini 35.9 - donne 8.5. Con un quadro che comporta circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di Pronto Soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti, gli incidenti stradali sono certamente un'emergenza sanitaria che va affrontata in modo radicale.	1. la riduzione almeno del 20% della mortalità derivante dagli incidenti stradali, in particolare nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni (detta mortalità è praticamente ancora ferma ai valori degli anni '70);		1. mantenere ai livelli attuali (superiori al 90%) l'utilizzo del casco da parte degli utenti dei veicoli motorizzati a due ruote;
D'altra parte, rispetto al Psn 1998-2000 qualche passo in avanti lo si è fatto, sia in termini di azioni di prevenzione sia in termini normativi: l'estensione dell'obbligo d'uso del casco anche ai maggiorenni in ciclomotore e l'impegno delle diverse amministrazioni nel far sì che la legge fosse rispettata, hanno contribuito a determinare un crollo del verificarsi del trauma cranico in questa categoria di utenti (mediamente - 66.0%, che proiettato all'anno comporta una riduzione di 170 morti, 350 invalidi gravi, 8500 ricoverati, con un beneficio sociosanitario di circa 500 miliardi). L'attenzione del Governo a questo problema ha portato all'emanazione di indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale che fornisce indicazioni preziose per muoversi ed operare su un problema fortemente trasversale.	2. la riduzione almeno del 20% dei ricoveri per incidente stradale e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero;		2. elevare quanto più possibile l'uso delle cinture di sicurezza;
Il fenomeno, tuttavia, costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).	3. la riduzione almeno del 10% delle menomazioni gravi permanenti conseguenti a incidenti stradali.		3. contrastare la guida in stato di ebbrezza e sotto l'influsso di sostanze psicotrope;
			4. contrastare gli stili di guida aggressivi, in particolare per quel che riguarda la velocità elevata.
			5. Per altre azioni importanti, che vanno dall'istituzione di sistemi di sorveglianza allo studio dei fattori di rischio, dalla prevenzione alla valutazione, si rimanda decreto interministeriale relativo al Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.4.4 INCIDENTI DOMESTICI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Il fenomeno degli infortuni domestici mostra un andamento in continua crescita con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno. Le categorie di soggetti a maggior rischio sono quelle appartenenti alle classi di età comprese tra i 45 ed i 64 anni di età ed i 25 ed i 44 anni di età.	Costituisce obiettivo del Piano la riduzione del numero degli infortuni domestici. In particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio, gli anziani di età superiore ai 65 anni.	1. incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature;
La causa prevalente d'infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (37,4% degli eventi) e la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente, seguita dall'ustione. Le conseguenze più gravi sono rappresentate dalle fratture. Le statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1996 forniscono i seguenti tassi di mortalità per incidenti non stradali per 100.000 abitanti: Tutte le età: uomini 23.0 - donne 26.7 ; Età 0-5 anni: uomini 4.2 - donne: 3.2 Età 65 anni e più: uomini 99.9 - donne 124.6. Si stima che circa la metà di questi incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze (incidenti domestici).		2. predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
Gli incidenti domestici rappresentano dunque un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili. L'ampiezza del fenomeno degli infortuni in ambiente domestico deve peraltro rendere consapevole la collettività che le mura domestiche rappresentano un ambito di sicurezza solo se sono rispettate condizioni di corretto utilizzo degli spazi e degli oggetti.		3. sviluppare campagne d'informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio;
Su questo problema è stato fatto un decisivo passo in avanti con l'approvazione della legge 3 dicembre 1999, n. 493, relativa alle "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". Questa legge, infatti, riconosce non solo il carattere "lavorativo" dell'attività che prevalentemente la donna svolge in casa, ma istituisce il "Sistema di sorveglianza nazionale sugli infortuni negli ambienti di civile abitazione", che permetterà sia di conoscere più in dettaglio il fenomeno, sia di valutare correttamente l'efficacia delle azioni di prevenzione promosse.		4. costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.
Particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto quelli istituzionalizzati.		

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.5 DIABETE E MALATTIE METABOLICHE			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
Le malattie metaboliche rappresentano una causa primaria di morbidità e mortalità nel nostro Paese. In particolare il diabete costituisce la principale causa di cecità, insufficienza renale cronica, cardiopatia ischemica e amputazioni degli arti inferiori. L'incidenza del diabete di tipo 2 è in aumento in tutto il mondo occidentale, così come si va riducendo sempre più l'età della diagnosi della malattia. Anche l'incidenza del diabete di tipo 1 è in aumento in alcune zone.		1. il contrasto della malattia, attraverso programmi di prevenzione e di ricerca dei meccanismi patogenetici che ne sono alla base;	1. favorire l'accesso ai servizi diagnostici degli individui a rischio per anamnesi familiare;
Il diabete è tuttavia solo un aspetto, anche se spesso il più grave, della cosiddetta "sindrome metabolica", cui vanno riferite anche l'obesità, le dislipidemie e l'ipertensione arteriosa: in altre parole i principali fattori di rischio responsabili dell'aterosclerosi e delle patologie cardiovascolari ad essa secondarie, problema sanitario di primaria importanza e gravità anche nel nostro Paese. L'indagine multiscopo ISTAT stima che almeno due milioni di italiani dichiarano di soffrire di diabete, con notevoli differenze geografiche di prevalenza autopercepita.		2. il contrasto delle complicanze della malattia, attraverso interventi atti a ridurre i fattori di rischio ad essa legati responsabili del danno d'organo, a identificare i soggetti a rischio, per meglio orientare tali interventi e a comprenderne la genesi in modo tale da poter adeguatamente affrontare la patologia sul piano terapeutico;	2. incrementare l'arruolamento dei diabetici in appropriati programmi di trattamento e di prevenzione delle complicanze;
		3. il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria ed interventi mirati ad alleviare l'impatto di queste condizioni morbose nell'esercizio delle normali attività quotidiane.	3. migliorare le prestazioni attraverso apposite linee guida per gli operatori sanitari;
			4. implementare programmi di informazione dei pazienti coinvolgendo il volontariato sociale.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.6 NEFROPATIE CRONICHE		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Si tratta di una patologia che si presenta con sempre maggiore frequenza nella nostra regione, anche in rapporto alle caratteristiche demografiche (invecchiamento della popolazione). Gran parte delle malattie renali ha la caratteristica della progressione verso l'insufficienza renale terminale, con necessità di terapia sostitutiva della funzione renale. Ne derivano costi elevatissimi, di salute ed economici.	Con il presente Piano si intende confermare l'azione programmata di cui al PSR 1995/1997 nei suoi riferimenti e contenuti strutturali e organizzativi, con le precisazioni ed aggiornamenti di seguito indicati.	adozione di linee guida per il riconoscimento e la prevenzione delle nefropatie progressive e per il rallentamento dell'evoluzione dell'insufficienza renale cronica;
Nel passato triennio sono state attuate importanti iniziative per migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini con nefropatia cronica, attraverso la realizzazione dell'Azione programmata "Assistenza ai nefropatici cronici", che ha consentito di definire le linee organizzative del percorso assistenziale, di disciplinare l'erogazione del servizio di trasporto ai soggetti dializzati e la fornitura di prodotti dietetici e medicinali.	Gli obiettivi del prossimo triennio di vigenza del presente PSR sono:	Realizzazione del Registro dell'Insufficienza Renale Cronica;
Più in generale, i provvedimenti adottati hanno consentito un miglioramento della qualità della vita dei nefropatici cronici.	le Aziende del SSR sono impegnate a rendere operativo il percorso assistenziale per il paziente nefropatico cronico sui diversi livelli assistenziali della prevenzione delle nefropatie (primaria, secondaria e terziaria), della terapia conservativa e della terapia sostitutiva, con attenzione all'assetto organizzativo in senso dipartimentale.	programmazione delle necessità dialitiche sulla base dei dati 2000-2002 e di strategie territoriali di allocazione dei pazienti;
Tuttavia permane ancora la necessità di ulteriori interventi ed azioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura dei soggetti nefropatici cronici.	Incremento della sopravvivenza dei soggetti affetti.	ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili per la dialisi;
	la Giunta regionale provvede a definire indicatori che consentano di verificare, nel quadro delle responsabilità definite dal percorso assistenziale, la congruità dell'organizzazione dei servizi ai risultati attesi;	adeguamento del personale e delle risorse per il potenziamento della dialisi domiciliare.
	la Giunta regionale e le Aziende del SSR individuano strumenti di comunicazione verso i cittadini sulla rete di assistenza garantita, al fine di migliorare l'appropriatezza della domanda e il grado di consapevolezza della rilevanza degli stili di vita orientati alla salute;	

OBIETTIVO DI SALUTE N. 3 - PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIA - 3.6 ALTRE PATOLOGIE DI RILIEVO SOCIALE			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Oltre alle aree di intervento già indicate nei paragrafi precedenti altre condizioni morbose rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilevanza sociale.			1. attivazione e/o potenziamento dei Centri di riferimento specifici esistenti con particolare all'implementazione delle attività relative a:
Per alcune condizioni morbose sono già disponibili, o in via di definizione, provvedimenti normativi e documenti di indirizzo di carattere generale volti a precisare, per ciascun ambito, gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da privilegiare e le indicazioni di ordine organizzativo.			1. celiachia: anche con estensione della rete regionale di cui alla L.R. 2 maggio 2001 all'unità operativa esistente presso il presidio ospedaliero di Lamezia Terme.
Ci si riferisce in particolare alle patologie che il PSN vigente individua di rilevanza sociale e che potranno essere oggetto di progetti specifici o di altre azioni nell'ambito di vigenza del presente piano, sono: malattie reumatiche croniche; malattie allergiche in età pediatrica; malattie dell'apparato respiratorio con particolare riguardo all'asma ed alla bronchite cronica; disturbi del comportamento alimentare; anoressia e bulimia; epatopatie di origine virale; fibrosi cistica, errori del metabolismo congenito/acquisito e malattia celiachia; demenze, sclerosi multipla, neuropatie croniche, Morbo di Parkinson, epilessia.			2. anoressia e bulimia: anche con le previsioni di specifici sostegno ad attività e/o istituti specificamente dedicati.
Altre condizioni morbose rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilevanza sociale nella nostra regione, vuoi per peculiarità di diffusione ovvero per l'impatto che hanno nella spesa farmaceutica e nell'erogazione dei servizi. Particolare aspetto in tal senso, facendo anche riferimento ai dati rilevati dall'indagine Multiscopo ISTAT, assumono: le cefalee, le artropatie croniche.			3. sclerosi multipla: anche con il sostegno alle specifiche attività di volontariato e di sostegno ai pazienti ed alle famiglie. Trova particolare interesse per la Regione Calabria la specifica attività del Centro di riabilitazione per la sclerosi multipla di Bova (RC), anche in virtù della particolare valenza per il sostegno integrato dei pazienti e delle loro famiglie.
Nel quadro delle patologie di rilevanza sociale, va inoltre considerata con particolare attenzione la fascia di popolazione dei portatori di handicaps, cui si riferiscono specifiche disposizioni (Legge 5 febbraio 1992, n. 104; Legge 27 ottobre 1993, n. 423) alle quali si rimanda.			



OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - GENERALITA'		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
I soggetti che non dispongono di adeguate abilità sociali sono spesso portatori di bisogni complessi e plurifattoriali, richiedono al sistema sanitario risposte ai loro problemi ed azioni unitarie tali da risolverli.	Obiettivo fondamentale è introdurre nel sistema sanitario regionale condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi alle diverse categorie di popolazione in condizione di bisogno. In particolare, va evitato il rischio di assecondare aree privilegiate di bisogno e di utenza, quando non giustificato da necessità assistenziali e da priorità etiche, evitando vantaggi competitivi per chi sa meglio rappresentare i propri bisogni.	L'integrazione tra distretto, dipartimenti ed altri servizi o enti coinvolti è la condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, per formulare risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno.
Sono soggetti deboli tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità. Sono ad alto rischio i disabili con un reddito al di sotto della soglia di povertà che necessitano di un intervento programmato, continuativo ed integrato. Particolare attenzione va anche riservata all'anziano disabile e alle persone nella fase terminale della vita.	A tal fine va incrementato l'utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno e va incentivato l'orientamento a formulare diagnosi globali, evitando di settorializzare gli interventi.	A questo scopo la personalizzazione degli interventi deve tenere conto del livello di non autosufficienza e della non disponibilità di risorse (economiche, personali, familiari, comunitarie o di altra natura).
	Gli standard di struttura vanno correlati a standard di processo idonei a garantire qualità di assistenza ed esigibilità dei diritti dei soggetti svantaggiati.	Attraverso l'utilizzo di protocolli operativi e d'intesa va perseguita una sistematica riduzione degli sprechi di risorse derivanti dalle cronicità evitabili, adottando soluzioni che rispondano a criteri di efficacia, economicità e umanizzazione. Anche per questo, i ricoveri nelle strutture ospedaliere e residenziali pubbliche e private sono giustificabili solo quando non siano praticabili altre forme di intervento di natura ambulatoriale, intermedia e domiciliare.
	Per una maggiore tutela dei soggetti deboli, le strutture organizzative aziendali più direttamente interessate (distretti, dipartimenti misti: geriatrico, salute mentale, delle dipendenze e materno infantile) dovranno evidenziare le condizioni di grave emarginazione presenti nel territorio ed elaborare progetti finalizzati a contrastare le disuguaglianze di accesso ai servizi.	Sono considerati alcuni particolari gruppi di soggetti deboli nei cui confronti occorre personalizzare e riqualificare gli: i tossicodipendenti; i malati mentali; i bambini, gli adolescenti e le donne; i disabili; gli anziani che presentano specifiche esigenze di tutela; i malati terminali.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - GENERALITA'			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
			Per quanto riguarda la salute dei soggetti di cui agli specifici Progetti Obiettivo nazionali e regionali, si rimanda alle Linee Guida nazionali esistenti ed a documenti di approfondimento, si rinvia a quanto contenuto nei singoli documenti e sinteticamente richiamati nei paragrafi successivi.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.1 TOSSICODIPENDENTI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Le problematiche correlate ai consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope di vario genere interessano fasce consistenti di popolazione e sono caratterizzate da una continua evoluzione rispetto all'entità e varietà dei prodotti utilizzati, che determina un mutare dei fenomeni di uso, abuso e dipendenza.	1. Riqualficazione e diversificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine una modalità di lavoro per progetti secondo criteri di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse;	1. Sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
Le variazioni più significative emerse in questi anni sono correlate ai seguenti aspetti: la maggiore disponibilità sul mercato di alcune sostanze psicotrope; l'aumento del consumo di sostanze ad effetto stimolante; la diminuzione dell'età di esordio del consumo; l'innalzamento dell'età media dei tossicodipendenti da eroina in carico ai servizi; l'aumento di utenti extracomunitari; il nuovo emergere delle problematiche alcolcorrelate; il riconoscimento della natura di dipendenza del tabagismo e l'accresciuta consapevolezza della sua centralità in termini di salute; la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlate all'uso di sostanze.	2. Potenziamento dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari e del raccordo tra Comuni e Aziende Sanitarie, anche attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo nazionale per politiche sociali. Le azioni progettuali nelle dipendenze, da svilupparsi da parte delle Aziende, degli Enti locali e del privato sociale, dovranno essere definite con lo strumento dei Piani Territoriali.;	2. Completa realizzazione della rete informativa dei servizi pubblici, del privato sociale e dei Centri di documentazione sulle dipendenze, per poter porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica in collaborazione con il competente servizio del dipartimento sanità della regione per orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale;
Ne deriva la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti.	3. Consolidamento del rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, nel rispetto delle rispettive funzioni e competenze.	3. Consolidamento nelle Aziende dei servizi per le dipendenze attraverso: l'apposito Dipartimento a livello aziendale, come strumento propositivo e di raccordo delle esperienze territoriali a supporto delle scelte strategiche delle Aziende per l'azione di contrasto alle dipendenze; il miglioramento e la effettiva funzionalità delle Unità Operative Sert per assicurare lo svolgimento delle attività di competenza dei servizi in ogni Distretto, con la relativa definizione e valorizzazione dei programmi assistenziali.
	4. Sviluppo di interventi di prevenzione sugli stili di vita e di promozione della salute mirati per l'età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni che quotidianamente operano per i giovani;	4. Sviluppo di azioni specifiche per il tabagismo: occorre intervenire, soprattutto nella fascia di popolazione giovanile, nell'ambito degli iniziative previste dall'obiettivo di salute II del presente piano;

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.1 TOSSICODIPENDENTI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
	<p>5. Ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali tra Aziende e soggetti privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5.8.1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.</p>	<p>5. Sviluppo di azioni specifiche per l'Alcool: in tale ambito occorre riqualificare e riorganizzare la rete dei servizi, sia sul territorio, sia in relazione alle funzioni dei Centri di Alcologia da inserire nell'ambito dei dipartimenti delle dipendenze, per assicurare un'azione adeguata anche con riferimento alle nuove normative nazionali, sviluppando gli interventi di tipo assistenziale e le attività di ricerca, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorre inoltre: promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza nella popolazione al fine di prevenire i danni causati dall'eccessivo consumo di alcool; intervenire per ridurre i rischi alcol correlati in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti; favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo sui problemi alcol correlati, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali, i gruppi di volontariato e dell'auto aiuto;</p>
		<p>6. Sviluppo di azioni specifiche per la situazione carceraria: in tale ambito occorre favorire e promuovere progetti riabilitativi volti al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossicodipendenti nonché sviluppare il processo di qualificazione dei servizi per assicurare in ambito penitenziario livelli di assistenza analoghi a quelli garantiti ai tossicodipendenti e agli alcol dipendenti, che vivono in stato di libertà, secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale in materia;</p>
		<p>7. Sviluppo di azioni specifiche per le situazioni di marginalità sociale: vanno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi o che comunque non si sono mai presentati ai servizi, al fine di intervenire sul cosiddetto "sommerso";</p>

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.1  
TOSSICODIPENDENTI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
		8. Sviluppo di azioni specifiche per la tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia: gli impegni sono rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a sviluppare l'epidemiologia sulle condizioni di maternità e genitorialità in situazione di tossicodipendenza per consentire un orientamento ai servizi, ad avviare un sistema di monitoraggio delle situazioni problematiche a rischio per la salute dei minori; a promuovere la sperimentazione di un modello operativo di rete di facile accessibilità volto alla tutela della salute del minore e della famiglia in grado di intervenire in modo coordinato sin dal momento in cui si manifesta la gravidanza.
		9. Dare attuazione all'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 con emanazione di apposite disposizioni, in coerenza con le normative regionali, per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso e per l'adeguamento funzionale e strutturale delle Comunità terapeutiche;
		10. Aggiornare le disposizioni inerenti l'assetto organizzativo e funzionale dei servizi per le problematiche di alcoldipendenza e alcolcorrelate alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella L. 30 marzo 2001 n.125.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.2 SALUTE MENTALE			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Il progetto obiettivo nazionale e regionale Salute Mentale di cui al vigente piano sanitario nazionale si è caratterizzato per un miglioramento e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale, in particolare per gli adulti e per la conclusione del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici.	1. assicurare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la finalizzazione sinergica delle risorse in un'azione coordinata e condivisa tra Aziende USL e Comuni, con il contributo di volontariato, auto - aiuto e terzo settore;		1. rafforzare il ruolo e la consapevolezza dei servizi per un'azione forte e responsabile a tutela della salute mentale, mediante la definizione dell'assetto organizzativo secondo i criteri stabiliti dal Progetto obiettivo richiamato, con particolare riferimento alla:
La rete dei servizi è stata orientata ad assicurare assistenza soprattutto ai malati più gravi, a sviluppare interventi di tipo terapeutico - riabilitativo, con particolare attenzione all'area lavoro, ad avviare un rapporto di integrazione con i servizi sociali dei Comuni, a sperimentare e sviluppare una nuova forma organizzativa (Dipartimenti di Salute Mentale) più idonea a garantire la continuità dei percorsi assistenziali e l'apporto integrato delle professionalità, per assicurare interventi a tutela della salute mentale.	2. riproporre un nuovo rapporto con la comunità civile nelle sue componenti fondamentali, mirato a promuovere la crescita della solidarietà e delle azioni di inclusione, anche attraverso l'esperienza di specifiche progettualità (specifiche azioni nei piani sociali di zona, progetti sperimentali di prevenzione primaria, patti territoriali per la salute mentale, affidi etero familiari);		2. conferma del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) quale supporto alla direzione aziendale, modello organizzativo ordinario delle attività e prestazioni a tutela della salute mentale e strumento di governo per un'azione strategica delle Aziende sulla salute mentale;
A fronte di una generalizzata crescita della domanda di interventi per la salute mentale, che evidenzia il diffondersi di situazioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti sia nella popolazione adulta, si rende necessaria un'azione di verifica sulla situazione epidemiologica e una riflessione sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati.	3. potenziare l'azione di sostegno alle famiglie attraverso l'istituzione di servizi di ascolto e di informazione con linee telefoniche dedicate in ogni CSM. E' ancora troppo debole la rete di protezione organizzata attorno alle famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di patologie psichiatriche. Particolarmente nei casi più gravi dovrà essere attivata un'azione specifica per sostenere il carico che la famiglia gestisce, orientandola nel suo ruolo ai fini del percorso terapeutico riabilitativo del paziente ed evitando la compromissione dello stato di salute degli altri componenti della famiglia stessa;		3. lo sviluppo di interventi costanti di riqualificazione professionale degli operatori;

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.2 SALUTE MENTALE**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
<p>Occorre pertanto sostenere il processo di cambiamento avviato e la volontà di consolidare le azioni dirette a promuovere particolarmente: la prevenzione dei disturbi e la cura dei gruppi a rischio in un'ottica di promozione della salute della popolazione; la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone con disturbi mentali, comprese quelle che soffrono in solitudine (i non collaboranti), attraverso interventi nel territorio in collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti, del volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali; il diffondersi di atteggiamenti di maggiore solidarietà verso le persone che soffrono di disturbi mentali e il superamento dei pregiudizi verso questo tipo di disagio. In tal senso si confermano pertanto le strategie complessive per la tutela della salute mentale definite con il Progetto obiettivo salute mentale regionale già adottato</p>	<p>4. affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull'individuo, ma anche attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), sviluppando nuove metodologie di lavoro integrato con le strutture organizzative che operano per l'educazione sanitaria e in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;</p>	<p>4. potenziare, avvalendosi della collaborazione dello specifico settore del dipartimento sanità della regione, la valutazione epidemiologica dei bisogni e della risposta dei servizi, finalizzata ad una revisione della appropriatezza e della dotazione di servizi necessari, nonché delle risorse da destinarsi;</p>
	<p>5. riqualificare il sistema dei servizi di residenzialità, con orientamento a:</p>	<p>5. ridefinire i criteri per la classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale in riferimento ai livelli di intensità assistenziale e alla caratterizzazione sanitaria o socio - sanitaria della struttura, in coerenza con i processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi che operano nelle materie ad elevata integrazione sociosanitaria.</p>
	<p>6. sviluppare l'articolazione in strutture residenziali di differente intensità assistenziale e con varia caratterizzazione dell'intervento per specificità di tipologia degli utenti, anche nell'ambito della definizione e valorizzazione delle attività assistenziali territoriali, di cui al punto 2.2.4., sulla base di principi di appropriatezza dell'offerta rispetto ai bisogni;</p>	<p>6. definire standard di riferimento per i servizi della salute mentale per l'infanzia e adolescenza.</p>
	<p>7. ampliare la gamma delle soluzioni di residenzialità con utilizzo anche di forme abitative protette, case famiglia ecc., in un rapporto di cooperazione con le potenzialità offerte dal privato sociale, come previsto al punto 2.2. del presente Piano;</p>	<p>7. promuovere l'omogeneo raggiungimento su tutto il territorio regionale dei parametri strutturali e di personale previsti dal progetto obiettivo regionale.</p>
	<p>8. garantire ai pazienti percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero del massimo livello di autonomia ed integrazione sociale;</p>	

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.2 SALUTE MENTALE**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
	9. stimolare la "mobilità" degli utenti all'interno delle strutture secondo le esigenze del percorso terapeutico riabilitativo fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile, contrastando ogni forma di "nuova istituzionalizzazione";	
	10. sviluppare progetti sperimentali di costituzione in ogni azienda di strutture anche zonali sul modello della comunità terapeutica per piccoli numeri di utenti con disturbi gravi;	
	11. ricondurre a maggiore appropriatezza il ricorso alla funzione di ricovero negli SPDC in termini di quantità e di durata, con utilizzo di idonee soluzioni residenziali alternative;	
	12. rafforzare gli interventi volti all'infanzia/adolescenza, con particolare attenzione alle patologie emergenti (disturbi alimentari psicogeni, "doppia diagnosi", ecc.) e ricercare specifiche soluzioni residenziali e terapeutiche per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti in alternativa al ricovero;	



OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.3 DISABILI			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Le politiche sanitarie e assistenziali destinate alle persone diversabili (ovvero "diversamente abili") nella regione non hanno registrato né uno sviluppo né una articolazione territoriale omogenea, specificatamente, in riferimento alle particolari caratteristiche dei bisogni di tale categoria di utenti.	1. finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, facilitando anche i percorsi di inserimento scolastico, lavorativo e sociale ed assicurando le necessarie forme di integrazione con quelli più propriamente assistenziali e riabilitative.		1. Le Aziende Sanitarie si dovranno impegnare a:
Occorre quindi, anche alla luce delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento sulla integrazione socio-sanitaria di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001, portare a compimento e potenziamento l'attivazione di una rete integrata di servizi sanitari e socioassistenziali e aggiornare gli obiettivi, le strategie e gli strumenti organizzativi per assicurare a tale categoria di utenti il soddisfacimento dei loro bisogni sanitari e socioassistenziali.	2. aggiornare i criteri di valutazione dei bisogni, dalla fase di accertamento a quella progettuale, e differenziare il ventaglio dell'offerta con particolare attenzione alla sua appropriatezza rispetto alla domanda.		- ad attuare, potenziare e velocizzare le procedure e gli strumenti di intervento previsti dalla L.104/92 e dal Progetto Obiettivo "handicap" del vigente PSR;
	3. Utilizzare i principi fondamentali di riferimento che sono: assicurare la presa in carico del soggetto in funzione della unitarietà dell'intervento; dare continuità al percorso assistenziale attraverso l'individuazione di specifiche responsabilità degli operatori; ridefinire le modalità di compartecipazione sanitaria e sociale in relazione ai centri assistenziali diurni, alla luce dell'Atto di indirizzo di cui al D.P.C.M.14 febbraio 2001; coordinare i servizi ai quali la persona disabile intende accedere, per garantire la piena realizzazione del piano individuale di recupero e inserimento; rivedere i requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e sociali; definire le modalità di valutazione del grado di raggiungimento dei risultati e della qualità degli interventi.		- rivedere la struttura funzionale di coordinamento e di gestione operativa dei Piani assistenziali individuali, per garantire l'apporto sinergico delle distinte competenze professionali, il collegamento organico tra prestazioni sociali e sanitarie ed il rapporto organico tra il momento gestionale e quello di programmazione e destinazione delle risorse a livello di Distretto;
			- individuare percorsi assistenziali in ordine alle disabilità croniche con ridefinizione dei servizi di assistenza residenziale e diurna;
			- assicurare l'assistenza domiciliare e promuovere, laddove possibile, la vita indipendente del cittadino disabile;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.3 DISABILI			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
			2. La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano, adotta i provvedimenti di seguito indicati:
			- direttive per la ridefinizione del sistema dei servizi a favore dei disabili in riferimento ai criteri e agli indirizzi contenuti nel D.P.C.M.14 febbraio 2001 sull'integrazione socio sanitaria e ai livelli di assistenza socio sanitaria di cui al capitolo II del presente PSR;
			- disposizioni in ordine ai processi autorizzativi e di accreditamento per le strutture e i servizi assistenziali pubblici e privati per disabili, con l'identificazione di parametri strutturali e organizzativi di riferimento idonei alla realizzazione dei Programmi individuali di assistenza e di inserimento e reinserimento sociale.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.4 BAMBINI ADOLESCENTI E DONNE				
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI	
La progressiva riduzione della mortalità infantile assestata al 9x1000 e perinatale 3,4X1000, ha seguito nella nostra regione una tendenza analoga a quella nazionale è comunque ancora in evidenza il problema dei bambini portatori di disabilità, per patologie congenite o acquisite, che richiedono una maggiore capacità di intervento precoce di natura intensiva e riabilitativa. Specifica attenzione deve essere inoltre dedicata nella prima infanzia alle cure primarie e ai disturbi dello sviluppo psichico nell'età evolutiva.	1. tutela della salute della donna		1. Recepimento del Progetto Obiettivo nazionale Materno-Infantile e predisposizione del Progetto Obiettivo regionale	
Il vigente PSN ha affrontato, con il Progetto obiettivo "Materno Infantile", le tematiche complessive dell'area, con l'intento di promuovere la salute della donna e del bambino nel suo naturale percorso di crescita sia sul piano preventivo e sociale, sia mediante una adeguata e qualificata copertura sanitaria.	2. tutela e promozione della procreazione cosciente e responsabile;		2. Indirizzo per la prevenzione ed il monitoraggio delle malformazioni e delle malattie genetiche anche tramite la diagnosi prenatale sulla base di prove di efficacia (EBM) ed efficienza operativa	
Si rende tuttavia necessario riorientare l'azione delle Aziende del SSR su alcuni aspetti di rilievo, per adeguarla agli elementi emersi, per sollecitare l'attuazione di interventi non ancora sufficientemente realizzati e per adeguarsi agli obiettivi ed alle azioni di cui al P.O. materno infantile nazionale.	3. prevenzione delle patologie pre-natali e neonatali;		3. Indirizzo per iniziative di informazione, consulenza, counseling, sostegno psicologico al singolo e alla coppia per promuovere una sessualità serena e consapevole	
L'area della salute materno-infantile presenta alcune specificità di cui è necessario tenere conto nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria. Gravidanza, parto, allattamento, prima infanzia e adolescenza rappresentano momenti delicati e particolari nella vita di una persona, ma non certo (tranne che in rari casi) patologici.	4. tutela della gravidanza e della nascita;		4. Indirizzo per la prevenzione e cura dell'infertilità femminile e maschile	
L'assistenza, sia in termini di programmi di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi, e saper cogliere e trattare tempestivamente la patologia senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria. L'interazione con i servizi sanitari in momenti così sensibili della vita può rappresentare una utile occasione di educazione alla salute e di prevenzione.	5. riorganizzazione e ristrutturazione della rete consultoriale;		5. Linee guida per migliorare la qualità dell'assistenza in gravidanza, al parto e per il puerperio sia in sede ospedaliera che territoriale, secondo criteri di efficacia	

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.4 BAMBINI ADOLESCENTI E DONNE		
PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Anche nel caso di patologia rilevante, è importante rispettare sempre le particolari necessità dell'età pediatrica e dell'adolescenza, facendo un ridotto ricorso alla ospedalizzazione (privilegiando ricoveri brevi, di Day-Hospital e Day-Surgery, e prestazioni ambulatoriali) ed assicurando la presenza dei genitori vicino al bambino (anche neonato) senza ostacoli non necessari o limiti di tempo.	6. tutela e cura della salute dei minori, con particolare riferimento ai portatori di handicaps e patologie croniche;	6. Adeguamento e migliore utilizzo della professionalità delle ostetriche sia a livello ospedaliero che territoriale, affinché possano attivamente, autonomamente e con precise responsabilità gestire la gravidanza, il parto e il puerperio fisiologici;
Gli specifici aspetti assistenziali organizzativi, operativi e gestionali, correlati alla realizzazione degli obiettivi e delle azioni per garantire la tutela del bambino della donna e dell'adolescente, sono ricompresi nel Capitolo II del presente PSR relativo agli obiettivi assistenziali sia in ambito distrettuale che ospedaliero.	7. integrazione socio-sanitaria.	7. Valutazione del fabbisogno ed adeguamento dell'offerta assistenziale per i parti a rischio
Ulteriore intervento nel settore pediatrico è quello di superare l'estrema disomogeneità e carenza degli interventi nell'ambito della pediatria di comunità, utilizzando le esperienze preesistenti e integrandole con le analoghe valenze reperibili a livello di consultori familiari, servizi sociali, servizi socio-assistenziali, associazioni e volontariato. Gli ambiti di sviluppo preminenti sono quelli indicati dal progetto materno infantile già citato. Nell'ambito delle risorse del distretto le aziende sanitarie dovranno identificare uno specifico budget per la pediatria di comunità, con particolare riferimento agli interventi di promozione della salute.	8. valorizzare e preservare la dimensione naturale e umana dell'evento nascita, salvaguardandone le componenti psicologiche e sociali, facilitando al massimo le condizioni per il parto fisiologico;	8. Indirizzo per il trasporto neonatale di emergenza con il coordinamento del DEA
	9. monitoraggio dello stato di salute dell'infanzia, della preadolescenza e dell'adolescenza nella dimensione fisica, psichica e sociale.	9. Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie oncologiche femminili
		10. Indirizzo e supporto per programmi domiciliari di assistenza alla dimissione precoce
		11. Promozione di iniziative di approccio integrato consultori o pediatri e U.O. dimettenti per favorire la presa in carico del neonato da parte di medici attivi sul territorio

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.4 BAMBINI ADOLESCENTI E DONNE			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
			12. Adeguamento delle sedi consultoriali, razionalizzandone la distribuzione territoriale secondo i criteri della legislazione regionale in materia favorendo una distribuzione che tenga conto delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio, della comunicazione e collegamenti viari.
			13. Indirizzo volto a favorire l'integrazione tra pediatria di libera scelta ed assistenza pediatrica ospedaliera
			14. Indirizzo volto a favorire l'integrazione tra specialisti ambulatoriali della branca di ostetricia e ginecologia territoriali e le UU.OO. di ostetricia e ginecologia ospedaliere
			15. Adeguamento previa razionalizzazione delle attrezzature ambulatoriali pediatriche e ostetrico-ginecologiche territoriali ed ospedaliere
			16. Indirizzo per il coordinamento delle attività consultoriali con quelle ospedaliere
			17. Linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle malattie a trasmissione sessuale negli adolescenti e nei giovani
			18. Sviluppo della pediatria di comunità con particolare riguardo agli interventi di integrazione con gli altri servizi e con le attività di promozione della salute in campo pediatrico.
			19. Sviluppo e potenziamento dell'assistenza neuropsichiatria infantile con particolare riferimento alle attività di prevenzione e diagnosi precoce del disagio giovanile, ed alle attività di cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva.
			20. Predisposizione e pianificazione di programmi specifici (sostegno alla genitorialità, servizi per gli stranieri ed apolidi) e di ogni altro adempimento necessario per la immediata spendibilità dei fondi finalizzati trasferiti dalla regione e non ancora utilizzati.
			21. Recupero della mobilità passiva intraregionale per prestazioni di assistenza ospedaliera ostetrico-ginecologica erogate presso altre aziende della regione a cittadini residenti nella nostra azienda.

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.4.1 BAMBINI ADOLESCENTI E DONNE - AREE SPECIFICHE DI INTERVENTO			
IL PERCORSO NASCITA	L'ASSISTENZA PEDIATRICA	ADOLESCENZA ED ETA' EVOLUTIVA	
- I bassi livelli di natalità, con l'aumento dell'età materna al parto, pur in presenza di tassi di natimortalità e mortalità neonatale e infantile contenuti rendono tuttora il "percorso nascita" un'area prioritaria; molte donne avranno soltanto un figlio nell'arco della loro vita. Inoltre, le aspettative di salute sono molto elevate ed è ormai, scientificamente, acquisita la relazione tra salute neonatale e prenatale e livello di salute, mortalità nell'adulto e nell'anziano; garantire uno sviluppo ottimale in epoca perinatale rappresenta quindi un investimento a lungo termine per la salute della popolazione.	L'azione principale del triennio è l'effettiva messa "in rete" e la razionalizzazione delle risorse, volta al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso le seguenti linee di sviluppo:	E' condivisa la necessità di dedicare un'attenzione particolare alle problematiche dell'età evolutiva e dell'adolescenza in quanto sono evidenti le "fragilità" insite in queste fasce di età e l'emergere di situazioni di disagio giovanile, condizione quest'ultima di potenziale rischio di devianza, interventi precoci possono essere risolutivi.	
- Le linee di sviluppo per il triennio sono:	1. Consolidare la rete pediatrica regionale ospedaliera attraverso azioni volte a:	La prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie psicologiche e dello turbe dello sviluppo in età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione; infatti le patologie psichiatriche dell'adulto trovano molto spesso le loro radici nell'età evolutiva.	
potenziare gli interventi di prevenzione con particolare riguardo a:	- favorire l'erogazione delle prestazioni di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio per facilitare l'accesso degli utenti;	Occorre pertanto sviluppare un rete assistenziale con l'obiettivo generale di ridurre quanto più possibile l'handicaps ed assicurare le competenze necessarie per assolvere ai compiti e alle funzioni specifiche nell'ambito della neuropsichiatria infantile territoriale, ospedaliera e della riabilitazione territoriale.	
diagnosi precoce dei difetti congeniti,	- individuare le strutture per l'erogazione delle prestazioni di secondo e terzo livello nelle aziende ospedaliere di ciascuna provincia secondo criteri di quantificazione e grado di specializzazione delle stesse, per un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose e col fine di garantire la risposta ai bisogni di salute dell'età pediatrica all'interno del territorio regionale, riducendo a livelli fisiologici l'emigrazione verso strutture extraregionali;		
accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica,	2. Definire il ruolo dell' Azienda Ospedaliera di Cosenza quale "polo pediatrico regionale di eccellenza" in cui devono essere assicurati:		
prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;	- il coordinamento complessivo della rete pediatrica regionale, in particolare per quanto attiene le malattie rare;		

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.4.1 BAMBINI ADOLESCENTI E DONNE - AREE SPECIFICHE DI INTERVENTO			
IL PERCORSO NASCITA	L'ASSISTENZA PEDIATRICA	ADOLESCENZA ED ETA' EVOLUTIVA	
completare il processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete dei "punti nascita", con riferimento ai criteri e agli standard indicati dal vigente progetto obiettivo e ai requisiti previsti per l'accreditamento;	- prestazioni complesse di diagnosi, di cura e di riabilitazione, sia di area medica che chirurgica, in rete con le strutture di riferimento regionali per specifiche aree e prestazioni di alta specialità;		
migliorare l'assistenza al parto con orientamento a:	- attività di didattica e di ricerca, in rete con le altre strutture ed Enti ad esse dedicate;		
sviluppare gli interventi volti all'umanizzazione dell'assistenza, organizzazione degli spazi e delle relazioni.	3. Promuovere la collaborazione e l'integrazione funzionale tra i Pediatri di libera scelta e le strutture ospedaliere con particolare attenzione a:		
monitorare il ricorso al taglio cesareo e ridurne l'utilizzo improprio, promuovendo il parto naturale	- facilitare il percorso diagnostico per i Pediatri di libera scelta nei confronti delle patologie di frequente presentazione ai loro ambulatori, attraverso forme di accesso diretto per le indagini di laboratorio e radiologia tradizionale o ecografia di base nell'ambito di linee guida diagnostiche concordate;		
sviluppare gli interventi di assistenza e di sostegno alla donna nella fase puerperale;	- assicurare ai pazienti di età pediatrica con patologie croniche o in evoluzione terminale la permanenza al proprio domicilio per il maggior tempo possibile potenziando, con il coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta, le attività di ospedalizzazione a domicilio o dimissione protetta rivolte a pazienti oncologici, in terapia nutrizionale, in terapia antalgica, in cure palliative, in trattamento domiciliare con apparecchiature complesse;		
sviluppare azioni di educazione alla salute e di prevenzione, con particolare attenzione per: sostenere e promuovere l'allattamento al seno; informare e favorire i comportamenti necessari per la prevenzione della SIDS (sindrome da morte improvvisa in culla) anche in raccordo con specifici progetti nazionali; sostenere attività di prevenzione basate su chiare prove di efficacia e di follow-up di soggetti a rischio cardio-vascolare, ed il monitoraggio dell'ipertensione in età giovanile; rafforzare i servizi per l'emergenza urgenza, privilegiando gli interventi di "trasporto in utero".	- promuovere forme di consulenza pediatrica in appoggio ai medici della continuità assistenziale, al fine di far fronte alle consistenti richieste di assistenza pediatrica presso i Pronto soccorso ospedalieri nelle ore festive, prefestive e notturne;		

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.4.1 BAMBINI ADOLESCENTI E DONNE - AREE SPECIFICHE DI INTERVENTO				
IL PERCORSO NASCITA		L'ASSISTENZA PEDIATRICA		ADOLESCENZA ED ETA' EVOLUTIVA
		- assicurare l'inserimento della rete pediatrica regionale con tutte le sue componenti nei sistemi informatizzati in rete regionali.		



OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.5 ANZIANI			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Considerato l'allungamento della vita ed il rilevante uso di risorse e servizi sanitari nella terza età la salute degli anziani rappresenta una vera e propria sfida del futuro.	1. sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio;		1. la valorizzazione delle azioni di prevenzione della non autosufficienza;
Una corretta politica per la salute degli anziani richiede un coinvolgimento diretto delle comunità locali, finalizzato a prevenire lo stato di non autosufficienza ed a permettere una vecchiaia serena nel proprio ambiente sociale.	2. innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi e interventi integrati;		2. l'universalità ed equità di accesso ai servizi;
Una prima valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione anziana e dei servizi evidenzia la necessità di un intervento che coinvolga nuovi soggetti, razionalizzi l'uso delle risorse impiegate e riqualifichi i servizi esistenti.	3. riconoscimento del diritto dell'anziano a scegliere i servizi e le prestazioni più adeguate.		3. l'appropriatezza e personalizzazione dell'offerta rispetto ai bisogni;
L'anziano non deve essere visto come soggetto passivo, ma al contrario deve esserne recuperato il ruolo, come memoria, come saggezza, come capacità di ridefinire le priorità dei valori all'interno della società, valorizzandone gli apporti in termini di creazione di sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni di volontariato.	L'individuazione degli interventi a livello locale si deve basare sulla analisi dei bisogni, dei servizi erogati e del rapporto quantitativo bisogni/servizi, nonché sulle previsioni demografiche relative al periodo di riferimento del presente PSR. Lo studio di questi aspetti in ciascuna delle Aziende Sanitarie rappresenta lo strumento di base per la realizzazione degli obiettivi attraverso lo sviluppo degli strumenti specifici:		4. il riequilibrio fra i settori dell'offerta;
In una logica analoga vanno valorizzate e sostenute le risorse che la stessa comunità può mettere a disposizione, in particolare attraverso le associazioni e i gruppi di volontariato, anche di volontariato composto da anziani, secondo principi di solidarietà inter ed intra generazionali.	1. Gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza residenziale (RSA - Ospedale di Comunità) riassorbimento della domanda in eccesso. In adeguamento alle tendenze demografiche, dovrà essere previsto, se necessario, un ampliamento contenuto delle disponibilità di accoglienza nelle RSA ed meno contenuto di tipologie particolari di assolvimento dei bisogni, come gli ospedali di Comunità di cui al capitolo II del presente PSR con contestuale riassorbimento di ricoveri "impropri", soprattutto nelle UU.OO. ospedaliere per acuti (geriatria e medicina generale) e per non acuti (lungodegenza);		5. l'utilizzo della valutazione multidimensionale ed interdisciplinare della condizione della persona, come strumento per l'individuazione dei suoi bisogni e la conseguente definizione del progetto personalizzato e per la verifica periodica degli esiti;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.5 ANZIANI			
PROBLEMA	OBIETTIVI		AZIONI
Le politiche nei confronti della popolazione anziana possono qualificarsi con programmi improntati ad una visione positiva dell'età anziana, promuovendo una cultura che valorizza l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale, garantendo condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi.	2. Gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza domiciliare (ADI ed ADP) adeguamento quantitativo. Si intende qualificare il ruolo del servizio pubblico, soprattutto in funzione di coordinamento e controllo di qualità, con sviluppo di una offerta di servizi da ampliare anche attraverso il concorso del privato imprenditore e "no profit", salvaguardando il principio dell'universalità di accesso alle prestazioni; Adeguamento qualitativo. Dovrà essere avviato il processo di valorizzazione e di accreditamento dei Servizi domiciliari pubblici e privati, volto ad identificare i parametri strutturali ed organizzativi di riferimento per la realizzazione a domicilio dei Programmi assistenziali individuali.		6. la migliore integrazione dei servizi sociali e sanitari sulla base della effettiva natura dei bisogni;
	4. Gli strumenti specifici per quanto riguarda la prevenzione della non autosufficienza: avvio di programmi per un migliore inserimento ambientale e sociale degli anziani nelle comunità locali, soprattutto nella fase di "fragilità"; avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), col fine di contenimento degli esiti invalidanti.		7. il rispetto, da parte dei soggetti titolari delle funzioni, del principio di unitarietà della gestione degli interventi integrati.
			8. riorganizzazione delle strutture residenziali e a regime diurno attraverso un più corretto rapporto fra funzione di supporto familiare, abitativo e sociale, assistenza a lungo termine anche sanitaria, ed intervento sanitario propriamente detto per le fasi acute e sub - acute e per le fasi di non autosufficienza stabilizzata;
			9. ricollocazione delle prestazioni attualmente fornite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie, per una più corretta risposta rispetto a bisogni di valenza prevalentemente sociale;

OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.5 ANZIANI			
PROBLEMA		OBIETTIVI	AZIONI
			10. diffusione, anche attraverso nuove forme di affidamento dei servizi ai soggetti produttori privati, dell'assistenza a domicilio, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico, e la partecipazione attiva dei Comuni e delle comunità locali, nell'ambito dei piani territoriali delle attività distrettuali;
			11. concorso integrato di competenze e risorse sociali e sanitarie secondo criteri definiti in riferimento ai principi posti dall'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001;
			12. utilizzazione degli Accordi di programma tra Aziende USL e Comuni e dei Piani delle attività distrettuali per la coprogettazione degli interventi integrati nell'area della non autosufficienza;
			13. definizione dei criteri di partecipazione alla spesa da parte della persona e della famiglia nella fruizione dei servizi e di interventi e prestazioni socio sanitarie.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.6 MALATI TERMINALI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Le persone affette da patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, necessitano di una assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale.	Obiettivo principale del Piano sanitario regionale è quello di migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita.	1. al potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica a domicilio;
Oltre al paziente, l'attenzione deve essere dedicata ai familiari, prima e dopo il decesso del malato. In questi casi, un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o, quando questo non è possibile, in strutture di ricovero adeguate alla natura dei problemi.		2. all'erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie a gestione diretta o convenzionate
		3. al potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica;
		4. al sostegno psicosociale al malato e ai suoi familiari;
		5. alla promozione e al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali;
		6. all'adeguamento del personale per l'assistenza palliativa medica e infermieristica a domicilio;
		7. alla effettuazione di interventi di terapia palliativa e antalgica e per il sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari;
		8. alla realizzazione di strutture residenziali (hospice - legge 139/99) ove sia possibile garantire un alto grado di umanizzazione dell'assistenza ed una adeguata accoglienza, anche ai familiari tenendo conto delle convinzioni religiose dei soggetti per offrire assistenza e cura ad una categoria di pazienti in fase critica che per diverse motivazioni non possono essere seguiti in regime domiciliare e per i quali il ricovero ospedaliero risulta non necessario ed inadeguato alle loro esigenze.

**OBIETTIVO DI SALUTE N. 4 - RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI E DELLE LORO FAMIGLIE - 4.7 DETENUTI**

PROBLEMA	OBIETTIVI	AZIONI
Il Decreto Legislativo n.230 del 22 giugno 1999 ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli Istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le Regioni, i Comuni, le Aziende USL e gli Istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.	1. sostenere tutte le collaborazioni possibili tra Aziende Sanitarie e Istituti penitenziari, finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute dei detenuti;	1. contribuire a potenziare e migliorare l'assistenza in tutti gli Istituti di pena per gli aspetti di salute mentale e per le patologie infettivologiche, con convenzioni dirette tra le Aziende USL e le carceri.
L'organizzazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria è attualmente rappresentata da un 1° livello, che risponde alle esigenze di assistenza medica di base e all'emergenza, e da un 2° livello, a carattere di consulenza specialistica e, in qualche realtà, di servizio psichiatrico interno.	2. assicurare la presenza attiva dei servizi delle Aziende Sanitarie nei settori della medicina di base, della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;	2. ricercare soluzioni e promuovere forme di collaborazione tra le Aziende Sanitarie e gli Istituti penitenziari per ottimizzare, con le risorse disponibili, la erogazione dei farmaci necessari all'assistenza ai detenuti, anche attraverso possibili forme di acquisto centralizzato;
	3. intervenire nelle aree di maggiore criticità, rappresentate particolarmente dai problemi di salute mentale e di natura infettivologica, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche in alcune realtà carcerarie;	3. promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che operano nelle carceri.
	4. contribuire ad una specifica azione sanitaria a favore dei minori che transitano negli istituti penitenziari minorili;	

## **OBIETTIVI ASSISTENZIALI E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

### **Introduzione**

#### **Le garanzie assistenziali del Servizio Sanitario Regionale**

La Regione assicura, in condizioni uniformi su tutto il territorio regionale e per tutti i cittadini, i Livelli Essenziali di Assistenza ( LEA ) definiti dal presente Piano Sanitario Regionale, nel rispetto dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

L'individuazione dei LEA assicurati dal Servizio Sanitario Regionale, per il periodo di validità del presente PRS, è effettuata contestualmente alla individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Regionale.

Le prestazioni ed attività sanitarie comprese nei LEA sono garantite dal Servizio Sanitario Regionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione nazionale nonché dalle disposizioni regionali eventualmente adottate ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Oltre che il riassetto organizzativo e funzionale delle strutture e dei servizi che dovranno assicurare le prestazioni e le attività sanitarie comprese nei LEA, indicato nel presente PRS, la Regione, al fine di garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, dispone l'adozione da parte delle Aziende di linee guida tecnico-professionali, coerenti ed integrate con il programma nazionale, provvedendo nel contempo ad una adeguata informazione ai cittadini.

Il programma regionale di linee guida farà riferimento ai principi della Evidence Based Medicine, tenendo in considerazione i risultati di esperienze internazionali e nazionali, le indicazioni del Ministero della Salute e i contributi delle Società Scientifiche, prevedendo l'adesione a programmi collaborativi con altre Regioni e promuovendo la collaborazione tra Aziende del SSR. Il programma regionale di linee guida sarà sviluppato con il contributo dell'Università e delle Società Scientifiche, sarà sostenuto da iniziative di formazione e sarà integrato con le politiche e gli obiettivi del SSR.

