

Indice

Introduzione	pag. 5
Parte I – Quadro di riferimento	pag. 8
1. Premessa e principi del PSR	pag. 8
2. Contesto demografico ed elementi critici	pag. 9
3. Strategie	pag. 14
a. <i>Strumenti di governo</i>	pag. 14
b. <i>Riequilibrio ospedale-territorio, centralità del Distretto, sviluppo dell'assistenza intermedia</i>	pag. 18
c. <i>Reti di attività di rilievo regionale</i>	pag. 19
d. <i>Promozione della salute e Prevenzione</i>	pag. 20
e. <i>Disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria</i>	pag. 21
Parte II – Obiettivi di salute	pag. 24
1. Introduzione e quadro epidemiologico	pag. 24
2. Malattie cardiovascolari	pag. 27
3. Malattie cerebrovascolari	pag. 30
4. Malattie oncologiche	pag. 32
5. Diabete	pag. 36
6. Malattie respiratorie	pag. 38
7. Demenze e malattia di Alzheimer	pag. 42
8. L'organizzazione dell'assistenza per la Salute mentale	pag. 43
9. Traumatismi negli anziani	pag. 45
10. Altre patologie di interesse prioritario	pag. 48
a. <i>Disturbi dell'alimentazione</i>	pag. 48
b. <i>Epilessia</i>	pag. 49
Parte III – Linee d'indirizzo per l'offerta dei servizi e livelli assistenziali	pag. 52
1. Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale ed elementi fondamentali del cambiamento	pag. 52
a. <i>Dal Piano di rientro al Piano sanitario: gli sviluppi pianificati</i>	pag. 52
b. <i>Il nuovo Patto per la salute 2010-2012</i>	pag. 53
c. <i>Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale</i>	pag. 61
2. Prevenzione e programmi di sanità pubblica	pag. 64
a. <i>Modelli e piani di prevenzione e contrasto ai determinanti sociali e ambientali della salute</i>	pag. 65
b. <i>Vaccinazioni</i>	pag. 82
c. <i>Programmi di screening</i>	pag. 83
d. <i>Piano pandemico</i>	pag. 85

e.	<i>Predisposizioni genetiche, medicina predittiva e di iniziativa</i>	pag. 86
3.	Servizi territoriali e Distretto	pag. 88
a.	<i>Considerazioni generali</i>	pag. 88
b.	<i>Integrazione sociosanitaria</i>	pag. 92
c.	<i>Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata</i>	pag. 94
d.	<i>Assistenza intermedia (Presidi territoriali di prossimità, Residenze sanitarie assistenziali, Hospice)</i>	pag. 96
e.	<i>Infermiere di comunità</i>	pag. 113
f.	<i>Medici di medicina generale</i>	pag. 115
g.	<i>Pediatrati di libera scelta</i>	pag. 119
h.	<i>Dipartimento di prevenzione</i>	pag. 120
h1	<i>Veterinaria</i>	pag. 123
i.	<i>L'organizzazione dell'assistenza per la Salute Mentale</i>	pag. 126
j.	<i>Sistema dei servizi per le dipendenze patologiche</i>	pag. 138
k.	<i>Consultori familiari</i>	pag. 140
l.	<i>La rete assistenziale dell'area della Medicina di Laboratorio:la riorganizzazione dei laboratori clinici</i>	pag. 142
l1	<i>La rete assistenziale dell'area della Medicina di Laboratorio: la riorganizzazione dei servizi di medicina trasfusionale</i>	pag. 148
m.	<i>Specialistica ambulatoriale</i>	pag. 152
n.	<i>La tutela della salute in carcere e in ambito penitenziario</i>	pag. 160
4.	Ospedale	pag. 164
a.	<i>Umanizzazione</i>	pag. 164
b.	<i>Attività ospedaliera per acuti</i>	pag. 166
1.	<i>Analisi della situazione attuale e benchmark</i>	pag. 166
2.	<i>Razionalizzazione, sviluppo e riqualificazione del sistema di offerta</i>	pag. 168
3.	<i>Le Reti ospedaliere regionali di alta specialità</i>	pag. 185
4.	<i>L'Emergenza</i>	pag. 187
5.	<i>L'Assistenza intensiva</i>	pag. 190
6.	<i>Riassetto organizzativo dell'attività assistenziale</i>	pag. 192
c.	<i>La rete ospedaliera di assistenza ostetrica e neonatale</i>	pag. 199
d.	<i>Linee di programmazione per l'ammodernamento della rete ospedaliera</i>	pag. 201
d1.	<i>Le aree di intervento prioritario nei singoli territori</i>	pag. 202
d2.	<i>Gli interventi in edilizia sanitaria e nelle dotazioni tecnologiche</i>	pag. 213
5.	Riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie ospedaliere.....	pag. 236
a.	<i>Gli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva (TSMREE)</i>	pag. 242
b.	<i>Le Demenze e la malattia di Alzheimer : l'organizzazione dell'assistenza e gli obiettivi di Piano</i>	pag. 246
c.	<i>Offerta riabilitativa ospedaliera</i>	pag 248.
6.	Aree di integrazione	pag. 259
a.	<i>Salute e multiethnicità</i>	pag. 259
b.	<i>Salute della donna</i>	pag. 264
c.	<i>Salute del bambino</i>	pag. 268

PARTE IV - SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA PAG. 272
1. Le risorse del sistema pag. 272
2. Quadro di compatibilità del PSR - Conclusioni pag. 294

Allegati

1. Le reti per l'assistenza – Premessa.....	pag. 2
a. Rete dell'emergenza	pag. 2
b. Percorso nascita	pag. 12
c. Rete pediatrica.....	pag. 17
d. Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto	pag. 41
e. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma	pag. 48
f. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica	pag. 54
g. Rete oncologica	pag. 60
h. Rete delle malattie infettive.....	pag. 84
2. Linee di indirizzo per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art. 1, comma 66, lett. a) della L.R. 14/2008	pag. 91
3. Strumenti.....	pag. 101

INTRODUZIONE

Il quadro della sanità in Italia sta evolvendo in direzioni decisamente diverse rispetto allo scorso decennio. Nel corso di questi anni il modello aziendalistico, accanto all'introduzione di alcuni meccanismi positivi, ha mostrato dei limiti. I