#### **I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**

I Livelli Essenziali di Assistenza di cui al presente PRS sono il frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001.

Essi includono per la prima volta il concetto di garanzia dell'assistenza a cui il cittadino ha diritto.

Coerentemente con le determinazioni assunte in sede di accordo tra Stato e Regioni ed in attuazione dello stesso accordo, gli obiettivi assistenziali da perseguire nell'arco di vigenza del presente PRS sono direttamente correlati ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, definiti e adottati su scala nazionale con l'entrata in vigore del D.P.C.M. 29.11.2001 e qui di seguito riportati:

1. Prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

Ciascuno dei tre macrolivelli sopra indicati è articolato al suo interno in sottolivelli, la tipologia di prestazioni e attività sanitarie comprese nei LEA è analiticamente indicata nell'allegato n. 2 del presente PRS, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini calabresi, nonché l'efficace ed efficiente erogazione delle prestazioni e delle attività in essi ricomprese, costituiscono, in relazione alle rispettive e specifiche competenze ed attribuzioni istituzionali delle Aziende del SSR, gli obiettivi assistenziali che l'Aziende Sanitarie dovranno perseguire e realizzare con il programma delle attività distrettuali e le Aziende Ospedaliere dovranno includere nei rispettivi piani attuativi, nell'arco di vigenza del presente PRS.

La Regione, al fine di assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA, definisce criteri specifici di monitoraggio, utilizzando il sistema di indicatori stabilito nell'allegato n. 3 del presente PRS, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Per il triennio 2003-2005 la Regione, tenuto conto delle indicazioni del vigente PSN, delle disposizioni di cui al citato DPCM sui LEA e dei correlati provvedimenti al riguardo già assunti dalla Giunta Regionale, individua i seguenti interventi, che dovranno essere declinati nei Piani Attuativi e nel Programma delle Attività Territoriali adottati dalle Aziende del SSR in esecuzione degli indirizzi di programmazione sanitaria di cui al presente PRS:

#### **A. Depotenziamento**

- liberare risorse allo stato assorbite dall'area ospedaliera e da utilizzare in parte per potenziare gli altri livelli di assistenza (prevenzione e distrettuale) ed in parte per potenziare la rete delle alte specialità ospedaliere e dei centri di eccellenza a valenza regionale.

#### **B. Potenziamento**

- Attività assistenziali relative a interventi chirurgici d'elezione e non, per i quali si registrano ancora rilevanti indici di fuga verso altre Regioni del Paese con conseguente incremento della mobilità sanitaria passiva.
- Attività di day-hospital e day-surgery
- Attività di emergenza/urgenza sia nella fase territoriale che ospedaliera
- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza domiciliare
- Assistenza riabilitativa e lungodegenza
- Prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro

#### **L'educazione dei cittadini per un migliore uso dei livelli di assistenza**

Occorre riorientare la domanda di salute secondo principi di appropriatezza avviando iniziative di educazione ed informazione rivolte ai cittadini.

La strategia dell'informazione deve stimolare ed alimentare tra i cittadini una cultura sanitaria finalizzata al raggiungimento della consapevolezza della inutilità di una serie di pratiche mediche la cui richiesta è in continua crescita. Una migliore informazione sulle opportunità terapeutiche e sui fattori di salute, nonché sui rischi derivanti dall'abuso di pratiche mediche non necessarie, deve portare ad una riduzione nella richiesta di interventi terapeutici inappropriati.

Nei programmi delle attività territoriali, redatti sulla base degli indirizzi regionali di cui al presente PRS, ciascun Distretto dovrà individuare le azioni volte a promuovere tra i cittadini una maggiore consapevolezza dei criteri di appropriatezza di utilizzo dei livelli assistenziali e di singole prestazioni.

#### **Obiettivo 1 - Prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro**

##### **PRESTAZIONI**

Le prestazioni e le attività ricomprese nel LEA prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro sono indicate nell'allegato n. 2 del presente PRS nel quale sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sottolivelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa vigente in materia di prevenzione collettiva, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni. Ivi sono indicate altresì le articolazioni in sottolivelli adottate.

##### **OBIETTIVI E AZIONI GENERALI**

In ciascuna Azienda Sanitaria il livello di assistenza prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro è garantito all'utenza attraverso il competente Dipartimento di Prevenzione, mediante iniziative coordinate con i Distretti e con le altre strutture organizzative dell'Azienda.

Nell'Azienda Sanitaria attraverso il Dipartimento di Prevenzione si dovranno garantire, in maniera integrata e coordinata, gli obiettivi di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui al presente PRS, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale, articolando l'attività anche presso i distretti per le attività di prevenzione rivolte alla persona.

I criteri su cui deve basarsi nell'Azienda il sistema di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro sono essenzialmente:

- l'unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza ed ambientali
- l'intersectorialità e la interdisciplinarietà degli interventi
- la partecipazione di tutti i soggetti interessati
- la trasformazione degli interventi di prevenzione da meri adempimenti normativi a pianificazione e realizzazione di programmi di prevenzione.

Le attività attraverso cui il Dipartimento di Prevenzione esplica la sua azione sono principalmente:

- informazione
- formazione
- educazione sanitaria
- assistenza
- vigilanza
- controllo.

Esse dovranno svilupparsi attraverso:

- elaborazione di programmi di lavoro, facenti parte dei piani attuativi aziendali;
- sviluppo di modalità organizzative di offerta anche in collaborazione con altre strutture dell'Azienda in funzione delle esigenze dei cittadini, degli Enti locali, delle aziende produttive e dell'Azienda sanitaria stessa;

- revisione critica e sistematica della qualità, quantità e costi delle prestazioni e della attività svolta;
- riassetto e definitiva strutturazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione tenuto conto degli indirizzi regionali appresso indicati;
- programma di aggiornamento e formazione degli operatori per promuovere lo sviluppo di abilità e competenze necessarie per adempiere alle funzioni in evoluzione della sanità pubblica.;
- promozione di adeguati sistemi informativi dipartimentali a fini sia informativi che gestionali.

#### APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Costituisce obiettivo del presente PRS l'individuazione di quelle prestazioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria per le quali è documentata la scarsa utilità e di quelle prestazioni svolte o programmabili per le quali è documentata l'efficacia.

Ai fini della individuazione delle prestazioni di cui sopra, entro il primo anno di vigenza del presente PRS, è istituito uno specifico gruppo di lavoro a livello regionale costituito da una rappresentanza dei responsabili del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie che, avvalendosi del supporto tecnico del competente settore del Dipartimento Sanità della Regione, dell'Università, delle Società scientifiche ed eventualmente di esperti esterni, ha il compito di stilare le liste delle prestazioni e attività dei Dipartimenti di Prevenzione secondo le categorie sopra indicate.

#### OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici per ciascuno dei sottolivelli del LEA prevenzione collettiva per il triennio sono:

##### Obiettivo 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffusive

###### *Prestazioni*

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nell'allegato n. 2.

###### *Azioni prioritarie*

1. intensificare le attività di controllo delle malattie infettive e bonifica focolai;
2. intensificare gli interventi di profilassi e di educazione sanitaria per prevenire il diffondersi delle malattie infettive;
3. sviluppare le azioni e gli interventi di profilassi nell'ambito della medicina del viaggiatore;
4. pianificare e realizzare in tempo utile le azioni e le attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione.

Obiettivo 1.2. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

###### *Prestazioni*

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nell'allegato n. 2.

###### *Situazione*

La molteplicità delle condizioni che caratterizzano l'ambiente di vita determina consistenti situazioni che si traducono spesso in rischi per la salute. Il campo della tutela dei rischi negli ambienti di vita è ampio, diversificato e regolato da numerosissime norme che richiedono per la loro applicazione operatori qualificati e professionalità adeguate.

Le azioni delle Aziende Sanitarie negli ambienti di vita collettiva comportano specifiche responsabilità e l'esigenza di risposte adeguate alla sempre crescente domanda di informazione e formazione da parte dei cittadini e degli imprenditori, singoli ed associati, più direttamente coinvolti nelle attività e nelle scelte per la prevenzione.

Tradizionalmente questa attività è caratterizzata dal ricorso ad autorizzazioni preventive ed interventi ispettivi, frequentemente percepiti come procedure burocratiche, inutilmente limitative dell'autonomia individuale.

Le relazioni con gli utenti e con i cittadini acquistano pertanto per tali attività una rilevanza critica altrettanto importante che per le altre attività sanitarie. Il PRS intende assumere le relazioni con gli utenti e la semplificazione burocratica delle attività di prevenzione come una priorità.

La riorganizzazione del S.S.R. nonché l'attuazione della L.R. 3 agosto 1999, n. 20, istitutiva dell'Agenzia Regionale Protezione Ambientale (ARPACAL), ha rappresentato per i Servizi Igiene Pubblica, Igiene dell'Ambiente, Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro e Medicina Legale un profondo riassetto delle attività in essere. La ripartizione dell'attività complessiva ed il conseguente



trasferimento all'ARPACAL di competenze e di operatori introducono elementi di criticità e difficoltà operative di cui tenere conto.

In relazione inoltre agli effetti degli inquinanti ambientali, le attività di monitoraggio ambientale permettono di far rilevare come con l'acquisizione di conoscenze specifiche del problema possano essere avviate iniziative o processi che evidenziano la tendenza al progressivo miglioramento delle singole situazioni.

Il confronto dei livelli misurati con i limiti di accettabilità delle concentrazioni, limiti massimi di esposizione o valori limite di qualità previsti dalla normativa, costituisce un sicuro punto di riferimento per emettere un primo giudizio igienico sanitario sull'esistenza o meno di un rischio per la salute della popolazione.

La prevenzione delle malattie connesse con l'inquinamento deve comprendere non solo misure che intervengano sulle fonti e sulle concentrazioni di agenti inquinanti e sulla limitazione dell'esposizione, ma anche azioni di sanità pubblica destinate alla popolazione tali da consentire agli individui di ridurre l'esposizione e di attenuare gli effetti negativi sulla salute e considerando che i dati sugli effetti sanitari e sull'esposizione dovrebbero essere raccolti contestualmente ai dati sulle concentrazioni degli agenti inquinanti.

È necessario a tali fini che le UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica sviluppino una reale integrazione operativa con l'ARPACAL, anche attraverso lo strumento convenzionale, ai fini di una sempre più efficace azione a tutela della salute pubblica.

#### *Azioni prioritarie:*

1. verifica dell'adeguatezza delle risorse delle Unità Operative di Igiene e Sanità Pubblica e la tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita;
2. programmi di formazione focalizzati su contenuti tecnici specifici e sull'importanza di approccio globale alla prevenzione in ambiente di vita;
3. indirizzo e supporto per il raccordo tecnico-funzionale tra i Dipartimenti di Prevenzione e l'ARPACAL;
4. anagrafe aggiornata delle attività produttive;
5. indirizzo per la attivazione di uno Sportello per la prevenzione e la sanità pubblica;
6. partecipazione alla costruzione di sistemi di sorveglianza epidemiologica per il monitoraggio dello stato di salute con particolare riguardo agli effetti delle iniziative di prevenzione;
7. supporto per promuovere progetti in collaborazione con i medici di medicina generale, medici pediatri, medici ospedalieri e specialisti territoriali per la realizzazione di attività di prevenzione;
8. verificare gli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico ed adottare i provvedimenti correlati;
9. verificare gli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani ed adottare i provvedimenti correlati;
10. verificare gli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi ed adottare i provvedimenti correlati;
11. verificare gli effetti sulla salute dalla qualità delle acque destinate al consumo umano ed adottare i provvedimenti correlati;
12. verificare gli effetti sulla salute dalla qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico ed adottare i provvedimenti correlati;
13. verificare gli effetti sulla salute dalla qualità delle acque di balneazione ed adottare i provvedimenti correlati;
14. verificare gli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari ed adottare i provvedimenti correlati;
15. valutare l'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicare le misure idonee alla tutela della salute umana;
16. determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita ed adozione dei provvedimenti correlati;
17. incrementare le misure di controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita ed adottare i provvedimenti correlati;
18. sviluppare la formulazione di mappe di rischio ambientale;
19. verificare la compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione;
20. adottare interventi di tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico;
21. intensificare l'attività di vigilanza e controllo sui cosmetici;
22. intensificare l'attività di controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici;
23. intensificare l'attività di controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti;
24. intensificare l'attività di vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura;
25. intensificare l'attività di controllo e vigilanza sulle industrie insalubri.

### Obiettivo 1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro

#### *Prestazioni:*

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nell'allegato n. 2.

#### *Situazione*

Il campo della prevenzione e sicurezza sul lavoro è stato oggetto di numerosi provvedimenti legislativi conseguenti principalmente al recepimento delle direttive comunitarie

Tali norme hanno introdotto importanti innovazioni tecnico-scientifiche, procedurali ed organizzative che comportano la necessità di adeguamenti delle UUOOPSAL.

La vigilanza rappresenta ancora un aspetto prevalente dell'attività, indirizzata al rispetto della normativa vigente ed attuata su richiesta e per conto della Autorità Giudiziaria.

Il D.Lgs. di riordino ha introdotto a carico degli operatori nuovi compiti e nuove responsabilità con conseguenti ricadute sull'attività delle UUOOPSAL e a seguito dell'istituzione dell'ARPACAL restano da definire gli aspetti relativi alle verifiche impiantistiche.

#### *Azioni prioritarie*

1. adeguamento, ove necessario, del personale delle UUOOPSAL;
2. formazione degli operatori in relazione ai nuovi compiti;
3. definizione dei rapporti operativi con l'ARPACAL in merito alle verifiche impiantistiche periodiche;
4. coordinamento dei diversi soggetti appartenenti a Pubbliche Amministrazioni anche sulla base degli indirizzi del costituendo del Comitato Regionale di Coordinamento previsto in base al D.Lgs. n. 626/94;
5. intensificazione delle attività di vigilanza e controllo per la individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio;
6. intensificazione dell'attività di determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro;
7. intensificazione dell'attività di controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro;
8. sviluppo della sorveglianza epidemiologica e costruzione di un sistema informativo su rischi e danni di lavoro;
9. indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro;
10. verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori;
11. intensificazione degli interventi di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti;
12. realizzazione compiuta dell'attività di valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge;
13. elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute, di igiene e sicurezza del lavoro;
14. predisposizione e conduzione di specifiche indagini per infortuni e malattie professionali;
15. intensificazione dei controlli sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori;
16. intensificazione dell'attività di informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
17. realizzazione compiuta degli interventi delle attività di tutela della salute della lavoratrici madri.

### Obiettivo 1.4. Tutela igienico sanitaria degli alimenti

#### *Prestazioni:*

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nell'allegato n. 2.

#### *Situazione*

I recenti provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di direttive comunitarie hanno introdotto importanti innovazioni culturali e tecnico scientifiche procedurali ed organizzative che comportano la necessità di adeguamenti organizzativi.

L'applicazione delle linee guida ministeriali per i Servizi di Igiene degli Alimenti, Veterinaria e della Nutrizione consentirà di allocare meglio le risorse di personale, provvedendo nel contempo a specifiche azioni formative.

L'esigenza di riqualificazione professionale deve intendersi estesa al personale trasferito dagli ex PP.MM.PP. e dalle AA.SS.LL. per continuare a svolgere in tale ambito i precedenti compiti di controllo ed in particolare quelli previsti in merito al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

L'applicazione del recente D.Lgs. n. 156/97 unitamente al recepimento di tutte le direttive di carattere generale e della conseguente innovazione costituita dall'autocontrollo quale significativa responsabilizzazione del produttore in materia, insieme con il recepimento delle citate linee guida ministeriali per i Servizi di Igiene degli alimenti, costituiscono l'occasione per riconsiderare il ruolo delle Strutture pubbliche deputate al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

In tale prospettiva le Strutture pubbliche addette al controllo sono chiamate a garantire:

- sinergia di comportamenti con i produttori per perseguire lo scopo della tutela dei consumatori-utenti;
- campagne informative dei cittadini sull'educazione sanitaria sia in tema di sicurezza e igiene degli alimenti sia per quanto attiene l'igiene della nutrizione e la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori;
- controllo degli alimenti in un'ottica di "filiera", cioè dall'allevamento per tutta la catena produttiva, commercializzazione, compreso il trasporto, fino alla vendita al consumatore finale;
- adeguamento alle norme ed alle indicazioni organizzativo-procedurali da parte dell' Azienda Sanitaria.

#### *Azioni prioritarie*

1. adozione da parte del competente Dipartimento Sanità della Regione degli indirizzi regionali in attuazione del D.M. Sanità 16/10/98 (linee-guida concernenti l'organizzazione dell'U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) (U.O. IAN);
2. adozione da parte del competente Dipartimento Sanità della Regione degli indirizzi per la costituzione di un efficiente sistema di allerta per la gestione delle emergenze relative a prodotti alimentari;
3. iniziative informative e di educazione sanitaria ai cittadini sia in tema di sicurezza e igiene degli alimenti sia per quanto attiene l'igiene della nutrizione e la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori;
4. supporto all'attività di formazione del personale addetto alla produzione alimentare;
5. promozione di iniziative di assistenza preventiva, attraverso lo Sportello per la Prevenzione;
6. linee Guida per il controllo ufficiale degli alimenti;
7. adeguamento del personale degli organismi ufficiali preposti al controllo dei prodotti alimentari e delle acque destinate al consumo umano;
8. intensificazione dell'attività di controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali;
9. intensificazione dell'attività di campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande
10. intensificazione dell'attività di controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro;
11. intensificazione dell'attività di controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia;
12. intensificazione dell'attività di controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande;
13. intensificazione dell'attività di prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare;
14. intensificazione dell'attività di informazione e prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande;
15. intensificazione dell'attività di prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.

#### Obiettivo 1. 5. Sanità Pubblica Veterinaria

##### *Prestazioni:*

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nell'allegato n. 2.

##### *Situazione*

La salute del patrimonio zootecnico regionale mantiene il suo peso determinante, sia nell'ottica della tutela del patrimonio zootecnico stesso, quale risorsa economica, sia in quella dell'abbattimento del rischio di trasmissione di antroponozoonosi all'uomo, per contatto diretto o tramite i prodotti di origine animale. In quest'ultimo ambito va considerata la crescente importanza

nell'economia delle aree marginali della produzione di alimenti di origine animale ad uso locale (carni di animali da macello, selvaggina, derivati del latte, uova, miele, prodotti ittici).

#### *Azioni prioritarie*

1. indirizzo e controllo per la applicazione dei piani di eradicazione e controllo delle malattie infettive e diffusive degli animali domestici, come previste dalle norme comunitarie, statali e regionali;
2. supporto per l'attuazione di metodi di controllo e di eradicazione integrativi di quelli previsti dai piani di Stato, finanziando analisi di laboratorio integrative per la tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina;
3. attivazione strumenti indispensabili per la corretta gestione dei programmi di profilassi sopra menzionati;
4. indirizzo per l'aggiornamento delle anagrafi canine, per conseguire l'obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione zoonotica della leishmaniosi;
5. razionalizzazione delle risorse dei servizi veterinari.

#### *- Per l'area della sanità animale intensificare l'attività:*

1. di sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali;
2. di prevenzione e controllo delle zoonosi;
3. relativa agli interventi di polizia veterinaria;
4. di vigilanza sui concentrati e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate;
5. di sorveglianza urbana e veterinaria;
6. di lotta al randagismo e controllo della popolazione canina;
7. di controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente.

#### *- Per l'area dell'igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche intensificare l'attività:*

1. di controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario e i programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri;
2. di controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;
3. di controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;
4. di controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie;
5. di sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;
6. di protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica.

#### *- Per l'area della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale intensificare l'attività:*

1. di ispezione negli impianti di macellazione;
2. di controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;
3. di vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;
4. di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;
5. di valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare;
6. di certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari;
7. di monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.

#### Obiettivo 1. 6. Attività di prevenzione rivolte alla persona

##### *Prestazioni:*

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nell'allegato n. 2.

### *Azioni prioritarie*

Coerentemente con quanto previsto dal Piano Nazionale Vaccinazioni:

1. Mantenere ed elevare la copertura vaccinale per poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B entro i 24 mesi di vita;
2. Raggiungere il tasso ottimale di copertura vaccinale per morbillo, rosolia, parotite entro i 24 mesi di vita
3. mantenere elevati tassi di copertura vaccinale negli adolescenti (DPR 7/11/2001, 464) per difterite, tetano e pertosse, considerata la nuova disponibilità di vaccini acellulari che consente di estendere la prevenzione antipertosse anche dopo l'età infantile;
4. raggiungere la copertura vaccinale adeguata contro l'influenza della popolazione sopra i 64 anni;
5. tendere alla completa eliminazione dei casi di tetano (vaccino antiT agli anziani);
6. programmare la vaccinazione antipneumococcica per le categorie con elevato rapporto costo-beneficio;
7. monitoraggio dell'esito dei trattamenti dei casi di tubercolosi e verifica del completamento del trattamento farmacologico;
8. estensione dei livelli di copertura vaccinale anche alla popolazione immigrata.
9. informatizzare i servizi vaccinazioni per favorire: il reclutamento attivo delle popolazioni bersaglio e la tempestiva valutazione dei tassi di copertura vaccinale;
10. indirizzo per il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dei consultori nella attività di vaccinazione;
11. linee-guida tecniche sulle vaccinazioni e sulla comunicazione agli utenti;
12. formazione del personale dipendente e convenzionato adibito a compiti vaccinali;
13. monitoraggio degli effetti avversi;
14. campagna di educazione sanitaria per accrescere la cultura dei cittadini in tema di vaccinazioni ed in particolare sul rapporto benefici/rischi al fine di promuovere una adesione consapevole alla strategia vaccinale;
15. completamento dell'informatizzazione sulle malattie infettive e integrazione con altre basi di dati anagrafici e sanitari nel rispetto della normativa sulla privacy.

### Obiettivo 1.7. Educazione alla salute:

#### *Linee di indirizzo*

La salute, quale insieme di condizioni fisiche, psichiche, sociali e ambientali che permettono all'uomo la sua completa realizzazione, sia individuale sia nel rapporto con gli altri, non è uno stato che si possiede, ma un processo dinamico che coinvolge in egual misura il singolo cittadino e le istituzioni.

L'educazione sanitaria si colloca nel contesto più ampio della promozione della salute, tema centrale del PSN e del presente PRS, ed è riconducibile a tre funzioni essenziali:

- difendere e sostenere le cause della salute per modificare in senso favorevole fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che possono influenzare la stessa;
- mettere in grado le persone e le comunità di raggiungere appieno il proprio potenziale di salute;
- mediare tra interessi contrapposti nella società affinché la salute sia sempre oggetto di considerazione da parte di tutti i settori della società.

L'educazione sanitaria rappresenta quindi:

- un importante strumento per la prevenzione primaria;
- il supporto per realizzare le funzioni partecipative;
- l'elemento promozionale per conquistare più sani " stili di vita";
- uno strumento di supporto terapeutico e riabilitativo.

Affinché l'educazione sanitaria non rimanga enunciazione di principi ma influisca positivamente sullo stile di vita della popolazione è necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie organizzino e stimolino interventi, conferiscano loro continuità, idonea consequenzialità e coerenza, programmando iniziative congiunte con il comparto della scuola, con le Organizzazioni di Volontariato e del Terzo Settore.

Pur non essendo da considerarsi un livello di assistenza ma una modalità di erogazione di un servizio da applicare in tutti i livelli di assistenza è opportuno evidenziare le iniziative che si intendono adottare nella regione per promuovere questa modalità di intervento, applicando i principi ed i criteri generali del PSN alla educazione sanitaria secondo una sequenza definita:

1. effettuare la selezione di interventi prioritari di educazione sanitaria, in funzione degli obiettivi di salute e delle evidenze di efficacia ed individua, nello specifico programma di attività le iniziative da sviluppare, proponendosi in particolare quale momento propulsivo per favorire la

- collaborazione e l'integrazione delle attività delle Aziende Sanitarie con quelle delle altre istituzioni pubbliche e organismi impegnati sul tema salute;
2. promuove l'adozione e lo sviluppo di metodologie eticamente corrette e scientificamente validate, inclusa la valutazione sulla qualità, nell'ambito di una precisa scelta orientata a favorire l'utilizzazione ottimale delle risorse e tenendo conto delle esperienze e delle indicazioni di organismi e reti collaborative nazionali ed internazionali;
  3. sviluppa le capacità locali di selezionare interventi di provata efficacia che presentino un rapporto risorse/benefici favorevole.

#### *Azioni prioritarie*

1. programmi di formazione per operatori sanitari ed altri soggetti coinvolti nelle attività di promozione della salute finalizzati a creare una cultura comune e sviluppare le abilità necessarie alla realizzazione di progetti di promozione della salute su tutto il territorio regionale;
2. indirizzo per la realizzazione di progetti di educazione sanitaria su obiettivi coerenti al PSN e PRS secondo una metodologia omogenea su tutto il territorio regionale nell'ambito delle aree prioritarie di intervento, con il coinvolgimento di Enti Locali, Scuola ed organizzazioni pubbliche e private;
3. indirizzo e supporto per la produzione di strumenti e materiali di comunicazione utilizzabili su tutto il territorio regionale;
4. supporto ad intese con soggetti pubblici o privati e relazioni e collaborazioni per assicurare la diffusione sempre più ampia e più corretta degli interventi educativi, in particolar modo con la scuola, nel rispetto dei reciproci compiti e interventi;
5. attivazione di rapporti con centri nazionali ed europei per promuovere l'adozione di tecniche innovative ed adeguate al contesto sociale in evoluzione;
6. costituzione di centri di documentazione.

#### *Struttura organizzativa*

Il Direttore Generale delle Aziende Sanitarie individua un Referente per l'educazione sanitaria che dovrà essere in grado di promuovere e supportare la programmazione, la realizzazione e la valutazione aziendale delle attività di educazione sanitaria.

L'Azienda Sanitaria, operando in integrazione con gli altri soggetti impegnati sul tema della salute, deve:

1. definire e realizzare progetti di educazione sanitaria che seguano le direttive regionali e legare la loro realizzazione al sistema incentivante perseguendo gli obiettivi di qualità;
2. predisporre programmi e piani annuali, formulati seguendo una specifica analisi di processo, che verranno formalizzati dal Direttore Generale, nell'ambito del Piano Attuativo Locale e del Programma annuale delle Attività Territoriali;
3. curare la realizzazione delle attività, previa individuazione di aree nell'ambito delle quali svolgere indagini specifiche avendo quale necessario riferimento la specificità delle diverse realtà locali;
4. fornire supporti metodologici e consulenze per progetti intersettoriali.

Il Dipartimento Sanità della Regione garantisce il coordinamento e il supporto di Gruppo di Lavoro, composto dai referenti aziendali per l'educazione sanitaria, anche mediante la collaborazione dell'Azienda Sanitaria e di altri soggetti (Università, Scuola e Terzo Settore).

#### Obiettivo 1.8. Medicina dello sport

La tendenza ad un'attività fisico-sportiva nella popolazione sana o affetta da patologia, richiede da parte del medico sempre maggiori conoscenze sia di fisiologia che di fisiopatologia e nello stesso tempo l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche caratterizzate da affidabilità, innocuità ed alto contenuto tecnologico.

La medicina dello sport dovrà sempre di più svilupparsi su campi di applicazione e di ricerca riguardanti:

- la valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva; nei soggetti affetti da cardiopatie congenite o acquisite, ipertensione, diabete, malattie respiratorie, sindromi allergiche, l'attività sportiva non è controindicata anzi può essere considerata un utile presidio "terapeutico". Dovranno essere disponibili mezzi di valutazione medico-strumentale in grado di permettere a questi soggetti di svolgere attività sportiva nel modo più sicuro;
- la valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali;
- la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico-sportiva;
- la valutazione degli effetti dell'attività sportiva in funzione delle differenze di sesso;

- la valutazione dello stato di forma di atleti; per cogliere eventuali segni di sovrallenamento o cattivo allenamento, condizioni dannose;
- lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

Le prestazioni specifiche nonché gli obiettivi e le attività della medicina dello sport sono state definite dalla Regione con l'adozione della legge regionale n. 10 del 2 maggio 2001 a cui si rimanda.

Le attività motorie e lo sport rappresentano un'importante occasione per combattere l'affaticamento mentale e fisico che derivano dagli attuali ritmi della vita lavorativa e sociale e per prevenire, in maniera mirata, l'insorgenza di alcune patologie fra cui quelle cardiovascolari, osteoarticolari e metaboliche.

Gli obiettivi da perseguire riguardano:

1. l'avviamento alle attività fisiche e motorie di quelle fasce di età e di quei gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria;
2. lo sviluppo delle iniziative già in essere per migliorare il livello di salute dei soggetti che già praticano attività sportiva.

#### *Azioni prioritarie*

Per perseguire questi obiettivi, è necessario intraprendere azioni per:

1. realizzare e rendere fruibili le infrastrutture per svolgere attività motoria e sportiva, promuovendo e valorizzando in particolare l'attività non agonistica;
2. creare le condizioni per favorire una maggiore attività fisica degli anziani, delle donne, dei disabili.

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

Le attività di medicina dello sport dovranno quindi svilupparsi su campi di applicazione e ricerca che:

1. permettano, al fine di prevenire eventuali effetti collaterali, la valutazione degli effetti dell'attività fisica nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi;
2. consentano la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico sportiva;
3. diffondano lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e promuovano la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

#### Obiettivo 1.9. Medicina Legale

Le prestazioni specifiche nonché gli obiettivi e le attività della medicina legale sono state definite dalla Regione con l'adozione della legge regionale n. 53 del 5 maggio 1990 a cui si rimanda. Tuttavia appare opportuno, anche alla luce dei nuovi LEA, che il PRS richiami ed indichi gli obiettivi per il triennio 2003-2005 come segue.

I servizi di medicina legale si trovano ad affrontare mutamenti profondi a causa di molteplici fattori che hanno agito esternamente ed internamente al Servizio Sanitario Regionale. Si pensi al complesso principio di autonomia decisionale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico, giuridico, medico legale, e che ha trasformato il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale; questo ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali.

In questo quadro la medicina legale è ormai chiamata non più solo ad erogare prestazioni ma ad agire su aree di lavoro complesse, quali quelle della tutela dei minorati, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti.

La medicina legale agisce pertanto all'interno dell'organizzazione sanitaria con una funzione trasversale assicurando il proprio intervento in ambito territoriale ed ospedaliero e a favore di tutti i settori dell'organizzazione aziendale.

#### *Obiettivi*

1. il contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap, la legge n. 68 del 1999;
2. l'adozione di procedure uniformi per il rilascio delle certificazioni;
3. la partecipazione ai collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte;
4. la partecipazione ai Comitati Etici Locali;

5. l'attività di consulenza in materia di responsabilità professionale e di prevenzione di eventuali conflitti.

#### *Azioni prioritarie*

1. informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, invalidità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro;
2. medicina necroscopica;
3. consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico e bioetico;
4. realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni;
5. creazione di osservatori medico legali, tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti;
6. utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche;
7. corretta e puntuale erogazione delle prestazioni o servizi di competenza.

#### RIASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE STRUTTURE DI OFFERTA - IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIORGANIZZAZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura organizzativa attraverso la quale le Aziende Sanitarie garantiscono la tutela della salute collettiva, perseguendo gli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale e del Piano Sanitario Regionale.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Il Dipartimento di Prevenzione partecipa alla formulazione del piano attuativo limitatamente alle materie di sua competenza e predispone annualmente il programma delle attività del dipartimento, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate per il Livello Essenziale di Assistenza denominato "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro".

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce, inoltre, alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie ai fini del raggiungimento degli obiettivi di salute di cui al Capitolo I del presente Piano Sanitario Regionale.

Il Dipartimento di Prevenzione ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di responsabilità e di costo.

Le funzioni e gli indirizzi per la riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione sono stabiliti per come di seguito specificato.

#### Organizzazione del dipartimento

Il Dipartimento di prevenzione è istituito e disciplinato in ogni azienda sanitaria ai sensi degli artt. 7 e seguenti del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

Le strutture organizzative in cui è articolato sono UU.OO. che operano quali centri di responsabilità e di costo, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa per lo svolgimento unitario delle funzioni proprie per rispondere alle necessità di governo unico del territorio, nell'ambito degli indirizzi e delle direttive adottate dal Direttore del Dipartimento.

#### Direzione del dipartimento

Il governo complessivo del Dipartimento di Prevenzione è attribuito al Direttore di Dipartimento che assicura:

- la copertura della missione del Dipartimento attraverso l'elaborazione del piano annuale delle attività dipartimentali sulla base delle esigenze risultanti dalle diverse committenze e tenuto conto degli indirizzi e direttive stabiliti dalla direzione strategica aziendale;
- l'attribuzione del budget alle strutture organizzative interne al Dipartimento;
- il presidio dei punti di integrazione del Dipartimento con l'assistenza distrettuale;
- il coordinamento e l'integrazione delle attività di ciascuna struttura organizzativa del dipartimento;
- la valutazione quantitativa e qualitativa dell'attività dipartimentali;
- il coordinamento del Comitato di Dipartimento, costituito dai dirigenti responsabili delle strutture organizzative afferenti al dipartimento.



Nel Dipartimento di Prevenzione sono presenti, oltre a quelle tecnico-professionali, competenze e responsabilità gestionali in ordine alla partecipazione alla programmazione delle risorse e gestione di quelle assegnate per la realizzazione degli obiettivi o compiti attribuiti ed al controllo operativo di gestione e controllo di qualità, ivi compresa la verifica di economicità; tali competenze sono organizzate nello Staff amministrativo di supporto al Direttore di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, ai sensi del comma 1, dell'articolo 7-quater, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., è scelto dal Direttore Generale dell'Azienda tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione del Dipartimento, in relazione alle risorse assegnate.

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione è assegnato uno specifico budget in relazione alle funzioni ed ai compiti complessivi del Dipartimento, alla elaborazione e presentazione del piano annuale delle attività ed agli obiettivi da raggiungere.

## **Obiettivo 2 - Assistenza distrettuale**

### **IL DISTRETTO**

Il D.Lgs. n. 229/99 caratterizza le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute.

Il vigente PSN, ed ancor più il D.Lgs. n. 229/99, hanno indicato nel Distretto uno dei tre macro livelli di assistenza, delineandone l'identità all'interno dell'Azienda Sanitaria.

In quanto livello essenziale di assistenza il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistica, erogate con modalità residenziali, intermedie, ambulatoriali e domiciliari;
- delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/99;
- delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria.

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse.

L'evoluzione normativa nazionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari.

In tale quadro di riferimento la Giunta regionale, entro 120 giorni dalla approvazione del presente PRS, definisce la nuova articolazione distrettuale stabilendo gli obiettivi prioritari che il distretto deve perseguire, attraverso:

- una maggiore personalizzazione del prodotto Aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute;
- un rimodellamento del territorio Aziendale attraverso una rete di servizi sanitari sempre più ampia e a portata del cittadino che, partendo dal Distretto quale unità di base, si sviluppi attraverso una rete produttiva territoriale, articolata a livello distrettuale e integrata con il sociale, quale risposta alle esigenze di tipo extraospedaliero.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica aziendale e coerentemente con le scelte di programmazione regionale.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive.

### **Le priorità**

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale devono essere caratterizzati, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso, alla valutazione dei bisogni, alla progettazione personalizzata delle risposte, alla continuità assistenziale, alla creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

### Condizioni necessarie

Per sviluppare le suddette funzioni strategiche, il Distretto deve essere in grado di:

1. governare unitariamente il sistema di offerta, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli previste dal Programma delle Attività Territoriali;
2. promuovere l'integrazione sociosanitaria;
3. predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale;
4. mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici;
5. rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione;
6. promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori;
7. mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulla qualità dei progetti personalizzati, sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi;
8. diventare promotore dello sviluppo della comunità e della solidarietà locale, facilitando il sorgere di nuove risorse ispirate a principi di sussidiarietà;
9. partecipare attivamente alla programmazione sanitaria aziendale.

### LE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO

In tale quadro di riferimento e per l'assolvimento del nuovo ruolo ciascun Distretto deve:

1. assicurare i servizi dell'assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle delle altre strutture operative dell'Azienda;
2. gestire le risorse attribuite (budget complessivo del Distretto) e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
3. avere autonomia tecnico - gestionale ed economico - finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda;
4. predisporre il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore del Distretto ed è approvato dal Direttore Generale;
5. assicurare l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi, fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi;
6. acquisire le funzioni proprie dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico con particolare attenzione all'informazione tempestiva e corretta e alla gestione dei reclami. Per questi in particolare, considerati come elemento cruciale della relazione tra i servizi e il cittadino, è affidato al Distretto il triplice compito di analisi delle cause, di risposta al cittadino, di garanzia e controllo delle azioni intraprese per il superamento delle criticità, potendo per questo contare sulla collaborazione di tutti i responsabili della produzione;
7. assicurare la centralità del ruolo svolto dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali, insieme con gli altri profili professionali sanitari, nell'operatività del Distretto e nella sua organizzazione, valutandone la loro azione nel più ampio quadro dei fattori produttivi del Distretto;
8. in ogni Distretto deve essere inoltre garantita:
  - l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;
  - il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del Distretto nonché con i servizi specialistici ambulatoriali a gestione diretta e le altre strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica;
  - l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;
  - l'assistenza specialistica ambulatoriale;
  - le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
  - le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
  - le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
  - le attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
  - le attività o servizi domiciliari per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Trovano, inoltre, collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del Dipartimento di Prevenzione con particolare riferimento ai servizi alla persona e del Dipartimento di Salute mentale.

#### GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

I tre principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio al fine di garantire l'assistenza distrettuale sono:

- A. passare dai bisogni alle strategie di salute
- B. garantire l'integrazione sociosanitaria
- C. rimodulare l'organizzazione del Distretto.

#### A. Dai bisogni alle strategie di salute

##### *A.1 - Il Programma delle Attività Territoriali*

Le funzioni strategiche del Distretto si articolano nel Programma delle Attività Territoriali (D.Lgs. n. 229/99, art. 3-quater), base programmatica dove l'analisi dei bisogni si collega con la selezione degli obiettivi di salute e assistenziali, e con le strategie da mettere in atto per conseguirli.

Il Programma delle Attività Territoriali è la sintesi programmatica e strategica dove le risorse sanitarie, sociali e di altra natura trovano governabilità unitaria.

Il PAT è basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e in quanto tale:

1. prevede la localizzazione dei servizi di cui all' articolo 3-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
2. determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico delle Aziende Sanitarie e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

La condivisione di obiettivi e strategie di salute trova nel PAT strumento operativo indispensabile; il PAT è cioè chiamato a misurarsi con i problemi fondamentali del Servizio Sanitario: la prevenzione e la promozione della salute, l'educazione e l'orientamento della domanda, la continuità assistenziale, la cura e la riabilitazione, l'uso appropriato delle risorse.

In esso vengono trovati equilibri sostenibili tra crescita della domanda sanitaria e sociale e incontro tra diritti e doveri per una più efficace risposta ai bisogni espressi dalla popolazione e, al suo interno, dei soggetti svantaggiati.

Interlocutori privilegiati per la elaborazione del PAT sono gli Enti Locali (in primo luogo attraverso il Comitato dei Sindaci di Distretto), insieme con gli altri soggetti pubblici e privati presenti nel territorio, il volontariato, l'associazionismo di impegno sociale, le organizzazioni degli utenti, i produttori non profit e profit e gli altri soggetti, a diverso titolo, interessati a realizzarlo.

Il PAT, in attuazione della programmazione sanitaria regionale di cui al presente PRS e degli indirizzi aziendali in materia di assistenza distrettuale, definisce gli obiettivi da perseguire, tenuto conto della situazione esistente e del fabbisogno rilevato, individuando le attività da svolgere e la relativa distribuzione ed utilizzazione delle risorse assegnate.

Il PAT deve inoltre definire gli strumenti e le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati dal programma medesimo in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

Relativamente ai contenuti ed alle modalità di elaborazione operativa del Programma delle Attività Territoriali si rimanda oltre a quanto indicato dal presente PRS nonché all'articolo 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., nonché agli Accordi Collettivi Nazionali e regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Il Programma delle Attività Territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Direttore Generale. Entro sei mesi dall'attivazione i Distretti predispongono i Programmi delle Attività Territoriali in cui sono esplicitati:

1. la mappa dei bisogni e dell'offerta;
2. le valutazioni di congruenza/incongruenza tra bisogni e risposte;
3. gli obiettivi di salute e gli obiettivi di miglioramento del sistema di offerta;
4. la allocazione dei servizi e le strategie di integrazione;
5. il dimensionamento delle risorse per l'integrazione sociosanitaria;
6. le condizioni di verifica dei risultati di salute;
7. le modalità attuative con riferimento alle responsabilità aziendali e alle responsabilità del Comitato dei Sindaci di Distretto.

##### *A.2 - Il Comitato dei Sindaci di Distretto*

La ridefinizione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale presuppone una rivalutazione e valorizzazione del ruolo dei Comuni, che il legislatore ha inteso

realizzare con la istituzione del Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello dei bisogni sanitari dei cittadini rispetto ai servizi erogati; esso rappresenta quindi il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio e ad esso compete in particolare, ai sensi del citato art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., l'espressione del parere sulla proposta del Direttore di Distretto relativa al Programma delle Attività distrettuali.

Al Comitato viene inoltre trasmessa, ai fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività del Distretto predisposta dal Direttore del Distretto.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è composto da tutti i Sindaci dei Comuni ricadenti nel comprensorio del Distretto; è presieduto da un presidente eletto tra i suoi componenti a maggioranza assoluta ed a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del presidente le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune in cui è collocata la sede del Distretto. Alle sedute del comitato partecipa, senza diritto di voto, il Direttore del Distretto.

## B. L'integrazione sociosanitaria

In ogni Distretto deve essere garantita l'integrazione socio sanitaria di cui all'art. 3-septies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., tenuto conto che:

si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche a lungo termine, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite;
2. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le prestazioni del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
3. le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e sono assicurate dall'Azienda nei Distretti.

Esse sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle seguenti aree assistenziali:

- a. Materno – infantile
- b. Anziani
- c. Handicap
- d. Patologie psichiatriche
- e. Dipendenze da droga, alcool e farmaci
- f. Patologie per infezioni da HIV
- g. Patologie in fase terminale
- h. Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Tali prestazioni sono assicurate dalla Azienda a livello distrettuale secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono anche al loro finanziamento.

In attesa che la Regione individui i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Azienda Sanitaria garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari, in ciascun Distretto, il Direttore di Distretto, di concerto con i Sindaci di Distretto, individua di volta in volta le modalità organizzative e le azioni per garantire l'integrazione sociosanitaria, fermo restando quanto stabilito dal comma 5, dell'art.3-septies e dall'art.3-quinquies, comma 1, lettera c), del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i..

## C. Ridefinire l'organizzazione del Distretto

### *C.1 - Distretto e territorio*

#### **C.1.1 Dimensionamento del Distretto**

Il mancato dimensionamento dei Distretti secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 502/92 e dal D.Lgs. n.229/99 e l'assenza di disciplina regionale sulla sua organizzazione (ai sensi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del D.Lgs. n. 229/99) hanno fino ad ora fatto venire meno le

condizioni necessarie per il loro sviluppo, lasciando in molti casi i Distretti in una condizione di sostanziale marginalità rispetto alle strategie di miglioramento dell'assistenza territoriale da garantire ai cittadini.

Queste carenze rendono difficili i confronti tra Regioni in ordine alla garanzia dei livelli essenziali di offerta e in ordine al rapporto tra risorse investite e risultati di salute conseguibili.

In concomitanza con i processi di decentramento e di devoluzione è indispensabile che i meccanismi di governo del Distretto partano da una definizione rigorosa del concetto di territorio e dalle variabili che concorrono a identificare le economie di scala e le utilità conseguibili a vantaggio della popolazione.

Pertanto il dimensionamento del Distretto deve rispondere ai criteri propri di uno spazio sociale geograficamente, economicamente e culturalmente determinato.

Passate e recenti esperienze hanno evidenziato che il Distretto deve configurarsi ed assumere un ruolo diverso a seconda del contesto geografico, abitativo e di ecosistema umano. In particolare, il suo dimensionamento medio, indicato nel D.Lgs. n. 229/99 in 60.000 abitanti, trova motivo di differenziazione, a seconda della densità abitativa dell'area di pertinenza, della rete dei trasporti, del contesto culturale sociale ed antropologico, di accessibilità ai servizi, del grado di vicinanza alle strutture ospedaliere e di pronto soccorso.

Si possono delineare tre tipologie di Distretti: quello urbano, quello extraurbano e quello montano.

### **Distretto urbano**

La criticità maggiore che in genere si incontra è il rapporto tra Distretto ed Ospedale, essendo quest'ultimo generalmente e storicamente il primo punto di riferimento per la popolazione per qualsiasi contingenza. In questa realtà la costruzione di un sistema di cure primarie e di un sistema unico di salute è ben più difficile che altrove e lo stesso ruolo dei medici di medicina generale tende ad essere subordinato a quello degli specialisti.

Il Distretto deve quindi assumere con maggiore forza un ruolo connettivo tra le molteplici risorse disponibili, evitando di creare ridondanze. Ove la catena della solidarietà locale sia debole, uno dei compiti prioritari del Distretto permane quello di favorire l'inserimento delle associazioni di volontariato nella propria organizzazione in una logica di sussidiarietà, promuovendo progetti di intervento congiunto con gli Enti Locali per la copertura delle fasce di popolazione debole.

In area urbana hanno grande rilevanza le forme di associazionismo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, per assicurare agli assistiti ampia contattabilità, facile accesso agli ambulatori per 12 ore al giorno, maggiore possibilità di interventi a domicilio, prevenendo così l'indiscriminato ricorso al pronto soccorso ospedaliero come prima struttura di riferimento ed il ricovero ospedaliero come soluzione a qualsiasi problema assistenziale, anche di tipo non sanitario.

### **Distretto extraurbano**

In area extraurbana il Distretto è chiamato ad assumere maggiormente la produzione ed erogazione in proprio di prestazioni e servizi. L'obiettivo è di rendere e mantenere accessibili al cittadino i servizi essenziali, evitandogli strade lunghe e faticose. Spetta quindi alle scelte organizzative e allocative trovare soluzioni adeguate.

La inevitabile tendenza a ridurre il numero di presidi ospedalieri rende pressante la necessità di garantire servizi alternativi che possano indurre, sia nella realtà oggettiva che in quella percepita dalla popolazione locale, senso di sicurezza e tutela.

Attenta analisi e valutazione deve poi essere affrontata dal Distretto per valutare la fattibilità e convenienza di allestire, di concerto con i Comuni ed altri Enti pubblici, soluzioni di trasporto dedicato, eventualmente protetto, che consentano alla popolazione il facile raggiungimento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Il Distretto deve qui portare gli investimenti per l'ADI e la residenzialità ad un punto di equilibrio idoneo ad evitare dispersione di risorse, da un lato, o soluzioni istituzionalizzanti dall'altro.

### **Distretto e servizi sanitari nelle aree di montagna**

Molte delle considerazioni valide per i Distretti di area extraurbana assumono ancora maggiore rilevanza e pertinenza nelle zone di montagna. Le zone di montagna sono, come è noto, caratterizzate principalmente dalla dispersione della popolazione e dalla difficoltà di accesso ai servizi che di norma si concentrano laddove c'è una maggiore densità di popolazione.

Il mantenimento di strutture sanitarie periferiche deve però tener conto della difficoltà degli operatori a mantenere le proprie competenze a causa della limitata casistica che si trovano ad affrontare e dei maggiori costi che inevitabilmente caratterizzano una sanità decentrata.

La presenza di molteplici e specifici rischi potenziali per la salute, alla luce del fatto che si stima come gli stili di vita (alimentazione non corretta, alcolismo, isolamento) arrivino ad influenzare la salute della popolazione per il 50%, suggeriscono l'opportunità di realizzare azioni

mirate di promozione della salute. Inoltre, vanno considerati terreno di intervento anche i fattori di rischio ambientale che potrebbero, almeno in parte, essere neutralizzati da campagne di informazione nei confronti delle persone che risiedono o frequentano le zone di montagna (ad esempio: sull'esposizione al sole, sugli incidenti che avvengono durante attività in zone pericolose, sulle condizioni meteorologiche).

In sintesi, sia nel Distretto di area extraurbana che in quello a minore densità, sono identificabili alcuni obiettivi ed azioni:

1. perseguire il mantenimento delle persone malate a domicilio favorendo la massima integrazione fra la componente sanitaria e quella sociale dei servizi;
2. specializzare i servizi sanitari privilegiando i servizi territoriali e residenziali rispetto a quelli di degenza;
3. specializzare le strutture di degenza in strutture in grado di assicurare efficaci ed appropriate prestazioni di urgenza ed emergenza sanitaria ed assistenza sanitaria post-acuzie e di lungodegenza, a medio o lungo termine, sulla base di protocolli concordati con le strutture per acuti di riferimento;
4. integrare i servizi sanitari territoriali e di degenza in un sistema a rete utilizzando la modalità organizzativa dipartimentale ed adottando soluzioni telematiche per favorire il coordinamento degli operatori, lo sviluppo delle competenze professionali e l'efficacia degli interventi;
5. attivare iniziative che favoriscano la residenzialità di operatori sanitari preparati e competenti nelle zone più decentrate.

#### C.1.2 Organizzazione integrata delle risposte

L'organizzazione del Distretto va declinata con l'obiettivo di garantire in modo unitario (art. 3-quiquies, comma 2, D.Lgs. n. 229/99):

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Inoltre, grande attenzione va posta nel conferire al Distretto la possibilità che esso assuma un ruolo di coordinamento e regia nella vasta area pubblica e privata dell'offerta di prestazioni e percorsi riabilitativi, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle risposte, con un più oculato impiego delle risorse.

Vanno pertanto superati gli equivoci riguardanti il posizionamento di servizi e presidi ritenuti autonomi rispetto alle funzioni di governo proprie del Distretto. Tutte le specializzazioni presenti nel Distretto devono invece sapersi integrare con i fattori produttivi e i diversi centri di responsabilità, misurandosi con la complessità della domanda e concorrendo, per quanto di propria competenza, a dare risposte unitarie ai bisogni di salute della popolazione.

#### C.1.3 Il Direttore di Distretto

Il conseguimento di questi obiettivi dipende da diversi fattori, in primo luogo dalla capacità del Direttore di Distretto di interpretare in modo efficace le sue nuove funzioni di governo e gestionali, la sua capacità di promuovere il lavoro integrato tra professionisti e unità operative, la sua capacità di coordinare i fattori produttivi interni ed esterni al Distretto (comunque afferenti al livello di assistenza distrettuale), la sua capacità di attuare in modo efficace le linee guida per l'organizzazione distrettuale, la sua capacità di valorizzare l'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nei processi distrettuali, partecipando alla programmazione dell'offerta e alla sua erogazione in modo coerente con le strategie distrettuali.

Per ogni Distretto è previsto un Direttore di Distretto il cui incarico è attribuito dal Direttore Generale, ai sensi del disposto dell'art.3-sexies, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

#### C.1.4 Livelli di integrazione

Il Piano Sanitario Nazionale vigente ed il presente PRS individuano una precisa strategia per l'integrazione sociosanitaria e cioè dare risposte alle domande di integrazione proprie del livello:

1. istituzionale, integrazione fra Enti pubblici, che con le loro azioni debbono promuovere un lavoro intersettoriale attraverso la definizione del sistema delle responsabilità e l'individuazione delle condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale, utilizzando strumenti quali accordi di programma, convenzioni, ecc.
2. gestionale, con l'obiettivo di gestire al meglio i fattori produttivi afferenti ai diversi centri di responsabilità.

3. professionale, per migliorare le collaborazioni tra professionisti e servizi, utilizzando linee guida, protocolli operativi e piani personalizzati di intervento.

Gli ostacoli alla realizzazione di questa prospettiva sono molti e nascono dalle resistenze a discriminare tra servizi e programmi, tra prestazioni e processi assistenziali, tra lavoro per compiti e lavoro per progetti, e nella difficoltà di condividere informazioni e responsabilità sui problemi complessi. E' necessario, quindi, dare un forte impulso alla programmazione integrata, sia sperimentando nuovi modelli di gestione unitaria territoriale, sia definendo i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) e le condizioni per realizzarli.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono definiti nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, che li caratterizza in termini di sistema di prestazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

In prima applicazione, in attesa dei LIVEAS e del necessario raccordo con i LEA sanitari, le responsabilità dei servizi e quelle di competenza finanziaria sono stabilite dall'allegato n. 2 al presente PRS.

### **Strategie e strumenti**

Nel D.Lgs. n. 229/1999 ci sono tre condizioni per affrontare questi problemi:

1. art. 3-quater - il Programma delle Attività Territoriali e le responsabilità del Distretto e del Comitato dei Sindaci per la sua predisposizione e valutazione;
2. art. 3-septies - la definizione delle prestazioni sociosanitarie e delle aree maggiormente interessate (materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie derivate da HIV, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative);
3. art. 3-septies - l'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, di recente emanazione, per quanto attiene alle tipologie di prestazioni e ai relativi costi a carico del bilancio sanitario e sociale e per quanto attiene la predisposizione di progetti personalizzati dove sia indicata la natura del bisogno, le prestazioni necessarie, la loro tipologia, l'articolazione temporale, l'intensità dell'impegno sanitario e sociale richiesto nelle diverse fasi dell'intervento e la valutazione dei relativi costi.

### **Continuità assistenziale**

L'integrazione sociosanitaria è necessaria per affrontare bisogni che richiedono unitarietà di intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali sanitari e sociali organicamente collegati nel progetto assistenziale personalizzato.

La continuità assistenziale che esse sono chiamate a garantire si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e delle risorse. L'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni integrate sociosanitarie è strettamente connessa alla valutazione multiprofessionale del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e alla loro organica articolazione nel processo assistenziale personalizzato.

### **Indirizzi regionali**

Per facilitare l'integrazione socio-sanitaria la Regione, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente PRS, è impegnata ad individuare una quota di risorse vincolate, definita su base procapite, da imputare al budget distrettuale, per finanziare la quota sanitaria dell'integrazione (art. 3-septies, comma 6), in coerenza con quanto previsto dall'atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria.

I Comuni sono chiamati a finanziare l'integrazione con modalità analoghe (art 3-septies, comma 6), in modo da garantire livelli uniformi di assistenza sociale in ambito distrettuale (art. 3-septies, comma 3), sulla base di parametri concordati in sede regionale tali da individuare soglie universalistiche di risposta ai bisogni, entro i termini del bilancio revisionale del primo anno successivo all'approvazione del presente PRS.

### **Apporti all'integrazione della legge quadro sui servizi sociali**

La legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. n. 328/2000) garantisce ulteriori possibilità per qualificare l'integrazione: a livello strategico, con la predisposizione dei piani dei servizi sociali e sociosanitari (art. 19), con la individuazione del livello di gestione associata dei servizi, di norma coincidente con il Distretto (art. 8, comma 3), con la definizione di livelli essenziali di assistenza sociale (art. 22) e, a livello operativo, con la predisposizione di piani personalizzati di assistenza (artt. 14, 15 e 16) definiti con il concorso sia dei Comuni che dell'Aziende Sanitarie, come base operativa degli interventi. La Regione a seguito

della legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che cambia profondamente il sistema delle responsabilità istituzionali relative all'assistenza sociale e sanitaria, responsabilizzando il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti alla persona e di cittadinanza rafforzerà il sistema dei servizi socio-sanitari integrati, secondo modalità e scelte che mirano alla condivisione delle responsabilità da parte della Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, sia nella programmazione che nella realizzazione degli interventi.

Il sistema integrato di interventi e servizi che ne deriva promuove la solidarietà attraverso la valorizzazione dell'iniziativa delle persone, delle famiglie, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità. Tutto ciò integrato al piano sociale, definirà il sistema di Welfare della Regione e la sua natura solidaristica ed universale.

### **Una strategia programmatoria unitaria**

In particolare per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo fra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle Attività Territoriali (art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/99) e dal Piano di Zona (art. 19 della legge n. 328/2000).

Il Programma delle Attività Territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definite i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli nonché le relative strategie di risposta.

E' necessario, pertanto, che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie nella comunità locale.

### **Per la promozione della salute della comunità locale**

I contenuti sociosanitari del Programma delle Attività Territoriali e del Piano di Zona sono recepiti con accordo di programma, dove sono individuate e sancite le soluzioni per condividere responsabilità in ordine al conseguimento dei risultati attesi. Nell'accordo di programma sono individuati e recepiti unitariamente gli impegni previsti dai due strumenti programmatici, per quanto attiene all'integrazione sociosanitaria, evidenziando le prestazioni e i processi assistenziali da attivare, le modalità di realizzazione di Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria e le risorse necessarie per garantirli rispettivamente a carico delle Aziende Sanitarie e dei Comuni interessati.

Per la componente sociale delle prestazioni le persone e le famiglie possono essere chiamate a concorrere al costo dei servizi in base alle loro condizioni economiche, per salvaguardare il criterio dell'equità, anche secondo le previsioni di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), come previsto dalla legge n. 328/00.

### **Linee guida per l'integrazione sociosanitaria**

Su questo terreno è da auspicare la elaborazione di linee guida a contenuto misto, clinico, assistenziale e organizzativo, tali da garantire qualità e appropriatezza ad interventi che investono gruppi di lavoro professionali, chiamati a condividere responsabilità sulle scelte e sui risultati.

Anche la dirigenza sanitaria dovrà crescere in questa prospettiva, tenendo conto che il D.Lgs. n. 229/99 prevede una integrazione delle tabelle dei servizi, delle specializzazioni e delle discipline previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e l'introduzione dell'area delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, con discipline idonee.

È pertanto necessaria:

- una articolazione delle funzioni socio-sanitarie, a partire dai diversi servizi, distinguendo tra prestazioni e processi assistenziali;
- una definizione ulteriore dei costi per diverse tipologie di intervento e di processo assistenziale;
- la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria (LIVEAS) per tipologie di bisogno;
- la determinazione di indirizzi per i percorsi autorizzativi, di accreditamento delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni nell'area dell'integrazione;
- la definizione delle modalità per la valorizzazione del ruolo del non profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei progetti.

Le difficoltà di valutazione dei costi potranno essere affrontate tenendo conto di due parametri generali: le prestazioni e i processi assistenziali, con riferimento alla distinzione "costi prestazione e costi processo" e con riferimento a prestazioni semplici (quando la natura del bisogno può essere soddisfatta con modalità standardizzate di intervento) e a prestazioni complesse (meglio descrivibili sotto forma di processi assistenziali) quando la natura del bisogno è multifattoriale e richiede competenze capaci di gestire percorsi assistenziali integrati di medio e lungo periodo.



### C.1.5 La gestione qualitativa dell'offerta distrettuale

I risultati delle analisi sulla qualità percepita dei servizi erogati rilevano che la qualità percepita dei servizi sanitari non risulta affatto soddisfacente per il cittadino utente che tali servizi utilizza. Sebbene le critiche sembrano riguardare maggiormente i servizi ospedalieri che territoriali, nello sviluppo obbligatorio di questi ultimi è indispensabile, per la loro credibilità, migliorare ulteriormente la qualità percepita.

Le criticità sono riconoscibili nelle difficoltà che il cittadino incontra nell'accesso quotidiano ai servizi, nelle insufficienti informazioni sulle prestazioni, nella insufficiente conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, delle tariffe, dei percorsi.

Per affrontare questi problemi sono di seguito indicate tre priorità:

1. l'allargamento degli orari di accesso ai servizi;
2. la costituzione di punti unici di accesso;
3. la semplificazione delle procedure di prenotazione e selezione delle risposte.

#### C.1.5.1 - Allargare i tempi di accesso ai servizi distrettuali e garantire la continuità

Attualmente i servizi distrettuali sono organizzati su 5 e talora su 6 giorni alla settimana. Spesso chiudono il venerdì pomeriggio, difficilmente estendono l'orario di apertura nell'arco delle 12 ore giornaliere. La loro immagine è sovente caratterizzata per la precarietà delle strutture e degli arredi. Le professionalità presenti al loro interno non sempre vedono riconosciute le qualità tecniche e scientifiche che sono in grado di esprimere, oltre che in termini specifici, anche sui versanti dell'educazione sanitaria, della prevenzione, del trattamento continuativo di patologie che richiedono elevato impegno e complessità assistenziale.

I Distretti devono pertanto ampliare l'offerta dei servizi in modo da garantire una operatività continuativa per 12 ore giornaliere per 6 giorni alla settimana. Nel caso dei servizi di assistenza domiciliare integrata la funzionalità deve essere estesa continuativamente a 7 giorni, anche al fine di garantire la integrazione assistenziale tra Ospedale e Distretto e rendere possibili dimissioni programmate nell'arco di tutta la settimana.

#### C.1.5.2 - Punto unico di accesso

L'unificazione della offerta dei servizi presenti nel territorio, indipendentemente dal soggetto erogatore (Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere, privati accreditati, attività libero professionale intramoenia) è garanzia di trasparenza nelle informazioni e rappresenta una condizione di tutela della libertà di scelta dell'utente. Per questo vanno rimossi gli ostacoli che costringono le persone e le famiglie in percorsi tortuosi, separati per competenze sanitarie e sociali, incapaci di proporre unitariamente la mappa delle risorse presenti su scala locale, aziendale e regionale, in rapporto al bisogno rilevato.

È pertanto indispensabile mettere in atto azioni per facilitare i percorsi del cittadino prevedendo, a livello distrettuale, la creazione del punto unico di accesso all'intera rete dei servizi sanitari e sociosanitari. Il Punto unico di accesso è definito come modalità organizzativa del Distretto, concordata con gli Enti Locali che ne fanno parte, nell'ambito del Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/99 e del Piano di Zona di cui all'art. 19 della legge n. 328/2000. È una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per indicare i percorsi di risposta ai bisogni di ordine sanitario e sociale in modo unitario e integrato, in ragione della complessità della domanda. Un amichevole e corretto funzionamento favorisce il processo di identificazione del cittadino nel proprio Distretto, obiettivo da perseguire per renderlo così concreto primo punto di riferimento per qualsiasi situazione di bisogno.

#### C.1.5.2 - Semplificazione delle procedure di prenotazione

La organizzazione di centri unificati di prenotazione deve garantire una molteplicità di punti di prenotazione, capillarmente distribuiti nel territorio, localizzati nei presidi sanitari, e progressivamente nelle farmacie, presso i medici di medicina generale e nei Comuni, istituendo o consolidando, dove già presenti, sistemi di prenotazione telefonica e telematica. Il collegamento in rete metterà in grado di interconnettere le diverse offerte di servizi presenti nel territorio e ai punti unici di accesso di operare come terminali intelligenti di un sistema integrato su base orizzontale e verticale.

Al fine di facilitare l'accesso alle strutture la Giunta regionale, previa individuazione degli standards organizzativi e tecnologici necessari per il loro funzionamento e, in ragione della urgenza del bisogno, provvederà all'elaborazione di linee guida per identificare le priorità cliniche e valutare i tempi di differibilità della risposta, in modo da rendere compatibili i percorsi del cittadino con le effettive possibilità di erogazione dei servizi, garantendogli una informazione efficace e trasparente sulla compatibilità dei tempi di accesso con la necessità di affrontare in modo tempestivo e appropriato il bisogno rilevato.

Si dovranno attivare strumenti di informazione adeguata di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità dei singoli, di suggerimenti che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino la capacità delle persone e delle reti sociali amicali e familiari. Particolare attenzione sarà posta agli interventi a favore dei soggetti che risiedono nelle zone svantaggiate, nelle aree rurali e nei piccoli centri.

Diventa pertanto necessario che nelle agende informatizzate vengano immesse tutte le prestazioni erogate da ogni produttore (pubblico e privato), per dare al cittadino piena visibilità dell'offerta e al Distretto maggiori e più realistiche possibilità di governarla.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

#### Associazionismo medico

I rapporti tra medico di medicina generale, pediatra di libera scelta e Distretto sono disciplinati rispettivamente dal DPR n. 270/2000 e dal DPR n. 272/2000, sulla base dei disposti dell'art 48 legge 23.12.78 n.833 e dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

La Regione e le Aziende Sanitarie favoriscono l'istituzione di associazioni tra medici finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli medici tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, in modo da garantire:

1. il potenziamento dell'assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività;
2. l'educazione sanitaria e l'assistenza preventiva individuale;
3. la partecipazione alle équipes territoriali multidisciplinari per valutazioni multiprofessionali;
4. lo sviluppo di attività integrate Ospedale-Territorio, ponendo cura nel trovare regole e procedure condivise per le ammissioni e le dimissioni, al fine di assicurare la massima continuità e contiguità terapeutica;
5. le attività di formazione, informazione e revisione fra pari dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
6. il potenziamento dei servizi di supporto all'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
7. lo sviluppo e potenziamento degli standards informativi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
8. lo sviluppo di servizi assistenziali carenti nel territorio, anche rispetto alle nuove situazioni di vulnerabilità.

#### Reti telematiche

La Regione e le Aziende cureranno progetti atti a favorire lo sviluppo di reti telematiche con lo scopo di rendere fluido e scorrevole l'interscambio di informazioni. L'insieme delle attività sopracitate si riferisce a pieno titolo anche ai Piani Locali di Salute (PLS), per i quali rilevanti vanno considerate le seguenti attività:

1. presa in carico di tutti i neonati nell'immediato post-partum, ricercando ogni soluzione possibile per assicurare l'iscrizione dei nuovi assistiti;
2. partecipazione attiva a tutte le campagne delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, agli adempimenti dei bilanci di salute, e ad altre iniziative condivise a livello distrettuale volte ad innalzare i livelli di salute.

Il citato quadro normativo intende favorire un'elevata integrazione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nell'attività distrettuale. Da tale integrazione possono derivare concrete possibilità di ottimizzazione dell'assistenza in ambito di accessibilità, di appropriatezza prescrittiva, ai fini di un miglioramento dei processi assistenziali, con particolare riguardo agli accessi impropri al Pronto Soccorso, ai ricoveri evitabili e alla effettiva continuità delle cure.

#### Personalizzazione dei processi assistenziali

##### *Accoglienza della domanda, orientamento e accompagnamento*

##### *- Le criticità*

Le persone devono poter contare su un rapporto fiduciario con il proprio medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta, al fine dell'orientamento e dell'accompagnamento della domanda. La burocratizzazione dei rapporti tra medico e paziente ha, nel tempo, deteriorato questa possibilità, pur prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza, mentre occorre garantire alle persone assistite ed alla loro famiglia la possibilità di una scelta consapevole tra diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche, evitando che accedano alle risposte senza orientamento o seguendo percorsi di ricerca per prove ed errori, con rischi, spreco di risorse e ricadute negative sul sistema

di erogazione. Deve essere superata la relazione medico-paziente fondata sul paternalismo, adottando invece soluzioni favorevoli all'alleanza terapeutica e il patto per la salute in cui sia più accentuata la responsabilizzazione del paziente.

- Dalla domanda al problema

A questo scopo gli operatori del Distretto devono condividere criteri e standards di qualità per l'accoglimento della domanda, la valutazione del bisogno, la sua presa in carico tecnica e organizzativa, nonché le procedure di attivazione ed erogazione delle risposte, tenendo conto che gli stessi servizi vengono proposti a persone di diversa formazione e cultura, con la necessità di differenziare le informazioni e gli orientamenti, al fine di metterle in grado di meglio utilizzare le risposte disponibili.

- Valutazione qualitativa del bisogno

Per questo chi accoglie la domanda, sia esso singolo professionista o unità multiprofessionale, deve garantire capacità di ascolto, di orientamento, di tutela della privacy e di accompagnamento, quando necessario. Con il che il progetto personalizzato diventa motivo di impegno condiviso con gli operatori, la persona e la famiglia, sulla base di intese tali da individuare in modo trasparente i diversi centri di responsabilità. Nello stesso tempo deve garantire funzioni di filtro, di osservatorio della domanda, di monitoraggio dei bisogni e delle risorse, di conoscenza della domanda in entrata, aggiornando e utilizzando sistematicamente la mappa delle risorse sanitarie e sociali presenti nel territorio. È precipuo mandato dell'attività distrettuale mantenere sempre ben salda la visione unitaria e globale della persona, transitando da una logica di servizi per prestazioni a quella di progetti personalizzati.

#### *Dall'analisi della domanda ai progetti personalizzati*

- Progetti personalizzati

Alla qualità dell'accesso ai servizi deve far seguito una conseguente capacità di valutazione integrata del bisogno, finalizzata alla predisposizione e gestione di progetti personalizzati. Questo implica qualità di analisi della domanda e competenze valutative per passare dall'analisi della domanda alla definizione del problema. La diagnosi che sintetizza i risultati di questo percorso è premessa tecnica per definire i progetti personalizzati di assistenza.

- Valutazioni multidimensionali

Il passaggio dall'analisi della domanda alla definizione del problema può essere realizzato su base monoprofessionale o multiprofessionale, tenendo conto della complessità del bisogno. L'introduzione di sistemi strutturati di valutazione multidimensionale dei bisogni ha determinato in vari contesti assistenziali un miglioramento della qualità della vita delle persone assistite, una riduzione della mortalità, della disabilità, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri e in residenza sanitaria assistenziale, del consumo dei farmaci e della spesa sanitaria nel suo complesso.

Per questo la presenza/assenza di soluzioni organizzative facilitanti la valutazione multidimensionale, la programmazione integrata dei piani di assistenza, la loro gestione in una logica di continuità assistenziale, la valutazione periodica dei risultati e degli esiti sono requisiti di qualità da garantire in ogni Distretto, sulla base di linee guida di tipo misto (clinico, assistenziale e organizzativo) utilizzabili anche a fini di accreditamento dell'offerta distrettuale.

- Unità multiprofessionali

La crescita di bisogni connessi a cronicità e a lungoassistenza rende necessario attivare in ogni Distretto unità multiprofessionali, che valutino i bisogni richiedenti risposte assistenziali complesse, continuative e integrate. L'unità multiprofessionale è funzione organizzativa del Distretto e finalizza la propria attività alla valutazione multidimensionale, alla definizione del problema, alla predisposizione del piano personalizzato di assistenza, all'attuazione e alla verifica periodica dello stesso. Comprende il medico di Distretto, il medico di medicina generale, l'assistente sociale, l'infermiere professionale. Ad essi si associano altri specialisti in ragione della natura del bisogno.

## *Continuità assistenziale*

### - Le criticità

La domanda di continuità assistenziale nasce dalla constatazione che possono essere evitati accessi impropri al pronto soccorso, ricoveri inutili o inappropriati, dimissioni non programmate, talora assimilabili a forme di interruzione non motivata di assistenza. Altri indicatori sono rilevabili nel consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche svincolate da percorsi diagnostico terapeutici personalizzati o nel consumo di prestazioni assistenziali afferenti a centri di offerta svincolati da una logica di rete e incapaci di interconnettere i diversi centri di responsabilità.

### - Dimensioni della continuità assistenziale

Il problema della continuità delle cure è una questione cruciale che investe le responsabilità del Distretto, i suoi rapporti con l'Ospedale, la sua capacità di governare i diversi fattori produttivi interni ed esterni al sistema di offerta pubblico, comprensivo del privato accreditato.

La continuità assistenziale assume rilevanza tutta particolare nell'assistenza alle persone disabili, agli anziani non autosufficienti, alle persone affette da patologie in fase terminale, alle persone che richiedono cure domiciliari integrate di lungo periodo, cioè nelle situazioni in cui si richiede una maggiore integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri servizi distrettuali e servizio di continuità assistenziale.

## *Alternative positive ai ricoveri e qualificazione delle cure domiciliari*

### - Curare a casa

L'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari, dovendosi ancora consolidare il principio generale che la casa resta il migliore luogo di prevenzione cura e riabilitazione, per giungere "nel lungo periodo" ad affidare all'Ospedale un ruolo assistenziale appropriato per le fasi di acuzie che richiedono elevata intensità di assistenza e concentrazione fisica di competenze e tecnologie. Per queste devono essere garantite adeguate risorse, valorizzabili anche limitando il numero di posti letto ospedalieri a quelli strettamente necessari per le tipologie di cure erogate per i quali è ormai doveroso garantire standards strutturali e organizzativi di livello elevato.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, tenendo conto di quanto previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, andranno definite tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità, specificando le procedure di attivazione e organizzazione e le tipologie di costo.

### - Una nuova visione dell'assistenza nelle residenze per anziani

La visione moderna di assistenza domiciliare deve integrarsi con l'assistenza residenziale, in particolare di quella per gli anziani, di cui il Distretto dovrà sempre più assumere capacità di governo e regia.

La scelta di inserire in una residenza una persona anziana si configura come una scelta che per lo più diventa irreversibile. È una decisione che va quindi presa con grande cautela e lasciando il più ampio possibile potere di contrattualità alla persona. Le implicazioni di carattere etico, giuridico, sociale sono rilevanti. Quindi questa opzione assistenziale è da intendersi per quanto possibile temporanea, realmente condivisa ed accettata; in grado di garantire una qualità di vita accettabile, predisposta per favorire la partecipazione attiva dei familiari e delle persone, al fine di mantenere legami significativi tra l'anziano e la sua comunità di provenienza. In questo senso la logica di impostazione dell'assistenza residenziale deve collocarsi molto più in prossimità delle cure domiciliari piuttosto che di quelle ospedaliere.

### - Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Gli interventi di assistenza domiciliare integrata a maggiore impegno sanitario, caratterizzate nei termini di cure domiciliari, dovranno contare su percorsi di attivazione rapidi, nella fattispecie dell'urgenza, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando ad una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari.

All'interno delle strutture di ricovero accreditate per acuti andranno identificati specifici responsabili per la deospedalizzazione e per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, con il compito di definire, di concerto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente e con il Distretto, le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure

domiciliari necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. Più in specifico, nei casi di anziani o di persone le cui condizioni cliniche, psicologiche e di autonomia personale impongono un programma articolato ed integrato di interventi sanitari e sociali a valenza sanitaria, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, la attivazione e la interfaccia con le figure professionali e le strutture del Distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione ed organizzazione dei percorsi successivi.

#### OSPEDALE DI COMUNITÀ O OSPEDALE DI DISTRETTO

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, prevista dal presente PRS, il cui pilastro portante è costituito dal nuovo Distretto sanitario, impone la necessità di prevedere lo sviluppo sul territorio di strutture sanitarie che, pur al di fuori della rete ospedaliera, siano in grado di accogliere e seguire in regime residenziale o semiresidenziale le persone che necessitano di interventi clinico-assistenziali ovvero quei casi che, avendo esaurito il percorso assistenziale di elevato contenuto tecnologico in fase diagnostico-terapeutica (fase acuta specifica del momento ospedaliero vero e proprio) necessitano ancora di una fase di sorveglianza clinica e assistenziale.

In sostanza si tratta di una struttura sanitaria territoriale, con bacino di utenza distrettuale o interdistrettuale, intermedia tra il ricovero propriamente detto che avviene in strutture ospedaliere per acuti e le altre possibili risposte assistenziali territoriali sia di carattere domiciliare che residenziale di lungodegenza (RSA e CP), in stretto rapporto di collaborazione funzionale tra di loro e tale da consentire la costruzione di una rete di servizi sanitari extra ospedalieri.

L'Ospedale di comunità è una struttura sanitaria territoriale in grado di seguire in regime residenziale e semiresidenziale una quota di popolazione che oggi afferisce impropriamente alla tradizionale degenza ospedaliera per acuti.

In ogni caso si tratta di patologie per il cui trattamento non necessitano i supporti tecnologici ed assistenziali che caratterizzano tipicamente la rete degli Ospedali per acuti di cui al successivo obiettivo assistenziale 3 del presente PRS. L'Ospedale di comunità o di Distretto inoltre non entra in concorrenza con l'Ospedale tradizionale in quanto sono diverse le finalità assistenziali anzi risulta di supporto all'Ospedale in fase di dimissione precoce/protetta e si distingue nettamente dalle strutture territoriali residenziali (RSA – CP) che sono strutture socio-sanitarie, che accettano soggetti anziani non autosufficienti con patologie croniche stabilizzate. Inoltre l'Ospedale di comunità può essere valida alternativa all'ADI quando la famiglia dell'utente non è in grado di gestirla.

I ricoveri nell'Ospedale di comunità sono sempre programmati e di solito finalizzati alla risoluzione di un problema sanitario; l'ammissione avviene su proposta del medico ospedaliero se si tratta di paziente ricoverato in ospedali per acuti, oppure su proposta del medico di Medicina Generale se non è ricoverato. In entrambi i casi è indispensabile il consenso del MMG che ha la responsabilità della condotta diagnostico terapeutica del paziente e che seguirà il paziente ricoverato nell'Ospedale di comunità del Distretto di competenza secondo le modalità operative e gli impegni orari di accessi programmati che saranno stabiliti in sede di accordo integrativo regionale con i MMG.

L'assistenza sanitaria, sia negli aspetti diagnostici che terapeutici, viene erogata con modalità ospedaliere, in caso di emergenza/urgenza vengono attivate le strutture del 118, che in ciascun Ospedale di comunità possono trovare la loro collocazione quali sedi dell'emergenza territoriale con personale medico, infermieristico e tecnico e mezzi a ciò deputate 24 ore su 24. Inoltre nelle ore notturne prefestive e festive è presente anche il medico di continuità assistenziale di cui la postazione territoriale è allocata nella struttura dell'Ospedale di comunità.

L'Ospedale di comunità si avvale, oltre che del personale infermieristico ad esso dedicato, del medico di medicina generale, dei servizi e delle attività territoriali di seguito indicate, ove trovino collocazione nella stessa struttura dell'Ospedale di comunità:

1. Servizio di primo soccorso svolto dalle strutture territoriali del SUEM 118
2. Postazione di continuità assistenziale
3. Servizi di specialistica ambulatoriale di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché gli specialisti ambulatoriali territoriali.

In sede di prima applicazione le funzioni di ospedale di comunità saranno allocate nei presidi di cui alla tabella n. 3, ferme restando le eventuali altre destinazioni previste nel presente PRS.

**Tabella 3 – Funzioni di ospedale di comunità.**

<b>Presidi in cui vengono allocate anche le funzioni di ospedali di comunità</b>
Praia a Mare - Scalea
Lungro
Mormanno
Cassano
Cariati
Mesoraca
Soveria Mannelli
Chiaravalle
Pizzo Calabro
Nicotera
Rosarno
Palmi
Gerace
Scilla

La Giunta Regionale entro il primo semestre di vigenza del presente PRS, su specifica proposta del competente Dipartimento Sanità e tenuto conto delle risorse disponibili, adotterà specifiche linee guida per la riconversione e l'attivazione degli ospedali di comunità delle Aziende Sanitarie, nonché per la loro strutturazione, organizzazione e funzionamento.

#### *Educazione terapeutica*

##### **- Convivere attivamente con la malattia**

È soprattutto l'elevato e costantemente crescente numero di persone affette da malattie o condizioni che si protraggono molto a lungo nel tempo a imporre all'attenzione del mondo della salute l'esigenza di avviare, accanto alla sua promozione, pratiche di educazione terapeutica (per certi versi definibile come "educazione a convivere attivamente con la malattia").

L'educazione terapeutica è un processo continuo che non si limita a cercare di trasferire conoscenze, ma permette al malato di riappropriarsi della propria condizione di malattia, di diventare protagonista e risorsa dell'assistenza. Inoltre, consente di valutare l'uso appropriato e contestuale delle informazioni acquisite, per giungere a un progetto condiviso e a un contratto informato tra le parti.

L'educazione alle persone assistite e alle loro famiglie presenta notevoli vantaggi in quanto porta a migliorare la qualità della vita delle persone assistite e a favorire la ricostruzione del senso della malattia. Si dimostra in grado di innalzare il livello terapeutico, concorrendo ad un uso più appropriato dei farmaci, ad un minore bisogno delle strutture sanitarie, alla riduzione dei costi.

##### **- Per informare e formare**

Lo scopo è quello di formare correttamente i pazienti e i loro familiari sulle possibilità e modalità di gestione della malattia, sulle sue caratteristiche e storia naturale, partendo dai bisogni reali e dal contesto del nucleo familiare. In questo ambito sono evidentemente comprese anche tutte le iniziative volte ad addestrare alle tecniche di self-care malati e famiglie.

Si porta, consapevolmente, il malato (ove possibile) e la famiglia a competenze tali da poter gestire la malattia, a livelli di sicurezza, concordati con il medico e con il personale infermieristico in una logica educativa, di sostegno e di qualità di vita. Pertanto, oltre all'informazione e al relativo consenso alle cure, si valuta il livello cognitivo e il saper fare degli interessati per educarli alle azioni di supporto. Tale forma di educazione, richiede un rapporto molto stretto di conoscenza dei bisogni della famiglia e una continua valutazione sul persistere dei criteri minimi di sicurezza del contratto terapeutico.

È opportuno promuovere attività formative all'educazione terapeutica, per raggiungere il migliore livello di competenza in questo campo, per la (auto)gestione della malattia a livelli di sicurezza e di condivisione di responsabilità. Le attività formative coinvolgono non solamente i medici (del territorio e dell' Ospedale), ma soprattutto gli infermieri e altri operatori che partecipano al progetto assistenziale e diventano in questo ambito protagonisti dell'azione formativa.

## LE PRESTAZIONI DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Le prestazioni ricomprese nel LEA assistenza distrettuale sono articolate nei sottolivelli di assistenza e nelle tipologie di prestazioni indicate nell'allegato n. 2 del presente PRS a cui si rimanda.

Tramite i sublivelli di assistenza sopra riportati si realizzano servizi rivolti alla popolazione generale ed attività rivolte alle specifiche categorie di utenti qui di seguito indicati e per i quali concorrono in ogni ambito distrettuale le correlate strutture organizzative dipartimentali delle Aziende:

1. soggetti in età pediatrica: prevenzione, riabilitazione e promozione della salute dal punto di vista fisico, psichico e sociale dei soggetti in età 0-13 anni anche nei servizi educativi della scuola dell'obbligo, garantendo il necessario raccordo con le iniziative rivolte a soggetti di età 14-18 anni;
2. adolescenti ed adulti in età fertile (famiglie, coppie, singoli) e donne in menopausa: informazione sulla prevenzione responsabile e la gravidanza, prevenzione e counseling sulle malattie genetiche e connatali, prevenzione e trattamento delle malattie ginecologiche ed a trasmissione sessuale, promozione di una sessualità serena e consapevole;
3. anziani ed adulti con patologie croniche: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;
4. soggetti con patologie mentali od a rischio per tali patologie: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
5. soggetti con dipendenze o a rischio: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
6. soggetti disabili o a rischio: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
7. soggetti in fase terminale.

Le attività indicate si svolgono in maniera integrata e coordinata nel territorio distrettuale in modo da fornire risposte di assistenza di base e specialistica come un "continuum" di cure che rispondono in maniera compiuta ai bisogni delle persone filtrando gli accessi ospedalieri secondo criteri di appropriatezza e fornendo tramite i presidi semiresidenziali e residenziali anche risposte a ciclo continuativo o diurno.

### Le sedi di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni e le attività ricomprese nei sottolivelli di assistenza distrettuale vengono erogati presso:

1. le sedi distrettuali;
2. gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
3. il domicilio del paziente;
4. le farmacie;
5. gli ambulatori e le sedi dei presidi extraospedalieri e ospedalieri;
6. gli ospedali di comunità;
7. le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio;
8. le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate.

### L'organizzazione operativa e gestionale del Distretto

L'organizzazione operativa dei Distretti è stabilita dall'atto aziendale.

## AZIONI DI SUPPORTO ALLO SVILUPPO E ORGANIZZAZIONE DEI NUOVI DISTRETTI

Nel corso del primo anno di vigenza del presente PRS la Giunta Regionale assicura le azioni di supporto allo sviluppo ed alla riorganizzazione dei nuovi Distretti qui di seguito indicate:

- programma di formazione per lo sviluppo delle competenze dei Direttori di Distretto;
- programma di formazione per promuovere tra gli operatori lo sviluppo di atteggiamenti ed abilità utili allo sviluppo dell'assistenza distrettuale;
- monitoraggio dell'attuazione del nuovo modello di assistenza distrettuale.

## OBIETTIVI SPECIFICI PER I SOTTOLIVELLI DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Costituiscono obiettivi specifici e prioritari, nell'ambito di ciascuno dei sub livelli di assistenza ricompresi nel LEA assistenza distrettuale, il corretto ed uniforme svolgimento delle seguenti attività e prestazioni nonché lo svolgimento delle azioni di seguito indicati:

## 1. Assistenza sanitaria di base

### *Prestazioni*

Le prestazioni erogate ricomprendono prestazioni dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e guardia medica turistica previste dagli AA.CC.NN. e quelle previste dagli accordi integrativi regionali, anche con la collaborazione del personale del Distretto per quanto concordato con il Direttore di Distretto.

### *Obiettivi*

Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono i riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie. Coerentemente con l'indirizzo del presente PRS è necessario che essi, nel rapporto con gli assistiti, valorizzino sempre di più le funzioni educative e di promozione della salute a diretto contatto con l'utenza. Assume inoltre maggiore importanza la valutazione dei bisogni sanitari e socioassistenziali delle persone al fine di orientare e regolare l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie offerte dall'Azienda, attenendosi ai criteri della evidence based medicine ed alle linee-guida concordate a livello nazionale e privilegiando sempre le strutture ed i servizi presenti nell'Azienda, ciò anche al fine di contribuire alla riduzione della mobilità sanitaria intraregionale ed extraregionale.

I MMG ed i PLS, nelle forme previste dalle rispettive convenzioni, dovranno essere responsabilizzati in modo adeguato relativamente alla spesa sanitaria per i propri assistiti. I criteri ai quali attenersi per lo sviluppo di questo sublivello di assistenza sono:

1. omogeneità di offerta;
2. orientamento della domanda;
3. integrazione con gli altri servizi territoriali;
4. collaborazione con i servizi ospedalieri;
5. promozione del loro ruolo.

### *Azioni*

1. adeguamento e aggiornamento continuo dell'anagrafe assistiti;
2. definizione e applicazione degli accordi integrativi regionali e locali coerenti con le strategie del PRS;
3. attivazione di progetti obiettivo distrettuali che prevedano il coinvolgimento e l'incentivazione dei MMG e PLS con riferimento alla progressiva eliminazione dei ricoveri ospedalieri, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle prescrizioni farmaceutiche inappropriati;
4. aggiornamento continuo dei MMG e dei PLS con specifico riferimento non solo agli aspetti assistenziali ma anche a quelli di responsabilizzazione e gestione nell'uso appropriato e razionale delle risorse assegnate al Distretto;
5. sviluppo dell'informatizzazione e della comunicazione tra gli studi professionali dei medici e le strutture del Distretto e dell'Azienda;
6. sistema aziendale di reporting che consenta di confrontare l'attività prescrittiva tra medici singoli e tra gruppi di medici (ad es. afferenti a Distretti differenti).

## 2. Assistenza farmaceutica

### *Situazione*

La consapevolezza che l'attuale assistenza farmaceutica presenta diversi punti di debolezza e criticità specie per quanto attiene alla sostenibilità dei costi, pone l'esigenza di formalizzare indirizzi specifici per meglio definire l'area dell'assistenza farmaceutica ed il percorso per realizzare una appropriata politica dell'assistenza farmaceutica compatibile con le risorse disponibili.

All'interno del territorio regionale esiste, inoltre, un disomogeneo sviluppo dei programmi di assistenza farmaceutica e la necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutici concordati e formalizzati, con particolare attenzione al rapporto costo/beneficio nelle scelte.

L'aumento del numero delle persone anziane e delle polipatologie in questa fascia di età, della prevalenza di determinate patologie, soprattutto quelle cardiovascolari e neoplastiche, a fronte della rimodulazione della rete ospedaliera, richiedono la più ampia integrazione professionale in seno all'équipe assistenziale, per la quale il farmacista rappresenta un importante riferimento in merito a: consulenza, sorveglianza e valutazione complessiva dell'uso del farmaco e dei rimanenti materiali sanitari.

L'assistenza farmaceutica si esplicita nei processi di cura propri dell'Ospedale e del Distretto, in modo da garantire appropriati percorsi di cura alle condizioni di malattia a diverso livello di intensità, sia che siano realizzati in ambito di degenza, lungodegenza, assistenza protetta,



domiciliare, ambulatoriale, anche in funzione dell'evolversi delle tipologie di intervento sanitario offerto.

Pertanto si rende necessaria l'adozione di strumenti volti alla integrazione dei due ambiti assistenziali farmaceutici, ospedaliero e territoriale.

Emergono, infatti, accanto alle competenze già consolidate, ulteriori funzioni correlate alle nuove modalità assistenziali (continuità assistenziale Ospedale/territorio, assistenza sanitaria territoriale, domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale) e al governo della spesa per l'assistenza farmaceutica nell'ambito della gestione del rapporto con e fra i prescrittori (medici di medicina generale e specialisti ospedalieri e territoriali).

### *Obiettivi*

Permane l'obiettivo di contenere la spesa attraverso lo sviluppo del monitoraggio della stessa riferita ai singoli prescrittori, complessiva e per classi terapeutiche, la qualificazione delle prescrizioni per qualità e quantità. E' necessario inoltre promuovere e garantire adeguatamente la farmacovigilanza.

È indispensabile, per questi obiettivi, il coinvolgimento dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e degli specialisti ospedalieri e territoriali.

È necessario rivedere l'assetto organizzativo delle strutture e dei servizi, istituzionalmente preposti alla elaborazione e diffusione delle informazioni indispensabili ad operare scelte razionali e responsabili nell'area del farmaco, adeguandolo al nuovo contesto aziendalistico del sistema sanitario e alle esigenze sempre più manifeste di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria ed in particolare quella per l'assistenza farmaceutica.

Obiettivo prioritario per il triennio permane quindi quello di contenere la spesa farmaceutica entro il tetto di spesa annualmente programmato dalla Regione anche in attuazione di quanto al riguardo stabilito nell'accordo Stato/Regioni.

Dovrà inoltre essere perseguito il coinvolgimento delle farmacie pubbliche e private al fine di razionalizzare il servizio reso, attuare l'informazione al cittadino, facilitare la prenotazione di prestazioni specialistiche per via informatica, collaborare al monitoraggio dei consumi e alla farmacovigilanza, erogare ausili, presidi e prodotti dietetici.

La valutazione in merito alla competitività delle farmacie convenzionate dovrà essere effettuata tenendo conto delle occorrenze finanziarie necessarie alle Aziende Sanitarie per attivare un servizio di fornitura analogo, per capillarità ed efficienza anche sociale, a quello garantito dalle farmacie.

Medesima valutazione dovrà essere effettuata per quanto attiene la fornitura ai cittadini dei farmaci prescrittibili ed erogabili da parte delle strutture pubbliche specializzate.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire un'omogeneità di comportamento e di azioni in materia di utilizzo delle risorse in campo farmaceutico (farmaci, dispositivi medici, etc.), nell'Azienda si rende necessaria l'attivazione di una apposita struttura organizzativa (Servizio Farmaceutico) cui demandare anche le specifiche funzioni di coordinamento, monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

### *Azioni*

1. strutturazione e organizzazione del Servizio Farmaceutico nelle Aziende Sanitarie con articolazioni organizzative in ciascun Distretto;
2. realizzazione di software unico di monitoraggio della spesa con controlli di qualità dei dati e reportistica uniforme;
3. attuazione di una efficace attività di monitoraggio e di controllo della spesa farmaceutica sia in ambito ospedaliero che territoriale con produzione di reports trimestrali;
4. adozione di specifiche linee-guida e provvedimenti regionali per la qualificazione e il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;
5. indirizzo regionale per l'organizzazione dei servizi di farmaceutica territoriali ed ospedalieri;
6. adeguamento e formazione del personale dei servizi di farmaceutica territoriali ed ospedalieri;
7. coinvolgimento in ogni fase delle azioni delle aziende sanitarie ed ospedaliere dei direttori di Distretto e dei direttori delle farmacie ospedaliere.

### *Appropriatezza dell'assistenza farmaceutica*

Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. qualificarne e razionalizzarne l'utilizzo, assicurando la migliore assistenza al cittadino, tenendo conto delle risorse economiche disponibili, orientando gli operatori sanitari alla migliore scelta, tenendo conto del rapporto costo/beneficio, a parità di efficacia e sicurezza, mediante l'adozione di linee guida per le patologie prevalenti, la predisposizione di protocolli operativi, il

- monitoraggio quali-quantitativo dei consumi e della spesa, dei progetti di qualificazione dell'assistenza e nel rispetto dei livelli programmati;
2. formare con aggiornamento permanente gli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità/capacità professionali e attitudini;
  3. definire criteri per garantire la sicurezza del farmaco nelle varie fasi del processo terapeutico nel rispetto di criteri di sicurezza, continuità ed uniformità, promuovere la compliance dell'assistito nei confronti della terapia farmacologica in ambito ospedaliero ed a domicilio, valutare l'accessibilità al farmaco ed al dispositivo medico, individuando adeguati ed appropriati percorsi per la gestione di approvvigionamenti, scorte, dispensazione nelle strutture sia ospedaliere che territoriali;
  4. garantire la realizzazione e il controllo dei processi volti alla attuazione di una buona politica del farmaco attraverso il miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni da parte delle professionalità coinvolte.

#### *Contenimento della spesa farmaceutica*

La spesa farmaceutica territoriale deve essere contenuta al limite del 13% del finanziamento regionale, come previsto dall'accordo Stato-Regioni del 8 agosto 2001, attraverso i seguenti strumenti:

1. riconferma dei provvedimenti in materia di compartecipazione alla spesa adottati per l'anno 2002;
2. erogazione diretta di farmaci agli assistiti in dimissione dai presidi e servizi delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, ovvero dalle farmacie territoriali con le quali sarà attivato uno specifico accordo, anche a completamento del ciclo terapeutico avviato;
3. interventi sull'uso dei generici, anche attraverso direttive agli specialisti dipendenti e accordi con i medici convenzionati;
4. monitoraggio della spesa farmaceutica attraverso il flusso informativo della farmaceutica.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, si intende perseguire l'obiettivo di contenimento della spesa con i seguenti strumenti:

- predisposizione di procedure centralizzate di acquisto, anche tramite consorzi tra aziende;
- razionalizzazione dei punti di distribuzione dei farmaci e degli ausili medici;
- standardizzazione dei farmaci e degli ausili medici.

#### *Riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica*

La riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica nelle Aziende Sanitarie deve avvenire in conformità a due aspetti fondamentali:

1. le indicazioni e gli obiettivi esplicitati dal presente PRS, in ordine ai principi dell'efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza farmaceutica intesa nel senso più ampio del termine (somministrazione di farmaci, allestimento di preparati per nutrizione artificiale, fornitura di dispositivi medici, etc.), dell'efficienza produttiva, al fine di scegliere modalità organizzative che consentano di garantire un uso ottimale delle risorse;
2. l'esistenza di un forte mandato alle strutture competenti (Dipartimento Farmaceutico) in ordine alle attività legate al governo, alla verifica ed al controllo del servizio e dell'assistenza farmaceutica.

L'assistenza farmaceutica, mirata al raggiungimento di una omogenea politica del farmaco in ambito aziendale, si esplicita con funzioni trasversali ospedaliere e territoriali e si articola in livelli operativi per funzioni specifiche. Il servizio farmaceutico garantisce la sintesi e l'omogeneizzazione delle attività, i percorsi per realizzarle, evitando frammentazioni e disfunzioni delle stesse a fronte di medesimi obiettivi da raggiungere.

Il Servizio Farmaceutico interviene nei processi volti al conseguimento dell'appropriatezza ed economicità dell'intervento farmaco-terapeutico, partecipando alla definizione dei fabbisogni e alla migliore allocazione delle risorse, mediante lo sviluppo del sistema di relazioni con il personale sanitario del presidio ospedaliero e del territorio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e infermieri per le cure domiciliari), con gli uffici amministrativi.

### 3. Assistenza domiciliare

#### *La situazione*

L'assistenza domiciliare è una delle funzioni che vanno potenziate per costituire prestazioni alternative ai ricoveri ospedalieri specie quelli inappropriati.

In ogni Distretto oggi viene svolta in diverse forme che verranno di seguito esplicitate e che sono solo parzialmente coordinate tra loro e governate dalla direzione del Distretto.

Le articolazioni assistenziali in ogni Distretto, oggi svolte all'interno della dizione più generale di "assistenza domiciliare", sono quelle qui riportate e non tutte ancora sufficientemente sviluppate.

Il loro sviluppo, l'organizzazione, l'attivazione e coordinamento costituiscono obiettivo fondamentale per le Aziende sanitarie da realizzare in ciascun Distretto.

- Assistenza Domiciliare Sanitaria: consiste nell'erogazione di sola assistenza di tipo sanitario (medica, infermieristica e riabilitativa), resa al domicilio del paziente anche in forma programmata. Si svolge anche nei confronti dei malati di AIDS;
- Assistenza Domiciliare Programmata ad Assistiti non ambulabili (ADP): istituto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, che prevede l'erogazione di assistenza medica da parte del medico di medicina generale, rivolta a cittadini, senza limiti di età, che siano affetti da patologie per le quali si rende necessario un monitoraggio "intensivo". Gli accessi dei medici al domicilio dei pazienti vengono concordati con la direzione del distretto secondo un piano assistenziale predefinito;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): così definita per la co-presenza di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio dell'anziano, in forma "integrata", vale a dire con la partecipazione dei servizi sociali;
- Assistenza a pazienti affetti da malattie terminali: viene resa al domicilio del paziente e consiste principalmente nell'erogazione di assistenza terapeutica volta a ridurre la sintomatologia dolorosa;
- Ospedalizzazione Domiciliare: le divisioni ospedaliere seguono con proprio personale, anziani o soggetti non autosufficienti al proprio domicilio, con prestazioni diagnostica, di cura e riabilitazione di tipo ospedaliero.

Le prestazioni domiciliari indicate a livelli "più intensivi" quali le forme di ospedalizzazione domiciliare assumono particolare importanza perchè consentono uno spostamento di risorse dagli ospedali all'assistenza territoriale virtuale sul piano giuridico (gli operatori rimangono dipendenti dell'Ospedale), ma sostanziale sul piano assistenziale. Sono importanti anche culturalmente perchè stimolano trasformazioni culturali (multidisciplinarietà, integrazione con l'assistenza socio-sanitaria e sociale) che potrebbe essere anche organizzata e gestita in alcune zone anche dagli Ospedali sotto il coordinamento dei Distretti.

### *Obiettivi*

A partire da questa realtà e valorizzando le poche esperienze acquisite è necessario sviluppare in ogni Distretto un modello unitario di assistenza al domicilio con i seguenti obiettivi specifici:

1. assistere le persone di ogni età con patologie trattabili al domicilio evitando il ricorso al ricovero ospedaliero o a strutture residenziali, assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione con gli altri livelli di assistenza;
2. mantenere, per quanto possibile, i pazienti non autosufficienti al proprio domicilio;
3. favorire il recupero o il mantenimento delle capacità di autonomia e relazionali, in accordo con le famiglie, per migliorare la qualità di vita dei pazienti;
4. sostenere la famiglia e gli altri soggetti che prestano assistenza (caregivers) trasmettendo competenze per una autonomia di intervento.

L'assistenza domiciliare è rivolta in particolare alle persone di ogni età con:

1. patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio;
2. patologie in fase terminale;
3. riacutizzazioni di patologie croniche;
4. dimissioni protette da strutture residenziali e/o ospedaliere.

I principali criteri organizzativi possono essere così delineati:

1. individuazione di un unico riferimento in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti relativamente alle cure da erogare presso il domicilio. Tale punto di riferimento è, presso ciascun Distretto, uno Sportello unico di accoglienza che operi con modalità concordate con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta ed i Comuni;
2. valutazione dei bisogni ed elaborazione del progetto personalizzato di assistenza domiciliare al paziente ed alla sua famiglia, da parte di Unità di Valutazione Multidisciplinari specifiche per tipologia di paziente, composte da personale specialista operante nel Distretto, da altro personale delle UU.OO. ospedaliere competenti e da medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, con il coinvolgimento dei servizi sociali per i casi in cui sia necessario;
3. definizione e predisposizione ed erogazione del materiale sanitario e di medicazione e degli ausili necessari;
4. definizione ed organizzazione delle procedure diagnostiche da effettuarsi al domicilio;
5. definizione ed organizzazione delle prestazioni specialistiche da erogarsi al domicilio;
6. identificazione di un responsabile organizzativo del progetto personalizzato;
7. coinvolgimento della rete sociale e delle associazioni di volontariato con competenze tecnico-professionali;

8. definizione di criteri e modalità di valutazione dei risultati dell'episodio assistenziale.

L'attivazione di questo modello di assistenza domiciliare richiede l'approfondimento dei principali aspetti dell'Assistenza Domiciliare Integrata ed il loro adattamento alla particolare realtà di ciascuna categoria di utenti. È pertanto necessario enfatizzare l'aspetto multidimensionale, l'individuazione e l'implementazione di linee-guida tecnico-professionali ed assistenziali basate su evidenze di efficacia sanitaria.

Le cure domiciliari devono rispettare e valorizzare le relazioni familiari, le abitudini e il vissuto della persona e del nucleo familiare da prendere in cura. Ciò è tanto più importante per i soggetti giovani e molto giovani e per gli anziani, per i quali è particolarmente traumatico e penoso l'allontanamento dal proprio ambiente.

Queste indicazioni comportano la necessità di perseguire una forte integrazione tra le strutture e gli operatori del Distretto, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, i dipartimenti ospedalieri e misti, i servizi sociali dei Comuni, le associazioni di volontariato e le famiglie.

La realizzazione di un sistema integrato di cure a domicilio in grado di garantire i bisogni assistenziali è obiettivo prioritario del Distretto ed è anche risorsa strategica per incrementare l'efficacia e per renderne sempre più efficiente la spesa. Anche a tal fine dovranno essere definiti contenuti e modalità organizzative differenziate per livelli di intensità (alta media, bassa) delle cure domiciliari.

#### *Azioni*

1. definizione e applicazione nei Programmi delle Attività Territoriali del sistema integrato delle cure domiciliari in esecuzione del presente PRS;
2. indirizzo e supporto regionale per diffondere e potenziare l'assistenza domiciliare in ogni ambito distrettuale e nelle sue diverse forme;
3. indirizzo e supporto regionale per promuovere un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta anche nelle forme integrate;
4. linee-guida per accesso, presa in carico e dimissioni ospedaliere;
5. monitoraggio della tipologia degli assistiti, del numero e della qualità degli accessi (tipi di prestazioni) in assistenza domiciliare;
6. monitoraggio epidemiologico della non autosufficienza con appropriate scale di valutazione.

#### 4. Assistenza specialistica ambulatoriale

##### *Prestazioni*

Le prestazioni erogate per questo sottolivello ricomprendono le funzioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate nei poliambulatori distrettuali e nelle strutture accreditate operanti in ciascun Distretto, nonché le attività specialistiche ambulatoriali per esterni erogate dalle strutture ospedaliere.

Eventuali altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non espressamente ricomprese nei LEA, o previste da provvedimenti legislativi o amministrativi il cui contenuto viene qui confermato, non sono a carico del SSN e pertanto dei costi derivanti dalla loro eventuale erogazione gratuita agli assistiti sono responsabili la direzione strategica dell'Azienda nonché i Direttori dei Distretti.

##### *Obiettivi*

Obiettivo prioritario per il triennio è quello di garantire, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale e specificatamente in ciascun Distretto, la corretta erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio ricomprese nel relativo sub livello di assistenza, coordinando e programmando le attività tra le due sedi di offerta, pubblica e privata accreditata, in termini qualitativi e quantitativi, valutando i tassi di utilizzo per categoria di prestazioni secondo gli indicatori nazionali, nonché il volume delle attività di offerta pubblica e privata anche per la riduzione dei tempi di attesa e la determinazione dei budget dei Distretti.

La tipologia ed i volumi di attività correlati al sub livello assistenza specialistica devono in ogni caso essere compatibili con le risorse annualmente assegnate per il sub livello assistenza specialistica ambulatoriale all'Azienda Sanitaria.

Realizzare coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica strumentale ivi compresa la diagnostica di laboratorio.

### *Azioni*

1. verifica ed attuazione di ogni utile iniziativa per la riduzione dei tempi di attesa nella fruizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
2. attivazione Centri Unici Prenotazione;
3. razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro eventuale potenziamento quali-quantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti;
4. verifica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate ed adozione di ogni utile iniziativa finalizzata a garantire agli utenti prestazioni appropriate ed economicamente sostenibili;
5. sviluppare la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale; in tal senso possono essere individuate forme uniche di accesso delle prestazioni riferibili ad uno specifico profilo diagnostico-terapeutico;
6. intensificare le attività di controllo anche per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
7. sviluppare un sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza;
8. indirizzi regionali, anche sulla scorta delle indicazioni nazionali, per procedure e protocolli diagnostici.

### *L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale*

L'obiettivo della erogazione tempestiva e di buona qualità delle prestazioni diagnostiche e specialistiche in relazione all'effettivo bisogno di salute, necessita per il suo raggiungimento anche di una classificazione della domanda secondo criteri di priorità e urgenza ma soprattutto tenendo in debito conto il criterio di appropriatezza delle prestazioni.

A tal fine occorre :

1. individuare, per alcuni settori cruciali di domanda, specifiche linee guida e percorsi diagnostici e specialistici condivisi e diffusi su tutto il territorio;
2. spostare risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o prioritarie per bisogni definiti;
3. responsabilizzare i soggetti prescrittori delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista territoriale ed ospedaliero).

### *Ambiti di intervento in favore dell'appropriatezza*

Ferme restando le limitazioni e la derogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilite nei LEA nonché i conseguenti provvedimenti regionali a tal fine adottati, gli ambiti di intervento rispetto ai quali si ritiene necessario affrontare prioritariamente le tematiche dell'appropriatezza sono:

- Medicina fisica e riabilitazione
- Prestazioni di diagnostica di laboratorio
- Diagnostica per immagini
- Odontoiatria
- Nuovi tests diagnostici
- Prestazioni di diagnostica strumentale non per immagini
- Prestazioni obsolete

### *Modalità operative*

La Giunta Regionale produrrà una proposta operativa per ciascuna delle tematiche sopra elencate avvalendosi delle competenze tecniche del Dipartimento Sanità della Regione, dell'apporto di professionisti delle Aziende del SSR e del settore privato, in collaborazione con l'Università.

La proposta relativa a ciascun ambito di intervento deve:

- individuare, all'interno del nomenclatore tariffario, eventuali prestazioni di bassa priorità sulla base della letteratura internazionale e della consolidata esperienza clinica;
- individuare per le principali prestazioni le indicazioni cliniche appropriate;
- classificare le indicazioni cliniche che comportano carattere di urgenza, prioritario, di attenzione, di routine, dilazionabile, non prioritario;
- produrre, per ciascuna categoria di prestazione affrontata, un documento conclusivo contenente le specifiche indicazioni cliniche per prestazioni o gruppi di prestazioni, nonché proposte per la individuazione di priorità delle prestazioni sulla base delle indicazioni cliniche;
- il grado di priorità delle prestazioni o dei gruppi di prestazioni definisce i tempi di attesa massimi accettabili.

Per quanto riguarda i criteri per l'introduzione di nuovi test diagnostici (fra i quali in particolare i test genetici), questi si basano sui seguenti fattori:

- benefici del test anche tenendo conto della potenziale pericolosità;
- disponibilità di strategie di trattamento in caso di test positivo;

- rapporto costi/benefici.

La Giunta Regionale adotta i provvedimenti di competenza per quanto riguarda la priorità e l'urgenza delle prestazioni, nonché per l'esclusione dai livelli di assistenza, in base alla evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche, di prestazioni obsolete ovvero di quelle prestazioni già ricomprese in altre.

La Giunta Regionale, avvalendosi della collaborazione del Dipartimento Sanità, verifica l'attuazione dei provvedimenti, anche mediante il flusso informativo della specialistica ambulatoriale.

#### *Le liste di attesa*

Nonostante le specifiche disposizioni normative vigenti in materia di riduzione delle liste di attesa permangono situazioni variegate e non sempre soddisfacenti, in particolare per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali.

Tali tempi spesso troppo lunghi coesistono con un consumo di prestazioni per abitante mediamente alto, anche se con una discreta variabilità territoriale.

La riduzione delle liste di attesa può essere affrontata con due ordini di intervento:

1. applicazione diffusa e puntuale delle vigenti disposizioni normative in materia;
2. trattamento differenziato dei tempi di attesa in relazione alla natura del bisogno assistenziale;
3. miglioramento dell'efficienza;
4. realizzazione dei CUP e delle agende uniche.

Per quanto riguarda il trattamento differenziato dei tempi di attesa, la Giunta Regionale emanerà, entro il primo anno di vigenza del presente PRS, un apposito provvedimento che, tenuto conto della definizione del livello di priorità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di inserimento delle principali prestazioni nelle sei categorie di indicazione clinica (di urgenza, di priorità, di attenzione, di routine, dilazionabili, non prioritarie), definite dal competente Dipartimento Sanità della Regione, consente di operare in ciascuna Azienda in riferimento ai seguenti tempi massimi di attesa:

- urgenza: 6 ore
- priorità: 12 ore
- attenzione: 3 giorni
- routine: 15 giorni
- dilazionabili: 1 mese

#### *Razionalizzazione della domanda e dell'offerta*

Il tema specifico comprende tutte le iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni e, quindi, l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e il ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

Con l'entrata in vigore del DPCM sui LEA e dei conseguenti provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale in materia, sono state già precisate e stabilite le prestazioni non erogabili, quelle erogabili con oneri a carico del SSR e/o quelle la cui erogabilità è condizionata al rispetto di particolari condizioni clinico-assistenziali.

Ai fini della razionalizzazione e dell'appropriatezza della domanda e con specifico riferimento ai fabbisogni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, indicativi risultano i dati sui volumi di prestazioni medi annui x 1000 abitanti, registrati nella nostra Regione nel corso dell'anno 2001 e la cui tendenza sembra riconfermarsi per il 2002 e ciò nonostante i provvedimenti normativi di cui alla L.R. n. 29/02. Dall'analisi dei dati seguenti, si rileva come in tutta la Regione, nell'anno 2001, si sono registrati consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate da soggetti pubblici e privati, per come di seguito indicato:

- diagnostica strumentale di laboratorio analisi 17.075.869, pari a 8.357 prestazioni ogni 1000 abitanti;
- diagnostica strumentale di radiologia 945.217, pari a 463 prestazioni ogni 1000 abitanti;
- fisiokinesiterapia 5.047.441, pari a 2.470 prestazioni ogni 1000 abitanti;
- branche a visita, 4.346.664 prestazioni, pari a 2.127 prestazioni ogni 1000 abitanti.

Complessivamente in Regione per l'anno 2001 sono state consumate 27.415.191 prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari a 13.417 prestazioni ogni 1000 abitanti. Per il periodo di vigenza del presente PRS si dovrà tendere al raggiungimento dei parametri standard, di seguito indicati per la determinazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche:

1. prestazioni Laboratorio Analisi: 4.000 ogni 1000 abitanti;
2. prestazioni Diagnostica Radiologica: 200 ogni 1000 abitanti;
3. prestazioni di Fisiokinesiterapia: 250 ogni 1000 abitanti;
4. branche a visita: 1220 ogni 1000 abitanti.

I suddetti standards di riferimento possono essere modificati, con provvedimento della Giunta Regionale, in relazione agli effettivi fabbisogni nonché alle risorse annualmente disponibili. Entro il primo anno di vigenza del PRS, con specifico provvedimento della Giunta Regionale,

saranno emanate specifiche linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale.

## 5. Assistenza per categorie specifiche di utenti.

### *Prestazioni*

Le prestazioni comprese in questo sottolivello sono svolte dai seguenti servizi:

- Consultori familiari;
- Servizi di tutela, cura e riabilitazione dei disabili;
- Servizi di tutela e cura degli anziani e per l'assistenza al domicilio di soggetti con patologie croniche;
- Servizi di recupero dei soggetti tossicodipendenti e alcooldipendenti (SERT);
- Centri di salute mentale.

### *Obiettivi*

Gli obiettivi delle attività assistenziali rivolte a categorie specifiche di utenti costituiscono priorità nell'ambito di questo PRS. Obiettivo comune è fornire assistenza ambulatoriale di base e specialistica a "soggetti deboli" ricompresi nelle diverse fasce di età o di patologie, consentendone la permanenza al proprio domicilio, evitando ricoveri impropri di tipo ospedaliero ed integrando, se necessario, l'assistenza ambulatoriale con le funzioni svolte dai presidi residenziali a ciclo continuo e diurno.

I Dipartimenti orientati a specifiche categorie di utenti sono lo strumento tecnico ed organizzativo per garantire tale integrazione e sono organizzati sulla base degli indirizzi definiti dai Progetti Obiettivo del Piano Sanitario Nazionale, anche in relazione ai correlati obiettivi di salute del presente PRS:

1. PO Anziani e non autosufficienti
2. PO Salute Mentale
3. PO Tossicodipendenze
4. PO Materno Infantile

Nonché alle specifiche linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione cui si rimanda per gli aspetti operativi di dettaglio.

I criteri da seguire per lo sviluppo di questo livello assistenziale sono:

- integrare le prestazioni dei diversi servizi verso una tutela complessiva della salute;
- privilegiare gli interventi di prevenzione secondaria e potenziare il momento riabilitativo;
- svolgere la funzione di cura in stretta connessione con la medicina primaria ed in particolare il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta;
- qualificare e standardizzare il rapporto con le strutture accreditate che provvedono all'assistenza residenziale e semiresidenziale;
- realizzare l'integrazione con le prestazioni sociali erogate dai Comuni;
- promuovere la solidarietà e valorizzare gli "investimenti di salute delle Comunità locali"

### *Azioni*

Le azioni da sviluppare sono qui di seguito riportate mentre per gli aspetti organizzativi delle strutture deputate alla realizzazione dei correlati Progetti Obiettivo si rimanda al capitolo relativo al riassetto istituzionale ed organizzativo delle Aziende del SSR:

1. dare concreta attuazione al P.O. Materno Infantile;
2. dare concreta attuazione al P.O. Salute Mentale;
3. dare concreta attuazione al P.O. Tossicodipendenze;
4. dare concreta attuazione al P.O. Anziani e riabilitazione;
5. sviluppare specifici programmi di formazione degli operatori

## 6. Assistenza residenziale e semiresidenziale

### *Il sistema dell'assistenza residenziale*

Un'equilibrata rete di servizi residenziali deve svilupparsi in parallelo al programma di riassetto della rete ospedaliera ed alla programmazione del sistema della lungodegenza e riabilitazione.

Sulla base delle linee di indirizzo esplicitate dal presente Piano Sanitario si prevede una rete ospedaliera che, tenendo conto della fisiologica mobilità passiva extraregionale, è dimensionata a 4 p.l. x 1.000 abitanti, mentre la rete di lungodegenza e riabilitazione (comprensiva della riabilitazione estensiva degli istituti ex art. 26) è attestata su 1 posto letto per 1.000 abitanti.

Nel programmare la rete dei posti letto residenziali è necessario considerare che queste previsioni (che riducono molto i posti letto ospedalieri per acuti) determinano una richiesta di ricoveri ospedalieri per acuti ed un progressivo ampliamento della rete della lungodegenza e riabilitazione, che cresce di circa 800 posti letto.

Quando il processo di trasformazione si sarà completato si registrerà una equilibrata distribuzione della domanda nei diversi regimi:

a) L'assistenza a pazienti in condizioni cliniche non stabilizzate andrà garantita in strutture di lungodegenza che potranno essere realizzate all'interno di complessi ospedalieri per acuti, in case di cura private, in ospedali in riconversione o in strutture residenziali particolarmente attrezzate.

b) I programmi finalizzati di terapia riabilitativa intensiva o estensiva saranno erogati da parte di strutture di riabilitazione, secondo protocolli finalizzati al massimo recupero funzionale ed alla presa in carico globale del paziente.

c) Le strutture residenziali saranno destinate esclusivamente alla gestione a lungo termine di pazienti cronici e stabilizzati. All'interno delle RSA potranno peraltro essere attuati programmi mirati di terapia riabilitativa (per singoli eventi o per cicli di mantenimento) che verranno erogati attraverso programmi riabilitativi gestiti e finanziati con le stesse modalità della terapia domiciliare.

La Residenza Sanitaria va infatti considerata come una "residenza speciale" per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con livelli di tutela sanitaria medio-alta, variabile in rapporto alle oggettive condizioni degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche.

Tuttavia, in attesa che la rete della lungodegenza e riabilitazione sia compiutamente realizzata bisogna prendere atto del fatto che le strutture residenziali, già oggi, sono chiamate ad offrire una risposta a numerose situazioni di post-acuzie.

Di questo si terrà conto giungendo a definire un regime transitorio. In un sistema a regime, ad ogni modo, le diverse tipologie di Residenze Sanitarie dovranno essere tarate in rapporto alle specifiche necessità degli ospiti, individuando strutture che, in ogni singolo contesto, realizzino le migliori condizioni strutturali, organizzative e relazionali in rapporto alle specifiche esigenze degli ospiti.

Per ogni tipologia di residenze è necessario prevedere differenti livelli assistenziali in rapporto al grado di disabilità dei pazienti. I dati epidemiologici nazionali ed internazionali indicano che circa l'1% della popolazione adulta (da 18 a 64 anni) ed il 6% della popolazione anziana (oltre 65 anni) è disabile in almeno una ADL (Activity on Daily Living). Gran parte di questi soggetti sono tuttavia assistibili a domicilio ove sussista un adeguato supporto familiare. Una condizione di questo tipo è in genere garantita nel 98% dei giovani, nell'80% degli adulti e nel 65-70% degli anziani. Tende ovviamente a decrescere nelle età più elevate.

Nella nostra regione (che ha un indice di invecchiamento inferiore al 17%) si registra ancora una forte tenuta dei nuclei familiari e delle reti parentali, ed è realistico ipotizzare che tali percentuali siano più elevate (circa il 94% dei disabili adulti e il 75% anziani non autosufficienti vive in nuclei familiari in grado di fornire assistenza).

Anche se questi indici potrebbero variare nei prossimi anni, appare opportuno non eccedere nella previsione dei posti letto residenziali, anche per evitare di alimentare la domanda e di facilitare un processo di espulsione di anziani e disabili dai nuclei familiari che si vuole invece in tutti i modi evitare, limitando l'istituzionalizzazione ai casi per i quali non sia oggettivamente programmabile una assistenza alternativa.

Per questi motivi si è stimato:

- Nell'ordine dell'6% il fabbisogno di residenzialità per i disabili adulti, di cui circa il 50% in strutture di riabilitazione estensiva e 50% in strutture di semplice accoglienza (RSA per disabili  $1.322.000 = x 0,01 \times 0,06 \times 50\% = 396$ )
- Nell'ordine del 20% degli anziani non autosufficienti il fabbisogno di residenzialità per anziani (RSA per anziani =  $337.000 \times 0,6 \times 0,20 = 4.044$ )

Si stima quindi un fabbisogno di 4.440 posti letto residenziali, che devono tuttavia essere ripartiti tra strutture ad elevata integrazione sanitaria (RSA) con retta a totale del SSN, e strutture sociali a valenza sanitaria (Case Protette), con costi coperti dal SSN al 50%.

Una ripartizione oggettiva di questo tipo è possibile solo attraverso l'adozione di uno strumento validato per la classificazione dei bisogni assistenziali degli utenti.

Nelle RSA, infatti, verranno accolti solo pazienti cronici ad elevato carico sanitario, che necessitano di cure continue e di assistenza infermieristica elevata. Nelle Case Protette andranno invece pazienti non autosufficienti che necessitano di modeste cure sanitarie.

Sulla base delle principali esperienze nazionali è possibile stimare il rapporto tra i due livelli assistenziali in un rapporto di circa 1 a 1,5 che fissa in 1.750 i posti di RSA e 2.690 quelli di Casa Protetta.

Una lettura attenta della realtà Calabrese, tuttavia, porta a considerare che, in assenza di una adeguata rete di lungodegenza post-acuzie, le RSA sono chiamata oggi a farsi carico di pazienti non stabilizzati, spesso in fase di post-acuzie, che impongono un livello assistenziali superiore e più medicalizzato rispetto a quello assegnato alle RSA.



Appare quindi ragionevole per un periodo di transizione (5 anni) prevedere una ulteriore dotazione di posti letto (pari a circa il 10% delle strutture residenziali) ad un livello assistenziale sostitutivo della lungodegenza ospedaliera che accolga i pazienti in dimissione dall'ospedale per periodi di degenze a termine (max 60 giorni).

Questo modello, adottato anche da altre Regioni con le denominazioni più varie, potrà essere ribattezzato Residenza Sanitaria ad elevata medicalizzazione (RSA-M).

Si prevede che queste strutture, con la progressiva attivazione delle lungodegenti Ospedaliere, vengano nel tempo riaccreditate come RSA o come Case Protette, incontrando così il presumibile progressivo aumento della domanda su questo versante. Sulla base di questi indici è possibile stimare il fabbisogno di posti residenziali in Calabria nelle seguenti misure:

<b>Tipologia *</b>	<b>Dotazione</b>	<b>Degenza</b>
RSA-M	450	60 gg
RSA	1750	Illim
Case protette	2690	Illim
TOTALE	4890	

\* Nota: Le quote a carico del SSR sono stabilite nell'allegato n. 3.

Il modello proposto costituisce una trasposizione dei Livelli di Assistenza indicati nel DPCM 18/02/2001 e nel DPCM 29/11/2001.

Anche al fine di realizzare un doppio livello di impegno professionale sanitario viene quindi prevista una doppia rete:

- La rete delle RSA, caratterizzate come strutture ad elevata integrazione sanitaria destinate ad accogliere pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che necessitano di assistenza sanitaria complessa.
- La rete delle Case Protette, caratterizzate come strutture sociali a valenza sanitaria, destinate ad erogare assistenza a ciclo continuativo a pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di rilevanti interventi di assistenza sanitaria.

Per quanto attiene la rete delle RSA si puntualizza che vengono previste due tipologie di RSA:

- una ad elevata componente sanitaria, destinata ad accogliere per periodi limitati pazienti anche in fase di post-acuzie
- l'altra ad assistenza sanitaria complessa ma in fase di cronicità stabilizzata.

Sia le RSA che le RSA-M sono accreditate come strutture della rete sanitaria. La degenza in RSA-M dovrà essere a termine, mentre quella nelle RSA non avrà un termine prefissato, ma dovrà essere limitata al perdurare delle condizioni che impongono una assistenza a significativo impegno sanitario, definibile in rapporto alla esecuzione in loco di procedure terapeutico-assistenziali di valenza sanitaria essenziali per la sopravvivenza (nutrizione enterale o parenterale, etc.) o di cure specifiche a rilevante impegno infermieristico (cura di decubiti o ferite, terapia infusiva, demenza in fase produttiva, etc.). L'utilizzo di uno strumento di rilevazione del case-mix assistenziale sul modello dei RUGs, appare auspicabile per una corretta classificazione dei pazienti.

Per quanto attiene la rete delle Case Protette è bene sottolineare che esse rimangono strutture sociali, potranno essere realizzate anche attraverso una progressiva riqualificazione delle Case di Riposo che, previa verifica di specifici requisiti strutturali ed organizzativi, potranno essere accreditate alla erogazione di prestazioni "sociali a rilevanza sanitaria" e godere di una partecipazione alle spese a carico del SSN, nei limiti fissati dal citato DPCM 18/02/2001.

Una Rete di questo tipo offre una forte tutela residenziale ai soggetti anziani e disabili, ma non può costituire un alibi per ridurre l'attenzione verso l'obiettivo della permanenza a domicilio.

Da ciò discende la necessità del potenziamento del sistema delle cure domiciliari che, dopo l'avvio sperimentale in alcune ASL della regione, ha adesso bisogno di consistenti investimenti in termini di risorse per essere opportunamente messo "a regime" (Obiettivo Assistenza Distrettuale) e di un eventuale sostegno economico (buoni sostegno famiglia) alle famiglie interessate e di concerto con il competente servizio sociale della regione.

La complessità delle procedure di accesso ai servizi e la variabilità della quota dei bisogni assistenziali non hanno consentito ad oggi una chiara alternativa alla istituzionalizzazione del soggetto fragile.

Si cercherà di ritardare l'istituzionalizzazione del disabile realizzando delle reti di aiuto territoriali che siano in grado di valorizzare i supporti socio-familiari e che soprattutto pongano grande attenzione alle risorse ed alle esigenze del singolo ospite.

In considerazione del particolare rapporto che si viene ad instaurare tra i "caregiver" esterni alla famiglia ed il disabile, l'organizzazione che si offre deve essere comunque accreditata e controllata dall'ASL attraverso anche la valutazione di un sistema di auditing della qualità percepita dall'assistito e dalla sua famiglia.

### *Prestazioni*

Le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale sono quelle specificamente indicate nell'allegato n. 2 e sono assicurate sul territorio dalle seguenti strutture pubbliche e/o private accreditate:

- Centri di riabilitazione diurna (per disabili e utenti psichiatrici)
- Presidi residenziali di riabilitazione
- Residenze Sanitarie Medicalizzate
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- Residenze protette
- Comunità alloggio per utenti psichiatrici
- Comunità terapeutiche (per utenza psichiatrica e per tossicodipendenti)
- Comunità alloggio disabili

Consiste in prestazioni di assistenza e recupero per soggetti disabili, anziani con diversi gradi di non autosufficienza, pazienti psichiatrici e soggetti dipendenti da droghe e alcool.

### *Obiettivi*

1. Garantire all'utenza le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale specificamente indicate nell'allegato n. 1 del presente PSR.
2. Garantire il governo della spesa correlata ed assicurare l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni a tutti i livelli.
3. Contenere la spesa nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.
4. Predisporre specifiche linee guida ed indirizzi regionali per i percorsi assistenziali correlati.

### *Azioni*

1. Adottare le azioni e le iniziative necessarie per il completamento della offerta residenziale e semiresidenziale programmata con il presente PRS.
2. Emanare indirizzi e provvedimenti regionali per progetti di miglioramento continuo della qualità assistenziale, valorizzando al massimo l'autonomia dei soggetti e il collegamento con i servizi specialistici, reintegrazione domiciliare nell'ambiente di vita della persona.
3. Emanare indirizzi regionali per la definizione della rete residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malattie mentali.

## 7. Assistenza termale

Studi sulle terapie termali promossi dal Ministero della Salute pongono in evidenza la riduzione della sintomatologia nelle fasi acute delle patologie trattate con consensuale decremento dell'utilizzo di farmaci e delle pratiche fisioterapiche. In alcuni casi si è dimostrato un trend di riduzione della proporzione dei ricoveri ospedalieri e dell'assenza dal lavoro nei soggetti trattati con terapia termale per tutte le categorie nosologiche esaminate.

Da tali studi si evince la possibilità di una rivalutazione dell'efficacia delle cure termali, mediante analisi di trend che dimostrano l'effettiva persistenza degli effetti benefici riscontrati dopo il primo ciclo di terapia termale e l'ulteriore incremento dello stato di salute legato al secondo ciclo di trattamento, considerazione rilevante poiché le patologie trattate sono di natura cronico-degenerativa o rappresentano manifestazioni cronicizzate di forme acute.

Tanto premesso, il PRS, oltre a garantire le prestazioni di terapia termale individuate nell'allegato n. 2, intende promuovere lo sviluppo della terapia termale rivalutando il ruolo degli stabilimenti termali della Regione anche nella prospettiva di creare un turismo termale-sanitario in grado di attrarre "clienti", da altre aree del Paese e dall'Europa da definire con i competenti Dipartimenti della Giunta Regionale

Questo aspetto oltre alla possibilità di estendere l'offerta di prestazioni del Servizio Sanitario regionale verso settori nuovi, anche se senza oneri per lo stesso SSR, consentirà il mantenimento (se non lo sviluppo) dei livelli occupazionali del settore termale, anche nei periodi oggi definiti di bassa stagione.

A tal fine dovranno essere previsti adeguati investimenti di risorse nel settore e piani di formazione/informazione indirizzati ai medici operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, agli operatori del settore ed alla popolazione.

### Altri settori di attività

Per tutti gli altri settori delle attività distrettuale costituiscono obiettivi specifici la corretta e puntuale erogazione di prestazioni o servizi di competenza purché espressamente prevista nei nuovi LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e indicati nell'allegato n. 2.

### **Obiettivo 3 - Assistenza ospedaliera**

#### **PREMESSA**

Nella nostra Regione così come nelle altre Regioni del Paese, l'Ospedale ha rappresentato da sempre il principale punto di riferimento per medici e pazienti.

Realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione. Ciò che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 ospedali, ed anche la nostra Regione a realizzare ben 42 ospedali di dimensioni e potenzialità variabili.

Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su quella dell'acuto.

Si è sviluppato conseguentemente il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici. Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale.

#### **L'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

L'Ospedale rappresenta, inoltre, in qualsiasi sistema sanitario, un punto di riferimento importante per la collettività poiché è in esso che, generalmente, si concentra la medicina più avanzata, le tecnologie più sofisticate, le professionalità più accreditate.

Per tutte queste ragioni, inevitabilmente, esso assorbe una considerevole quota di risorse. Va anche ricordato e sottolineato che l'Ospedale è un segmento del sistema, importantissimo quanto si vuole, ma da solo insufficiente a soddisfare la domanda di assistenza.

Esso si iscrive, pertanto, in un più vasto quadro che è quello dell'integrazione armonica e coordinata con i servizi socio sanitari del territorio, con la medicina di base, l'assistenza domiciliare, le strutture di riabilitazione post-acuzie, di lungodegenza, la rete delle RSA e quella dell'emergenza.

Alla luce di questo nuovo scenario la nostra organizzazione ospedaliera necessita oggi di un radicale ripensamento. Si intende perseguire un'opzione organizzativa abbastanza innovativa rispetto alle scelte precedenti, in particolare per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere.

Si ritiene che su esse debba ricadere la responsabilità organizzativa e gestionale dell'assistenza non solo per la fase acuta ma anche per quanto attiene alla lungo-degenza ed alla riabilitazione.

Alle Aziende sanitarie rimarrebbe la gestione di tutte le attività del Distretto, attività che saranno arricchite dalla presenza di "ospedali di comunità" che vuole essere una risposta a quelle esigenze a bassa complessità assistenziale che possono essere soddisfatte dall'integrazione tra le funzioni dei medici di medicina generale, che seguirebbero direttamente i loro pazienti in un contesto di ospedalizzazione avvalendosi, se necessario, della specialistica ambulatoriale, e quelle di una équipe infermieristica stabile.

Questa prima ipotesi di riorganizzazione della rete ospedaliera nasce quindi alla luce del suesposto scenario e delle specificità della Regione Calabria in termini di caratteristiche geomorfologiche, demografiche ed epidemiologiche.

Se queste sono premesse di ordine generale, sono ora indicati i criteri specifici ai quali è ispirata la proposta di ridisegno della rete ospedaliera.

Se la prima opzione appare quella che consente una maggiore accessibilità all'utente, è pur vero che risulta dispersiva e certamente impedisce la migliore razionalizzazione delle risorse ed incide spesso anche sulla stessa qualità e ricchezza specialistica dell'assistenza.

La tendenza che oggi è la più condivisa è proprio quella che vuole una rete costituita da poche ma super specializzate strutture intorno a cui si articola l'insieme dei presidi ospedalieri di minore complessità, e di quelli territoriali.

A fronte del possibile svantaggio rappresentato dalla riduzione della facilità di accesso, i vantaggi di cui potrà beneficiare il cittadino appaiono in termini complessivi certamente superiori.

Strettamente correlata a queste scelte è, poi, la questione delle "alte specialità", di quelle discipline identificate ai sensi del D.M. 24 gennaio 1992, la cui previsione all'interno di un Ospedale è condizionata da una serie di vincoli tecnologici ed organizzativi.

Anche in questo caso la tendenza generale, e che viene qui condivisa, è quella di concentrare le specialità e le competenze; essa è suggerita non solo da esigenze di carattere gestionale ma anche e soprattutto dalla necessità di esaltare le opportunità derivanti

dall'integrazione delle conoscenze specialistiche che meglio si realizza quando queste sono localizzate in forma unitaria.

Sulla base di questi criteri di massima, la direttrice lungo cui la proposta si muove è quella di prevedere una rete ospedaliera articolata su tre livelli:

1. presidi ospedalieri centrali, sede del centro direzionale del DEA;
2. presidi ospedalieri territoriali di area vasta, sede delle articolazioni intermedie del DEA;
3. presidi ospedalieri territoriali di zona, sede delle articolazioni d'accesso al DEA.

In parallelo si sono poi esaminate le attuali caratteristiche degli ospedali presenti sul territorio valutandone i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi alla luce, in particolare, del D.P.R. 14 gennaio 1997.

Con estrema attenzione sono stati poi verificati gli indicatori di attività dei singoli ospedali per quanto riguarda il tasso di occupazione, la durata media di degenza, il numero di giornate di degenza consumate, il numero delle prestazioni effettuate, la casistica trattata in termini di peso medio di DRG. Con particolare riguardo sono stati poi esaminati i dati gestionali per quanto attiene la spesa ospedaliera.

Altro dato esaminato, di fondamentale importanza, è stato quello dei flussi di migrazione sanitaria all'interno delle AA.SS.LL. regionali e verso altre regioni, distinti per ASL, per specificità clinica e per impegno finanziario.

Sulla base di queste informazioni di carattere sanitario, integrate da quelle demografiche, si è dimensionata la domanda di assistenza ospedaliera in termini di posti letto necessari distinti per acuti, riabilitazione e lungodegenza, considerando anche le recenti indicazioni ministeriali.

Tali indicazioni, vale la pena sottolinearlo, sono in linea con l'attuale mutare delle prassi e tecniche di cura che stanno consentendo di ridurre drasticamente la durata della degenza o addirittura di annullarla ampliando le indicazioni alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale o di day-hospital.

#### La "caratterizzazione" delle strutture ospedaliere

In linea con quanto suesposto, questo programma di ridisegno della rete ospedaliera prevede, inevitabilmente, una riconversione di molte strutture ospedaliere ad altre funzioni.

Prima però, di illustrare - sia pure in grandi linee - la proposta, si ritiene indispensabile esporre alcune ulteriori considerazioni di carattere generale sul tema della "riconversione" di alcuni presidi, sulla individuazione dei presidi a "rilevanza nazionale" con conseguente collocazione delle "alte specialità", sulla riorganizzazione interna dei singoli ospedali ed infine, sulla opportunità di prevedere un sistema di valutazione delle tecnologie.

Ci si rende perfettamente conto che ci siano aspirazioni e attese (da parte dei medici, delle direzioni generali, delle comunità locali) per una maggiore qualificazione in senso specialistico della propria unità di cura o del proprio presidio ospedaliero, ma bisogna altresì convenire che duplicazioni di servizi risulterebbero incongrue sul piano organizzativo e fonte di spreco su quello finanziario.

Bisognerà allora fare in modo che queste pur legittime, ma frammentate aspirazioni trovino una loro composizione unitaria nella logica di un piano di rete ospedaliera regionale che superi i singoli particolarismi nella prospettiva di un servizio efficiente dal punto di vista organizzativo-gestionale e che realmente soddisfi al meglio le esigenze di protezione sanitaria dei cittadini, in particolare di fronte all'emergenza.

Quest'ultima sarà ricostituita in parallelo sulla base del ridisegno della attuale rete ospedaliera. In altre parole la riconversione di certi presidi sarà compensata da un servizio regionale per l'emergenza che terrà conto, nella sua strutturazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, delle vie di comunicazione, delle disponibilità di una mirata assistenza specialistica sia in sede locale che regionale.

È un approccio, questo, che prevede un potenziamento dei mezzi di trasporto sanitario attrezzati, ordinari e straordinari, di eliambulanze, di autoambulanze attrezzate per la rianimazione, di elisuperfici per un collegamento valido e continuo dei Presidi sedi di DEA di I° e II° livello.

In tal modo non solo continuerà ad essere garantita una facile accessibilità alle necessarie cure, ma queste ultime offriranno maggiore tutela in termini di sicurezza e di competenze specialistiche trasformando funzionalmente strutture a basso livello assistenziale in strutture ad alto livello assistenziale.

Le proposte di "riconversione" dipendono per le singole strutture interessate da un'attenta valutazione:

- della congruità generale, anche gestionale, rispetto agli obiettivi generali del Piano Sanitario Regionale;
- della idoneità organizzativa a rispondere alle esigenze assistenziali;
- delle caratteristiche strutturali ed impiantistiche in termini di rispondenza agli standards di legge.

Le comunità locali troveranno un ulteriore supporto assistenziale nella istituzione degli ospedali di comunità che nasceranno dalla riconversione di alcune strutture ospedaliere. Una riconversione che si rende indispensabile non solo per la carenza di requisiti strutturali e tecnologici, ma anche in relazione ai bacini di riferimento che non permettono alle attività cliniche il raggiungimento di quegli standard considerati dalla società scientifica limite minimo per garantire la sicurezza dell'assistenza.

La riconversione, peraltro, è anche obbligata dall'esigenza di trasformare una parte dei posti letto per acuti.

Per quanto riguarda, invece, l'ampliamento del numero dei presidi delle Aziende ed una parallela maggiore disseminazione delle alte specialità, va detto che tale possibilità non viene esclusa assolutamente in linea di principio. Tale "estensione" potrà, tuttavia, essere autorizzata in una fase successiva e, cioè, solo dopo che sia avvenuto un forte consolidamento strutturale, tecnologico e professionale dei gangli principali della rete e in rapporto della capacità del sistema di recuperare la mobilità sanitaria passiva.

### La reingegnerizzazione degli "spazi" ospedalieri

Tema altrettanto importante, nel quale saranno coinvolti i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere, è quello degli attuali assetti organizzativi interni che dovranno essere sottoposti ad un piano di "reingegnerizzazione".

Si tratta, cioè, di immaginare ex novo quale potrebbe essere il modello organizzativo che idealmente coniughi al meglio efficacia clinica ed efficienza gestionale e, di conseguenza, realizzarlo. Il tutto si basa su un assetto centrato sui processi e non sulle funzioni. In altre parole, individuato quale è il teorico ottimale percorso di cura che il paziente deve seguire, si costruisce un percorso organizzativo che superando l'autoreferenzialità dei singoli settori coinvolti ne lubrifica le interfacce puntando ad un'efficienza di sistema.

Precisiamo subito che non esistono soluzioni pronte, indifferentemente esportabili da una realtà all'altra. Ogni soluzione è ideale se tiene conto, in quel determinato contesto in cui deve operare, dell'insieme delle variabili che lo compongono: strutturali, tecnologiche, umane.

Esistono, comunque, principi abbastanza codificati e condivisi:

- focalizzare le procedure cliniche ed organizzative avendo come riferimento la centralità del paziente;
- integrare le attività assistenziali e dipartimentali per aree omogenee al fine di ottenere tutte le sinergie possibili;
- puntare ad un utilizzo comune, per quanto possibile, delle risorse (spazi, tecnologia, personale);
- prevedere la centralizzazione dei servizi ma non farne un totem intoccabile; un decentramento governato (basti pensare all'ecografia per esempio) che tenga conto delle variabili locali può essere un ottimo strumento per una maggiore efficienza.

In altre parole la regola chiave è quella della "flessibilità organizzativa"; in tal senso vanno evitate strutture rigide, anche nella gerarchizzazione interna, altrimenti l'Ospedale non riuscirebbe a reagire in tempo reale ai cambiamenti che, da qualche tempo a questa parte, sopraggiungono in modo spesso repentino. Il mutare, infatti, di leggi, regolamenti, attese sociali e soprattutto sistemi di finanziamento obbliga il management dell'Ospedale ad essere reattivo all'ambiente e pronto all'innovazione, altrimenti il "fallimento" dell'Azienda è assicurato.

Ciò non vuol affermare che non debbano esserci strutture stabili ed un assetto gerarchico chiaro e definito; se così non fosse l'anarchia e l'incertezza minerebbero alle basi la struttura organizzativa. Si vuole solo sottolineare che niente può essere dato acquisito per sempre, e che bisogna inserire nei "programmi" mentali di ciascuno questa disponibilità al cambiamento.

Un'ulteriore considerazione merita di essere svolta a proposito della suaccennata "centralità" del paziente. E' un valore antico, una "riscoperta" periodica ma che in questi ultimi anni ha qualche significato in più. Non va, cioè, solo inquadrato in un ritorno dei classici valori legati alla cultura della "umanizzazione" della medicina, ai quali si è accennato nella premessa, ma piuttosto si tratta di una centralità imposta dal nuovo ruolo del paziente che è anche "cliente" e che sceglie nel mercato la struttura che più lo soddisfa.

### La valutazione delle tecnologie ospedaliere

Parlando di reti ospedaliere e di alte specialità appare importante, in conclusione, una riflessione sulla opportunità di prevedere a livello regionale un sistema di valutazione delle tecnologie.

Nell'esperienza internazionale l' "Unità per la valutazione delle tecnologie" si propone come supporto metodologico per ottimizzare le scelte e l'utilizzo di nuove tecnologie, pratiche cliniche efficaci, appropriate ed efficienti e per l'avvio di un processo di miglioramento continuo della qualità.

La funzione di Valutazione delle Tecnologie dovrebbe quindi poter assumere, a livello regionale e locale, un ruolo strategico nell'assetto organizzativo e funzionale nel processo di sincronizzazione e amplificazione delle "aspettative" di sviluppo della organizzazione sanitaria in linea con quanto previsto dal PRS e dai PAL delle aziende sanitarie.

#### LA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETE OSPEDALIERA

##### L'articolazione funzionale della rete ospedaliera

Il raggiungimento degli obiettivi esplicitati passa attraverso il fattivo contributo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere che saranno chiamate ad un impegno propositivo, nella fase di pianificazione budgetaria e di verifica sugli impegni concordati, nella fase attuativa.

L'impegno non sarà lieve e sarebbe superficiale ed ingenuo non volersene rendere conto. La storia della sanità calabrese, per varie ragioni, è stata segnata da non poche irrazionalità e da uno sperpero di risorse. La situazione edilizia, tecnologica ed organizzativa di molti ospedali è drammatica nonostante il sacrificio e l'impegno continuo del personale. Il quadro è sotto gli occhi di tutti. Gli interventi collegati all' art. 20 della Legge 67/88 sono stati inefficaci e, solo se saranno prese misure forti e si seguiranno scelte coraggiose in tempi brevi, si potrà evitare che la Calabria continui a pagare il più alto tributo a livello nazionale in termini di migrazione sanitaria.

Pur nel massimo rispetto per esigenze locali, non può non convenirsi che le resistenze anche aspre verso la riconversione dei presidi ospedalieri presenti nel territorio di loro competenza, hanno cristallizzato una situazione in cui nessuna progettualità innovativa ha avuto spazio.

Si ricorda poi come nel corso degli ultimi anni le cose si sono, paradossalmente, complicate per il completamento di molti ospedali (Scalea, Cassano Ionico, Pizzo Calabro, Nicotera, Rosarno, Gerace, Mesoraca, Girifalco) il cui avvio, con le relative attese della popolazione, risale addirittura agli anni sessanta.

Partendo da queste premesse, certamente forti, non si possono non pretendere scelte altrettanto forti. In questo senso si chiede una presa di coscienza politica sulla reale situazione e sulla esigenza di scelte, anche se difficili.

Il Piano Sanitario dovrà essere lo strumento guida per un salto di qualità della sanità calabrese; nel merito, la proposta qui presentata è articolata in tre momenti:

- quadro di sintesi dell'attuale offerta ospedaliera, distinta per ASL e con particolare riferimento agli indicatori di attività e gestionali;
- valutazione della domanda sulla base delle esigenze demografiche e sanitarie e dei dati della migrazione sanitaria;
- ipotesi di rete.

##### L'offerta attuale

Per un'analisi compiuta dell'offerta, comprensiva degli indici di funzionalità delle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti nel territorio regionale, fino al dettaglio delle singole Unità Operativa, è opportuno rimandare a quanto esposto con maggiori particolari negli Allegati n. 1 e n. 4 al presente PRS. Viene riportata in sintesi la disponibilità media dei posti letto riferita agli anni 2000 e 2001 per Azienda Sanitaria di appartenenza (tabella n. 4).

In Calabria al 31 dicembre 2001 risultano complessivamente 9703 posti letto, pari al 4,74 ogni mille abitanti; un leggero eccesso di disponibilità è dato dalla quota di letti ordinari per acuti (la L. 405/01 prevede, per gli acuti, quattro posti letto per mille abitanti), cui corrisponde un'analoga carenza di disponibilità a carico del day hospital e day surgery.

Vi è un deficit di offerta ancora nel settore riabilitativo, avendo solo una disponibilità dello 0,42 per mille abitanti, di cui il 50% è dedicato alla lungodegenza (cfr. tabella n. 4) (la succitata L. 405/01 prevede un posto letto di riabilitazione e lungodegenza ogni mille abitanti). E' evidente altresì una spiccata disomogeneità nell'offerta di posti letto tra i diversi territori della Regione, con concentrazioni di alcuni specifici settori nelle aree urbane di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

L'utilizzo medio regionale dei posti letto è del 71% circa con notevoli disomogeneità per le varie discipline. Il rapporto tra offerta pubblica e privata è pari a 2:1.

**Tabella 4 - Posti letto per acuti distinti per azienda, regime di erogazione e tipologia di erogatore.**

*Regione Calabria - Posti letto per acuti disponibili (anno 2001)*

AZIENDE SANITARIE	In Presidi a gestione diretta		In Aziende Ospedaliere		In I.R.C.C.S - Policlinici Universitari		In Istituti privati accreditati		Totale posti letto		Per mille abitanti	
	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.
101 - Paola	316	54	-	-	-	-	335	-	651	54	4,56	0,38
102 - Castrovillari	254	40	-	-	-	-	-	-	254	40	2,31	0,36
103 - Rossano Calabro	437	49	-	-	-	-	100	-	537	49	3,03	0,28
104 - Cosenza	68	20	739	77	69	-	525	-	1.401	97	4,76	0,33
105 - Crotone	510	86	-	-	-	10	301	-	811	96	4,21	0,50
106 - Lamezia Terme	383	24	-	-	-	-	60	-	443	24	3,39	0,18
107 - Catanzaro	154	9	626	90	166	53	323	-	1.269	152	5,07	0,61
108 - Vibo Valentia	516	2	-	-	-	-	40	-	556	2	3,17	0,01
109 - Locri	398	53	-	-	-	-	-	-	398	53	2,89	0,38
110 - Palmi	242	32	-	-	-	-	80	-	322	32	2,01	0,20
111 - Reggio Calabria	151	2	578	99	-	-	738	-	1.467	101	5,40	0,37
<b>Totale regionale</b>	<b>3.429</b>	<b>371</b>	<b>1.943</b>	<b>266</b>	<b>235</b>	<b>63</b>	<b>2.502</b>	<b>-</b>	<b>8.109</b>	<b>700</b>	<b>3,97</b>	<b>0,34</b>

*Regione Calabria - Posti letto lungodegenza e riabilitazione (codice disciplina 56, 60 e 75 ) (anno 2001)*

AZIENDE SANITARIE	Lungodegenza		Recupero e riabilitazione funzionale		Neuro-riabilitazione		Totale posti letto riabilitazione		Per mille abitanti	
	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati
101 - Paola	-	-	-	30	-	-	-	30	-	0,21
102 - Castrovillari	16	-	28	-	-	-	44	-	0,40	-
103 - Rossano Calabro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
104 - Cosenza	-	194	-	211	-	-	-	405	-	1,38
105 - Crotone	-	22	-	48	-	26	-	96	-	0,50
106 - Lamezia Terme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107 - Catanzaro	14	176	6	95	-	-	20	271	0,08	1,08
108 - Vibo Valentia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109 - Locri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 - Palmi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 - Reggio Calabria	-	-	-	20	-	-	-	20	-	0,07
<b>Totale regionale</b>	<b>30</b>	<b>392</b>	<b>34</b>	<b>404</b>	<b>-</b>	<b>26</b>	<b>64</b>	<b>822</b>	<b>0,03</b>	<b>0,40</b>

*Regione Calabria - Posti letto per acuti disponibili (anno 2000)*

AZIENDE SANITARIE	In Presidi a gestione diretta		In Aziende Ospedaliere		In I.R.C.C.S - Policlinici Universitari		In Istituti privati accreditati		Totale posti letto		Per mille abitanti	
	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.
101 - Paola	301	54	-	-	-	-	335	-	636	54	4,46	0,38
102 - Castrovillari	253	40	-	-	-	-	-	-	253	40	2,30	0,36
103 - Rossano Calabro	443	47	-	-	-	-	100	-	543	47	3,06	0,27
104 - Cosenza	68	20	736	76	69	-	525	-	1.398	96	4,75	0,33
105 - Crotone	510	86	-	-	-	10	301	-	811	96	4,21	0,50
106 - Lamezia Terme	387	22	-	-	-	-	60	-	447	22	3,42	0,17
107 - Catanzaro	154	9	642	81	136	34	323	-	1.255	124	5,01	0,49
108 - Vibo Valentia	518	2	-	-	-	-	40	-	558	2	3,18	0,01
109 - Locri	439	55	-	-	-	-	-	-	439	55	3,19	0,40
110 - Palmi	242	32	-	-	-	-	80	-	322	32	2,01	0,20
111 - Reggio Calabria	151	2	561	99	-	-	738	-	1.450	101	5,34	0,37
<b>Totale regionale</b>	<b>3.466</b>	<b>369</b>	<b>1.939</b>	<b>256</b>	<b>205</b>	<b>44</b>	<b>2.502</b>	<b>-</b>	<b>8.112</b>	<b>669</b>	<b>3,97</b>	<b>0,33</b>

*Regione Calabria - Posti letto lungodegenza e riabilitazione (codice disciplina 56, 60 e 75 ) (anno 2000)*

AZIENDE SANITARIE	Lungodegenza		Recupero e riabilitazione funzionale		Neuro-riabilitazione		Totale posti letto riabilitazione		Per mille abitanti	
	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati
101 - Paola	-	-	-	30	-	-	-	30	-	0,21
102 - Castrovillari	16	-	28	-	-	-	44	-	0,40	-
103 - Rossano Calabro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
104 - Cosenza	-	194	-	211	-	-	-	405	-	1,38
105 - Crotone	-	22	-	48	-	26	-	96	-	0,50
106 - Lamezia Terme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107 - Catanzaro	14	176	6	95	-	-	20	271	0,08	1,08
108 - Vibo Valentia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109 - Locri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 - Palmi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 - Reggio Calabria	-	-	-	20	-	-	-	20	-	0,07
<b>Totale regionale</b>	<b>30</b>	<b>392</b>	<b>34</b>	<b>404</b>	<b>-</b>	<b>26</b>	<b>64</b>	<b>822</b>	<b>0,03</b>	<b>0,40</b>

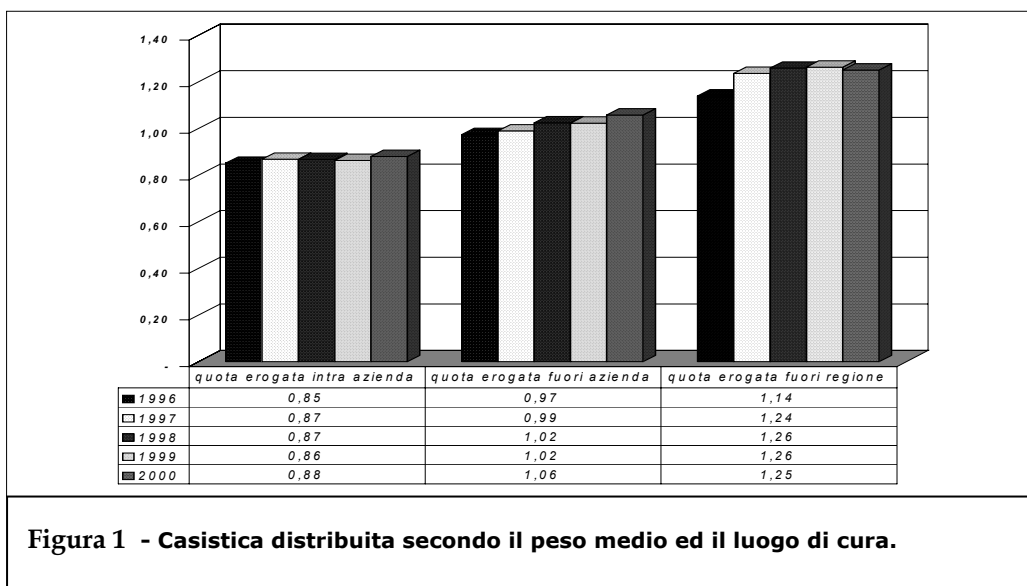
## Valutazione della domanda e migrazione sanitaria

Negli Allegati n. 1 e n. 4 viene ampiamente trattata l'analisi della dinamica della domanda ospedaliera dal 1996 al 2001. Il rilievo essenziale è quello dell'elevato tasso di ospedalizzazione (media regionale del 2000 pari a 231,42 x mille abitanti) che necessita di essere ricondotto agli standards di legge (160 x mille abitanti) (tabella n. 5).

**Tabella 5 - Tassi di spedalizzazione per azienda sanitaria anni 1996 - 2000 e % variazione.**

Azienda	1996	1997	1998	1999	2000	var 97-96	var 98-97	var 99-98	var 00-99
PAOLA	280,83	251,83	247,40	243,00	238,38	-10,33%	-1,76%	-1,78%	-1,90%
CASTROVILLARI	246,16	237,34	239,19	229,76	243,50	-3,58%	0,78%	-3,94%	5,98%
ROSSANO	206,81	217,91	221,08	225,42	240,38	5,37%	1,46%	1,96%	6,64%
COSENZA	202,16	209,02	218,14	225,22	223,93	3,40%	4,36%	3,24%	-0,57%
CROTONE	238,46	242,77	245,26	239,56	250,63	1,81%	1,02%	-2,32%	4,62%
LAMEZIA TERME	217,12	236,15	231,43	250,37	232,80	8,76%	-2,00%	8,18%	-7,01%
CATANZARO	199,82	209,67	220,36	225,24	217,75	4,93%	5,10%	2,21%	-3,33%
VIBO VALENTIA	196,77	201,13	216,00	216,78	210,99	2,21%	7,39%	0,36%	-2,67%
LOCRI	222,37	227,88	245,56	262,31	277,44	2,48%	7,76%	6,82%	5,77%
PALMI	172,94	200,00	219,66	207,57	220,98	15,65%	9,83%	-5,50%	6,46%
REGGIO CALABRIA	211,90	218,73	221,91	211,09	219,43	3,22%	1,46%	-4,88%	3,95%
<b>TOTALE</b>	<b>214,42</b>	<b>220,48</b>	<b>227,55</b>	<b>228,18</b>	<b>231,42</b>	<b>2,83%</b>	<b>3,20%</b>	<b>0,28%</b>	<b>1,42%</b>

Vi è una spiccata mobilità: nell'anno 2000 l'indice di fuga regionale è stato del 13%. Il peso medio della casistica per cui si migra è alto, in specie verso le altre regioni, riguardando una casistica più complessa di quella trattata in Regione (figura n. 1).





Il valore economico corrispondente al movimento di malati verso altre regioni è stato nel 2000 di circa 342 mld di lire, contro un flusso in entrata di 43 mld. Il saldo passivo è stato dunque di ben 298 mld di lire (tabella n. 6). I poli di attrazione rimangono alcune specialità nel territorio di Reggio Calabria (segnatamente l'attività di ematologia, nefrologia ed ortopedia), l'attività dell'Unità di Risveglio a Crotone e, in parte, l'attività stagionale e di confine nell'area di Paola.

#### Ipotesi di rete

Sulla base di quanto sino ora espresso, unito alla valutazione sull'efficienza produttiva e sull'efficacia degli interventi delle singole unità operative negli ultimi anni, si è proceduto ad elaborare una nuova articolazione della rete ospedaliera pubblica strutturata su tre livelli, tra loro collegati ed integrati, e precisamente:

1. presidi ospedalieri centrali, sede del centro direzionale - operativo del DEA;
2. presidi ospedalieri territoriali di area vasta, sede delle articolazioni operative del DEA;
3. presidi ospedalieri territoriali di zona, sede delle articolazioni d'accesso al DEA.

**Tabella n. 6. - Valore economico della mobilità ospedaliera calabrese, anno 2000**

AZIENDA CHE ACQUISTA O VENDE	RAPPORTI ECONOMICI CON ALTRE REGIONI		
	ENTRATE	USCITE	SALDO
PAOLA	6.606.414.600	26.985.331.241	- 20.378.916.821
CASTROVILLARI	2.337.579.050	20.204.275.233	-17.886.696.183
ROSSANO	2.095.850.000	37.158.857.624	-35.063.007.634
COSENZA	1.073.483.970	37.742.145.035	-36.668.661.065
CROTONE	5.337.580.410	35.030.243.408	-29.692.662.998
LAMEZIA TERME	1.245.038.550	20.177.751.860	-18.932.713.310
CATANZARO	763.599.490	32.729.520.152	-31.965.920.662
VIBO VALENTIA	1.535.278.050	32.061.344.099	-30.526.066.049
LOCRI	2.268.523.690	26.888.246.398	-24.619.722.708
PALMI	1.025.946.100	33.312.699.730	-32.286.753.630
REGGIO CALABRIA	5.445.934.750	39.599.053.755	-34.153.119.005
ANNUNZIATA	2.834.738.500	-	2.834.738.500
PUGLIESE CIACCIO	2.749.519.000	-	2.749.519.000
MATER DOMINI	1.008.173.000	-	1.008.173.000
BIANCHI MELACRINO MORELLI	7.395.751.000	-	7.395.751.000
I.N.R.C.A. COSENZA	71.235.300	-	71.235.300
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>43.794.645.460</b>	<b>341.889.468.715</b>	<b>-298.094.823.255</b>

In altre parole per un determinato territorio sarà l'Azienda Ospedaliera che garantirà, con la sua rete di ospedali centrali e territoriali la continuità nell'assistenza ospedaliera, completando il quadro con l'integrazione funzionale con la medicina del territorio (rete territoriale dell'emergenza, ospedali di comunità e rete residenziale e semi-residenziale).

Si è convinti che tale ipotesi consenta di realizzare non solo delle razionalizzazioni organizzative legate proprio alla unicità di gestione e responsabilità, ma anche di offrire al cittadino un percorso assistenziale più facile.

#### I livelli organizzativi ospedalieri

In altre parole i **presidi ospedalieri centrali**, oltre alla sede del centro direzionale - operativo del DEA, saranno sede delle discipline di alta specialità e della tecnologia più sofisticata. Essi si porranno come riferimento ai presidi di rilievo territoriale (presenti nell'area di competenza). Ospiteranno altresì le discipline di media assistenza e di base di riferimento alla area vasta ed alla zona nel cui ambito territoriale insistono.

I **presidi ospedalieri territoriali di area vasta** dovranno ospitare le specialità di base, alcune delle specialità di media assistenza medica ed i relativi servizi di supporto. Ulteriori qualificazioni in senso specialistico potranno essere programmate dall'azienda nel rispetto delle linee generali del piano ed in risposta a peculiari esigenze locali. Sarà comunque compito

dell'azienda verificare annualmente la congruità delle scelte effettuate, proponendo alla Regione eventuali variazioni. Assolveranno altresì la funzione di zona per l'ambito territoriale in cui insistono.

I **presidi ospedalieri territoriali di zona**, svolgeranno la funzione di primo contatto finalizzato ad innescare il coinvolgimento dei successivi livelli dell'emergenza. Saranno dotati degli spazi di degenza generale medica di base nella misura adeguata a soddisfare i bisogni della zona di competenza. Il presidio territoriale di zona potrà svolgere, nell'ambito delle direttive aziendali, anche una funzione ambulatoriale nelle discipline mediche e chirurgiche. Dovrà essere dotato di un laboratorio di analisi e di radiologia funzionali alle sovraesposte esigenze.

Tutte le tipologie di presidi sopra specificati devono essere dotati di spazi per l'osservazione breve al termine della quale il paziente verrà o trasferito alle strutture del DEA o dimesso, in relazione alle condizioni cliniche. In ogni presidio deve essere garantita altresì la funzione di day hospital medico e chirurgico indistinta, che, a cura del Direttore Generale dell'azienda ospedaliera, potrà essere sostituita, nei presidi maggiori, da analoga funzione dedicata per singola disciplina e/o unità operativa.

A ciascuna azienda ospedaliera fanno riferimento altresì quei **presidi ospedalieri**, già riconvertiti o da riconvertire per effetto del presente PRS, **con prevalenti funzioni di riabilitazione o lungodegenza**.

L'articolazione delle Aziende Ospedaliere in presidi secondo le tipologie appena definite viene indicata nella tabella n. 7; nella stessa sono indicate altresì le dotazioni in termini di posti letto delle singole aziende ospedaliere ed il riferimento agli standard per abitante.

**Tabella 7 – Articolazione delle Aziende Ospedaliere in presidi e posti letto per acuti assegnati.**

DOTAZIONE 2003-2005 (1)			ALLOCAZIONE DELLE FUNZIONI OSPEDALIERE PER ACUTI NEI PRESIDI PUBBLICI						UNIVERSITA' IRCCS E CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI
			AZIENDA OSPEDALIERA		presidi centrali	presidi territoriali			
totale p.l.	solo privati	x mille ab	sede	posti letto			di area vasta	di zona	
2.808	865	4,00	Cosenza	1.943	Annunziata (compresi Mariano Santo e Rogliano)	Paola - Cetraro - Praia	Praia a Mare		
						Castrovillari - San Marco Argentano	San Marco Argentano	Mormanno	
								Lungro	
						Rossano - Corigliano Cariati Trebisacce			
							Acri (2)		I.N.R.C.A. C.N.R.
841	271	4,00	Crotone	570	San Giovanni di Dio		San Giovanni in Fiore (2)		
1.517	346	4,00	Catanzaro	1.172	Pugliese - Ciaccio	Lamezia-Soveria	Soveria Mannelli (2)		Centro traumatologico. Centro protesi e di Riabilitazione INAIL
						Soverato		Chiaravalle Centrale	Centro oncologico
									Policlinico Mater Domini
698	36	4,00	Vibo Valentia	662	Jazzolino		Serra San Bruno (2)	Soriano Calabro	
						Tropea			
2.270	736	4,00	Reggio Calabria	1.534	Bianchi - Melacrino - Morelli	Locri - Siderno		Gerace	
						Polistena Gioia Tauro - Palmi	Oppido Mamertina Taurianova	Cittanova	
									Melito Porto Salvo
8.134	2.254	4,00		5.880					

(1) I posti letto per i Centri di riferimento regionali, il Policlinico Mater Domini e gli altri Enti sono da definire a cura della Giunta Regionale e fanno parte del dotazione media regionale e pertanto da sottrarre in eguale proporzione per ogni area territoriale.

(2) Questi ospedali sono classificati tra gli "Ospedali di montagna", pertanto il loro assetto organizzativo prescinde dalla destinazione indicata per le funzioni di zona, essendo garantite negli stessi presidi anche le attività di elezione nelle discipline di base fondamentali, fermo restando l'obbligo degli standard qualitativi operatori minimi per le discipline chirurgiche ed ostetriche.

(3) I posti letto di lungodegenza e riabilitazione (discipline 28, 75, 56 e 60) vengono definiti nell'1 % aggiuntivo ed assegnati dalla Giunta Regionale secondo i criteri definiti nel presente PRS

I posti letto per i Centri di riferimento Regionali, il Policlinico Mater Domini e gli altri Enti, sono sefiniti a cura della Giunta Regionale sulla base del fabbisogno globale per le singole discipline con un bacino d'utenza regionale assegnate alle citate strutture e le relative discipline generali di supporto. Il totale dei posti letto così definito è parte integrante della dotazione del 4 x mille regionale e dovrà essere sottratto in eguale proporzione al numero di posti letto riportato in tabella n. 7 per ogni area.

Va sottolineato altresì come, in una prima fase operativa, converrà mantenere concentrate le alte specialità nelle sedi che attualmente le ospitano, programmando nel breve-medio termine un'eventuale ulteriore diffusione delle stesse sulla base dei concetti esposti in precedenza.

Nella tabella n. 8 vengono riportati le dotazioni in termini di posti letto, all'1 gennaio 2002, aggregate come in tabella n. 7 al fine di consentire un adeguato confronto. Nella successiva tabella n. 9 vengono sintetizzate le necessità in termini di adeguamento allo standard e di conseguenti riconversioni o nuove attivazioni.

**Tabella 8 - Dotazione attuale di posti letto per acuti (compresa riabilitazione e lungodegenza).**

DOTAZIONE AL 1° GENNAIO 2002						
PROVINCIA			AZIENDE SANITARIE			
	totale p.l.	x mille ab		totale p.l.	x mille ab	solo privati
COSENZA	3.562	5,07	Paola	735	5,15	335
			Castrovillari	338	3,08	-
			Rossano	586	3,3	100
			Cosenza	1.903	6,47	526
CROTONE	1.003	5,24	Crotone	1.003	5,21	301
CATANZARO	2.179	5,74	Lamezia Terme	467	3,58	60
			Catanzaro	1.712	6,83	324
VIBO VALENTIA	558	3,20	Vibo Valentia	558	3,18	40
REGGIO CALABRIA	2.393	4,22	Locri	451	3,27	-
			Palmi	354	2,2	80
			Reggio Calabria	1.588	5,85	738
TOTALE REGIONALE				9.695	4,74	2.505

**Tabella 9 - Standard posti letto per acuti e variazioni rispetto all'esistente ai sensi della L. 405/01.**

<b>Tipologia assistenziale</b>	<b>Posti letto pubblici esistenti</b>	<b>Posti letto privati esistenti</b>	<b>Totale posti letto esistenti</b>	<b>Standard (4 + 1 x 1000 ab.)</b>	<b>Letti da attivare o disattivare</b>
Acuti	6.307	2.502	8.809	8.134	- 675
Lungedegenza e Riabilitazione	64	822	886	2.033	+ 1.147
Totale	6.371	3.324	9.695	10.167	

Nella tabella n. 10, infine vengono riportate esclusivamente le indicazioni relative al fabbisogno di posti letto per singola disciplina, senza entrare nel merito dei servizi di diagnosi e cura di supporto, rientrando nelle competenze delle singole aziende l'idoneo assetto organizzativo. Così come sarà responsabilità delle singole aziende definire le aggregazioni dipartimentali ed i criteri di flessibilità d'uso dei posti-letto.

La distribuzione dei posti letto correlati alle discipline per singola azienda ospedaliera sarà effettuata a cura della Giunta Regionale, con specifico provvedimento, tenuto conto dei criteri e delle indicazioni di seguito riportate.

Sempre nel rispetto dell'autonomia aziendale toccherà alle Direzioni Generali proporre le modifiche degli assetti interni, riverificare l'equilibrio tra posti-letto di degenza ordinaria e day-hospital, anche alla luce delle indicazioni della programmazione regionale.

Si perviene così alla proposizione di una nuova articolazione della rete ospedaliera pubblica con la finalità di:

- portare entro gli standards di legge la disponibilità media di posti letto;
- ridurre la disomogeneità dell'offerta tra aree (in termini quantitativi e qualitativi);

- riqualificare la risposta dei servizi (nel senso dell'efficacia degli interventi anche al fine di ridurre la quota di migrazione fuori azienda e fuori Regione);
- rimodulare la tipologia di posti letto per area al fine di una maggiore efficienza gestionale;
- adeguare la risposta nel settore dell'emergenza/urgenza nei termini di un'omogenea e proporzionata distribuzione dei servizi dedicati ed una distribuzione funzionale delle alte specialità.

**Tabella 10 - Fabbisogno di posti letto per acuti distinti per singola disciplina - anni 2003-2005.**

AREA FUNZIONALE OMOGENEA	TIPOLOGIA	C O D	DISCIPLINA	posti letto effettivamente occupati (1)	posti letto necessari (2)	% posti letto utilizzata per attività fuori regione	% posti letto utilizzata per attività presso privati
MEDICA	ELEVATA ASSISTENZA	24	Malattie infettive e tropicali	63	120	7,51%	0,00%
		40	Psichiatria (3)	130	203	6,86%	6,27%
	MEDIA ASSISTENZA	08	Cardiologia	316	400	16,56%	38,32%
		18	Ematologia	44	60	12,91%	0,00%
		29	Nefrologia	57	70	8,39%	0,00%
		32	Neurologia	189	230	16,56%	18,42%
		64	Oncologia	52	90	34,23%	0,00%
		70	Radioterapia	12	30	32,43%	3,55%
	SPECIALITA' DI BASE	01	Allergologia (4)	8	10	41,04%	46,28%
		51	Astanteria	29	90	4,16%	0,30%
		52	Dermatologia	61	75	31,53%	0,98%
		58	Gastroenterologia	54	75	20,82%	16,99%
		21	Geriatria	225	250	3,20%	6,90%
		19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	28	50	68,33%	27,00%
		26	Medicina generale	1.538	1.600	8,34%	22,17%
		68	Pneumologia	212	240	10,36%	0,00%
	71	Reumatologia	76	90	15,80%	69,70%	
CHIRURGICA	ELEVATA ASSISTENZA	07	Cardiochirurgia	51	60	68,23%	7,65%
		48	Nefrologia (abilit. trapianto rene)	23	25	22,49%	0,00%
		30	Neurochirurgia	80	90	19,84%	0,69%
	MEDIA ASSISTENZA	10	Chirurgia maxillo-facciale	12	30	12,06%	29,04%
		12	Chirurgia plastica	4	10	37,46%	1,32%
		13	Chirurgia toracica	20	35	19,71%	0,34%
		14	Chirurgia vascolare	37	35	23,36%	8,53%
	SPECIALITA' DI BASE	09	Chirurgia generale	1.129	1.200	9,06%	25,03%
		34	Oculistica	151	190	11,34%	41,69%
		36	Ortopedia e traumatologia	687	700	11,80%	25,47%
38		Otorinolaringoiatria	135	140	16,58%	8,17%	
43		Urologia	159	180	18,63%	7,60%	
INTENSIVA	INTENSIVA	49	Terapia intensiva	44	100	8,72%	0,00%
		50	Unità coronarica	54	100	3,31%	0,49%
		73	Terapia intensiva neonatale	14	24	6,82%	0,94%
MATERNO INFANTILE	ELEVATA ASSISTENZA	62	Neonatologia	86	130	2,19%	6,73%
		MEDIA ASSISTENZA	11	Chirurgia pediatrica	34	36	9,65%
	33		Neuropsichiatria infantile	10	10	103,24%	1,61%
	39		Pediatria	255	260	7,37%	2,07%
	SPECIALITA' DI BASE	37	Ostetricia e ginecologia	602	700	4,82%	21,47%
SPECIALITA' INDISTINTE (5)				193	396	0,67%	0,36%
TOTALE POSTI LETTO				6.874	8.134	10,52%	17,21%

(1) - L'utilizzo è stato verificato con l'effettiva occupazione dei posti letto nel quadriennio 1997-2000, con il tasso di ospedalizzazione effettivo registrato ogni anno, comprendendo i ricoveri fuori regione.

(2) - Per ogni disciplina una quota non inferiore al 10 % dei posti letto è da intendersi in day hospital o in day surgery.

(3) - Il parametro dei posti letto è di 1 ogni 10.000 abitanti, compresi SPDC e day hospital attivati o da attivare presso i CSM

(4) - Solo in day hospital

(5) - Nelle specialità indistinte sono previsti altresì i posti letto per le singole discipline finalizzati alle attività di didattica, nonché i posti letto delle seguenti discipline che hanno espresso una domanda di prestazioni di ricovero minima: Angiologia, Cardiochirurgia pediatrica, Medicina del lavoro, Nefrologia pediatrica, Neurochirurgia pediatrica, Odontoiatria e stomatologia, Oncoematologia pediatrica, Radioterapia oncologica ed Urologia pediatrica.

Prescindendo dalle considerazioni di ordine generale, con il sistema a regime, in ogni caso, è necessario operare una riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Ciò presuppone un adeguamento anche dei posti/letto utilizzati delle Aziende Ospedaliere della Regione Calabria ai nuovi parametri fissati nella citata L. n. 405 / 2001.

Ma un innovativo sistema di governo della rete ospedaliera non può limitarsi al solo adeguamento della rete agli standards definiti dalla L. n. 405/ 2001 (riduzione dei posti/letto in eccedenza o trasformazione di questi in posti/letto per lungodegenti o di riabilitazione), ma deve intervenire anche con modelli diversificati (es. day hospital o day surgery – almeno il 10% dei posti letto per acuti, come previsto dalle norme vigenti), interventi presso i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, integrazione dei diversi livelli di assistenza, ecc.

Ed è proprio in quest'ottica che la Regione deve dare spazio, investendo anche rilevanti risorse economiche, alle strutture ospedaliere nelle quali sono già allocate specialità di rilievo, potenziandole, anche al fine di abbattere il più possibile il fenomeno negativo della mobilità sanitaria extraregionale che costituisce, allo stato, un fenomeno rilevante: in termini di spesa, nell'anno 2001 l'onere relativo è ammontato a circa 210 milioni di euro.

Sarà necessario prevedere la costruzione di nuovi, moderni ospedali, in sostituzione di quei presidi ospedalieri esistenti ma obsoleti e disomogeneamente distribuiti nel territorio. In particolare si fa riferimento alle strutture ospedaliere dell'Alto Ionio cosentino, della fascia tirrenica della provincia di Cosenza e della Piana di Gioia Tauro. In queste aree dovrà essere previsto uno specifico intervento di investimento per la costruzione di nuovi presidi ospedalieri unici con fondi a carico dell'art. 20 della legge n. 67/88 in concomitanza di project financing e dell'utilizzo di fondi derivanti da dismissioni patrimoniali.

Contemporaneamente, dovrà attuarsi una riqualificazione urbanistica delle aree su cui attualmente insistono i presidi ospedalieri le cui condizioni strutturali e di conservazione non consigliano più la loro ristrutturazione perché troppo onerosa e non risolutiva.

Lo studio di questa ristrutturazione della rete ospedaliera trova una prima definizione nell'allegato n. 5. La Giunta Regionale entro un anno dall'approvazione del PRS provvederà al completamento dell'articolazione della rete ospedaliera, con riguardo alla distribuzione dei presidi nel territorio, alle loro caratteristiche edilizie, nel caso di utilizzo degli edifici ospedalieri già esistenti, ed alla dotazione impiantistica e tecnologica degli stessi. Ai fini di migliorare la qualificazione di centri di alta specializzazione e nell'obiettivo di ridurre la mobilità passiva le aziende ospedaliere potranno sperimentare attraverso la stipula di specifiche convenzioni forme di collaborazione con equipe o singoli specialisti, nel rispetto dei bacini d'utenza definiti dal DM 29 gennaio 92 e del rapporto costi-benefici.

Nello specifico, il "modello ospedaliero dipartimentale" costituisce la modalità organizzativa dell'Ospedale fortemente innovativa, purché sia basato su principi di flessibilità nell'utilizzazione delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione della funzione clinica e di quella igienico/organizzativa, sulla promozione della qualità dell'assistenza infermieristica (oggi in primo piano a seguito della riorganizzazione delle professioni sanitarie e sull'impegno ottimale di tutte le competenze impiegate nell'assistenza ospedaliera). In tal senso la Giunta Regionale provvederà ad adottare specifici provvedimenti.

Il rinnovato assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale deve, inoltre, prevedere l'integrazione delle strutture ospedaliere con le strutture socio-sanitarie del territorio, al fine di garantire adeguate forme di continuità assistenziale alla collettività. Né può essere sottovalutata l'attivazione di forme di assistenza ospedaliera a domicilio, ad integrazione dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare erogata istituzionalmente dai Distretti.

Altro obiettivo del nuovo modello sanitario della Regione è individuato nella riorganizzazione della rete emergenza-urgenza che, date le caratteristiche geomorfologiche del territorio, dello stato della viabilità e della dislocazione abitativa, dovrà assicurare i sistemi di trasporto più idonei non solo per quanto riguarda l'accesso ai DEA regionali di secondo livello, ma anche per il trasporto, nelle diverse strutture sanitarie degli infermi che necessitano di cure specialistiche urgenti.

Nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera è ricompresa anche la revisione dei DEA di primo e di secondo livello, onde renderli il più possibile raggiungibili ed utilizzabili dalla popolazione. È superfluo sottolineare la necessità di potenziare, al contempo, le terapie intensive afferenti ai DEA.

#### La rete dell'eccellenza, i centri di alta specializzazione e di ricerca

Sono stati sottoscritti un protocollo di intesa tra Ministero della Salute e Regioni Sicilia e Calabria (24 febbraio 2002) ed un altro protocollo tra Ministero della Salute, Regione Calabria, Provincia di Catanzaro, Comune di Catanzaro, Università della Magna Graecia (5 giugno 2002).

Il protocollo del 24 febbraio 2002, per la Calabria, mette in evidenza la necessità di contribuire allo sviluppo del rete dei servizi sanitari attraverso la realizzazione di "Centri di eccellenza", uno dei quali era ulteriormente caratterizzato nel protocollo del 5 giugno quale Centro di Eccellenza Oncologico – Germaneto, essendo gli altri sviluppo naturale delle attività in parte già

operanti e da sviluppare anch'esse quali Centri di Eccellenza, rispettivamente per l'Ematologia e la Nefrologia in Reggio Calabria e per le Neuroscienze in Crotone, stante l'esistenza in detta località dell'Istituto Sant'Anna in cui è attiva l'Unità di Risveglio dal coma e la specifica attività di riabilitazione dei cerebrolesi. Le disposizioni dell'art. 21 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29, inoltre, prevedono un mandato specifico alla Giunta Regionale per gli interventi relativi al Polo Oncologico e finalizzato allo sviluppo quale I.R.R.C.S. e per la destinazione del complesso di Girifalco, da individuare quale Centro rivolto alle Scienze Motorie.

In tal senso inoltre, sulla base dell'attività assistenziale svolta, avranno riconoscimento quali Centri di eccellenza le seguenti attività assistenziali:

- A. Il polo pediatrico presso l'Azienda ospedaliera di Cosenza (neonatologia, terapia intensiva neonatale, chirurgia pediatrica e pediatria);
- B. L'attività chirurgica finalizzata allo sviluppo di un Centro Trapianti per il fegato a Cosenza.
- C. Il polo di riabilitazione cardio-respiratoria ospedaliera intensiva, in rete con il dipartimento dell'invecchiamento, da situarsi presso l'Azienda Ospedaliera di Vibo Valentia, anche con l'apporto di esperienze di eccellenza extra-regionali in forme di sperimentazione collaborativa.

Oltre alle attività citate la Giunta Regionale autorizza ulteriori Poli di Eccellenza o l'ulteriore caratterizzazione degli stessi Centri già definiti. La caratterizzazione quale Polo di Eccellenza di attività ordinarie già esistenti potrà essere concessa nel rispetto dei seguenti criteri:

- 1. rispondere a specifiche esigenze di salute dei cittadini;
- 2. essere allocate di preferenza nelle aziende ospedaliere;
- 3. corrispondere ad attività il cui bacino di utenza potenziale è comunque di livello regionale;
- 4. avere una rilevante capacità di attrazione extra-regionale e, comunque, avere un'attività specifica che non comporta migrazione per patologie attinenti alla disciplina superiori alla capacità produttiva;
- 5. possedere una casistica di peso superiore alla media regionale per la disciplina negli ultimi tre anni di attività;
- 6. per le discipline chirurgiche, avere un tasso di mortalità e di reintervento compresi negli standard previsti per le best practice della disciplina; tale criterio, limitatamente alla mortalità, deve essere rispettato anche per le discipline mediche che comportino trattamento intensivo o sub-intensivo.

Le attività assistenziali di alta specializzazione sono quelle individuate dal DM 29 gennaio 1992. A cura della Giunta Regionale sono state individuate le discipline ospedaliere afferenti alle citate attività assistenziali. Le stesse devono essere di regola allocate presso i presidi ospedalieri centrali delle aziende ospedaliere ovvero in presidi pubblici o privati funzionalmente collegati con la rete dell'emergenza-urgenza. Le alte specialità allo stato allocate presso istituti privati sono:

- A. la cardiocirurgia, presso il Sant'Anna Hospital di Catanzaro;
- B. la terapia intensiva, presso il Sant'Anna Hospital di Catanzaro;
- C. la neuro-riabilitazione, presso l'Istituto Sant'Anna di Crotone.

### La Lungodegenza e la Riabilitazione

Lo sviluppo dei servizi di assistenza in regime di ricovero per Lungodegenza e Riabilitazione costituisce un complemento essenziale del programma di riqualificazione della rete ospedaliera e di riduzione dei posti letto per acuti sotto la soglia del 4 x 1000. Lo standard programmatico per questa tipologia di prestazioni è fissato a livello nazionale nel parametro di 1 posto per 1.000 abitanti, ma si tratta di un parametro che deve essere interpretato a livello regionale in rapporto all'effettivo sviluppo dei posti letto ospedalieri per acuti e della estensione e specializzazione della rete dei servizi residenziali.

In Calabria si registra un'offerta di posti letto per acuti che, nonostante la forte mobilità passiva extra-regionale (circa il 25-30%), è sostanzialmente in linea con la media nazionale (4,75 x 1.000 abitanti) ma è superiore alla media nazionale per quanto attiene le specialità di base ed inferiore ad essa per le specialità a media ed elevata assistenza. L'attività ospedaliera appare caratterizzata da indici di case-mix medio/bassi (0,980 per i ricoveri ordinari), da un diffuso utilizzo del ricovero ospedaliero per DRG ad elevato rischio di inappropriately e comunque da una durata media della degenza, per i DRG più rappresentativi, significativamente più elevata della media nazionale. Si registra peraltro che la rete dei posti letto formalmente classificati come "lungodegenza e riabilitazione" è abbastanza diffusa, con un indice di 0,42 posti letto per 1.000 abitanti (contro una media nazionale di 0,49 x 1.000), di cui circa il 50% di lungodegenza e l'altro 50% di riabilitazione. L'offerta di questa tipologia di servizi risulta quindi sottodimensionata, e lo è specialmente se consideriamo che dei 454 letti di riabilitazione che risultano attualmente accreditati quasi il 90% (396) sono in realtà letti di riabilitazione estensiva, destinati per lo più a pazienti cronici. Appare molto carente, quindi, una rete di riabilitazione post-acuzie intensiva, destinata al trattamento, nella fase successiva l'evento acuto, delle più frequenti patologie invalidanti dell'adulto (lesioni midollari da traumi o da altre cause, traumi cranici, ictus cerebrali, etc.).

Sulla base di questa analisi si evidenzia la necessità di qualificare l'offerta di posti letto di riabilitazione prevedendo in particolare posti letto di riabilitazione intensiva.

Anche per quanto attiene la lungodegenza si ravvisa la necessità di un forte aumento dell'offerta, realizzando unità di questo tipo sia nei grandi ospedali che in piccoli ospedali o strutture in riconversione.

Passando alle scelte operative si ritiene di dover fissare lo standard programmatico di riferimento nella misura di 1 posto letto ogni 1.000 abitanti (0,5 per la riabilitazione), prevedendo tuttavia un progressivo raggiungimento di questo livello di offerta. In particolare, stante la sostanziale indisponibilità di risorse, tutti i nuovi posti letto di lungodegenza e riabilitazione potranno essere attivati solo dopo che si sarà avviato il processo di riconversione di un numero almeno pari di posti letto per acuti.

Uno standard di questo tipo necessita inoltre di specifici approfondimenti in ordine alla distribuzione geografica, alla specifica tecnica delle prestazioni erogate, ed all'opportunità di realizzarle all'interno di strutture ospedaliere o di presidi extra-ospedalieri, mantenendo fermi gli obiettivi di cura propri dello specifico livello assistenziale. La scelta di localizzare questi servizi all'interno degli ospedali per acuti trova una motivazione nel garantire la migliore fruibilità dei servizi diagnostici e delle consulenze specialistiche multiprofessionali. Tuttavia l'effettiva necessità di una localizzazione di questo tipo è circoscritta ai servizi di alta specializzazione, ove sia previsto un intervento riabilitativo già nella fase acuta, e comunque in condizioni di instabilità clinica tali da richiedere il continuo contatto con i reparti clinici specialistici di riferimento.

Appare peraltro evidente che è sconsigliabile prevedere moduli di degenza a lungo termine - che necessitano di ampi spazi interni ed esterni e di particolari modalità di organizzazione della giornata e delle occasioni relazionali - in strutture ospedaliere concepite ed organizzate per interventi mirati, selettivi, di breve durata e di elevata complessità tecnologica e specialistica.

Nella realtà la localizzazione di questa tipologia di servizi dentro o fuori l'Ospedale per acuti, andrà valutata caso per caso, in rapporto alla vocazione del servizio, alle condizioni strutturali ed organizzative del complesso, ai percorsi assistenziali in esso attivati, garantendo comunque un'equilibrata distribuzione territoriale dei servizi tra complessi ospedalieri con caratteristiche idonee e strutture esterne specializzate, in grado di garantire i necessari supporti diagnostici e specialistici ed in ogni caso il collegamento operativo con i servizi ospedalieri di primo intervento.

Sulla base di queste valutazioni, in considerazione dell'eccesso di strutture ospedaliere attualmente operanti in Calabria, nella realizzazione dei nuovi posti letto di lungodegenza e riabilitazione, priorità assoluta andrà riservata alla riconversione di presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto attualmente attivi.

Nella tabella N. 11 sono presentati gli standards programmatici previsti per la Lungodegenza e Riabilitazione, questi rappresentano obiettivi programmatici a medio-lungo termine, da attuarsi in parallelo con la riconversione di un numero di posti letto per acuti nelle misure già indicate.

**Tabella 11 – Standard programmatici dei servizi ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza**

<b>Tipologie riferite alla Lungodegenza</b>	<b>Indice</b>	<b>Posti letto</b>
- Lungodegenza post-acuzie	0,44	894
- Hospice	0,06	122
<b>Totale lungodegenza</b>	<b>0,50</b>	<b>1.016</b>
<b>Tipologie riferite alla Riabilitazione</b>	<b>Indice</b>	<b>Posti letto</b>
ALTA SPECIALITA' (0,020)		
- Unità spinale	0,005	10
- Unità gravi cerebromielolesioni	0,010	20
- Unità di Risveglio	0,005	10
RIABILITAZIONE INTENSIVA		
- Riabilitazione intensiva	0,18	367
RIABILITAZIONE ESTENSIVA		
- Riabilitazione estensiva disabili	0,30	610
<b>Totale riabilitazione</b>	<b>0,50</b>	<b>1.017</b>
<b>TUTTE LE TIPOLOGIE</b>	<b>1,00</b>	<b>2.033</b>

#### *La lungodegenza post-acuzie*

La Lungodegenza post acuzie è un'attività di ricovero caratterizzata dalla gestione a breve-medio termine di pazienti con quadri clinici post-acute e non stabilizzati, che necessitano di cure mediche, infermieristiche e di assistenza alla persona.

Lo standard programmatico di 0,5 posti letto per 1000 abitanti deve comprendere anche i posti letto per servizi di "Hospice" (con un tasso di 0,06 pari a 124 p.l.). La restante quota di posti letto (circa 900) andrà realizzata in modo equilibrato nel territorio regionale scegliendo idonee

localizzazioni all'interno degli ospedali di rete, in case di cura private o in ospedali soggetti a programmi di riconversione.

E' essenziale che i servizi di lungodegenza si caratterizzino in modo netto rispetto ai reparti di Medicina Generale, con un forte orientamento all'assistenza infermieristica ed alla gestione clinica delle polipatologie di carattere geriatrico.

### *La riabilitazione*

I Servizi di Riabilitazione sono costituiti da un complesso setting di attività che ha l'obiettivo di garantire il massimo recupero funzionale, e socio-relazionale, a soggetti affetti da menomazioni e limitazioni funzionali congenite od acquisite.

Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è l'individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante una successione di prestazioni specialistiche mirate e coordinate, anche a valenza multidisciplinare.

Lo standard programmatico della riabilitazione è fissato in 0,5 posti letto per 1000 abitanti (1022 p.l.). I servizi di degenza riabilitativa, come dettagliato nella premessa, saranno realizzati presso strutture ospedaliere per acuti o presso strutture specializzate esterne (accreditate come tipologie ospedaliere o residenziali), in rapporto alla specificità ed alle finalità del servizio erogato.

Gli interventi riabilitativi sono usualmente classificati in tre principali tipologie:

2. Servizi Riabilitativi di Alta Specialità
3. Riabilitazione Intensiva
4. Riabilitazione Estensiva

Tra i servizi di Alta Specialità (tasso 0,020 X 1000) sono classificati:

1. l'Unità Spinale (USP) da realizzarsi presso il polo regionale dell'emergenza (p.l.10)
2. l'Unità per gravi cerebromielolesioni (UNI) (p.l. 21)
3. l'Unità di Risveglio (URI) (p.l. 10)
4. l'Unità di Riabilitazione Intensiva Cardiochirurgia (URIC) (p.l. 8), specializzata nella gestione complessa del paziente cardiocirurgico, nell'immediato post-operatorio.

L'unità spinale gestisce il paziente nella fase di acuzie e di immediata post-acuzie, realizzando interventi riabilitativi precoci e definendo il successivo percorso riabilitativo, fino all'auspicato reinserimento sociale e lavorativo, da compiersi presso strutture esterne funzionalmente collegate e comunque impegnate nello sviluppo di protocolli comuni sotto il costante monitoraggio dell'unità spinale stessa. L'individuazione del polo regionale dell'emergenza, strutturato con elisoccorso, "trauma center", neurochirurgia, terapia intensiva, diagnostica di terzo livello e tutti i servizi di alta specialità, sarà effettuata con successivo atto della Giunta Regionale.

L'unità per gravi cerebrolesioni è un'unità specialistica riabilitativa di terzo livello rivolta alla gestione del paziente con terapia intensiva specialistica, in fase post-acuta, di gravi lesioni cerebrali (traumatiche, vascolari, metaboliche) con un approccio multidisciplinare sistemico. Sono attualmente attivi 16 posti letto presso l'Istituto S. Anna. Si prevede quindi la possibilità di ampliamento ovvero la realizzazione di un secondo polo di 5 posti letto abbinato all'unità spinale.

L'Unità di Risveglio è un'unità specializzata nella gestione complessa e stimolazione neuro-psico-sensoriale di pazienti con diagnosi di recente stato di coma, nell'obiettivo di realizzare le migliori condizioni per l'uscita dal coma ed il recupero delle funzioni cognitive e motorie. Sono attualmente attivi 10 posti letto presso l'Istituto S. Anna, che si ritiene allo stato soddisfa sufficientemente il fabbisogno regionale, anche in considerazione del fatto che l'attuale domanda è oltre al 70 % di origine extra-regionale.

I servizi di Riabilitazione Intensiva (tasso 0,180 X 1000) saranno sviluppati fino ad un massimo di 369 posti letto, preferibilmente presso ospedali, pubblici o privati accreditati, in riconversione e comunque secondo un criterio che garantisca il loro miglior collegamento con i principali ospedali. I servizi di Riabilitazione Estensiva (tasso 0,30 X 1000) potranno essere progressivamente incrementati fino ad un massimo di 613 posti letto, che saranno distribuiti in modo da garantire un rapporto più equilibrato tra le diverse province, anche questi, preferibilmente, presso Ospedali in riconversione.

### LA RETE PER L'EMERGENZA-URGENZA

#### Premessa

Non si può parlare di Sistema di Emergenza Regionale senza fare preciso riferimento al Piano Sanitario Nazionale predisposto a cura del Ministero della Salute per il periodo 2002-2004 che fra i dieci progetti obiettivo ne comprende uno dedicato, specificamente, al potenziamento dei servizi di urgenza-emergenza, basato su tre capisaldi:

- Riorganizzazione strutturale del Pronto Soccorso e dei DEA.
- Integrazione, in rete, delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del traumatizzato e del malato critico.
- Integrazione del territorio con l'Ospedale.



Nell'ambito del progetto, il trasporto infermi diventa necessariamente il cardine, il punto nodale per il buon funzionamento dell'organizzazione dedicata all'emergenza, dovendo assicurare il raccordo tra le diverse componenti del Sistema che deve essere "centrato sulla persona" per assicurare ad ogni cittadino, in difficoltà dal punto di vista sanitario, una organizzazione protettiva che lo segua responsabilmente attraverso tutto il percorso assistenziale, fin dall'approccio, assicurando che la risposta sanitaria sia costruita e calibrata sulle reali necessità dell'utente.

## II. Sistema Emergenza Sanitaria

Che il Sistema Emergenza Sanitaria (S.E.S.) debba essere "centrato sulla persona" lo si evince dalla definizione stessa di emergenza, con il quale termine s'intende "qualunque circostanza che si presenti in modo improvviso e con caratteristiche tali da provocare conseguenze critiche, talora gravi, per la salute degli individui che ne restano coinvolti".

Due caratteristiche, quindi, connotano lo stato d'emergenza:

1. occasionale gravità,
2. costante criticità.

Appare chiaro, dalla definizione, l'imperativo di agire finalizzando il proprio operato ad evitare che le condizioni delle persone soccorse da critiche divengano gravi, di agire nel minor tempo possibile, di agire tenendo conto delle condizioni ambientali e delle risorse disponibili in termini di presidi, di attrezzature e di uomini.

Tutto ciò, naturalmente, obbliga ad individuare priorità, a definire comportamenti ed ad elaborare protocolli per la gestione e la classificazione degli interventi assistenziali, utilizzando codifiche e terminologie standardizzate non suscettibili di ambiguità operative; i protocolli debbono tenere conto dell'apparente livello di gravità dell'affezione apparentemente dominante, della complessità tecnica ed organizzativa dell'intervento terapeutico da effettuare e del numero dei soggetti da assistere.

A tal proposito, vale la pena ricordare che si parla, schematicamente, di:

- monoemergenza se coinvolge un solo individuo
- macroemergenza se, interessando aree territoriali ristrette, coinvolge piccoli gruppi di individui
- maxiemergenza se, interessando vaste aree geografiche, coinvolge un gran numero di individui.

A differenza degli anglosassoni che utilizzano un unico termine, "Emergency" per indicare le condizioni critiche e quelle gravi, noi utilizziamo due termini presi in considerazione e validati dal Consiglio Superiore di Sanità che li ha definiti, in un parere espresso il 2 Dicembre 1992, come:

- Urgenza - urgenza differibile, si ritiene l'urgenza reale, senza pericolo di vita;
- Emergenza - urgenza indifferibile, si ritiene sussistere immediato pericolo di vita.

Questa schematizzazione è alla base di documenti ufficiali tra i quali si deve ricordare il Piano Sanitario Regionale della Regione Calabria 1995/1997 che definisce:

- "Urgenza": condizione clinica che coinvolge individui colpiti da processi patologici per i quali, pur non esistendo immediato pericolo di vita, è tuttavia necessario adottare, entro breve tempo, l'opportuno intervento terapeutico.
- "Emergenza": condizione clinica che coinvolge individui che necessitano di immediato ed adeguato intervento terapeutico anche con ricorso a mezzi speciali di trattamento.

Un intervento di soccorso qualificato, appare evidente, necessita di adeguati mezzi di soccorso, muniti di attrezzature finalizzate ed efficienti, intendendo per mezzo di soccorso "un mezzo mobile dedicato al trasporto immediato e rapido di équipes ed equipaggiamento sanitario, sangue ed emoderivati".

Importante e condizionante per un intervento di soccorso sanitario sono l'estensione, il tipo e lo stato della rete viaria, il tipo e l'entità del traffico che vi insiste, il numero la tipologia e lo stato d'uso dei mezzi di trasporto, il personale, la disponibilità e la preparazione specifica di questo nonché l'idoneità del mezzo alla problematica da risolvere.

Il sistema di trasporto infermi non riguarda il semplice trasporto di persone bisognose di cure da un luogo all'altro ma si prefigge un duplice obiettivo:

1. assicurare assistenza sanitaria qualificata e con mezzi adatti, erogata da personale particolarmente esperto, sul luogo stesso di insorgenza di uno stato di emergenza sanitaria di origine traumatica o non traumatica, seguita da trasporto, in tempo breve, in ambiente ospedaliero, il cosiddetto "intervento primario"
2. permettere il trasferimento rapido di pazienti da Ospedale ad Ospedale, ovvero da un Presidio meno attrezzato da un punto di vista diagnostico e terapeutico ad altro luogo di cura più adatto, fornendo "in itinere" tutta l'assistenza necessaria, il cosiddetto "intervento secondario".

## Situazione ambientale

La Calabria, compresa tra due mari, Ionio e Tirreno, è la Regione che presenta il massimo sviluppo costiero, 780 Km, pari al 19,1% del perimetro costiero nazionale, idealmente divisa in due zone, settentrionale e meridionale, dalla stretta lingua di terra compresa tra il golfo di Squillace e

quello di S. Eufemia, è occupata ed attraversata in senso longitudinale da catene montuose, serre ed altopiani, che ne hanno reso difficoltosi e costosi i collegamenti stradali in senso trasversale tra i due mari.

A nord è presente il massiccio del Pollino cui fa seguito verso sud la criniera appenninica con la Sila, il Reventino, le Serre e l'Aspromonte. Il 22,4% del territorio è montuoso, il resto è collinare ma soltanto il 14,9% dell'intero territorio si trova al di sotto dei 100 metri sul livello del mare.

In sintesi, la Regione Calabria è costituita in modo veramente disomogeneo dal punto di vista territoriale, ambientale e paesaggistico, sviluppa una superficie di circa 15.000 Km<sup>2</sup>, che da aspro territorio montano degrada verso coste classicamente mediterranee, della quale soltanto il 9% è pianura ed il restante 91% è montagna o collina dove sono situati in maggioranza i Comuni, 387 su 409.

I corsi d'acqua sono quasi tutti a carattere torrentizio, con alvei a forte pendenza ed ampio letto a fondo valle, ricchi di ciottolame che li rende rovinosi nelle piene.

Territorio ad elevato rischio sismico che può essere soggetto a maremoti per la contiguità del territorio vulcanico delle Eolie e che vede diffuso il fenomeno delle frane per le caratteristiche del terreno, per la pendenza dei versanti e la copiosità delle piogge, spesso a carattere torrenziale.

La viabilità della Regione Calabria (dati ISTAT 1994) è costituita da 279 Km di Autostrade, 3.319 Km di Strade Statali, 6.196 Km di Strade Provinciali e 6.440 Km di Strade Comunali, per un totale di 16.207 Km, escluse le Strade Comunali, le Strade di Bonifica, le Strade Vicinali, le Mulattiere e le Strade di montagna non gestite dall'ANAS.

La rete viaria è caratterizzata dalla Autostrada del Sole e dalle S.S. n° 18 e n° 19 che percorrono, con tornanti a mezza costa e ponti in pietra, il territorio da Nord a Sud e dalla S.S. n° 106 che corre parallela alla costa Ionica. Sono presenti strade che, in trasversale, permettono la comunicazione tra le due costiere costituite dalla S.S. n° 107 al Nord, dalla S.S. n° 280 al Centro e dalla S.S. n° 281 al Sud.

Sulle strade della Regione circolano, oltre ai mezzi immatricolati nella Regione, diversi mezzi per trasporto merci da e verso la Sicilia oltre ad un nutrito numero di auto per trasporto persone durante i periodi festivi e di ferie.

### Il Sistema di emergenza-urgenza

Va considerato come un sistema di intervento e cura che, con funzione di filtro, avvalendosi di strutture territoriali ed ospedaliere funzionalmente integrate, è in grado di garantire assistenza adeguata nelle condizioni di emergenza-urgenza.

E' costituito da due fasi, fase di allarme, assicurata dalla Centrale operativa e fase di risposta, territoriale ed ospedaliera.

#### *Fase di allarme sanitario*

La Centrale operativa (il cosiddetto "118") riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

#### *Fase di risposta territoriale*

Classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale dispone l'invio di mezzi di soccorso od attiva le postazioni territoriali.

Per svolgere tali funzioni, deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili e delle postazioni relative alla emergenza territoriale rappresentata dai medici di continuità assistenziale la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le ore di competenza. Analogamente anche i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta devono essere coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze, sempre in collaborazione con la Centrale Operativa.

Il raccordo deve essere considerato essenziale nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi di modesto impegno assistenziale su pazienti noti ai medici di base e può essere assicurato mediante l'istituzione di turni di reperibilità, per medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, riuniti in associazione, consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio di continuità assistenziale, senza dislocare i pazienti.

Dovranno essere definite le modalità della integrazione per consentire l'utilizzazione uniforme dei protocolli operativi sul territorio regionale. In questo contesto, il Servizio di Urgenza-Emergenza Medica Territoriale dell'Azienda Sanitaria in raccordo con i Direttori di Distretto, fornirà mensilmente alla Centrale Operativa Provinciale del "118" i turni di reperibilità dei medici.

L'intervento del medico di assistenza primaria o del pediatra di libera scelta, attivati dalla Centrale operativa, contribuirà all'abbattimento dei tempi di attesa per i soccorsi, consentirà di

stabilire e programmare, di concerto con il personale di Centrale, l'eventuale ospedalizzazione nella struttura più idonea e di limitare il numero dei soggetti che chiedono di essere visitati in Pronto Soccorso ed ai quali è assegnato un "codice bianco", limitando le prestazioni improprie degli ospedali.

Per limitare ulteriormente il fenomeno, sarebbe opportuno:

- incentivare e facilitare il Cittadino a rivolgersi al proprio medico;
- indirizzare ai medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, informandoli e responsabilizzandoli, i soggetti che si sono rivolti al Sistema d'emergenza per il trattamento di patologie non acute;
- facilitare l'accesso dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ai servizi diagnostici territoriali ed ospedalieri, rendendo snella l'esecuzione di accertamenti e consulenze, in tempi appropriati alle condizioni di gravità e di urgenza del paziente;
- definire, sperimentare ed attuare percorsi clinico-assistenziali condivisi con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta;
- programmare ed effettuare campagne d'informazione del Cittadino volte ad ottenere un adeguato e corretto uso del Sistema sanitario;
- effettuare analisi e valutazione delle esperienze esistenti studiando la fattibilità dell'introduzione di un ticket per accessi "non urgenti" ai Pronto soccorso e per i trasporti "non urgenti" richiesti ed effettuati con mezzi del Sistema di Emergenza Sanitaria.

#### *Fase di risposta ospedaliera - Ospedali in rete*

Al fine di rispondere ai bisogni della popolazione ed integrarsi nel complesso sistema dell'emergenza utilizzando correttamente le risorse esistenti, i Presidi ospedalieri debbono operare in rete, funzionalmente disposta in modo gerarchico.

Dal punto di vista funzionale la rete, con distribuzione territoriale corrispondente alle reali esigenze, è costituita da:

- Punti di primo intervento, fissi o mobili: effettuano interventi minori, stabilizzano e, se del caso, richiedono il trasporto presso un presidio ospedaliero idoneo.
- Pronto soccorso ospedalieri: assicurano accertamenti diagnostici ed interventi sufficienti a risolvere il problema presentato provvedendo, se del caso, alla stabilizzazione ed al trasferimento protetto del paziente verso un presidio ospedaliero di livello superiore. Una specifica attenzione deve essere riservata all'età pediatrica, garantendo la realizzazione di Un Pronto soccorso pediatrico, dotato di spazi per l'osservazione breve ed intensiva, presso i presidi ospedalieri dotati di DEA di secondo livello.
- Dipartimenti d'emergenza di I livello: assicurano, potendo contare su diverse unità operative complesse, livelli di assistenza adeguati, rianimazione, degenza breve ed interventi diagnostici e terapeutici di medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza e specialità; rappresentano, questi, il riferimento, per area territoriale, delle strutture a minore dotazione.
- Dipartimenti d'emergenza di II livello: assicurano, il livello di assistenza più elevato di tutto il sistema erogando le prestazioni diagnostico-terapeutiche di più alta qualificazione legate all'emergenza.
- Centri di Alta Specialità: elementi di particolare qualificazione con bacino d'utenza regionale:
  - unità per grandi ustionati
  - trauma center
  - unità spinale
  - centro di tossicologia clinica, munito di farmacia antidotica.

#### *Mezzi di soccorso*

I mezzi di soccorso, di tipologia variabile ed in grado di consentire prestazioni diversificate secondo il grado di formazione degli operatori e della tipologia di equipaggio assegnato sulla base delle richieste raccolte, analizzate e codificate dalla Centrale operativa, utilizzando telai di supporto presenti su tutti i mezzi, debbono consentire l'integrazione delle attrezzature sanitarie di base con quelle di soccorso avanzato in tempi realmente brevi.

I mezzi e le attrezzature debbono essere, quanto più possibile, standardizzati, pronti all'uso ed usualmente noti agli operatori. Le Centrali operative provinciali, ciascuna per il territorio di competenza, avranno cura di censire i mezzi utilizzati, sia propri che in convenzione, monitorandone lo stato d'uso, la manutenzione ordinaria e straordinaria, la conformità agli standard e l'eventuale declassamento, adottando protocolli di gestione e di verifica di efficienza concordati a livello regionale.

Per mezzi di soccorso, attrezzati per fornire soccorso base, manovre di rianimazione e defibrillazione precoce, s'intendono:

- moto medica
- auto medica
- ambulanza da trasporto

- ambulanza di soccorso
- centro mobile di Rianimazione
- eliambulanza

#### *L'intervento di soccorso*

L'equipaggio dei mezzi di soccorso, a tutti i livelli, deve essere in grado di intervenire operando per procedure e schemi che garantiscano l'utente non in grado, per definizione, di operare autonome scelte assistenziali ed in particolare:

1. valutare lo scenario e la sicurezza ambientale;
2. ricostruire la dinamica dell'evento patologico, valutare le condizioni del paziente, utilizzando le note scale approntate allo scopo ed individuare il possibile rischio evolutivo;
3. monitorare i parametri vitali;
4. mettere in atto manovre di rianimazione e/o di stabilizzazione;
5. evidenziare le priorità comunicando con la Centrale per ottenere assistenza in loco od indirizzi operativi;
6. immobilizzare ed apparecchiare il paziente per il trasferimento.

Il personale, costituito da infermieri professionali, da medici e da anestesisti-rianimatori, addestrati con appositi moduli di formazione, deve operare, secondo responsabilità e secondo il tipo d'intervento e di mezzo utilizzato.

#### *Utilizzazione dei mezzi*

1. Motomedica, mezzo avanzato con equipaggio costituito da medico ed infermiere, utilizzato, di norma, in situazioni particolari quali grandi raduni, intasamento di traffico, maxiemergenze od assistenza sul litorale.
2. Automedica, mezzo avanzato con equipaggio costituito da medico ed infermiere, utilizzato, di norma, per trattamenti precoci in loco di pazienti in apparente od imminente pericolo di vita; mossa dalla Centrale operativa per situazioni catalogate "codice rosso" o "codice giallo" o su richiesta del personale addetto alle ambulanze da trasporto in difficoltà, costituisce l'entità base per l'assistenza sanitaria d'urgenza.
3. Ambulanza da trasporto, mezzo normale con equipaggio costituito da autista-barelliere ed infermiere professionale, dotate di attrezzature sanitarie di base, mossa dalla Centrale operativa effettua trasferimento infermi non in condizioni critiche, per esigenze diagnostiche o terapeutiche.
4. Ambulanza di soccorso, mezzo normale con equipaggio costituito da autista-barelliere, infermiere e medico, dotate di attrezzature idonee ad erogare assistenza a soggetti in condizioni critiche, mossa dalla Centrale operativa effettua "soccorsi primari" per situazioni catalogate "codice rosso" o "codice giallo".
5. Centro mobile di rianimazione, mezzo avanzato con equipaggio costituito da autista-barelliere, infermiere professionale e medico anestesista-rianimatore, mossa dalla Centrale operativa effettua "soccorsi primari per situazioni catalogate "codice rosso" o trasferimento infermi in condizioni critiche con possibilità di instaurare o continuare assistenza rianimatoria.
6. Eliambulanza, mezzo inusuale avanzato con equipaggio costituito da pilota, infermiere di area critica e medico anestesista-rianimatore, mosso dalla Centrale operativa, effettua servizio di eliambulanza ed elisoccorso consentendo di attuare trasporto assistito veloce, limitando al massimo la cosiddetta "patologia da trasporto", soccorso sul territorio in situazioni critiche particolari ed operazioni di sgombero.

#### *Uso dell'elicottero sanitario: indicazioni e criteri*

L'elicottero, da considerare, comunque, un mezzo integrativo e non sostitutivo nell'ambito del sistema, è utile per ridurre drasticamente l'intervallo temporale tra il momento d'insorgenza dell'evento acuto e quello di un efficace trattamento di supporto delle funzioni vitali, portando al minimo il cosiddetto "therapy-free interval" e consentendo di instaurare una articolata terapia causale nella "prima ora", la "golden hour" degli autori anglosassoni.

Estremamente utile in rendez-vous con altri mezzi di soccorso di terra o di mare, l'elicottero vede il suo impiego condizionato dall'esistenza di una rete di superfici di atterraggio, adeguate sul piano normativo ed operativo, note a tutte le componenti del sistema.

Considerato, come detto, mezzo inusuale, la Centrale operativa ne dispone l'impiego per gli interventi "secondari", tanto "urgenti" che "differibili", secondo protocolli condivisi e per gli interventi "primari" secondo criteri noti di valutazione quali:

1. incidenti autostradali;
2. incidenti con numerosi veicoli coinvolti;
3. incidenti su strade provinciali o di campagna, con viabilità disagiata;
4. incidenti stradali con più feriti;

5. notizia di feriti incastrati;
6. proiezione all'esterno, sballamento;
7. emergenze traumatiche e non, in località disagiate;
8. infortuni sul lavoro in stabilimenti extraurbani;
9. infortuni agricoli;
10. casi di annegamento;
11. incendi di abitazioni isolate o stabilimenti industriali;
12. incidenti sportivi su campi extraurbani;
13. ferite d'arma da fuoco o d'arma bianca in ambiente extraurbano;
14. ferita penetrante;
15. caduta da altezze di oltre 5 metri;
16. trauma spinale;
17. due fratture o più fratture;
18. ustioni (adulti > 30%, bambini > 20%);
19. età (maggiore di anni 70 e minore di anni 5);
20. distanza dalle strutture sanitarie dedicate all'emergenza sanitaria superiore ai 20 minuti d'auto fuori dell'area urbana.

### L'emergenza pediatrica

Considerato che il soggetto in età evolutiva non può essere visto come un adulto di piccole dimensioni, e nonostante che le richieste al "118" per patologie d'emergenza relative a questa fascia d'età rappresentino una bassa percentuale, non è possibile che la risposta assistenziale resti aspecifica.

Il Sistema dell'emergenza dovrà, da un lato incentivare la fase di risposta territoriale, indirizzando i pediatri di base a visite domiciliari una volta ricevuta la richiesta di soccorso, e, dall'altro organizzare la rete ospedaliera dell'emergenza pediatrica definendo specifici bacini d'utenza con predisposizione di percorsi di afferenza basati su livelli di assistenza funzionalmente gerarchizzati, prevedendo allo scopo, pronte all'uso presso le Centrali operative, le attrezzature adatte.

L'organizzazione, istituzionalizzata, dell'emergenza pediatrica comporterà la riduzione del fenomeno dei genitori/parenti che recano direttamente i piccoli congiunti in situazioni di emergenza reale o presunta presso i presidi ospedalieri, quasi sempre in modo inidoneo, la riduzione di accessi impropri al Pronto Soccorso e la riduzione dei trasferimenti secondari con mezzi di soccorso non specializzati e personale non addestrato alla assistenza pediatrica e neonatale.

### CRI e Volontariato

La necessità di fornire le attività di soccorso in maniera capillare sul territorio, rende utile l'utilizzazione del Volontariato ed in particolare della CRI che, seppur organizzata sulla base di Comitati autogestiti presenta, sicuramente, una certa uniformità. Queste risorse appaiono particolarmente utili quando la densità di popolazione sia scarsa, il territorio sia esteso ed i mezzi istituzionali siano ridotti. L'interazione e/o l'integrazione di questa realtà con il Sistema di emergenza sanitaria deve essere sostenuta e guidata da protocolli regionali di accreditamento, di formazione mirata e di utilizzazione da parte delle Centrali operative competenti per territorio.

### Servizi informatici a supporto del sistema d'emergenza

Per limitare, ulteriormente, lo spostamento dei pazienti in Ospedale e tra le diverse strutture ospedaliere, è opportuno massimizzare il trasferimento delle informazioni.

L'informatica e le telecomunicazioni potranno e dovranno avere un influsso determinante sulle modalità di erogazione dei servizi sanitari, consentendo l'utilizzo ottimale delle diverse strutture e delle diverse, specifiche, competenze con possibilità di seguire protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, facilitandone la diffusione, l'omogeneità e la compatibilità.

Le tecnologie multimediali possono rendere, inoltre, più rapidi gli interventi medici sul territorio, facilitando la fase diagnostica e quella assistenziale, ponendo a disposizione del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta e, soprattutto, del medico di continuità assistenziale le banche dati che permettono l'acquisizione, in tempo reale, di tutte le notizie sanitarie riguardanti il singolo paziente ed offrendo, inoltre, la possibilità di consultare Centri diagnostici e/o specialistici anche situati a distanza per giudicare con serenità i comportamenti terapeutici adatti al caso clinico in trattamento.

## Criteri e modelli organizzativi

### *Appropriata gestione del paziente critico*

Diverse regioni italiane hanno definito, con DGR, come criterio di afferenza alle strutture le aree di riferimento territoriale; un paziente soccorso in una determinata area viene avviato, pertanto, all'Ospedale competente per bacino d'utenza.

Criteri, questi, che possono evidenziare alcune criticità:

1. l'Ospedale di riferimento, al momento, non ha disponibilità di posti letto o/e di sale operatorie;
2. l'Ospedale di riferimento non è idoneo a trattare il paziente, sia per la gravità della patologia sia per la mancanza di adeguate strutture specialistiche;
3. l'Ospedale di riferimento, al momento, ha in trattamento pazienti catalogati "codice rosso" e/o "codice giallo" in quantità tale da non poter effettuare intervento immediato su altri malati gravi.

Tutto ciò può esitare in eccessiva, non necessaria e potenzialmente pericolosa attesa per accedere alle cure od in trasferimento secondario rischioso ed oneroso per il paziente e per la struttura.

La scelta, invece, di avviare "il paziente giusto nell'Ospedale giusto nel tempo giusto" comporta che il personale di soccorso, individuata la necessità di cura del paziente, lo indirizzi, di concerto con la Centrale operativa, alla struttura che risponde, contemporaneamente, al criterio di appropriatezza ed efficacia.

I criteri da utilizzare per avviare, sulla scorta dei bisogni medici rilevati, un paziente soccorso in emergenza dalla scena dell'evento all'Ospedale più idoneo, non necessariamente il più vicino, possono essere sintetizzati come segue:

1. geografico: l'Ospedale più vicino;
2. infrastrutturale: l'Ospedale più facilmente raggiungibile per tipologia delle strade o condizioni di traffico;
3. disponibilità al trattamento: l'Ospedale che assicura, al momento, posti-letto liberi e strutture, generali e/o specialistiche, operative;
4. livello di cura: l'Ospedale più idoneo a trattare la patologia acuta riscontrata per funzioni diagnostico-terapeutiche attive;
5. offerta specialistica: l'Ospedale più idoneo a trattare la patologia specialistica unica evidente;
6. bacino d'utenza effettivo: l'Ospedale competente per territorio.

Per una tempestiva, adeguata e appropriata collocazione del paziente critico, naturalmente, tutto il personale addetto all'emergenza deve essere in condizione di praticare il triage, inteso come criterio di differibilità del trattamento nelle strutture dell'emergenza.

### *Controllo in linea della disponibilità di posti-letto e sale operatorie*

Ulteriore elemento di gestione organizzata del paziente critico in un sistema che si propone come rete è, sicuramente, legato all'utilizzazione di informazioni standardizzate e tempestive relative all'effettiva disponibilità dei posti-letto e della loro reale occupazione relative, specialmente, ai reparti fortemente legati all'emergenza come le rianimazioni, le terapie intensive e subintensive, le UTIC, le cardiocirurgie, le neurochirurgie, etc.

Integrando questi dati con quelli provenienti dai Pronto soccorso e dai soccorritori si potrà indirizzare il "paziente giusto alla struttura giusta" con la sensazione di trovarsi in un'unica struttura in cui si accede dal PS e si viene indirizzati alla destinazione definitiva per il trattamento definitivo.

Per ottenere il flusso informativo necessario sarà opportuno:

1. definire snelli e funzionali modelli di rilevazione dati;
2. integrare i modelli con i sistemi di rilevazione esistenti;
3. sviluppare i nuovi strumenti di rilevazione ed aggiornamento delle informazioni utilizzando la rete internet;
4. sviluppare procedure automatizzate per la redazione e la pubblicazione giornaliera di reports sull'andamento dell'occupazione dei posti-letto;
5. sviluppare strumenti automatizzati di interrogazione degli archivi;
6. assicurare la condivisione dei dati a tutte le Centrali operative;
7. progettare ed effettuare un corso di formazione per gli operatori.

### *Appropriatezza ed efficacia; classificazione delle attività di soccorso*

La rete dell'emergenza, sistema in grado di fornire tempestiva ed efficace assistenza nelle condizioni di emergenza-urgenza sanitaria, mediata dalla fase di allarme, è caratterizzata da un elevato numero di prestazioni erogabili in risposta a domande non prevedibili.

Essenziale, quindi, per la funzionalità economica del sistema in classica funzione di attesa, la adeguata classificazione delle prestazioni erogate che consenta un confronto con le prestazioni

attese e richieste, con i tempi e la tempestività degli atti medici e con gli esiti più o meno invalidanti o la restitutio ad integrum conseguita.

L'analisi comparativa dei dati consentirà di giudicare l'appropriatezza e l'efficacia delle attività assistenziali svolte ed una accurata quantificazione delle risorse da impiegare nelle diverse strutture per migliorare l'efficienza operativa senza ridurre l'efficacia.

Allo scopo si dovrà:

1. scegliere il sistema di classificazione più adeguato alle caratteristiche dell'attuale sistema d'emergenza;
2. individuare modelli di riferimento;
3. aggiornare il sistema dell'emergenza in rapporto alle specifiche esigenze;
4. individuare, validare ed adottare un modello di adattamento funzionale del sistema che, sulla scorta dei dati rilevati, persegua una sempre maggiore appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate.

#### *Risorse umane: formazione ed aggiornamento*

Il personale addetto all'emergenza deve avere, necessariamente, una base comune di conoscenze perché il sistema è fondato sul fatto che tutti gli operatori agiscano, secondo competenze specifiche, utilizzando un linguaggio ed una metodologia comune. Gli infermieri, in particolare, essendo in grado di riconoscere, in autonomia, i segni clinici di criticità e di gravità, potranno prendere o controllare con padronanza ed efficacia i provvedimenti atti a salvare la vita di un paziente perfettamente in fase con i medici del sistema.

Debbono essere uniformate le modalità di effettuazione del triage perché in ambito regionale devono essere utilizzati gli stessi criteri di classificazione di gravità e di differibilità d'intervento allo scopo di evitare difformità nell'utilizzazione dei mezzi di soccorso e dell'accesso dei pazienti nelle aree ospedaliere dell'emergenza.

La base comune di conoscenze è necessaria, peraltro, per la necessaria condivisione dei comportamenti, sostegno sostanziale per operatori che vivono quotidianamente situazioni stressanti ad alto contenuto emotivo.

Per i rilevamenti epidemiologici, necessari per adattare alle necessità la struttura organizzativa, gestionale e le risorse da riservare al sistema, è essenziale disporre di una buona codifica delle informazioni, mentre per ottenere un buon rapporto costo-efficacia è necessario che il personale operativo oltre ad essere istruito sui trattamenti in emergenza, sia periodicamente aggiornato sulle metodiche.

La formazione e l'aggiornamento professionale per il personale operante in Centrale, sul territorio ed in ambiente ospedaliero dovrà realizzarsi definendo in sede regionale opportuni Piani Formativi che prevedano corsi da svolgersi anche in maniera decentrata su:

- sistemi di codifica;
- triage;
- supporto vitale di base (BLS) con uso del defibrillatore (BLSD);
- supporto vitale di base mirato all'età pediatrica (BLSP);
- trattamento avanzato del paziente con emergenze cardiovascolari (ACLS);
- trattamento pre-ospedaliero del paziente traumatizzato (PHTLS);
- trattamento avanzato del paziente traumatizzato all'arrivo in Pronto soccorso (ATLS);

I corsi, mirati ai compiti specifici che gli operatori dovranno svolgere, debbono essere di non lunga durata, svolti a gruppi non molto numerosi, eminentemente pratici, suddivisi in moduli formativi ed orientati dal concetto di équipe e di interazione tra tutti i componenti del sistema di soccorso.

#### Maxiemergenze

Nel caso di eventi catastrofici le funzioni di coordinamento dell'attività di soccorso, per quanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, sono devolute dalla normativa vigente alla Centrale operativa competente per territorio la quale, per garantire l'efficacia e la tempestività degli interventi, dovrà curare:

1. in fase preventiva
  - a. l'archiviazione computerizzata dei dati relativi alle risorse sanitarie pubbliche private e del volontariato;
  - b. la verifica dell'efficienza dei mezzi e delle strutture oltre alla formazione ed alla verifica della professionalità degli operatori;
  - c. la predisposizione di strumenti operativi ed amministrativi eccezionali da attivarsi al momento dell'emergenza.
2. in fase di allarme:
  - d. l'intervento sul posto di unità di personale medico ed infermieristico, esperti nel triage, che garantiscano prima assistenza e collegamento con la Centrale operativa di riferimento;

- e. identificare le strutture sanitarie locali totalmente o parzialmente distrutte e valutarne, comunque, le inefficienze strutturali od occasionali;
  - f. porre in allarme gli Ospedali del territorio, chiedendo l'identificazione dei pazienti dimissibili al fine di censire i posti-letto disponibili;
  - g. valutare il grado di complessità dell'intervento da attuare.
3. in fase di risposta:
- a. curare di fare afferire sul luogo dell'evento il materiale sanitario, le attrezzature mediche ed i farmaci per fornire assistenza sanitaria;
  - b. assicurare il trasporto infermi presso le strutture sanitarie di riferimento.

### Obiettivi e Azioni

Il Piano Sanitario Regionale nell'indicare chiaramente gli elementi base sui quali viene predisposto, la centralità della persona, la promozione della salute, il rilevamento dei bisogni assistenziali, l'equità nella distribuzione dei servizi, la qualità delle prestazioni, l'allocazione mirata delle risorse e la costante, critica e mirata verifica dei risultati, dovrà indicare l'informazione, anche, come obiettivo primario.

Informazione completa, chiara, semplice ed accessibile sull'organizzazione e sul funzionamento del Sistema di Emergenza, per consentire ad ogni cittadino in difficoltà scelte consapevoli.

Informazione completa, chiara e semplice sui diritti e sui doveri di ogni cittadino in difficoltà nei confronti degli erogatori di prestazioni.

Informazione completa, chiara e comprensibile sul suo stato di salute, idonea a coinvolgere il cittadino nel processo di soluzione dei suoi problemi.

Naturalmente l'erogazione delle prestazioni, oltre che appropriata deve avvenire con riservatezza e deve perseguire l'obiettivo di ottenere il maggior vantaggio possibile con il minor dispendio di energie, utilizzando al meglio le capacità assistenziali del Sistema.

Per realizzare appieno sul territorio calabrese un efficace ed efficiente Sistema di Emergenza-Urgenza saranno costituiti, a cura della Giunta Regionale, uno o più gruppi di lavoro che dovranno definire proposte operative in merito a quanto segue:

1. il completamento del Sistema d'emergenza sul territorio, tenendo conto dei dati orografici e demografici (popolazione stanziale e fluttuante) ridisegnando, ove occorre, la topografia dei presidi di continuità assistenziale;
2. l'istituzione di Presidi temporanei tarati sul pendolarismo stagionale;
3. la sicurezza, l'attrezzatura e la qualità ambientale delle postazioni di continuità assistenziale;
4. l'integrazione nella rete informatica del "118" delle Postazioni di continuità assistenziale;
5. la collaborazione con medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, elaborando procedure concordate e coordinate ed istituendo corsi di formazione continua e di aggiornamento permanente;
6. il rafforzamento del sistema di trasporto, ove necessario, ed il collegamento tra il "118" ed il sistema ospedaliero, con particolare riguardo ai DEA;
7. l'aggiornamento delle caratteristiche tecniche dei mezzi di soccorso e delle rispettive dotazioni;
8. la programmazione degli interventi che garantiscano le esigenze di assistenza sanitaria d'urgenza nelle Comunità montane disagiate;
9. l'istituzione di servizi di consulenza a distanza con sistemi di telemedicina;
10. i collegamenti funzionali, in rete, delle strutture sanitarie con i Centri di eccellenza;
11. la utilizzabilità capillare dell'elitransporto identificando, approntando, segnalando e pubblicizzando punti di atterraggio od elisuperfici in prossimità dei centri abitati, specie quelli disagiati e difficilmente raggiungibili con mezzi su ruota gommata;
12. l'identificazione di protocolli operativi condivisi per avviare le urgenze meno impegnative verso Ospedali "minori", onde evitare sovraccarico od intasamento degli Ospedali sede di DEA;
13. l'elaborazione di protocolli operativi condivisi per fronteggiare emergenze impreviste che possono coinvolgere un elevato numero di persone in caso di raduni di folla o calamità naturali (Macro e Maxiemergenze);
14. la definizione di corsi di formazione/informazione, a carattere teorico-pratico per soccorritori professionali ed occasionali, con caratteristiche uniformi su tutto il territorio regionale.

### I RAPPORTI TRA REGIONE, UNIVERSITA', IRCCS ED ALTRI ENTI

#### Università

Per assicurare l'apporto dell'Università alle attività assistenziali il PRS promuove idonei meccanismi per l'inserimento della Facoltà di Medicina dell'Università calabrese nel contesto organizzativo del SSR attraverso una regolamentazione dei rapporti Regione-Università che tenga conto delle diverse esigenze funzionali.



L'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'art. 1 del D.Lgs. n. 517/99 (Disciplina dei rapporti fra SSN ed Università, a norma dell'art. 6 della L. 30 novembre 1998 n. 419), adottato d'intesa in sede di conferenza Stato - Regioni e pubblicato in data 9/8/2001 - G.U. n. 184 - costituisce punto di riferimento essenziale per iniziare la fase della negoziazione, preliminare alla stipula di protocolli d'intesa con l'Università. Tali protocolli sono individuati dall'ordinamento vigente nelle seguenti tipologie:

1. protocolli per disciplinare la collaborazione per le attività assistenziali funzionali alle esigenze istituzionali dell'Università;
2. protocolli per lo svolgimento delle attività di formazione di base e specialistica per il corso di laurea in medicina e chirurgia;
3. protocolli per la formazione per i restanti corsi di laurea di primo e di secondo livello della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
4. protocolli per disciplinare le relazioni con l'Università per ulteriori attività di collaborazione con il SSR.

I protocolli debbono indicare:

1. le linee generali dell'integrazione dell'Università nella programmazione sanitaria regionale;
2. i modi per una leale cooperazione nella definizione dei reciproci rapporti;
3. l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra SSR ed Università;
4. i parametri per la definizione delle strutture assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca;
5. la definizione, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, del volume ottimale delle attività assistenziali e del numero massimo di posti letto necessari per l'esercizio dell'integrazione di cui al punto 3.

Dovranno essere stipulati specifici protocolli per le attività formative che dovranno definire:

- le esigenze in merito allo sviluppo dei percorsi formativi per le specializzazioni mediche e la formazione delle altre competenze professionali sanitarie infermieristiche, della riabilitazione, tecniche e di vigilanza ed ispezione;
- la collaborazione per la definizione di specifici corsi di perfezionamento scientifico e di master, anche ai sensi dell'art. 3, comma 8, del D.M. 3/11/1999 n. 509, tenuto conto delle esigenze di ulteriore qualificazione degli operatori del SSR.

La Giunta Regionale, nell'ambito dei predetti protocolli, attiva appositi accordi per la promozione di percorsi formativi di alta specializzazione in settori di intervento predeterminati per lo sviluppo professionale e tecnico e scientifico del SSR.

#### IRCCS ed altri Enti di Ricerca

I rapporti con il CNR, gli IRCCS e gli altri Enti di ricerca presenti nel territorio regionale sono regolati attraverso la stipula di appositi protocolli d'intesa con i quali sono individuati gli spazi di collaborazione sia sul versante assistenziale che su quello della formazione e dello sviluppo delle conoscenze.

Nell'ambito di tali accordi l'attività delle singole istituzioni, finanziate alla stessa stregua delle Aziende Ospedaliere, deve sempre essere finalizzata allo sviluppo del sistema sanitario regionale ed alla crescita qualitativa dell'assistenza.

I protocolli sono adottati nell'ambito delle linee fissate dal Piano regionale per la salute; alla loro stipula provvedono il Presidente della Giunta Regionale ed i rappresentanti istituzionali degli enti medesimi. I rapporti specifici per le attività assistenziali con il SSR sono instaurati tra le aziende ospedaliere o sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

I soggetti che attualmente operano nel SSR, secondo le disposizioni vigenti per ciascuno di essi, sono:

- l'INRCA, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con la propria sede regionale di Cosenza e con sede centrale in Ancona;
- il Consiglio Nazionale delle Ricerche con propri Centri di alta specializzazione;
- l'istituendo Centro di eccellenza oncologico di cui alla L.R. 7 agosto 2002 n. 29, da trasformarsi in I.R.C.C.S.

La Giunta Regionale può avvalersi degli IRCCS di diritto pubblico per la formazione del personale del SSR in specifici settori ai sensi della normativa vigente.

La Giunta Regionale, entro un anno dall'entrata in vigore del presente PRS, proporrà una disciplina organica relativa ai Centri di ricerca e/o di riferimento già individuati con norme o provvedimenti regionali specifici e presenti nelle strutture del SSR, definendo le risorse ad essi assegnate.

#### I.N.A.I.L.

Con l'INAIL e la Regione intercorrono già dei rapporti di collaborazione per la realizzazione:

1. del Centro protesi di Lamezia Terme, in fase di avanzata realizzazione;

2. degli spazi di degenza per Riabilitazione collegati allo stesso Centro Protesi, anch'essi siti in Lamezia Terme e prossimi all'apertura.

Tali strutture sono autorizzate ed accreditate quali Centri di riferimento per il Servizio Sanitario Regionale per la specifica attività, fermo restando i requisiti previsti dalle vigenti disposizioni. Con il Centro di riferimento traumatologico regionale di Lamezia Terme, a cura del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di competenza, dovranno essere garantite le opportune sinergie per il funzionamento integrato delle relative strutture.

E' in atto altresì un intervento finanziario INAIL, finalizzato alla riconversione del P.O. di Chiaravalle Centrale in struttura di riabilitazione cardiologia, respiratoria e neuro-motoria (di cui alla DGR n 980/02).

La Giunta Regionale, nell'intento di perseguire la razionalizzazione dell'offerta dei servizi nel settore riabilitativo ospedaliero e territoriale, con priorità assoluta per gli interventi finalizzati anche alla riconversione dei presidi ospedalieri per acuti oggi esistenti, è autorizzata ad intraprendere ulteriori iniziative di collaborazione con l'Istituto.

## **FINANZIAMENTO DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E GOVERNO DELLA SPESA SANITARIA**

### ***Finanziamento del Piano Sanitario Regionale***

#### **Aspetti generali e prospettive**

I vari aspetti correlati al finanziamento del PSR risultano di fondamentale rilevanza ai fini della sostenibilità economica del servizio sanitario regionale. Il sistema di finanziamento determina da una parte la quantità di risorse necessarie e disponibili, dall'altra i meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie in un settore che si caratterizza per uno strutturale squilibrio fra domanda e offerta.

Più che in ogni altro settore, in sanità chi offre i servizi si trova, infatti, in una posizione tale da poter determinare, con un ampio margine di discrezionalità, ciò che è necessario e utile al paziente, senza che quest'ultimo, né alcun altro soggetto, siano in grado di valutare a priori la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti. I diversi criteri di finanziamento, secondo la spesa storica, a prestazione con prezzo fissato prospetticamente o retrospettivamente, a quota capitaria, influenzano l'efficienza produttiva, l'appropriatezza delle cure prestate e l'attenzione ai bisogni del paziente.

I vari meccanismi di finanziamento del servizio sanitario regionale e le diverse modalità di allocazione delle risorse finanziarie che di volta in volta si sono adottate nel corso degli anni hanno, fino ad ora, determinato tre squilibri fondamentali :

- lo squilibrio tra risorse disponibili e risorse effettivamente impiegate con i conseguenti disavanzi registrati.
- la squilibrio tra risorse messe a disposizione dei cittadini residenti nei diversi ambiti territoriali delle aziende del SSR con conseguente disparità nell'accesso alle prestazioni.
- lo squilibrio tra le risorse impiegate per l'assistenza territoriale e per l'assistenza ospedaliera, a favore di quest'ultima.

La necessità di superare tali squilibri rende pertanto indispensabile e non più dilazionabile la scelta di adottare interventi correttivi in ordine al finanziamento del SSR e all'allocazione delle risorse finanziarie, tali da garantire ai cittadini calabresi un servizio sanitario efficiente ed efficace e nel contempo assicurare la sostenibilità economica dello stesso sistema sanitario regionale.

Diviene quindi obiettivo prioritario che il finanziamento del PSR 2003-2005 garantisca le risorse necessarie per la realizzazione degli obiettivi di salute e assistenziali in esso previsti e si introducano meccanismi allocativi delle stesse risorse tali da consentire di superare gli squilibri fino ad ora registrati.

Risorse finanziarie certe, disponibili e sufficienti da una parte, e introduzione di adeguati strumenti allocativi e di governo della spesa sanitaria dall'altra, risultano precondizioni indispensabili per il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini calabresi e per assicurare agli stessi, uniformemente sul territorio regionale, possibilità di accesso alle risorse finanziarie disponibili e quindi alle prestazioni, ai servizi e alle attività del sistema sanitario regionale.

In sintesi, risorse finanziarie certe, disponibili e sufficienti, e strumenti allocativi e di governo della spesa sanitaria adeguati ed efficaci, sostanziano le due precondizioni indispensabili per la concreta realizzabilità del presente PSR e consentono, tra l'altro, di superare il maggiore ostacolo cui è riconducibile la non attuazione delle disposizioni contenute nel precedente PSR 95/97 che di fatto non era sostenuto da adeguati finanziamenti e da efficaci meccanismi allocativi delle risorse finanziarie.

Occorre, inoltre, considerare che oggi l'obiettivo della compatibilità economica del sistema sanitario regionale, è tanto più indispensabile se si tiene conto dei nuovi scenari, che il federalismo fiscale da una parte e la devoluzione dall'altra, disegneranno nel prossimo futuro.

#### **Le risorse finanziarie disponibili per il triennio 2003 – 2005**

Il triennio di vigenza del PSR inizia con prospettive più favorevoli rispetto al passato e con finanziamenti predefiniti ed incrementati. Nell'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001, infatti, il Governo, oltre a rideterminare il finanziamento del SSN, ha riconosciuto la tendenziale sottostima del FSN e per la prima volta ha assunto l'impegno ad attestare il finanziamento del SSN al 6% del PIL.

Le risorse complessivamente destinate al SSN, allo stato, risultano definite, al lordo delle quote di accantonamento, in 77.532 milioni di euro per l'anno 2003 e in 80.501 milioni di euro per l'anno 2004; non risultano, ancora definite le risorse per l'anno 2005 che prudenzialmente possono essere quantificate nella misura di 83.319 milioni di euro e in ogni caso in misura non inferiore al 2004.

Le quote di accesso della Regione Calabria a detti finanziamenti, per il triennio considerato e al lordo delle quote di accantonamento, risultano essere definite per come di seguito indicato:

- Anno 2003            2.650 milioni di euro
- Anno 2004            2.783 milioni di euro
- Anno 2005            2.880 milioni di euro (ancora da definire e comunque non inferiore al 2004).

### **La revisione del sistema di finanziamento**

Nell'ambito del completamento del processo di revisione del sistema di finanziamento, già in parte avviato nel 2002, sono individuati i seguenti criteri prioritari per il triennio:

- finanziamento delle Aziende Sanitarie sulla base della quota capitaria pesata per popolazione residente e per livelli essenziali di assistenza.
- finanziamento delle attività tariffabili a prestazione (attività di ricovero programmato e attività di specialistica ambulatoriale) dei soggetti erogatori pubblici e privati nel rispetto dei tetti massimi di spesa annualmente stabiliti dal governo regionale.
- finanziamento delle attività e delle funzioni non tariffabili delle aziende sanitarie ed ospedaliere.
- finanziamento specifico dei progetti obiettivo nazionali e regionali.

La scelta della allocazione delle risorse nell'ambito del sistema sanitario regionale è ispirata ai seguenti principi e finalità generali:

- garantire la sostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
- incentivare l'impiego efficiente ed efficace delle risorse disponibili;
- promuovere e realizzare l'appropriatezza nell'utilizzo delle prestazioni e attività ricomprese nei livelli essenziali di assistenza;
- assicurare criteri di finanziamento trasparenti, certi ed accompagnati da supporti di legittimazione adeguati;
- incoraggiare la diversificazione produttiva e lo sviluppo di centri di eccellenza;
- aumentare il grado di flessibilità del servizio sanitario per meglio corrispondere ai bisogni dei cittadini.

### **Gli obiettivi di riequilibrio**

L'obiettivo fondamentale della programmazione delle risorse economiche destinate al settore sanitario nel triennio 2003-2005 è quello di perseguire congiuntamente l'equilibrio complessivo del sistema e l'allocazione dei flussi finanziari secondo una logica di perequazione al bisogno misurata in ragione di parametri coerenti con quelli che governano la ripartizione delle risorse a livello nazionale.

Entrambi gli obiettivi devono presupporre l'adozione di misure che incidano in via strutturale sugli aggregati economici di riferimento, secondo un rapporto vincolante in cui i margini di recupero sui livelli di produttività rappresentano gli elementi necessari all'attivazione del processo di riallineamento del sistema di finanziamento. La verifica costante sulla compatibilità economica di sistema costituisce, quindi, un'attività necessaria e condizionante dei termini quantitativi e temporali del processo redistributivo che si intende porre in essere.

Si pone, pertanto, la necessità di adottare interventi finalizzati al riequilibrio dell'attuale sistema di finanziamento del servizio sanitario regionale.

All'interno del quadro generale sopra delineato, sono individuati due obiettivi decisamente innovativi rispetto al passato:

- Il riequilibrio delle quote capitarie, ad oggi ancora distribuite in modo disomogeneo tra i diversi bacini d'utenza;
- Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza, che inverte la tendenza storica di privilegiare la funzione ospedaliera.

### **Il riequilibrio delle risorse pro capite**

L'obiettivo della programmazione finanziaria regionale per la sanità è il riequilibrio delle risorse assegnate alle singole Aziende Sanitarie. Il sistema di finanziamento sin qui adottato per il Servizio Sanitario Regionale, di fatto a spesa storica fino al 2001, e solo in parte, a partire dall'anno 2002, basato sull'assegnazione di una quota pro-capite pesata e sui livelli di assistenza, si caratterizza ancora per lo squilibrio della distribuzione delle risorse per quota capitaria.

Lo squilibrio ancora esistente e derivante dal sistema di finanziamento pregresso (a spesa storica), ha necessariamente determinato anche per l'esercizio 2002 il permanere del così detto "fondo di riequilibrio" con le conseguenti criticità che ciò comporta.

Le criticità sono dovute anche al fatto che non è stato applicato in fase di avvio un meccanismo a quota capitaria sull'intero ammontare del FSR. Infatti, per garantire il più possibile l'equilibrio del sistema nel delicato passaggio all'impostazione a quota capitaria, una parte del finanziamento, il così detto fondo di riequilibrio, è stata ripartita sulla base dei consumi attuali,

partendo dal presupposto che un cambiamento repentino di sistema sarebbe stato assolutamente inapplicabile.

Il cambiamento del sistema di finanziamento, introdotto parzialmente nel 2002, pur perseguendo la logica di una redistribuzione più equilibrata rispetto al passato, ha ottenuto solo i primi effetti ed appare opportuno continuare su questa strada per affermare il percorso di riavvicinamento delle risorse per ogni singolo residente.

Tale percorso non può che essere sviluppato in modo graduale e non traumatico, attuando un costante processo di riequilibrio delle quote storicamente distribuite, nella consapevolezza che l'obiettivo realisticamente si potrà raggiungere progressivamente entro il periodo di vigenza del presente PSR.

I tempi occorrenti per il riequilibrio rappresentano un nodo delicato nel nuovo processo di programmazione economica e finanziaria del Sistema sanitario regionale. La velocità del riequilibrio è infatti direttamente proporzionale alla capacità del sistema di attuare le manovre strutturali e di riconversione preprogrammate nel presente PSR.

### **Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza**

L'analisi della spesa regionale relativa agli anni più recenti con riferimento ai tre macro livelli di assistenza evidenzia che:

- l'attività di prevenzione assorbe ancora risorse in misura significativamente inferiore (mediamente 3,5%) rispetto allo standard di riequilibrio programmato al 5%;
- la spesa per l'assistenza distrettuale rispetto allo standard di riequilibrio programmato al 49% è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica che da sola, allo stato, assorbe mediamente il 19% delle risorse destinate all'assistenza distrettuale;
- l'elemento di maggiore criticità è rappresentato dalla spesa per il livello dell'assistenza ospedaliera, che assorbe risorse in misura notevolmente superiore (mediamente 52%) allo standard di riequilibrio programmato dal presente PSR al 46%.

In considerazione del programmato processo di deospedalizzazione di cui al presente PSR e della conseguente allocazione di minori risorse alla funzione ospedaliera da destinare invece alla funzione territoriale si fissa il seguente obiettivo per il triennio:

<b>Funzione</b>	<b>Obiettivo</b>
FUNZIONE TERRITORIALE (DISTRETTUALE E PREVENZIONE)	54%
FUNZIONE OSPEDALIERA	46%

Il modello di allocazione delle risorse nell'ambito del SSR è orientato a favorire l'attuazione delle scelte definite nel PSR ed il perseguimento di maggiori livelli di efficienza ed equità nel loro impiego. La distribuzione intra-regionale delle risorse deve rispondere, pertanto, all'obiettivo di garantire sul territorio regionale l'accessibilità alle prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, e di favorire l'attuazione delle azioni prioritarie individuate dalla programmazione regionale di cui al presente PSR.

Fermo restando l'obiettivo del riequilibrio territoriale della distribuzione delle risorse per quota capitaria di cui al paragrafo precedente, ai fini dell'obiettivo di riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza, nella tabella che segue, si riportano percentuali di finanziamento del FSR per ciascuno dei Livelli Essenziali di Assistenza nel periodo 2003-2005, al netto delle risorse trattenute dalla regione per finanziamenti diretti (progetti obiettivo, oneri per disposizioni legislative, ecc.)

<b>LIVELLI E SOTTOLIVELLI DI ASSISTENZA</b>	<b>Composizione % del Fondo Sanitario Regionale</b>
<b>PREVENZIONE</b>	<b>5,00%</b>
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	<b>49,00%</b>
Di cui:	
- Convenzioni mediche nazionali	6,00%
- Farmaceutica	13,00%
- Assistenza residenziale anziani	3,50%
- Assistenza distrettuale e domiciliare	6,00%
- Riabilitazione territoriale	3,00%
- Specialistica e diagnostica	11,00%
- Salute mentale (compresi SPDC)	5,00%
- Dipendenze	1,50%
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	<b>46,00%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100,00%</b>

La Giunta Regionale, tenuto conto dell'andamento effettivo della spesa sanitaria, potrà, in deroga, fissare percentuali di riparto diverse da quelle indicate.

### **Fattori economico-finanziari e loro incidenza sulla programmazione del riequilibrio**

Occorre tenere conto e considerare che "fattori indipendenti" e "fattori dipendenti" dalle politiche regionali possono incidere sulla programmazione finanziaria delle risorse per la sanità.

1. Fattori indipendenti dalle politiche regionali
  - il fondo sanitario nazionale potrebbe essere rideterminato e quindi potrebbero modificarsi le condizioni base su cui si è determinata la quantità di risorse disponibili per la regione Calabria;
  - ridefinizione della quota di accesso al fondo sanitario nazionale da parte della regione Calabria, quindi variazioni delle risorse disponibili, specie in relazione all'andamento demografico della popolazione anziana e delle nascite.
2. Fattori dipendenti dalle politiche regionali
  - Trend delle entrate proprie delle Aziende Sanitarie;
  - Ticket farmaceutici che possono modificare in modo significativo la spesa regionale e anche i consumi dei farmaci;
  - Individuazione delle modalità più opportune per realizzare gli specifici obiettivi di piano e il correlato contenimento della spesa sanitaria specie per le aree dove si devono attuare interventi di ristrutturazione, riconversione e riqualificazione.

### **Relazione tra la programmazione del riequilibrio e il riparto annuale del FSR**

La quota capitaria, gradualmente riequilibrata, e il finanziamento per livelli di assistenza costituiscono il riferimento per il riparto annuale delle risorse che diventa la sede di attuazione e verifica della sostenibilità economico-finanziaria e degli obiettivi sopra descritti. Il riparto del FSR, di competenza della Giunta Regionale, è la sede in cui annualmente:

- è attuato il processo di riavvicinamento delle quote capitarie definendo e valutandone la velocità al fine di non generare squilibri nel sistema;
- il finanziamento verrà definito per i livelli essenziali di assistenza seguendo gli standard percentuali sopra stabiliti;
- si definiscono le regole di carattere economico-finanziario che consentono la governabilità del sistema ivi compresi la determinazione dei tetti massimi di spesa sostenibile per attività ospedaliera, specialistica ambulatoriale, assistenza residenziale e semi-residenziale, il finanziamento diretto delle funzioni non tariffabili ai presidi delle aziende ospedaliere ed ai servizi del sistema dell'emergenza urgenza/urgenza territoriale, nonché la ridistribuzione di risorse disponibili nel sistema per i progetti obiettivo.

### **Gli investimenti e le correlate risorse per la realizzazione degli obiettivi di piano**

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

In relazione a quanto si prospetta per la rimodulazione del SSR è necessaria una prioritarizzazione degli interventi puntando sostanzialmente:

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

Ciò avendo a riferimento, per un verso, l'obbligatorio adeguamento ai requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e, per l'altro, l'esigenza di diversificare l'offerta secondo più attuali acquisizioni tecnico - scientifiche.

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

- il completamento della razionalizzazione della rete ospedaliera;
- il completamento ed il potenziamento della rete delle strutture territoriali, garantendo anche l'integrazione dei servizi territoriali con i programmi di cura per i malati in fase terminale, con particolare riferimento ai malati oncologici;
- il rinnovamento ed il potenziamento della dotazione tecnologica esistente con particolare riferimento al settore dell'oncologia;
- l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997;

- l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- la realizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

L'allineamento delle strutture regionali agli standard previsti dalle normative ed il rinnovamento tecnologico, indispensabili per garantire qualità tecnica e migliorare l'efficacia delle attività sanitarie, richiedono un notevole sforzo economico ed il contestuale sviluppo da parte della Regione e delle Aziende di migliori capacità valutative e progettuali. D'altro canto, i processi di adeguamento già attivati soffrono di lentezze procedurali che, talvolta, rischiano di pregiudicare i risultati in termini di congruità rispetto ai bisogni emergenti, relativamente alle quali occorre perseverare nelle iniziative di semplificazione già intraprese ed, al tempo stesso, innovare procedure, attivare meccanismi di concertazione preventiva con i diversi soggetti coinvolti, potenziare l'operatività sia a livello regionale, che locale.

Sul versante dei finanziamenti, considerato che i finanziamenti pubblici non sono sufficienti a supportare un cambiamento veloce che oggi è ormai diventato necessario portare a compimento, occorre valutare la possibilità di promuovere l'ingresso di capitale privato.

L'apporto di investitori privati deve essere incardinato rispetto ad una strategia complessiva della quale la Regione deve assumere la leadership in quanto titolare delle funzioni di indirizzo nei riguardi delle Aziende del SSR e garante della finalizzazione degli interventi agli obiettivi del SSR, ma anche soggetto in grado di fornire all'investitore privato garanzia più adeguata.

Le risorse pubbliche disponibili, in gran parte a carico dell'art. 20 della legge 67/88 ovvero di altre norme statali specifiche sono riportate nella tabella che segue:

<b>TIPOLOGIA DI INTERVENTO</b>		<b>ASSEGNAZIONE DELLO STATO</b>	<b>ASSEGNAZIONE GIA' FINALIZZATA</b>	<b>ASSEGNAZIONE DA DESTINARE</b>
ART.20 L. 67/88 - PRIMA FASE SETTORE MATERNO INFANTILE	L	7.884.506.799	7.490.204.507	394.302.292
	€	4.072.007,93	3.868.367,79	203.640,14
ART.20 L. 67/88 - SECONDA FASE (Deliberazione Consiglio Regionale n. 327/99 e art.21 L.R. 29/02)	L	771.510.500.000	337.147.400.075	434.363.099.925
	€	398.451.920,44	174.122.100,78	224.329.819,67
ART.20 L. 67/88 - SECONDA FASE SETTORE SICUREZZA	L	12.073.000.000	12.060.331.195	12.668.805
	€	6.235.184,14	6.228.641,25	6.542,89
ART. 20 L. 67/88 - L. 388/2000 - ULTERIORE FINANZIAMENTO PROSECUZIONE PROGRAMMA	L	23.810.887.262	-	23.810.887.262
	€	12.297.297,00	-	12.297.297,00
ART. 71 GRANDI CITTA'	L	100.000.000.000	100.000.000.000	-
	€	51.645.689,91	51.645.689,91	-
AIDS L. 135/90	L	40.168.710.368	40.168.710.368	-
	€	20.745.407,60	20.745.407,60	-
RADIOTERAPIA	L	1.198.210.192	1.198.210.192	-
	€	618.823,92	618.823,92	-
HOSPICE	L	11.059.413.864	11.059.413.864	-
	€	5.711.710,59	5.711.710,59	-
<b>TOTALE DEI FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI DISPONIBILI</b>	<b>L</b>	<b>967.705.228.485</b>	<b>509.124.270.201</b>	<b>458.580.958.284</b>
	<b>€</b>	<b>499.778.041,54</b>	<b>262.940.741,84</b>	<b>236.837.299,70</b>

Nella stessa sono indicate le somme già finalizzate con l'accordo di programma stralcio di cui all'allegato n. 5, cui si fa riferimento per la descrizione analitica degli interventi. Nell'ultima colonna di destra della tabella sono riportate le somme disponibili, da ridestinare alla luce delle nuove indicazioni di cui al presente PRS, essendo oramai da ritenersi obsolete le determinazioni di cui alla Deliberazione del Consiglio Regionale n. 327/99. In tal senso la Giunta Regionale è autorizzata ad apportare modifiche al programma di investimenti della seconda fase, ridestinando di conseguenza l'assegnazione non ancora finalizzata, il tutto nel rispetto dei principi del PRS.

Si delineano almeno due direttrici di intervento, una volta a migliorare l'operatività regionale e locale nel campo della progettazione e della gestione dell'ingresso delle nuove tecnologie e l'altra volta a governare il processo di ingresso di capitali privati nel sistema.

La vetustà del parco tecnologico delle strutture sanitarie della regione è sovrapponibile alla media nazionale; per tale motivo occorre sviluppare programmi di rinnovamento tecnologico che puntino a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi e a ridurre i tempi di attesa.

La dotazione tecnologica delle strutture sanitarie, siano esse presidi ospedalieri, siano esse strutture territoriali quali consultori, poliambulatori, o altri presidi territoriali, contribuisce in buona misura al buon funzionamento delle stesse, sia in termini di quantità delle prestazioni rese, che in termini di qualità di erogazione delle stesse.

È noto, infatti, che l'erogazione di una qualsiasi prestazione sanitaria si avvale, oltre che delle conoscenze del professionista sanitario, anche dell'apporto specifico e delle "informazioni" che lo stesso può o vuole ricevere dalle tecnologie al servizio della medicina in genere.

Tecnologie superate causano la produzione di risultati che possono avere effetti negativi sia in termini diagnostici e terapeutici, che in termini economici.

È d'altro canto importante sottolineare quanto incidano nella erogazione "tecnologica" la qualità delle attrezzature e la loro numerosità.

I due aspetti di quantità e di qualità costituiscono le dimensioni alla base della valutazione della dotazione strumentale dei diversi presidi in relazione al fabbisogno prestazionale che sono chiamati a soddisfare.

Un ulteriore parametro fondamentale nella pianificazione della dotazione tecnologica delle strutture è la compatibilità e coerenza delle stesse rispetto all'organizzazione del lavoro: infatti, all'introduzione di tecnologie anche sofisticate deve corrispondere la capacità di utilizzazione e di integrazione delle stesse nel processo produttivo.

Sotto la spinta di un numero crescente di ricerche, di una rapida e diffusa circolazione delle conoscenze, nonché di una internazionalizzazione dei mercati, vengono, infatti, messi a punto e resi potenzialmente disponibili sempre nuovi prodotti che ampliano, oltreché innovano, le possibilità di intervento.

## ***Governo della spesa sanitaria***

### **Aspetti generali e linee di indirizzo**

Con l'Accordo Stato Regioni dell' 8 agosto 2001, nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, è stato sancito il principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni riguardo la tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del Servizio Sanitario in condizioni di equilibrio economico.

Le Regioni sono ormai direttamente responsabili di fronte ai cittadini per l'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del SSR ricorrendo ad un maggior concorso al finanziamento da parte dei cittadini, in termini di maggiore prelievo fiscale o compartecipazione diretta al costo delle prestazioni sanitarie consumate.

Da qui la centralità del governo della spesa sanitaria da realizzare, oltre che con le azioni, gli interventi e gli strumenti già previsti nei precedenti capitoli del presente PSR per i diversi settori di attività ai quali si rimanda, anche attraverso l'applicazione generalizzata delle azioni e degli strumenti contenuti nelle linee di indirizzo di seguito riportate e che, adeguatamente utilizzati, concorrono a garantire l'equilibrio finanziario e la sostenibilità economica del SSR.

### **Linee di indirizzo, azioni e strumenti per il governo della spesa sanitaria**

LINEE DI INDIRIZZO PER L'AZIONE DEI DIRETTORI GENERALI: RIQUALIFICAZIONE DELLA PRODUZIONE OSPEDALIERA E RICONVERSIONE DEI POSTI LETTO A BASSA COMPLESSITÀ

Nell'atto aziendale relativo alla organizzazione e funzionamento ciascuna azienda dovrà ridisegnare la rete ospedaliera di competenza coerentemente alle decisioni programmatiche regionali di cui al presente PSR.

Ai direttori generali vengono fissati annualmente obiettivi di riqualificazione della produzione ospedaliera e riconversione dei posti letto a bassa complessità da realizzarsi:

- distribuendo i presidi in relazione al livello di complessità, di intensità di cura e al tipo di specialità esercitata, promuovendo e realizzando la logica dipartimentale. Tale processo deve essere condotto secondo un criterio di fondo che rispetti e potenzi le identità professionali delle singole équipe specialistiche ed il loro assetto organizzativo interno. L'Azienda ha come obiettivo quello di ottimizzare l'utilizzo delle risorse (in particolare posti letto), introducendo elementi di maggiore flessibilità nell'organizzazione e nell'utilizzo delle stesse. Il numero dei posti letto è correlato ai volumi delle prestazioni, alla capacità operativa ed attrattiva delle équipe ed è conseguente alle manovre sull'appropriatezza della produzione nonché al raggiungimento dei parametri di efficienza e degli obiettivi dei piani strategici triennali. In tale contesto organizzativo, dovrà essere superata l'articolazione per specialità ed introdotta quella per complessità ed intensità di cura. Coerentemente con tale impostazione, mentre le équipe mediche manterranno una configurazione di tipo verticale rispetto all'Azienda, le risorse infermieristiche si configureranno con un'operatività di tipo orizzontale in quanto dimensionate per livello di assistenza e non per unità operativa. Si precisa che il vigente sistema di classificazione dei ricoveri mediante i DRG si basa sull'identificazione per codici numerici delle malattie, secondo i criteri dell'affinità clinica e dell'assorbimento medio di risorse professionali e tecnologiche. Il differente assorbimento di risorse è rappresentato dal "peso" che caratterizza ciascuno dei DRG. In base al peso è possibile classificare la complessità delle prestazioni per come segue: - bassa complessità DRG con peso  $\leq 0.59$ ; - medio bassa complessità DRG con peso  $> 0.59 - \leq 0.89$ ; media complessità DRG con peso  $> 0.86 - \leq 1.36$ ; medio alta complessità DRG con peso  $> 0.86 - \leq 2.27$ ; alta complessità DRG con peso  $> 2.27$ .
- promuovendo un sistema organizzativo che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali. I soggetti erogatori pubblici e privati e le Aziende sanitarie, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, devono definire per le prestazioni caratterizzate da bassa complessità



e quindi ad alto rischio di inappropriately obiettivi per il raggiungimento di ospedalizzazione domiciliare, ADI, prestazioni a domicilio, residenzialità extraospedaliera, consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc. Il distretto sanitario deve diventare punto di riferimento e di raccordo tra la funzione ospedaliera e quella territoriale. Il lavoro delle Aziende sanitarie sull'analisi di complessità, durata della degenza e saturazione dei posti letto in termini di appropriatezza postula lo stretto collegamento con il sistema della residenzialità extra ospedaliera e con le cure domiciliari che devono costituire uno strumento forte e permanente ai fini sia della "non ospedalizzazione" che della continuità assistenziale nella fase di deospedalizzazione post acuzie. In tale prospettiva è necessario tenere conto che la deospedalizzazione di casistica inappropriata comporta aspetti di tipo sociale che devono integrarsi il più possibile con quelli di tipo clinico. Restano ferme le considerazioni circa la necessità che lo strumento degli accordi e dei contratti supporti attivamente e correttamente la manovra di de-ospedalizzazione che trova il suo presupposto nel potenziamento delle funzioni extraospedaliere.

- rivedendo la produzione, da un lato attraverso lo sviluppo e la crescita dei punti di eccellenza, dall'altro verificando, mediante opportuni indicatori, l'appropriatezza delle prestazioni erogate. L'obiettivo da raggiungere è costituito dall'appropriatezza della produzione, nel senso che deve esistere piena corrispondenza tra livello di assistenza erogata e patologia. L'analisi dell'appropriatezza costituisce uno strumento continuo di lavoro interno all'Azienda, finalizzato a creare le migliori condizioni possibili di trattamento della casistica. In tal senso l'attività di controllo deve essere utilizzata come utile momento di verifica della produzione in vista di obiettivi positivi di riconversione. La quota di produzione non coerente con i parametri di appropriatezza deve essere riconvertita, secondo i casi, o in attività ambulatoriale, o in day hospital ovvero in residenzialità extraospedaliera. Ogni posto letto di day hospital in tal senso istituito deve corrispondere alla soppressione di almeno due posti letto ordinari su cui veniva svolta attività non appropriata. Sul posto di day hospital devono essere di norma effettuate due prestazioni al giorno. La Regione determina meccanismi tariffari premianti tale attività.
- Rivedendo la rete e le strutture dell'emergenza. Il tema dell'appropriatezza, per alcuni aspetti, è direttamente collegato al corretto funzionamento della rete dell'emergenza. E' noto infatti come molti ricoveri impropri siano diretta conseguenza degli accessi in pronto soccorso. Va quindi intensificato lo sforzo di riorganizzazione del sistema di emergenza per ridurre in modo significativo questo fenomeno che penalizza in gran parte lo sviluppo e l'efficacia dei DEA ed in particolare degli ospedali sede di DEA di 2° livello. È inoltre necessario potenziare la capacità di filtro delle strutture territoriali, sempre al fine di garantire un più appropriato accesso ai pronto soccorsi. Tale ruolo dovrà essere garantito, come già ricordato, dall'attività di coordinamento del Distretto, anche in collaborazione con i medici di famiglia e di continuità assistenziale. Il ruolo di questi ultimi, infine, dovrà essere valorizzato coerentemente con le funzioni agli stessi assegnate.
- Promuovendo un piano complessivo di residenzialità extra ospedaliera, da redigersi a carico delle Aziende sanitarie territoriali, destinato anche ad ospitare la quota di attività inappropriata e caratterizzato:
  - dalla previsione di potenziamento e riqualificazione delle residenze sanitarie, secondo i vari livelli di complessità e di intensità di cura;
  - dalla possibilità di istituire strutture di ricovero a bassa o bassissima intensità di cura. A tale proposito possono configurarsi due differenti situazioni: la prima riguarda le iniziative che in tal senso possono essere assunte dalle Aziende sanitarie i cui direttori generali possono promuovere l'avvio di progetti riguardanti la costituzione di ospedali di comunità. Quanto sopra con il trasferimento contestuale di risorse e con l'utilizzo dei medici di famiglia al fine di garantire accesso e affiancamento nelle cure. Il presidio in tal senso costituito deve essere caratterizzato dagli standard propri già individuati cui si rimanda. Rispetto a tale configurazione strutturale e organizzativa, in relazione alle singole situazioni locali, le Aziende sanitarie possono definire per l'ospedale di comunità, anche in via sperimentale, differenti modalità operative, diversamente graduate per assorbimento di risorse. L'istituzione di strutture di ricovero a bassa o bassissima intensità di cura può essere promossa anche dalle Aziende ospedaliere che organizzino in corpi edilizi esistenti nella loro disponibilità (dentro l'area ospedaliera, all'esterno, ecc.) forme di ricovero organizzate con standard propri dell'area residenziale, diversamente graduate secondo le necessità e l'intensità di cura e garantite principalmente con l'utilizzo di proprie risorse.
- Potenziando nell'attività chirurgica la "day surgery" ovvero la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale. L'assistenza in regime di day surgery comprende gli esami e le visite preoperatorie, l'intervento chirurgico ed i controlli post operatori. Si tratta di realizzare un appropriato circuito di accoglienza, preparazione, intervento e follow up. Le finalità della day surgery sono direttamente collegate all'attuazione di un modello assistenziale chirurgico di pari efficacia e maggiore efficienza

rispetto a quello tradizionale, mantenendo la garanzia della continuità assistenziale, con riduzione delle complicità legate alla ospedalizzazione prolungata. Altra finalità importante riguarda la riduzione delle liste d'attesa, l'attuazione di un percorso assistenziale che sia capace di garantire continuità tra ospedale e domicilio, ecc. L'introduzione della day surgery produce l'aumento della soddisfazione degli utenti, diversifica il flusso dei pazienti chirurgici, con benefici per gli stessi e per l'ospedale, razionalizza l'organizzazione ospedaliera e libera risorse per i pazienti affetti da patologie più impegnative. Gli interventi e le procedure effettuabili in day surgery, i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali, il monitoraggio, l'analisi e la valutazione dell'attività, le caratteristiche della struttura operativa, il consenso informato e gli aspetti medico legali, i rapporti con i medici di famiglia o pediatri di libera scelta, ecc. sono regolamentati da apposita direttiva regionale.

- Individuando indicatori di efficacia attraverso la determinazione delle modalità di erogazione del livello di assistenza ospedaliera nell'ambito di un progetto di qualità aziendale che deve svilupparsi nel triennio. Entro tale periodo è fissato un obiettivo minimo consistente nel fatto che siano adottati, per almeno il 30% delle attività, protocolli che ne definiscano il livello di efficacia.
- Individuando indicatori di efficienza. L'obiettivo da raggiungere tende al conseguimento degli obiettivi di programmazione fissati a livello regionale nel senso che il dimensionamento delle risorse umane e strutturali utilizzate nell'attività ospedaliera sia corrispondente ai parametri prefissati. Inoltre può essere avviato in forma sperimentale, sulla base delle specifiche indicazioni allo scopo fornite dalla Regione, il FIVE DAY HOSPITAL, consistente nella elaborazione e attuazione di protocolli clinici per il trattamento in regime di degenza ordinaria di gruppi di patologie a ciclo prefissato di 5 giorni (dal Lunedì al Venerdì) con chiusura dell'attività nelle giornate di Sabato e Domenica. Infine può essere prevista da parte delle strutture ospedaliere maggiori, la creazione di piastre ambulatoriali "off campus" ad alta densità tecnologica finalizzate anche al decongestionamento di tutta l'attività diagnostica interna che potrà essere maggiormente orientata alla produzione di ricovero.
- Individuando indicatori di soddisfazione. L'obiettivo, da raggiungere sulla base delle indicazioni allo scopo emanate dalla Regione, riguarda l'implementazione di un sistema di monitoraggio permanente per la verifica della soddisfazione degli utenti. Altro obiettivo, da attuarsi da parte delle Aziende sanitarie in collaborazione con le altre Aziende che si configurano in via esclusiva come soggetti erogatori, riguarda la periodica rilevazione della domanda per quel che concerne la funzione ospedaliera. Infine, sempre in tema di soddisfazione dell'utente, va raggiunto l'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa secondo il parametro definito dalla Regione;
- Promuovendo specifiche iniziative di formazione e di sensibilizzazione dei dipendenti ai valori innovativi che caratterizzano la riorganizzazione delle rete ospedaliera.

#### ACCORDI E CONTRATTI

La relazione tra il sistema di tutela della salute e il sistema di offerta di prestazioni sanitarie, trova idoneo strumento regolatore e di governo della relativa spesa nei piani annuali preventivi delle attività e nella stipula dei correlati accordi e contratti.

Il riconoscimento di autonomia alle Aziende sanitarie e la separazione tra la funzione di committenza e di produzione delle prestazioni e attività sanitarie impone un ulteriore e significativo ricorso allo strumento degli accordi e contratti come delineato dalla vigente normativa nazionale e regionale in materia.

In attuazione dei richiamati provvedimenti normativi e dei correlati provvedimenti al riguardo già adottati della Giunta Regionale in materia di programmazione annuale dei limiti massimi di spesa sostenibile, si è già fornito alle Aziende sanitarie uno schema di contrattazione da utilizzare nella negoziazione con i soggetti pubblici e privati; resta fermo che lo schema proposto, anche in relazione alla maggiore ampiezza dei bacini di utenza delle aziende sanitarie e all'applicazione del principio di separazione tra aziende committenti e aziende erogatrici, deve necessariamente essere integrato e completato in sede di negoziazione prevedendo le clausole e le modifiche opportune a concretizzare le volontà contrattuali dei contraenti tenuto conto delle attività e funzioni correlate al trattamento delle condizioni di emergenza urgenza nei presidi delle aziende ospedaliere.

Le Aziende Sanitarie sono chiamate a stipulare gli accordi contrattuali sulla base di valutazioni comparative della qualità e dei costi; perché questa possibilità possa essere effettiva e tale da consentire una scelta con cognizione di causa su cosa convenga erogare e cosa acquistare è indispensabile preliminarmente rendere trasparenti i costi di produzione dei presidi delle aziende ospedaliere enfatizzandone la funzione di erogazione e garanzia delle prestazioni, servizi e attività di emergenza/urgenza propri di tali presidi.

In questa prospettiva gli accordi e contratti tra le Aziende sanitarie territoriali e le strutture erogatrici pubbliche e private concretizzano indispensabili momenti di raccordo tra le componenti del sistema finalizzati a ricercare:

- Una pianificazione interaziendale negoziata.

- La risoluzione preventiva di potenziali conflitti.
- Forme di integrazione nell'erogazione dell'assistenza e nella costruzione di percorsi terapeutici.
- Forme di condivisione delle risorse ed economie di scala.
- Una comune responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse disponibili.

Deve essere, infine, particolarmente enfatizzata la funzione di garanzia della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate che lo strumento degli accordi e dei contratti è chiamato ad assicurare.

#### AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

La L.R. 29/2002 all'art. 5, disciplina transitoriamente, in attesa della emanazione di apposito provvedimento legislativo che regola le autorizzazioni e gli accreditamenti, peraltro in corso di elaborazione, le procedure per l'autorizzazione al funzionamento e il processo di accreditamento, che consentono alle strutture pubbliche e private l'erogazione di prestazioni sanitarie a carico del SSN.

In attesa della emanazione del provvedimento legislativo di cui all'articolo 5, comma 1, della L.R. n. 29/2002, le strutture sanitarie, pubbliche o private, possono essere autorizzate e accreditate, con specifico provvedimento del Dirigente Generale del Dipartimento Sanità della Regione, sulla base del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente e tenuto conto delle effettive carenze che si riscontrano negli ambiti territoriali delle aziende sanitarie in relazione ai fabbisogni di prestazioni e attività sanitarie programmate dal presente PSR.

In tale contesto va ricordato che l'autorizzazione costituisce condizione fondamentale, nel sistema delineato dalla legislazione vigente, per richiedere l'accreditamento e che la stipula degli accordi e contratti è condizione indispensabile per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR.

Va inoltre ricordato che tutto il sistema dei soggetti erogatori, in attesa della formalizzazione dell'accreditamento istituzionale, non operante ancora nella maggioranza delle Regioni Italiane, opera con modalità provvisorie (accreditamento provvisorio), fatto questo necessario al fine di non determinare squilibri nel sistema storico di erogazione delle prestazioni.

#### LOGICHE E STRATEGIE DI RETE ASSISTENZIALE

La costruzione della rete assistenziale programmata con il presente PSR trova attuazione in logiche e strategie di competizione governata e regolata caratterizzate, da un lato, dalla separazione tra acquirenti e fornitori di prestazioni e servizi sanitari e dalla adozione di criteri, principi e tecniche gestionali ma, dall'altro, finalizzate nella loro costruzione a garantire integrazione e continuità del processo assistenziale (continuum of care).

Punto centrale di tutto il processo di costruzione della rete assistenziale diviene, in particolare, l'innovazione tecnologica e soprattutto l'Information Communication Technology.

Le strategie che stanno alla base della costruzione della rete assistenziale perseguono due importanti finalità:

- la ricerca di efficienza e riduzione di costi che può essere affrontata vantaggiosamente non solo a livello di singole strutture ma dell'intero processo produttivo.
- continuità assistenziale guidata e garantita attraverso la connessione di tutti i nodi della rete (medico di medicina generale, specialistica, ricovero, riabilitazione, assistenza domiciliare integrata, ecc.).

Le logiche di rete e integrazione consentono, inoltre, più in generale l'avvio di efficaci processi di razionalizzazione quali ad esempio l'esternalizzazione di servizi (ad esempio l'attività alberghiera e di accoglienza piuttosto che funzioni tecnico-logistiche) ovvero di collaborazione tra Aziende del SSR relative a esperienze e know-how piuttosto che comunione o scambio di risorse.

In altre parole strategie e logiche di rete possono ricercare diverse interrelazioni caratterizzate:

- a) dalla ricerca di maggior efficienza/economicità attraverso economie di scala:
  - negli approvvigionamenti e acquisti (ad es. processi di acquisto e gestione magazzini)
  - nella produzione (ad es. laboratori centralizzati)
  - nell'offerta (ad es. centro unico di prenotazione)
  - nelle funzioni di supporto (ad es. amministrazione, contabilità).
- b) dalla ricerca di efficacia, qualità, continuità assistenziale, integrazione dei servizi (sanitari e sociali) attraverso:
  - il disegno di percorsi diagnostici e terapeutici guidati e assistiti;
  - l'elaborazione di linee guida, protocolli, prontuari ecc.
  - l'identificazione e adozione di "best practices"
  - la ricerca e lo sviluppo
  - l'apprendimento.

#### REVISIONE, COMPLETAMENTO E ADEGUAMENTO DEI SISTEMI TARIFFARI REGIONALI

L'articolo 8-sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. prevede che la remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle incluse nelle funzioni assistenziali sia determinata in base a tariffe predefinite e che le Regioni adottino il proprio sistema tariffario.

Obiettivo della Regione a tale riguardo è quello di definire entro il primo semestre di vigenza del presente PSR la revisione ed il completamento dei sistemi tariffari regionali, in attesa dell'entrata in vigore dei tariffari regionali restano confermate le disposizioni al riguardo contenute nell'art. 2, comma 1, della legge regionale n. 51/2002, specificando e assumendo quali tariffe regionali provvisorie quelle già corrispondenti ai tariffari nazionali per tempo vigenti.

Gli interventi finalizzati alla revisione ed al completamento dei sistemi tariffari previsti riguardano:

- la verifica e l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni erogate, in particolare per l'assistenza specialistica ambulatoriale, tenendo conto delle indicazioni contenute nel DPCM sui nuovi livelli di assistenza;
- la sperimentazione di modalità innovative di classificazione delle prestazioni già tariffate, anche tenendo conto delle indicazioni emerse dalla commissione ministeriale sul sistema di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale ex articolo 8-sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- la verifica e l'aggiornamento periodici delle tariffe vigenti e la determinazione delle tariffe relative a prestazioni ancora non tariffate, sulla base di rilevazioni mirate presso alcuni erogatori, pubblici e privati, rappresentativi della realtà regionale;
- l'attivazione di flussi informativi relativi alle prestazioni incluse nel livello di assistenza territoriale (RSA, riabilitazione ex art. 26, cure palliative; case di cura neuropsichiatriche, etc.) e completamento del flusso relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale;
- la definizione e l'avvio di sistemi di controllo esterno sugli erogatori dell'insieme delle prestazioni remunerate mediante tariffa che, in analogia a quanto già previsto per l'assistenza ospedaliera, utilizzando le potenzialità dei sistemi informativi sanitari esistenti e di quelli in corso di attivazione, consentano di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni erogate e di prevenire i comportamenti opportunistici tipicamente associati ai sistemi di remunerazione prospettici.

#### **Controllo di gestione e sistema budgetario**

Il D.Lgs. n. 286/99 ha introdotto norme per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59.

A tal fine le Aziende si dotano di un'adeguata organizzazione amministrativa e contabile nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e funzionalità dei sistemi di controllo, secondo i principi generali fissati dal D.Lgs. n. 286/99.

In particolare, le disposizioni ivi contenute prevedono la specializzazione dei controlli interni in quattro diverse tipologie di funzioni.

#### CONTROLLO DELLA REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Ai controlli interni di verifica della legittimità, della regolarità e della correttezza dell'azione amministrativa provvede il Collegio sindacale. Sono fatte salve le competenze eventualmente attribuite dalla Regione alle società di revisione incaricate della verifica dei bilanci delle aziende del SSR. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile di norma non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva.

Il controllo esterno della gestione contabile, nel rispetto dell'art. 100 della Costituzione, è affidato alla Corte dei Conti, la quale verifica la legittimità e la regolarità contabile degli atti adottati dalle pubbliche amministrazioni, la rispondenza dei risultati delle attività agli obiettivi prefissati, valutando contemporaneamente costi, modi e tempi dell'azione amministrativa.

#### CONTROLLO DI GESTIONE

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

A tal fine le Aziende definiscono ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 286/99:

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

La rilevanza del controllo di gestione è immediatamente correlata alla natura aziendalistica delle strutture sanitarie, improntate ad una contabilità analitica per Centri di Costo.

Il controllo interno di gestione discende, pertanto, dalla gestione dei singoli budget assegnati alle strutture organizzative.

La gestione budgetaria è indirizzata, generalmente, ad obiettivi di economicità della spesa, in presenza di una idonea qualità delle prestazioni rese alla luce degli specifici obiettivi predeterminati dalla direzione aziendale e concordati con i rispettivi responsabili dei Centri di Costo.

In tale cornice, lo stesso responsabile è immediatamente interessato ad un controllo interno del singolo budget attribuitogli al fine di conoscere periodicamente, o comunque quando ne ravvisi l'esigenza, lo stato di utilizzazione del budget al fine di tenere sotto controllo ed individuare le cause di eventuali scostamenti, intervenuti o prevedibili non solo in termini economici ma anche in termini di risultati.

#### VALUTAZIONE DEL PERSONALE CON QUALIFICA DIRIGENZIALE

Le Pubbliche amministrazioni, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, valutano le prestazioni dei propri Dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane organizzative ad essi assegnate (competenze organizzative)" (ex art. 5 del D.Lgs. n. 286/99).

I principi di responsabilizzazione e valutazione della dirigenza sono stati recepiti per il SSN dal contratto collettivo nazionale stipulato l'8 giugno 2000. Tenuto conto della peculiarità della materia e della specificità richiamata all'interno degli stessi contratti, si fa rinvio alle norme di dettaglio individuate negli articoli 31/34.

#### CONTROLLO STRATEGICO E BUDGETING

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico.

L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi" (ex art. 6 del D.Lgs. n. 286/99).

Nell'ambito del sistema sanitario regionale la Regione all'atto di nomina di ciascun Direttore Generale, definisce ed assegna, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute, assistenziali e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei Direttori stessi.

La Regione determina, preventivamente ed in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riguardo all'efficienza, efficacia, appropriatezza e funzionalità dei Servizi sanitari.

Entro diciotto mesi dalla nomina la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi.

Si evince, pertanto, che l'attività di controllo strategico è stata affidata dal D.Lgs. n. 229/99 direttamente alla Regione che verifica complessivamente la rispondenza dell'attività aziendale agli obiettivi assegnati e più in generale al PSR.

L'utilità degli strumenti di controllo nell'ambito della più ampia attività di pianificazione è da individuarsi nella possibilità di valutare in anticipo la bontà di quanto pianificato, e soprattutto di poter intervenire tempestivamente ogniqualvolta si presentino criticità gestionali che potrebbero allontanare l'Azienda dai propri obiettivi.

In particolare il controllo di gestione deve essere uno strumento "terapeutico", agente sulle cause delle inefficienze gestionali e non un semplice lenitivo degli effetti.

Gli strumenti di controllo sono rappresentati da:

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

Il controllo di gestione identifica l'attività di verifica, in condizioni preventive, concomitanti e consuntive della gestione, nel più ampio processo di pianificazione e può essere sintetizzato quale insieme di attività con cui la direzione aziendale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti contabili, rileva se la gestione dell'Azienda si stia svolgendo in modo da permettere il conseguimento degli obiettivi formulati in sede di pianificazione e, soprattutto, verifica se la gestione si svolga secondo criteri di economicità al fine di garantire il perdurare dell'Azienda nel tempo.

Il sistema di budgeting è l'espressione formalizzata di un processo organizzativo-contabile finalizzato, in fase preventiva, all'allocazione delle risorse coerentemente con quanto definito in sede di pianificazione e programmazione e, in fase consuntiva, lo strumento per la verifica dell'andamento della gestione ed il grado di perseguimento degli obiettivi prefissati.

Le responsabilità gestionali del Dirigente nel processo di budget si sostanziano nell'impegno al raggiungimento degli obiettivi prefissati utilizzando al meglio le risorse assegnate.

In relazione a ciò il budget rappresenta:

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

L'impostazione corretta del budgeting dovrebbe prevedere l'adozione di processi decisionali di tipo bottom-up modificato, in cui la formulazione delle proposte di budget da parte dei Centri di Responsabilità (C.d.R.) è preceduta dall'emanazione di Linee Guida da parte degli organi massimi di governo aziendale.

Le fasi del processo decisionale sono rappresentate dalla definizione da parte del vertice aziendale delle Linee Guida della gestione, e dalla definizione da parte dei responsabili dei singoli C.d.R. delle proprie proposte di budget tenendo conto delle informazioni contenute nelle Linee Guida e nei documenti informativi prodotti dal controllo di gestione. Le proposte vengono valutate in base alla loro coerenza con le LG, la mission ed il contesto economico-sociale dell'Azienda e del contesto nella quale è inserita.

Nella Regione si sono fin qui registrate difficoltà di introduzione/accettazione del sistema di budget nelle strutture sanitarie, come d'altro canto in altre realtà regionali.

Queste difficoltà di introduzione sono riconducibili:

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

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

### **Gestione e sviluppo delle risorse umane**

Un sistema di Aziende di Servizi, soprattutto in un settore di attività come quello sanitario, caratterizzato da un ampio utilizzo di un elevato livello di tecnologia, non può essere governato in modo efficiente prescindendo dalla necessità di una effettiva ed estesa valorizzazione delle risorse umane.

Le risorse umane, sia per incidenza di spesa, sia per reale capacità di essere determinanti sul miglioramento dei processi produttivi, se adeguatamente motivate e valorizzate nelle proprie competenze distintive, possono ragionevolmente rappresentare il più proficuo investimento per il sistema regionale.

Servono quindi, giustificatamente, impegni specifici ai quali le Aziende sono chiamate per contribuire alla creazione di un sistema regionale di governo del personale, indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di efficienza e qualità perseguiti.

#### **IL RUOLO DEL PERSONALE NELL'ASSISTENZA SANITARIA**

Per sua caratteristica, nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria assumono particolare rilevanza, sia per l'accettabilità dei servizi che per l'efficacia stessa delle prestazioni non solo le competenze e le abilità tecniche ma anche le capacità relazionali individuali di ciascun operatore e dell'insieme degli operatori di un servizio o di un sistema di servizi.

Per la valorizzazione e l'uso efficiente delle risorse umane del sistema sanitario devono essere quindi individuate strategie specifiche, coerenti con le linee strategiche di evoluzione del SSR.

L'insieme delle aziende del SSR costituisce la più grande aggregazione produttiva della regione e bisognerà tenere conto che strategie relative al personale possono avere conseguenze sia sul sistema produttivo che sulla situazione sociale locale.

Inoltre le aziende sanitarie sono aziende per la maggior parte pubbliche impegnate in un servizio di grande rilevanza sociale che hanno anche la responsabilità di migliorare i rapporti del cittadino con le pubbliche amministrazioni in genere.

#### LE ESIGENZE IN MATERIA DI PERSONALE

I processi di miglioramento del sistema sanitario e l'evoluzione dei rapporti di lavoro nella pubblica amministrazione richiedono un profondo cambiamento di mentalità, una nuova cultura professionale, l'affermazione di nuove logiche operative.

In particolare il PSR 2003-2005 evidenzia la necessità di:

- una maggiore responsabilizzazione individuale e di gruppo, nel caso di prestazioni integrate, in ordine alla quantità ed alla appropriatezza dei servizi prodotti;
- superare una visione settoriale, centrata su interessi particolari di singoli profili professionali;
- sviluppare la flessibilità nell'impiego delle risorse umane, senza ancorarle a spazi, tempi e ambiti predefiniti, tenendo conto dei ruoli previsti e riconosciuti dalla contrattazione;
- migliorare le procedure di selezione e di reclutamento del personale, cogliendo tempestivamente eventuali nuove opportunità offerte dall'evoluzione della normativa e dei contratti, sviluppando modalità per il successivo addestramento;
- sviluppare iniziative orientate al superamento dei vincoli inerenti al rapporto del pubblico impiego, distinguendo tra la natura pubblica del servizio erogato e forme privatistiche di regolamentazione del lavoro.

L'analisi del quadro delle risorse umane anche alla luce delle linee strategiche di evoluzione del sistema sanitario regionale, indicate nel PSR, consente di individuare ulteriori esigenze:

- l'elevato livello di spesa e la consistenza numerica delle risorse umane nel SSR calabrese rende indispensabile una precisa valutazione del fabbisogno per ciascuna specifica figura professionale;
- l'esigenza di sviluppare i livelli di assistenza distrettuale e di prevenzione rende necessario sviluppare cultura professionale e competenze per i livelli di assistenza extraospedaliera;
- l'evoluzione delle possibilità offerte dalle innovazioni tecnologiche e l'esigenza di elevare il livello qualitativo dell'assistenza rendono necessarie iniziative volte a sviluppare competenze e capacità per garantire l'appropriatezza e l'efficienza nell'uso delle tecnologie sanitarie innovative;
- l'evoluzione delle modalità organizzative nelle aziende sanitarie rende necessario sviluppare di pari passo capacità e competenze gestionali ed amministrative adeguate;
- i numerosi squilibri esistenti e relativi alla consistenza qualitativa e numerica del personale del SSR calabrese rende necessario sviluppare una adeguata pianificazione strategica della formazione di base, finalizzata a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del Piano sanitario, garantendo la copertura del fabbisogno di personale ed evitando ulteriori squilibri e tensioni imputabili ad eccessi di offerta per alcune figure professionali;
- la qualità della gestione sanitaria, amministrativa e contabile può essere garantita solo con lo sviluppo di competenze manageriali diffuse in tutto il sistema. Ciò tra l'altro è il presupposto per garantire il necessario ricambio del management e dei dirigenti.

Sul piano degli obiettivi operativi più generali possono quindi individuarsi:

- La definizione di politiche per la individuazione dei livelli di responsabilità omogenee nel territorio regionale e compatibili con le effettive necessità e le risorse disponibili
- La definizione di strumenti per la riqualificazione ed il reimpiego del personale in settori differenti e/o con rapporto di lavoro differente da quelli attuali
- semplificazione delle procedure regionali in materia di personale e realizzazione di specifiche linee guida e standard di riferimento per la rideterminazione dei fabbisogni di personale delle aziende del SSR tenuto conto delle recenti disposizioni normative in materia di personale introdotte con la legge finanziaria 2003.

#### IL RUOLO DEI DIRIGENTI E DELLE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Particolare enfasi dovrà essere data allo sviluppo delle capacità finalizzate alla gestione ottimale delle risorse in rapporto con la domanda. L'attuazione degli obiettivi del PSR richiede infatti innovazioni nelle tecniche gestionali. Rispetto alla dirigenza ciò implica l'assunzione di un modello di direzione di tipo manageriale, fortemente centrato sulla identificazione ed assegnazione di obiettivi, la misurazione del loro raggiungimento e la concreta attivazione dei sistemi premianti, previsti peraltro dai CCNL, basati sui risultati effettivamente conseguiti.

È necessario d'altra parte individuare strumenti per evidenziare, in coerenza con l'indirizzo del presente PSR e nell'ambito delle competenze delle aziende del SSR, la distinzione tra dirigenti con funzioni prevalentemente tecnico-professionali (es. erogazione di assistenza diretta alla

persona o di servizi di supporto), organizzative (es. responsabile del dipartimento) o gestionali (responsabile di unità operative). A tal proposito lo strumento contrattuale della graduazione delle funzioni dirigenziali e il conseguente conferimento degli incarichi dirigenziali risulta di fondamentale rilevanza.

Ai dirigenti si richiederà di sviluppare maggiormente le competenze più necessarie al ruolo ricoperto, alle direzioni generali delle aziende si richiede di attuare correttamente gli istituti contrattuali specificamente correlati alla graduazione delle funzioni dirigenziali ed al conferimento degli incarichi promuovendo la responsabilizzazione rispetto all'impiego delle risorse.

Le nuove disposizioni normative riguardanti le professioni sanitarie già in parte concretizzato nel vigente CCNL del personale del comparto delinea un quadro innovativo rispetto al ruolo delle professioni sanitarie. Il presente PSR ha individuato nella istituzione del Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale, già illustrato nel presente PSR ed a cui si rimanda, lo strumento più adeguato per la valorizzazione delle professioni sanitarie all'interno delle strutture aziendali.

Ai fini della ulteriore valorizzazione del ruolo e delle funzioni del personale appartenente alle professioni sanitarie dovrà prevedersi, presso ciascuna azienda del SSR, l'adozione di ogni utile iniziativa tesa ad attivare lo sviluppo professionale, organizzativo e gestionale delle seguenti aree delle professioni sanitarie nell'ambito dei servizi infermieristici e tecnici aziendali:

1. Attività infermieristiche;
2. Servizio sociale professionale;
3. Riabilitazione funzionale;
4. Attività tecniche di radiologia medica;
5. Attività tecniche di laboratorio medico;
6. Attività tecniche di prevenzione, vigilanza ed ispezione.

#### LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

La politica del personale del SSR è stata negli ultimi anni governata a livello nazionale e volta al ridimensionamento del numero di addetti sotto la spinta dell'esigenza del contenimento della spesa pubblica.

In Calabria tale strategia allo stato non sembra essere stata attuata specie se si tiene conto che essa avrebbe dovuto essere imposta anche dalla esigenza di razionalizzare e ridurre l'apparato produttivo ospedaliero, che al contrario ha visto crescere il numero degli addetti e non sempre in relazione agli effettivi fabbisogni assistenziali.

Tuttavia dall'esame della situazione relativa al personale in servizio al 31 dicembre 2002 rispetto alle Piante organiche approvate si evidenziano carenze in molte figure professionali e tuttora consistenti esuberi in altre. Nel complesso, anche tenendo conto della situazione delle altre Regioni, non è da rilevarsi in termini di numero globale di addetti un problema di esuberi. Sarà comunque opportuno definire sempre meglio standard di personale per attività specifiche al fine di ottimizzare l'uso delle risorse umane ed al tempo stesso garantire adeguati servizi ai cittadini.

E' inoltre necessario garantire specifiche professionalità indispensabili per l'attivazione di nuovi servizi, sia attraverso nuove assunzioni che operando attraverso conversioni di posti, d'intesa con le OOSS. Anche per lo sviluppo delle tecnologie organizzative, cliniche e di supporto le esigenze si riferiscono a personale con competenze specifiche.

Al fine di correggere gli squilibri di personale presenti nel SSR e per garantire la presenza delle professioni e dei profili necessarie per il miglioramento e lo sviluppo del SSR, dovranno essere tenuti in particolare considerazione i seguenti elementi per la valutazione del fabbisogno di personale:

- livelli essenziali di assistenza e stima del fabbisogno di prestazioni, in funzione delle modalità ottimali ed efficienti di erogazione delle prestazioni
- standard territoriali o per servizi ospedalieri omogenei
- politiche volte a riqualificare il personale attualmente in servizio ai fini di un utilizzo più efficiente delle risorse umane

Le aziende devono sviluppare la propria capacità di analisi del reale fabbisogno delle risorse umane, nella consapevolezza che un utilizzo efficiente del personale è presupposto essenziale per aumentare l'economicità della gestione, ma, al tempo stesso, la motivazione del personale. Al miglioramento dello strumento analitico dovrà poi corrispondere un adeguato sviluppo delle capacità di riconversione professionale delle risorse eventualmente eccedenti, privilegiando il recupero operativo in altri ruoli rispetto al ricorso ad altra soluzione più onerosa per il personale stesso.

L'obiettivo del sistema è quello di introdurre nelle Aziende la cultura di utilizzare in modo selettivo il *turn over* e la riconversione professionale del personale eccedente nelle realtà in cui tale problema si evidenzia, contribuendo in questo modo al conseguimento di un riequilibrio regionale di risorse su basi più eque, realizzando al contempo le condizioni per un contenimento dei costi ed una maggior efficientizzazione del sistema regionale.



Per tutto il periodo di vigenza del piano la copertura del turn-over deve comunque assicurare una riduzione della spesa del personale, fatti salvi gli effetti dei nuovi CCNL, nell'ordine del 5 % annuo.

#### LA FORMAZIONE CONTINUA

La formazione continua è lo strumento in grado di ottimizzare l'impiego delle risorse umane e di facilitare i cambiamenti organizzativi.

La formazione continua comprende:

- l'aggiornamento professionale, attività successiva al corso di prima formazione diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali;
- la formazione permanente, attività svolta al fine di migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico.

Particolare cura andrà posta alla definizione di programmi di formazione continua regionali ed aziendali (annuali e triennali) in base a linee-guida regionali, emanate dalla Giunta Regionale sulla base dei criteri di seguito specificati.

La formazione dovrà fortemente essere orientata a sostenere il perseguimento degli obiettivi del PSR ed il miglioramento della qualità. Dovrà inoltre essere integrata con i piani di attività aziendali. Particolare cura dovrà essere posta:

- nelle iniziative finalizzate a sostenere programmi di prevenzione
- nel lavoro interdisciplinare e per progetti
- nella valutazione qualitativa e quantitativa del fabbisogno formativo
- nella predisposizione di strumenti di verifica dei processi didattici e dei loro risultati, usando metodiche oggettive e soggettive.

La Giunta Regionale individua adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali alla programmazione ed alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, coinvolgendo e collaborando con l'Università.

Le iniziative prioritarie di formazione continua da sviluppare riguardano le seguenti aree tematiche:

- Sviluppo delle competenze dei Direttori di Distretto
- Sviluppo competenze Direttori di Dipartimento
- Sviluppo competenze operatori Dipartimento di Prevenzione
- Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Formazione manageriale in materia di sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria
- Formazione manageriale dirigenti di strutture complesse
- Emergenza
- Riqualificazione di personale del SSR
- Iniziative di formazione per l'attivazione dei Dipartimenti previsti dai progetti obiettivo nazionali
- Epidemiologia
- Economia sanitaria
- Lavoro interdisciplinare
- Miglioramento della qualità, con specifico riferimento alle seguenti sotto-aree
  - Uso di tecnologie diagnostiche innovative
  - Prevenzione negli ambienti di vita
  - Attività di promozione salute
  - Sviluppo di capacità utili all'assistenza distrettuale
  - Aspetti specifici delle cure primarie
  - Miglioramento della qualità dell'assistenza per categorie specifiche di utenti
  - Capacità di operare nel nuovo contesto dipartimentale
  - Formazione operatori di base per aree ad alta integrazione socio sanitaria
  - Gestione dei progetti - Project management
  - Formazione del personale dipendente e convenzionato adibito a compiti vaccinali
  - Programmi di formazione degli operatori della filiera alimentare
  - Formazione ed aggiornamento di operatori sanitari per l'assistenza al diabete
  - Formazione degli operatori per l'assistenza ai pazienti disabili
  - Programmi di formazione e aggiornamento del personale medico e non medico impegnati nelle attività di rianimazione e trapianto.
  - Iniziative per la formazione degli operatori che operano nel settore trasfusionale
  - Aggiornamento e formazione del personale per l'assistenza al parto
  - Programmi di formazione per operatori sanitari ed altri soggetti coinvolti nelle attività di promozione della salute ed educazione sanitaria
  - Programma di formazione per promuovere tra gli operatori lo sviluppo di atteggiamenti ed abilità utili allo sviluppo dell'assistenza distrettuale
  - Aggiornamento (temi prioritari: scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica, cure palliative, patologie d'importazione, diabete e demenze)

- Programmi di formazione degli operatori di base per le aree ad alta integrazione, in particolare, per l'assistenza primaria a domicilio e nelle strutture residenziali secondo i nuovi profili nazionali (operatore socio-sanitario).

### **Standard di strutture e di personale delle aziende del servizio sanitario regionale**

Le aziende sanitarie nell'adottare gli atti aziendali nonché i piani attuativi del PSR devono tenere conto degli indirizzi e delle specificazioni di seguito riportate.

1) Le funzioni operative, che sono raggruppate nelle seguenti classi e sottoclassi:

- Le funzioni operative dei servizi territoriali
- Le funzioni operative della prevenzione
- Funzioni operative del centro tecnico direzionale dell'azienda:
  - Area amministrativa
  - Area tecnica
  - Lo staff della Direzione aziendale
  - Il supporto tecnico-amministrativo del Distretto.

2) Le strutture organizzative professionali, definite quali unità operative, sezioni, uffici, costituiscono il contenitore organizzativo delle professionalità che caratterizzano una funzione operativa. Le strutture organizzative professionali sono assoggettate, per la loro attivazione, a standard dimensionali commisurati alla popolazione residente nel bacino territoriale di riferimento.

Le unità operative sono di norma uniche a livello di Azienda ed attivate in base alle soglie operative di costituzione di seguito indicate per ogni struttura organizzativa professionale.

Le denominazioni delle strutture organizzative professionali non sono vincolanti per le aziende sanitarie, fermo restando che, qualunque sia la denominazione assunta, la struttura organizzativa costituita deve fare riferimento ad una delle funzioni operative indicate nell'allegato A).

L'azienda nell'adottare il proprio atto aziendale può discostarsi dalle soglie indicate nel presente provvedimento, sia introducendo criteri più restrittivi di quelli indicati, sia adottando criteri più estensivi. Nel caso in cui assuma criteri più estensivi, l'incremento di strutture organizzative professionali rispetto alle soglie può avvenire solo:

- a) garantendo gli adeguati standard qualitativi e di volumi di attività.
- b) escludendo esplicitamente un loro effetto negativo in termini di equilibrio finanziario aziendale.

Eventuali discordanze tra gli standard qualitativi definiti per singole prestazioni dalla Giunta regionale e quelli effettivamente prodotti da una struttura organizzativa costituiscono elementi per la valutazione del Direttore generale.

Ai fini della definizione del numero di unità operative attivabili presso ogni Azienda sanitaria, l'applicazione delle soglie operative deve avvenire in accordo con i seguenti criteri:

- a) per le soglie operative che fanno riferimento ad una specifica popolazione, l'ambito di riferimento può essere o l'intero ambito Aziendale o di Distretto;
- b) per le funzioni operative che fanno riferimento ad un ambito organizzativo definito (Distretto, Azienda), si considerano gli stessi riferimenti organizzativi definiti nell'allegato A);

Il numero massimo di unità operative per ciascuna funzione operativa a livello aziendale è determinato per come indicato nella tabella allegato A).

Fermi restando i criteri generali per la costituzione delle Strutture organizzative professionali, la Giunta può definire ulteriori standard qualitativi e quantitativi relativi a specifiche prestazioni proprie di una o più Strutture organizzative, finalizzati ad assicurare che sia garantita una adeguata qualificazione della équipe professionale che provvede ad erogare tali prestazioni, e che sia prodotto un volume di prestazioni appropriato rispetto al bisogno stimato nella popolazione di riferimento.

Le Unità funzionali sono costituite al fine di integrare più funzioni operative per fornire risposte adeguate al bisogno sanitario o socio sanitario in termini di efficacia e di efficienza, e garantire la continuità del percorso assistenziale. L'Azienda sanitaria, in conformità con le disposizioni regionali, determina le modalità di attivazione e di cessazione delle Unità funzionali, specificando in particolare:

- 1) i criteri assunti per la loro costituzione,
- 2) la durata e le modalità di conferimento degli incarichi di responsabilità, tenuto conto della composizione multiprofessionale delle unità funzionali stesse,
- 3) le modalità di dismissione della unità qualora vengano meno le condizioni previste dal regolamento per la sua costituzione o, nel caso di Unità funzionali a termine, allo scadere del termine,
- 4) i criteri per la definizione del grado di complessità di ciascuna unità ai fini della graduazione del livello di responsabilità, nonché per la definizione dell'obbligo della rendicontazione analitica in capo alla unità funzionale,
- 5) nel caso di unità funzionale complessa, i criteri per l'individuazione delle professionalità che possono accedere all'incarico.

Per l'attivazione delle Unità funzionali le aziende sanitarie tengono conto dei seguenti elementi:

- correlazione fra il numero ed il dimensionamento delle Unità funzionali ed il volume di attività programmata, che deve presentare carattere di omogeneità a livello aziendale a meno di giustificate eccezioni;
- verifiche finalizzate a valutare la congruità delle attività erogate mediante il raffronto tra Unità funzionali simili presenti a livello aziendale, anche tenendo conto dei costi di produzione per unità di prestazione erogata.

L'attivazione della Unità funzionale è definita mediante l'adozione dell'atto aziendale che deve prevedere:

- le risorse attribuite alla Unità,
- le modalità mediante le quali l'Unità funzionale è inclusa nelle procedure di contabilità analitica,
- l'obbligo per l'Unità funzionale a soddisfare il fabbisogno del sistema informativo aziendale, secondo gli standard aziendali o regionali,
- le modalità attraverso le quali si esplica l'apporto delle strutture organizzative professionali afferenti all'unità funzionale, per quanto riguarda la programmazione dell'attività,
- l'indicazione del termine di cessazione dell'Unità funzionale nel caso in cui ne sia prevista l'attivazione a tempo determinato.

#### **ALLEGATO A) - FUNZIONI OPERATIVE, STRUTTURE ORGANIZZATIVE E SOGLIE CORRISPONDENTI**

##### **Prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro\***

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Attività e Servizi di Igiene e sanità pubblica	Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Igiene degli alimenti e nutrizione	Unità Operativa Igiene degli Alimenti e Nutrizione	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	Unità Operativa Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Sanità animale	Unità Operativa Sanità Animale	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Unità Operativa Igiene degli alimenti di origine animale	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale	Unità Operativa Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Medicina legale e necroscopica	Unità Operativa Medicina legale	Una a livello aziendale con articolazioni nei distretti
Attività e Servizi di Medicina Scolastica	Unità Operativa Medicina Scolastica	Una a livello aziendale con articolazioni nei distretti
Attività e Servizi di Medicina dello Sport	Unità Operativa Medicina dello Sport	Una a livello aziendale con articolazioni nei distretti
Attività e Servizi di Medicina Preventiva	Unità Operativa Medicina Preventiva	Una a livello aziendale con articolazioni nei distretti
Attività e Servizi di Educazione Sanitaria**	Unità Operativa Educazione Sanitaria	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Medicina Preventiva	Unità Operativa Medicina Preventiva	Una a livello aziendale con articolazioni nei distretti
Attività e Servizi di Epidemiologia e Statistica Sanitaria**	Unità Operativa Epidemiologia e Statistica	Una a livello aziendale
Attività e Servizi di Tutela Ambiente (in via provvisoria e fino al definitivo trasferimento delle specifiche funzioni all'ARPACAL)	Unità Operativa Tutela Ambiente	Una a livello aziendale

\* Le specifiche attività e servizi di ciascuna funzione operativa ricompresa nel LEA prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro sono analiticamente indicate nell'allegato n. 2 del PSR.

\*\* Sulla base di specifiche scelte aziendali la Funzione operativa di Epidemiologia e di Educazione Sanitaria possono essere collocate nell'ambito della direzione strategica Aziendale.

### **Assistenza Distrettuale\***

<b>Funzioni operative</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Medicina di base e pediatria di libera scelta	Distretto: Medici Medicina Generale e Pediatri di base	1 MMG ogni 1000 residenti o frazione di 1000 >500, detratta la popolazione di età 0-14. Per i PLS il rapporto è 1 PLS ogni 600 residenti o frazione >300 di età 0-6
Centrale Operativa 118 Emergenza Sanitaria Territoriale	SUEM 118	Centrale Operativa una a livello aziendale Una postazione di guardia medica ogni 25.000 abitanti
Farmaceutica convenzionata erogata attraverso farmacie territoriali e servizi farmaceutici territoriali direttamente gestiti e assistenza integrativa	Servizio Farmaceutico	Uno a livello aziendale con articolazioni nei distretti. Numero farmacie convenz.: secondo legislazione vigente
Assistenza Specialistica Ambulatoriale, ivi compreso la diagnostica di laboratorio, erogata da soggetti pubblici e privati accreditati.	Unità Operativa Assistenza Specialistica Ambulatoriale	Una di controllo a livello aziendale e articolazioni organizzative in ogni distretti sulla base dei fabbisogni di prestazioni. I fabbisogni di prestazioni di specialistica ambulatoriale per mille abitanti sono indicati nel capitolo degli obiettivi assistenziali del PSR
Assistenza protesica	Distretto	Una a livello di distretto
Assistenza domiciliare	Distretto	Una a livello di distretto articolata in equipe sanitaria, sociosanitaria, programmata, integrata, per malattie terminali e AIDS.
Assistenza per categorie specifiche di utenti :  - Salute donna e infanzia - Tossicodipendenti - Salute Mentale	Distretto  - Consultori famigliari - SERT - DSM	Come indicato nei correlati progetti obiettivo: P.O. Materno Infantile P.O. Tossicodipendenze P.O. Salute Mentale
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Distretto	Come indicato nel capitolo degli obiettivi assistenziali del PSR
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile	Una a livello aziendale con articolazioni nei distretti
Centro direzionale di Distretto e supporto tecnico-amministrativo: Segreteria, gestioni economiche e servizi logistici, manutenzione impianti e tecnologie sanitarie, manutenzione immobili, gestione dei flussi informativi, analisi e gestione del budget di Distretto e dei bisogni sanitari e sociosanitari	Struttura tecnico amministrativa e direzionale di Distretto, sulla base delle esigenze individuate a livello Aziendale.	Una per Distretto

\*Le specifiche attività e servizi di ciascuna funzione operativa ricompresa nel LEA Assistenza Distrettuale sono analiticamente indicate nell'allegato n. 2 del PSR.

### **Assistenza Ospedaliera**

#### **Standard posti letto e personale ospedaliero**

Tenuto conto delle vigenti disposizioni in materia di parametri tendenziali per la utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in ambito regionale e tenuto conto che, ai fini del dimensionamento degli organici di personale debba farsi riferimento, quale parametro di valutazione più adeguato, a moduli organizzativi tipo per gruppi di posti letto e per distinte attività specialistiche, in ragione delle diversificate esigenze assistenziali e tecnologiche proprie delle varie tipologie; valutate altresì le indicazioni emergenti dai flussi informativi delle attività gestionali ed economiche delle aziende del SSR e tenuto conto degli obiettivi assistenziali stabiliti nel presente PSR, si riportano, qui di seguito, gli standard tendenziali da raggiungere nel triennio di validità del PSR in materia di posti letto e personale ospedaliero.

#### **1. Unità operative di degenza.**

Gli standard delle unità operative di degenza sono stabiliti con riferimento a moduli organizzative tipo che, ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 75% - eccezion fatta per le terapie intensive - e

con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportano una conseguente utilizzazione ottimale del personale.

I moduli organizzativi tipo di cui al presente provvedimento costituiscono ad un tempo la soglia minima al di sotto della quale la gestione dell'unità operativa diviene antieconomica ed è, quindi, necessario che sia riveduta e ottimizzata, ed una indicazione parametrica per la determinazione della dotazione organica del personale delle stesse unità operative. Di conseguenza i moduli organizzativi tipo non costituiscono riferimento per la loro strutturazione formale in unità operative potendo queste ultime essere costituite dall'aggregazione di più moduli organizzativi tipo. Di norma tutti i moduli organizzativi tipo di una medesima funzione specialistica debbono costituire una sola unità operativa.

GLI STANDARDS DEL PERSONALE DELLE UNITÀ OPERATIVE DI DEGENZA DEI PRESIDI OSPEDALIERI A GESTIONE DIRETTA SONO STABILITI COME SEGUE:

#### **A. Terapia intensiva e subintensiva.**

Sono comprese nella funzione di terapia intensiva le seguenti attività assistenziali:

- terapia intensiva (rianimazione)
- grandi ustionati
- unità coronarica
- terapia intensiva neonatale

##### **A.1. Terapia intensiva autonomamente strutturata:**

###### **A.1.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto:**

- unità di personale medico: 12;
- unità di personale infermieristico: 24.

###### **A.1.2. Per ogni modulo successivo di 8 posti letto:**

- unità di personale medico: 5;
- unità di personale infermieristico: 12.

##### **A.2. Terapia subintensiva (sia accorpata alla terapia intensiva, sia integrata in altre unità operative):**

###### **A.2.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto, anche se distribuiti su unità operative:**

- unità di personale medico: 3;
- unità di personale infermieristico: 9.

#### **B. Specialità ad elevata assistenza.**

Sono comprese nelle specialità ad elevata assistenza le seguenti attività assistenziali:

- cardiocirurgia;
- ematologia con trapianto;
- nefrologia con trapianto ed emodialisi;
- neurochirurgia;
- neonatologia;
- malattie infettive;
- psichiatria;

Per altre attività di alta specialità, definiti con specifici provvedimenti della Giunta Regionale, valgono gli standards di personale indicati nel provvedimento stesso.

###### **B.1. Per un modulo tipo di 20 posti letto:**

- unità di personale medico: 11, con obbligo di guardia attiva;
- unità di personale infermieristico: 22.

B.2. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto:

- unità di personale medico: 5;
- unità di personale infermieristico: 12.

B.3. Malattie infettive:

per un modulo di 20 posti letto (di cui 8 in attività di ospedale diurno, da considerarsi come letti-equivalenti):

- unità di personale medico: 7;
- unità di personale infermieristico: 15.

Nel predetto organico sono considerate anche le funzioni di consulenza per le degenze extraospedaliere (comunità alloggio, spedalizzazioni a domicilio, ecc.) previste nell'ambito dei programmi di organizzazione dei servizi per la lotta contro l'AIDS.

B.4. Psichiatria, relativamente ai servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, da considerare come componenti dell'unitario dipartimento di salute mentale, comprendente anche le attività territoriali dei servizi di salute mentale, e di quelli residenziali e semiresidenziali di terapia e risocializzazione:

- per un modulo tipo di 16 posti letto:
- unità di personale medico: 8, con obbligo di guardia medica attiva;
- unità di personale infermieristico: 22.

Nel quadro della necessaria integrazione multidisciplinare dell'unitario servizio di psichiatria, negli organici del SPDC sono previsti gli psicologi, in virtù della legge 18 marzo 1968, n. 431 e successive integrazioni.

### **C. Specialità a media assistenza.**

Sono comprese nelle specialità a media assistenza le seguenti attività assistenziali:

- cardiologia;
- chirurgia maxillo facciale;
- chirurgia pediatrica;
- chirurgia plastica;
- chirurgia toracica;
- chirurgia vascolare;
- ematologia;
- nefrologia;
- neurologia;
- neuropsichiatria infantile;
- oncologia;
- pediatria;
- urologia pediatrica.

C.1. Per un modulo tipo di 20 posti letto :

- unità di personale medico: 7;
- unità di personale infermieristico: 14.

C.2. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto:

- unità di personale medico: 3;
- unità di personale infermieristico: 8.

C.3. Attività dialitica ospedaliera (nelle unità operative di nefrologia o in attività di ospedale diurno):

per un modulo tipo di 8 posti letto di dialisi utilizzati in due turni giornalieri:

- unità di personale medico: 3;
- unità di personale infermieristico: 8

#### **D. Specialità di base.**

a) Sono comprese nelle specialità di base a larga diffusione, da organizzare in moduli tipo di 32 posti letto, le seguenti attività assistenziali:

- chirurgia generale;
- medicina generale;
- ortopedia e traumatologia;
- medicina d'urgenza (astanteria);
- ostetricia e ginecologia.

D.1. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

unità di personale medico:

- nelle specialità chirurgiche: 6;
- nelle specialità mediche: 5;
- unità di personale infermieristico: 17.

D.2. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

unità di personale medico:

- nelle specialità chirurgiche: 3;
- nelle specialità mediche: 3;
- unità di personale infermieristico: 17.

D.3. Per l'attività ostetrica:

- unità di personale ostetrico per ogni unità operativa di ostetricia, con uno standard tendenziale di attività di almeno 600 parti l'anno e, comunque, non inferiore a 300: da 3 a 6, in rapporto al carico di lavoro.

b) Sono comprese nelle specialità di base a media diffusione, da organizzare in moduli tipo di 20 posti letto, le seguenti attività assistenziali:

- allergologia;
- angiologia;
- pneumologia (compreso il servizio di fisiopatologia respiratoria);
- dermatologia;
- diabetologia e malattie del ricambio;
- endocrinologia;
- gastroenterologia;
- geriatria;
- oculistica;
- odontostomatologia;
- otorinolaringoiatria;

- reumatologia;
- urologia.

D.4. Per un modulo tipo di 20 posti letto:

unità di personale medico:

- nelle specialità chirurgiche: 5;
- nelle specialità mediche: 4;

unità di personale infermieristico: 12.

D.5. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto:

unità di personale medico:

- nelle specialità chirurgiche: 3;
- nelle specialità mediche: 3;

unità di personale infermieristico: 12.

D.6. Geriatria.

1. Le unità operative di geriatria sono da riferire esclusivamente ai degenti ultrasessantacinquenni ad alto rischio di invalidità o non autosufficienti e limitatamente alla fase acuta dei trattamenti. L'unità operativa geriatria svolge anche il compito di unità valutaria per le strategie assistenziali agli anziani nelle attività extraospedaliere (residenziali, attività a ciclo diurno territoriali, ambulatoriali, domiciliari).

2. Dato il rischio di invalidità o la condizione di non autosufficienza, l'organico delle unità operative geriatriche prevede, altresì, per ogni modulo tipo:

- unità di personale di riabilitazione: 6.

D.7. Odontostomatologia.

1. Per le unità operative con posti letto e relativamente alle attività di degenza, l'organico è determinato sulla base degli standards di cui al punto D.4, proporzionalmente rapportati al numero di posti letto.

2. Per le attività svolte mediante poltrone di odontostomatologia, sono da riferire all'attività propria del presidio ospedaliero quelle relative a prestazioni di secondo livello, cioè non effettuabili nella normale attività poliambulatoriale, o svolte in ospedale diurno per pazienti non collaboranti (disabili, casi da trattare in anestesia generale e simili). Per queste attività il modulo tipo è costituito da 4 poltrone con un organico di 5 medici e 6 infermieri utilizzato a non meno del 60% del tempo teorico di attività.

3. Le attività svolte nelle poltrone odontostomatologiche al di fuori delle ipotesi indicate al precedente punto D.7.2. sono da considerare normali attività poliambulatoriali, non rientranti nel calcolo degli standards del personale ospedaliero.

D.8. Pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazione complessa ad elevato impegno professionale.

Per le unità operative nelle quali sono adottate in via ordinaria pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazioni complesse ad elevato impegno professionale, quali l'endoscopia, le attività di fisiopatologia respiratoria e simili, l'organico deve comprendere altresì, per ogni modulo tipo:

- unità di personale medico: 1 (in aggiunta allo standard di cui al punto D.4), dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione della dotazione organica.

## **E. Riabilitazione.**

Sono comprese nella funzione di riabilitazione sia le attività di riabilitazione intensiva, quali la neuroriabilitazione, il recupero e la stabilizzazione al più elevato livello funzionale possibile dei paraplegici, dei medullosesi, dei motulesi, le attività riabilitative verso i malati di mente suscettibili di recupero e simili, sia le attività di riabilitazione estensiva, quali quelle previste dall'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, la riabilitazione protesica, i trattamenti protratti post-acuzie, i trattamenti di prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati e simili.

La funzione di riabilitazione può essere esercitata sia presso le singole unità operative cui afferisce la patologia principale, nel qual caso configura l'ipotesi di attività dipartimentale interdisciplinare, sia presso apposite unità operative polifunzionali espressamente riservate all'attività di riabilitazione di tutto il presidio. Le aziende ospedaliere definiscono la modalità organizzativa da adottare nei presidi dove è presente la funzione, tenendo presente che ovunque è possibile è da preferire la soluzione dell'attività dipartimentale interdisciplinare decentrata. In questa ipotesi, il modulo tipo di posti letto di riferimento per la determinazione degli standards



del personale di riabilitazione è dato dalla somma dei posti letto di riabilitazione attivati nelle singole unità operative e il personale risultante va proporzionalmente distribuito tra le unità operative in questione in aggiunta al personale assegnato alle stesse per le normali funzioni assistenziali.

E.1. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- unità di personale medico: 4;
- unità di personale infermieristico: 13;
- unità di personale di riabilitazione: 7.

E.2. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- unità di personale medico: 3;
- unità di personale infermieristico: 13;
- unità di personale di riabilitazione: 7.

## **F. Lungodegenza.**

F.1. La destinazione specifica degli ospedali al trattamento dei pazienti in fase acuta, o per trattamenti di riabilitazione come illustrato alla precedente lettera E, giustifica una funzione peculiare di lungodegenza limitatamente alla fase di convalescenza, di primo trattamento di rieducazione funzionale o di fase terminale. Gli standards di personale sotto specificati si riferiscono a questa funzione propria.

F.2. Per contro, esiste un numero considerevole di pazienti con forme croniche stabilizzate, o di anziani ultrasessantacinquenni abbinabili di trattamenti protratti di conservazione, che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della attuale carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell'insufficiente approntamento di forme alternative di spedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata.

F.3. La riorganizzazione degli ospedali deve farsi carico di assegnare alla funzione di lungo degenza i posti letto abitualmente utilizzati per ammalati non acuti, destinandovi i pazienti impropriamente ricoverati nelle strutture per acuti.

Gli spazi destinati alla funzione di lungodegenza possono essere localizzati attigualmente agli spazi destinati alla funzione assistenziale per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata oppure essere concentrati in una apposita unità operativa polifunzionale. Nel primo caso i posti letto della funzione di lungodegenza fanno capo alla unità operativa per acuti, dispongono di un organico distinto secondo gli standards sottospecificati e danno luogo a flussi informativi differenziati da quelli dell'unità operativa assistenziale per acuti; nel secondo caso, fanno capo ad un responsabile espressamente destinato.

F.4. Nel caso di unità operative specificatamente dedicate alla lungodegenza va posta particolare attenzione alla qualità della vita dei degenti. A questo fine va potenziato il lavoro di gruppo, coinvolgendo nell'attività assistenziale e di socializzazione figure professionali quali lo psicologo, l'assistente sociale, l'assistente religioso; va favorito l'apporto del volontariato e vanno promosse iniziative per accrescere l'area di interscambio personale tra i degenti e tra questi e le famiglie.

F.5. L'assegnazione dei degenti di cui al precedente punto F.2 alla funzione di lungodegenza riveste carattere di transitorietà in attesa che siano realizzate le residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o vengano attivate forme adeguate di spedalizzazione domiciliare integrata o di assistenza domiciliare integrata - nell'ambito degli obiettivi specifici di cui al presente PSR - che costituiscono la destinazione specifica e più appropriata per tali pazienti.

F.6. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- unità di personale medico: 3;
- unità di personale infermieristico: 13;
- unità di personale di riabilitazione: 4;
- unità di personale per le attività di socializzazione in relazione agli effettivi carichi assistenziali.

F.7. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- unità di personale medico: 2;
- unità di personale infermieristico: 13;
- unità di personale di riabilitazione: 4.

## **G. Coordinamento attività personale infermieristico e ausiliario.**

Per il coordinamento dell'attività del personale infermieristico, tecnico e ausiliario operante entro le unità operative e per la supervisione sull'attività di tirocinio e formativa effettuata nello stesso ambito, gli organici del personale indicati ai punti precedenti sono così integrati:

- per ogni unità operativa formalmente strutturata: 1 operatore professionale coordinatore (ex caposala).

## **H. Sottomultiplo di modulo.**

Si definisce sottomultiplo di modulo la parte di unità operativa superiore al modulo tipo base, o a suoi multipli interi, che, per esigenze di funzionalità legate a condizioni organizzative o strutturali o in rapporto al tasso di utilizzazione prescritto, non raggiunge la dimensione di un modulo tipo intero.

Lo standard di personale da assegnare agli eventuali sottomultipli di modulo viene stabilito applicando ai posti letto del sottomultiplo di modulo lo standard relativo ai «moduli successivi» dell'unità operativa interessata, proporzionalmente ridotto con arrotondamento in difetto data la minore economicità del sottomultiplo stesso.

## **2. Unità Operative senza degenza.**

1. Per i servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standards di cui al precedente punto 1. sono maggiorate come segue:

### **A. Personale laureato (medici, biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, informatici).**

Maggiorazione media regionale del 35% della dotazione organica complessiva di personale medico risultante dall'applicazione degli standards di cui al precedente punto 1., con oscillazione dal 25% al 45% in sede di determinazione delle dotazioni organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi riferita anche all'intensità tecnologica, con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della proposta di dotazione organica.

Nell'ambito della maggiorazione media del 35%, fatta uguale a 100, sono indicate le seguenti quote tendenziali di riferimento:

- a.1) servizio di anestesia, comprensivo della terapia antalgica: 10%;
- a.2) servizi di laboratorio per analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di virologia, di immunoematologia e trasfusionale, di anatomia e istologia patologica: 30%;
- a.3) servizi di radiologia diagnostica, radioterapia, neuroradiologia, medicina nucleare: 20%;
- a.4) la restante parte va utilizzata per gli altri servizi ospedalieri e per le maggiorazioni indicate negli standards di cui al precedente punto 1.

### **B. Farmacisti.**

Per le funzioni di organizzazione e gestione della farmacia ospedaliera, compresi gli approvvigionamenti e il controllo dei consumi, per il supporto alle unità operative in termini di predisposizione di terapie personalizzate e per le attività di verifica e revisione della qualità della prestazione farmaceutica in ospedale:

- unità di personale farmacista: 3 per presidio come dotazione complessiva standard, con oscillazione da 2 a 5 in sede di determinazione delle dotazioni organiche dei singoli presidi, secondo l'ampiezza e la complessità dei presidi, con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.

### **C. Personale infermieristico.**

Maggiorazione media regionale del 25% della dotazione organica complessiva di personale infermieristico risultante dall'applicazione degli standards di cui al punto 1., con oscillazioni in più o in meno in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi.

Nella maggiorazione sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente, nel numero di 1 per ogni presidio ospedaliero, con maggiorazione di 1 ogni 500 posti letto. Gli operatori professionali dirigenti sono da inserire presso il Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale con la responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici, della promozione delle tecniche dell'assistenza infermieristica, del controllo della qualità dei servizi infermieristici e della promozione e coordinamento della formazione permanente del personale infermieristico.

Nella maggiorazione sono comprese, altresì, le unità di personale infermieristico necessarie per le sostituzioni straordinarie, da mettere a disposizione del SITA per un impiego flessibile legato alle esigenze contingenti dei presidi.

Il personale infermieristico e tecnico nonché quello medico del SUEM 118 è da considerare appartenente, come funzione, ai servizi territoriali e, in quanto tale, non viene considerato negli standards del personale ospedaliero.

### **D. Personale tecnico-sanitario, di riabilitazione, assistenti sociali e altre figure infermieristiche.**

Per le esigenze generali del presidio, da utilizzare nelle unità operative e nei servizi generali secondo le necessità assistenziali e la particolare configurazione e complessità del presidio stesso:

- 1 unità ogni 5 unità di personale infermieristico.

Nel parametro sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente tecnico e di riabilitazione.

## **E. Personale ausiliario.**

Gli standard di personale ausiliario socio-sanitario sono così stabiliti:

E.1. Nelle unità operative di degenza e di ospedale diurno annesso:

- per le funzioni di terapia intensiva e subintensiva: 1 ogni posto letto;
- per le funzioni di riabilitazione, di lungodegenza e di geriatria: 0,25 per posto letto;
- per le funzioni di elevata assistenza: 0,20 per posto letto;
- per le altre funzioni: 0,15 per posto letto.

E.2. Nelle unità operative non di degenza e nei servizi generali ospedalieri: in complesso, come dotazione organica generale dell'azienda ospedaliera, da distribuire nei diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica del presidio: maggiorazione della dotazione organica risultante dagli standards di cui al precedente punto E.1., fino ad un massimo del 15%.

F. Personale tecnico (ex assistenti, ex operatori, ex agenti).

Per i servizi generali e tecnici dei presidi ospedalieri, in complesso, come dotazione organica dell'azienda ospedaliera da distribuire nei diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica e al livello di automazione dei servizi del presidio: fino ad un massimo del 15% della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standards di cui ai precedenti punti 1 e 2.

## **G. Personale amministrativo.**

La funzione amministrativa dei presidi ospedalieri è parte integrante della funzione amministrativa generale dell'azienda ospedaliera, il personale incaricato dello svolgimento di tale funzione dentro i presidi ospedalieri è assegnato dalla direzione strategica aziendale.

Per tale funzione è reso disponibile in complesso, come dotazione organica aziendale da distribuire nei diversi presidi in rapporto alla complessità organizzativa e gestionale degli stessi: fino ad un massimo del 5% della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standards di cui ai precedenti punti 1 e 2.

## **H. Assistenza religiosa.**

Per il servizio di assistenza religiosa: 1 unità di assistenti religiosi per presidio ospedaliero, con la maggiorazione di 1 unità ogni 300 posti letto oltre i primi 300.

2. Gli standards di cui alle precedenti lettere E, F e G del presente articolo si riferiscono a servizi direttamente gestiti.

In caso di attività regolarmente affidate in appalto o espletate all'esterno mediante contratti di servizio, gli standards di personale debbono essere proporzionalmente ridotti dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di formazione della nuova dotazione organica.

3. Nella assegnazione di servizi in appalto sono da tenere presenti i seguenti principi di indirizzo:

- a) non possono essere appaltati servizi che ineriscono direttamente all'assistenza personale ai degenti;
- b) sono riservati all'istituzione pubblica la programmazione delle attività, la definizione dei requisiti di qualità e di quantità che il servizio appaltato deve assicurare, il controllo sull'espletamento del servizio, sul rispetto delle condizioni contrattuali e sui risultati;
- c) il provvedimento di assegnazione del servizio in appalto o in servizio esterno deve dare documentata dimostrazione dei vantaggi in termini di rapporto costi-benefici che la soluzione presenta rispetto alla gestione diretta, anche con riferimento all'impiego di tecnologie avanzate e deve contestualmente indicare i riflessi sugli organici del personale ai sensi del precedente punto 2.

## **Attuazione del provvedimento.**

1. Gli standard di cui ai precedenti punti sono stabiliti ai fini del dimensionamento massimo della dotazione complessiva del personale ospedaliero. Spetta alle aziende ospedaliere proporre, e alla regione stabilire, come la dotazione complessiva viene ripartita tra i singoli presidi, nel rispetto delle indicazioni contenute nel presente provvedimento.

2. La riorganizzazione dei presidi ospedalieri e l'adeguamento degli standards di cui al presente provvedimento, ancorché da esplicitare compiutamente nei piani attuativi delle aziende ospedaliere, rappresentano obiettivi da conseguire in un periodo di tempo che deve essere contenuto entro margini ristretti e definiti e comunque entro il primo biennio di vigenza del presente PSR.

3. Per le situazioni che comportano aumenti di strutture e di personale, l'obiettivo va realizzato con gradualità avendo riguardo alle compatibilità economiche, alle ristrutturazioni o edificazioni edilizie da compiere preliminarmente, ai processi di formazione e di reclutamento del personale da attivare per soddisfare le esigenze assistenziali e al previo recupero di personale in servizio utilizzato in funzioni non più rispondenti alla nuova strutturazione organizzativa dei presidi ospedalieri, alla qualifica posseduta o meglio utilizzabile in altre attività per trasferimento volontario.

4. Per le situazioni che comportano disattivazioni parziali di strutture e ridimensionamenti di organico; l'obiettivo va realizzato entro il termine massimo di 1 anno dall'approvazione del piano attuativo delle aziende

ospedaliera da parte della Giunta Regionale, rendendo indisponibili i posti letto eccedenti e ponendo in soprannumero il personale esuberante.

5. Al personale esuberante, posto in soprannumero e non riutilizzabile in altre attività, si applicano gli istituti normativi di mobilità e di messa in disponibilità previsti dalle disposizioni vigenti.

### **Direzione Aziendale\***

#### **Funzioni Amministrative**

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Gestione acquisti di beni e servizi, magazzini, attività economiche e servizi logistici	U.O. Acquisizione beni e servizi	Una a livello aziendale
Affari legali e contratti	U.O. Affari legali e contratti	Una a livello aziendale
Gestione giuridica ed economica del personale e concorsi	U.O. Gestione risorse umane	Una a livello aziendale
Gestione attività tecniche e patrimonio	U.O. Attività tecniche e patrimonio	Una a livello aziendale
Gestioni economiche-finanziarie e politiche di bilancio	U.O. Gestioni economiche e finanziarie	Una a livello aziendale
Affari generali, atti e segreteria	U.O. Affari generali	Una a livello aziendale

#### **Funzioni a livello tecnico**

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Manutenzione patrimonio immobiliare	U.O. Manutenzione immobili	Una a livello aziendale
Sviluppo edilizio, progettazione nuove opere	U.O. Sviluppo edilizio e Nuove opere	Una a livello aziendale
Programmi acquisto e rinnovo tecnologie sanitarie, manutenzione controllo e sicurezza attrezzature ed impianti	U.O. Tecnologie sanitarie	Una a livello aziendale

#### **Funzioni di staff della direzione strategica**

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Soglia</b>
Formazione e aggiornamento professionale	U.O. Formazione e aggiornamento del personale	Una a livello aziendale
Prevenzione e protezione dai fattori di rischio per la sicurezza dei dipendenti delle aziende sanitarie	Servizio prevenzione, sicurezza e protezione	Una a livello aziendale
Gestione sistema informativo	U.O. Sistema informativo	Una a livello aziendale
Programmazione sanitaria, piani annuali preventivi delle attività e controllo appropriatezza delle prestazioni sanitarie	U.O. Programmazione sanitaria e piani aziendali	Una a livello aziendale
Comunicazione, relazioni esterne, relazioni con l'utenza e tutela, ufficio stampa	U.O. Relazioni con il pubblico (URP)	Una a livello aziendale
Sviluppo di un sistema di valutazione e miglioramento della qualità di tutte le attività aziendali	U.O. Verifica e revisione della qualità (VRQ)	Una a livello aziendale
Educazione alla salute ed educazione sanitaria**	U. O. Educazione alla salute	Una a livello aziendale
Epidemiologia**	U.O. Epidemiologia	Una a livello aziendale
Organizzazione dei servizi infermieristici e tecnico sanitari: coordinamento infermieristico e tecnico sanitario	Servizio Infermieristico e tecnico (SITA)	Una a livello aziendale
Coordinamento delle politiche per l'integrazione sociosanitaria	Servizio sviluppo Integrazione Sociosanitaria	Una a livello aziendale
Controllo di gestione e budget	U.O. Controllo di gestione	Una a livello aziendale
Valutazione aziendale	Nucleo di Valutazione Strategica (NAVS)	Una a livello aziendale

\* Valevole sia per le aziende sanitarie che ospedaliere

\*\* Sulla base di specifiche scelte aziendali la Funzione operativa di Epidemiologia e di Educazione Sanitaria possono essere collocate nell'ambito della direzione strategica Aziendale.

## **Sistema informativo sanitario regionale**

### **SITUAZIONE**

L'esigenza di conciliare la crescente domanda di qualità del Servizio Sanitario con il contenimento della spesa e il controllo dei costi determina la necessità dell'utilizzo integrato dell'ICT (Information and Communication Technology) in ambito amministrativo e sanitario.

La Regione intende favorire lo sviluppo di un Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) articolato in due livelli:

1. il livello Regionale, finalizzato al controllo ed alla programmazione, nell'ambito del quale vengono sviluppati i necessari sistemi di supporto decisionale;
2. il livello Aziendale, finalizzato alla gestione amministrativa ed al miglioramento dei servizi sanitari offerti dalle Aziende stesse.

### **OBIETTIVI**

Gli obiettivi da raggiungere nell'ambito del triennio sono:

1. costituire una base informativa unica per la gestione delle attività di servizio al cittadino;
2. migliorare il sistema di accesso aumentando la trasparenza dell'offerta;
3. migliorare la capacità di controllo sulle prestazioni erogate;
4. migliorare la capacità di trasmissione delle informazioni di rilevanza sanitaria al cittadino e dal cittadino ai servizi;
5. facilitare la continuità assistenziale;
6. decentrare i servizi;
7. rendere più efficiente la gestione dei servizi;
8. effettuare investimenti per trasmissione immagini e tracciati in rete (fibre ottiche).

### **INIZIATIVE ED AZIONI DA PERSEGUIRE**

Le iniziative e le azioni da perseguire nel triennio sono:

1. miglioramento dei processi gestionali dell'Azienda Sanitaria e delle Aziende Ospedaliere prevedendo, in tale ambito l'adozione ed attuazione di provvedimenti della Giunta Regionale per la progressiva omogeneizzazione, da parte delle diverse Aziende, dei principali sistemi di gestione e controllo, in particolare:
  - sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica;
  - sistemi di gestione del personale;
  - sistemi di gestione dell'Anagrafe Sanitaria;
  - sistemi di controllo della spesa farmaceutica.

### **AZIONI**

1. Supporto per l'introduzione di tecniche più avanzate per il controllo di gestione basate sul pieno utilizzo dei sistemi di contabilità analitica e l'introduzione di sistemi di budgeting;
2. attivazione di nuove modalità di gestione dell'Anagrafe Sanitaria, con funzioni di parifica con i sistemi anagrafici comunali, con l'Anagrafe Tributaria e con il Sistema Informativo del Lavoro; in tal modo sarà garantito un più rigoroso controllo sulle gestioni collegate al processo di scelta-revoca del medico e sul diritto all'esenzione dai ticket sanitari per reddito e per condizione sociale;
3. adozione di nuove metodologie di controllo della spesa farmaceutica, articolate nelle seguenti fasi:
  - controllo di qualità sul processo di acquisizione dei dati di prescrizione e di archiviazione fisica delle ricette cartacee;
  - controllo sistematico di congruenza rispetto ai dati di esenzione per patologia riportati sull'Anagrafe Sanitaria;
  - adozione di nuove metodologie di analisi del consumo di farmaci;
  - archiviazione ottica delle ricette;
4. affinamento del sistema di controllo della compensazione extra-regionale;
5. realizzazione di un Centro Servizi per attività di supporto tecnico-informatico a favore delle Aziende del SSR;
6. sperimentazione dell'uso dell'E-Commerce per lo snellimento delle pratiche burocratiche per l'acquisto di beni di consumo o servizi standard.

### **FACILITAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

In tale ambito è prevista la costituzione di un sistema di servizi ad alto livello di informatizzazione in grado di operare sull'intera offerta disponibile in ambito regionale e garantire:

1. informazione aggiornata e facilmente fruibile sull'offerta di prestazioni sanitarie da parte del SSN attraverso strutture proprie o accreditate;
2. semplificazione dell'accesso alle prestazioni di tipo ambulatoriale;
3. trasparenza ed ottimizzazione dell'accesso alle prestazioni ospedaliere;

4. disponibilità di informazioni sull'andamento del rapporto domanda/offerta, con particolare riferimento alle prestazioni di maggiore criticità.

#### Azioni

1. Realizzazione del Centro Unificato di Prenotazioni CUP Calabria attraverso un piano di attività che preveda:
  - l'interconnessione di tutti i sottosistemi con realizzazione in un unico sistema di prenotazione in grado di gestire l'intera offerta sanitaria della Regione;
  - l'estensione della rete di accesso (ad esempio attraverso il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta);
  - l'adozione di nuovi sistemi di pagamento;
  - realizzazione di un sistema integrato di ADT e di gestione delle liste d'attesa, in grado di fornire garanzie di trasparenza ed equità nell'accesso alle prestazioni e supportare, con informazioni attendibili sul rapporto domanda/offerta, le scelte di politica sanitaria in ambito ospedaliero;

#### INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Un'organizzazione sanitaria integrata deve poter spostare la propria ottica dall'intervento sulla malattia o sull'evento scatenante, ad una gestione attiva e preventiva della salute.

Per poter gestire la salute del cittadino/paziente, fulcro di questo processo, occorre instaurare e gestire un rapporto duraturo, creando una relazione ed una partecipazione diretta dei cittadini e delle famiglie al processo di gestione della salute.

Infatti, è importante utilizzare l'informazione per creare e diffondere conoscenza, introducendo una modalità più matura di autogestione della salute.

#### Azioni

1. Creazione di archivi di servizi ed informazioni accessibili "on line" dai cittadini, attraverso punti di contatto multimediali (telefono, computer, televisione, ecc.);
2. realizzazione di un sistema integrato di informazione sull'offerta di prestazioni sanitarie dell'Azienda Sanitaria e delle Aziende Ospedaliere (carta dei servizi su Internet).

#### RIPROGETTAZIONE DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLA SALUTE

Obiettivo fondamentale di tale processo è l'aumento della qualità percepita del Servizio Sanitario, sempre più correlata non solo alla positiva conclusione del processo di cura ma anche alla riduzione del livello di disagio personale e sociale che tale processo procura al cittadino/paziente.

Ciò comporta un impegno prioritario a limitare il più possibile lo spostamento fisico dei cittadini/pazienti, cercando di far muovere i loro dati clinici e sfruttando le tecnologie informatiche e telematiche per concentrare presso la medicina di base ed i servizi territoriali gli atti e la diagnostica al di fuori delle fasi acute.

Occorre quindi predisporre un impianto complessivo del Sistema Informativo Sanitario Regionale che consenta di arricchire progressivamente con dati clinici una anagrafe univoca degli assistiti e risulti in grado di informare, in qualunque momento, le strutture sanitarie abilitate sulla storia sanitaria del cittadino/paziente onde pianificare gli atti diagnostici e terapeutici più opportuni ed evitare duplicazioni inutili e socialmente inaccettabili.

#### Azioni

1. Costituzione di un comitato scientifico regionale di indirizzo per la definizione delle linee guida in materia di integrazione delle tecnologie e dei servizi di telematica sanitaria;
2. coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel processo di informatizzazione, attraverso la diffusione di strumenti omogenei di automazione delle attività ambulatoriali e la possibilità di accesso diretto a funzioni sanitarie (collegamento con Cup, ricezione referti via rete...);
3. promozione di progetti per la realizzazione di archivi digitalizzati nelle diverse aree della diagnostica per immagini;
4. promozione di progetti sperimentali di teleconsulto con il coinvolgimento di centri di eccellenza in grado di fornire supporto ai medici di base ed alle strutture territoriali sulla base di dati diagnostici ed anamnesici trasmessi via rete fissa e/o mobile (es. diagnostica elettrocardiografica e/o ecocardiografica eseguita in sede di medicina di base, ma supportata dalle capacità disponibili in rete presso le Unità Coronariche e delle strutture cardiologiche degli ospedali);
5. promozione di progetti sperimentali per l'ottimizzazione del processo di gestione dell'emergenza, attraverso la costruzione di una rete telematica, fissa o mobile, in grado di

- indirizzare il paziente presso il punto d'accesso più opportuno e di consentire attività di diagnosi a distanza da parte di centri di eccellenza;
6. promozione di progetti sperimentali per la gestione del processo di deospedalizzazione volto a consentire, anche attraverso progetti di Telemedicina, l'utilizzo integrato di:
    - modalità alternative di accesso alle prestazioni ospedaliere (day-hospital ecc);
    - potenzialità offerte dalle strutture sanitarie territoriali;
    - attività di assistenza e riabilitazione in strutture appositamente dedicate;
    - forme sempre più avanzate di assistenza domiciliare, anche attraverso progetti di Telemedicina;
  7. supporto informatico per la gestione dei processi di assistenza socio-sanitaria e di prevenzione collettiva nell'ambito degli ambienti di vita e di lavoro;
  8. supporto ai progetti sperimentali di introduzione della Sanity-card;
  9. iniziative di formazione e sensibilizzazione degli operatori coinvolti nel processo di salute per garantire la qualità dei servizi offerti e diffondere la cultura del "dato" come valore di crescita professionale ed organizzativa.

#### MIGLIORAMENTO DELLA CAPACITÀ DI GOVERNO DEL SISTEMA SANITARIO

Nel corso del triennio la Regione intende proseguire nel potenziamento del Sistema di Governo della Sanità, estendendo l'utilizzo del "benchmarking" quale strumento di valutazione delle politiche gestionali delle diverse Aziende.

#### Azioni

1. Affinamento del processo di acquisizione dei dati di governo, attraverso:
  - realizzazione di strumenti che consentano l'estrazione automatizzata delle informazioni di sintesi relative al ciclo passivo a partire dai sistemi amministrativi attivati in base alle disposizioni normative della L.R. n. 43/96;
  - ulteriore standardizzazione del processo di rilevazione dei dati relativi al ciclo attivo o, più in generale, non ricavabili in maniera automatizzata dai sistemi gestionali delle Aziende;
2. definizione del set di indicatori regionali per l'analisi nei seguenti ambiti:
  - area del bisogno;
  - area della domanda (evasa ed inevasa);
  - area dell'offerta;
  - area del risultato;
3. diffusione presso le Aziende di sistemi omogenei di Supporto alle Decisioni, strettamente integrati con il Sistema di Governo della Sanità;
4. affinamento degli strumenti di analisi sulle politiche gestionali delle Aziende basati su indagini comparative delle diverse strutture sanitarie (valutazione "cross-section") o nel tempo per una stessa struttura (valutazione "over-time");
5. definizione del sistema informatico distrettuale (indicatori, report, benchmarking).

#### **MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI PIANO**

Presso il Dipartimento Sanità della Regione è attivata la funzione di controllo di gestione delle Aziende del SSR che provvede al monitoraggio degli obiettivi stabiliti dal presente PSR. Il monitoraggio degli obiettivi di piano è garantito dalle periodiche rilevazioni, sotto forma di report, prodotte nell'ambito di tale attività.

Gli indicatori a tal fine utilizzati sono quelli specificatamente previsti dalla normativa vigente ed inoltre quelli di cui all'allegato n. 3 del presente PSR di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.





## SOMMARIO

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
LO SCENARIO ISTITUZIONALE ATTUALE .....	3
IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO .....	4
LO STATO ATTUALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....	4
PRINCIPI E VALORI DEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....	5
LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE .....	6
FINALITÀ E OBIETTIVI GENERALI DEL NUOVO PIANO SANITARIO REGIONALE .....	7
LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE .....	7
L'USO APPROPRIATO DEI LEA .....	9
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....	9
PARTECIPAZIONE E RESPONSABILIZZAZIONE NEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....	10
IL RUOLO DEI CITTADINI E DELLE FORMAZIONI SOCIALI .....	11
<b>RIASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....</b>	<b>12</b>
LE SCELTE ORGANIZZATIVE DEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE .....	12
STRUTTURA ISTITUZIONALE DEL SSR .....	15
<i>Servizio sanitario regionale</i> .....	15
Aziende del servizio sanitario regionale .....	15
Indirizzi, verifica e controllo della Regione .....	16
<i>Organizzazione generale</i> .....	16
Organi delle Aziende .....	16
Atto aziendale .....	16
Dipartimenti .....	16
Servizio infermieristico e tecnico aziendale .....	17
<i>Organizzazione del Distretto</i> .....	17
Distretti .....	17
Programma delle attività territoriali .....	17
<i>Partecipazione degli Enti Locali</i> .....	17
Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale .....	17
Conferenza dei Sindaci .....	18
Comitato dei Sindaci di Distretto .....	18
<b>OBIETTIVI DI SALUTE .....</b>	<b>18</b>
<b>OBIETTIVI ASSISTENZIALI E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA .....</b>	<b>19</b>
INTRODUZIONE .....	19
<i>Le garanzie assistenziali del Servizio Sanitario Regionale</i> .....	19
<i>I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)</i> .....	19
<i>L'educazione dei cittadini per un migliore uso dei livelli di assistenza</i> .....	20
<i>Obiettivo 1 - Prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro</i> .....	20
Prestazioni .....	20
Obiettivi e azioni generali .....	20
Appropriatezza nelle attività di prevenzione .....	21
Obiettivi specifici .....	21
Obiettivo 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffusive .....	21
<i>Prestazioni</i> .....	21
<i>Azioni prioritarie</i> .....	21
Obiettivo 1.2. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali .....	21
<i>Prestazioni</i> .....	21
<i>Situazione</i> .....	21
<i>Azioni prioritarie</i> .....	22
Obiettivo 1.3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro .....	23
<i>Prestazioni</i> .....	23
<i>Situazione</i> .....	23
<i>Azioni prioritarie</i> .....	23
Obiettivo 1.4. Tutela igienico sanitaria degli alimenti .....	23
<i>Prestazioni</i> .....	23
<i>Situazione</i> .....	23
<i>Azioni prioritarie</i> .....	24
Obiettivo 1.5. Sanità Pubblica Veterinaria .....	24
<i>Prestazioni</i> .....	24
<i>Situazione</i> .....	24
<i>Azioni prioritarie</i> .....	25
- Per l'area della sanità animale intensificare l'attività: .....	25
- Per l'area dell'igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche intensificare l'attività: .....	25
- Per l'area della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale intensificare l'attività: .....	25
Obiettivo 1.6. Attività di prevenzione rivolte alla persona .....	25
<i>Prestazioni</i> .....	25
<i>Azioni prioritarie</i> .....	26
Obiettivo 1.7. Educazione alla salute: .....	26
<i>Linee di indirizzo</i> .....	26
<i>Azioni prioritarie</i> .....	27

Struttura organizzativa.....	27
Obiettivo 1.8. Medicina dello sport.....	27
Azioni prioritarie.....	28
Obiettivo 1.9. Medicina Legale.....	28
Obiettivi.....	28
Azioni prioritarie.....	29
Riassetto organizzativo delle strutture di offerta - Il Dipartimento di prevenzione - Linee di indirizzo per la riorganizzazione.....	29
Organizzazione del dipartimento.....	29
Direzione del dipartimento.....	29
<b>Obiettivo 2 - Assistenza distrettuale.....</b>	<b>30</b>
Il Distretto.....	30
Le priorità.....	30
Condizioni necessarie.....	31
Le attività del distretto.....	31
Gli obiettivi strategici per l'assistenza distrettuale.....	32
A. Dai bisogni alle strategie di salute.....	32
A.1 - Il Programma delle Attività Territoriali.....	32
A.2 - Il Comitato dei Sindaci di Distretto.....	32
B. L'integrazione sociosanitaria.....	33
C. Ridefinire l'organizzazione del Distretto.....	33
C.1 - Distretto e territorio.....	33
C.1.1 Dimensionamento del Distretto.....	33
Distretto urbano.....	34
Distretto extraurbano.....	34
Distretto e servizi sanitari nelle aree di montagna.....	34
C.1.2 Organizzazione integrata delle risposte.....	35
C.1.3 Il Direttore di Distretto.....	35
C.1.4 Livelli di integrazione.....	35
Strategie e strumenti.....	36
Continuità assistenziale.....	36
Indirizzi regionali.....	36
Apporti all'integrazione della legge quadro sui servizi sociali.....	36
Una strategia programmatoria unitaria.....	37
Per la promozione della salute della comunità locale.....	37
Linee guida per l'integrazione sociosanitaria.....	37
C.1.5 La gestione qualitativa dell'offerta distrettuale.....	38
C.1.5.1 - Allargare i tempi di accesso ai servizi distrettuali e garantire la continuità.....	38
C.1.5.2 - Punto unico di accesso.....	38
C.1.5.2 - Semplificazione delle procedure di prenotazione.....	38
Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.....	39
Associazionismo medico.....	39
Reti telematiche.....	39
Personalizzazione dei processi assistenziali.....	39
Accoglienza della domanda, orientamento e accompagnamento.....	39
- Le criticità.....	39
- Dalla domanda al problema.....	40
- Valutazione qualitativa del bisogno.....	40
Dall'analisi della domanda ai progetti personalizzati.....	40
- Progetti personalizzati.....	40
- Valutazioni multidimensionali.....	40
- Unità multiprofessionali.....	40
Continuità assistenziale.....	41
- Le criticità.....	41
- Dimensioni della continuità assistenziale.....	41
Alternative positive ai ricoveri e qualificazione delle cure domiciliari.....	41
- Curare a casa.....	41
- Una nuova visione dell'assistenza nelle residenze per anziani.....	41
- Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).....	41
Ospedale di comunità o Ospedale di distretto.....	42
Educazione terapeutica.....	43
- Convivere attivamente con la malattia.....	43
- Per informare e formare.....	43
Le prestazioni dell'assistenza distrettuale.....	44
Le sedi di erogazione delle prestazioni.....	44
L'organizzazione operativa e gestionale del Distretto.....	44
Azioni di supporto allo sviluppo e organizzazione dei nuovi distretti.....	44
Obiettivi specifici per i sottolivelli dell'assistenza distrettuale.....	44
1. Assistenza sanitaria di base.....	45
Prestazioni.....	45
Obiettivi.....	45
Azioni.....	45
2. Assistenza farmaceutica.....	45
Situazione.....	45
Obiettivi.....	46
Azioni.....	46
Appropriatezza dell'assistenza farmaceutica.....	46
Contenimento della spesa farmaceutica.....	47
Riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica.....	47
3. Assistenza domiciliare.....	47
La situazione.....	47
Obiettivi.....	48
Azioni.....	49
4. Assistenza specialistica ambulatoriale.....	49
Prestazioni.....	49

Obiettivi.....	49
Azioni.....	50
L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale.....	50
Ambiti di intervento in favore dell'appropriatezza.....	50
Modalità operative.....	50
Le liste di attesa.....	51
5. Assistenza per categorie specifiche di utenti.....	52
Prestazioni.....	52
Obiettivi.....	52
Azioni.....	52
6. Assistenza residenziale e semiresidenziale.....	52
Il sistema dell'assistenza residenziale.....	52
Prestazioni.....	55
Obiettivi.....	55
Azioni.....	55
7. Assistenza termale.....	55
Altri settori di attività.....	55
<b>Obiettivo 3 - Assistenza ospedaliera .....</b>	<b>56</b>
Premessa.....	56
L'assistenza ospedaliera.....	56
La "caratterizzazione" delle strutture ospedaliere.....	57
La reingegnerizzazione degli "spazi" ospedalieri.....	58
La valutazione delle tecnologie ospedaliere.....	58
La riorganizzazione delle rete ospedaliera.....	59
L'articolazione funzionale della rete ospedaliera.....	59
L'offerta attuale.....	59
Valutazione della domanda e migrazione sanitaria.....	61
Ipotesi di rete.....	62
I livelli organizzativi ospedalieri.....	62
La rete dell'eccellenza, i centri di alta specializzazione e di ricerca.....	66
La Lungodegenza e la Riabilitazione.....	67
La lungodegenza post-acuzie.....	68
La riabilitazione.....	69
La rete per l'emergenza-urgenza.....	69
Premessa.....	69
Il Sistema Emergenza Sanitaria.....	70
Situazione ambientale.....	70
Il Sistema di emergenza-urgenza.....	71
Fase di allarme sanitario.....	71
Fase di risposta territoriale.....	71
Fase di risposta ospedaliera - Ospedali in rete.....	72
Mezzi di soccorso.....	72
L'intervento di soccorso.....	73
Utilizzazione dei mezzi.....	73
Uso dell'elicottero sanitario: indicazioni e criteri.....	73
L'emergenza pediatrica.....	74
CRI e Volontariato.....	74
Servizi informatici a supporto del sistema d'emergenza.....	74
Criteri e modelli organizzativi.....	75
Appropriata gestione del paziente critico.....	75
Controllo in linea della disponibilità di posti-letto e sale operatorie.....	75
Appropriatezza ed efficacia; classificazione delle attività di soccorso.....	75
Risorse umane: formazione ed aggiornamento.....	76
Maxiemergenze.....	76
Obiettivi e Azioni.....	77
I rapporti tra Regione, Università, Irccs ed altri Enti.....	77
Università.....	77
IRCSS ed altri Enti di Ricerca.....	78
I.N.A.I.L.....	78

## **FINANZIAMENTO DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E GOVERNO DELLA SPESA SANITARIA ..... 80**

<b>FINANZIAMENTO DEL PIANO SANITARIO REGIONALE .....</b>	<b>80</b>
Aspetti generali e prospettive.....	80
Le risorse finanziarie disponibili per il triennio 2003 – 2005.....	80
La revisione del sistema di finanziamento.....	81
Gli obiettivi di riequilibrio.....	81
Il riequilibrio delle risorse pro capite.....	81
Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza.....	82
Funzione.....	82
Funzione territoriale (distrettuale e prevenzione).....	82
Funzione ospedaliera.....	82
Fattori economico-finanziari e loro incidenza sulla programmazione del riequilibrio.....	83
Relazione tra la programmazione del riequilibrio e il riparto annuale del FSR.....	83
Gli investimenti e le correlate risorse per la realizzazione degli obiettivi di piano.....	83
<b>GOVERNO DELLA SPESA SANITARIA .....</b>	<b>85</b>
Aspetti generali e linee di indirizzo.....	85
Linee di indirizzo, azioni e strumenti per il governo della spesa sanitaria.....	85
Linee di indirizzo per l'azione dei direttori generali: riqualificazione della produzione ospedaliera e riconversione dei posti letto a bassa complessità.....	85
Accordi e contratti.....	87
Autorizzazione e accreditamento.....	88
Logiche e strategie di rete assistenziale.....	88

Revisione, completamento e adeguamento dei sistemi tariffari regionali .....	89
<i>Controllo di gestione e sistema budgetario</i> .....	89
Controllo della regolarità amministrativa e contabile .....	89
Controllo di gestione .....	89
Valutazione del personale con qualifica dirigenziale .....	90
Controllo strategico e budgeting .....	90
<i>Gestione e sviluppo delle risorse umane</i> .....	91
Il ruolo del personale nell'assistenza sanitaria .....	91
Le esigenze in materia di personale .....	92
Il ruolo dei dirigenti e delle altre professioni sanitarie .....	92
La determinazione del fabbisogno .....	93
La formazione continua .....	94
<i>Standard di strutture e di personale delle aziende del servizio sanitario regionale</i> .....	95
<i>Sistema informativo sanitario regionale</i> .....	106
Situazione .....	106
Obiettivi .....	106
Iniziative ed azioni da perseguire .....	106
Azioni .....	106
Facilitazione dell'accesso alle prestazioni sanitarie .....	106
Azioni .....	107
Informazione e comunicazione .....	107
Azioni .....	107
Riprogettazione dei processi di gestione della salute .....	107
Azioni .....	107
Miglioramento della capacità di governo del sistema sanitario .....	108
Azioni .....	108
<b>MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI PIANO</b> .....	<b>108</b>
<b>SOMMARIO</b> .....	<b>110</b>

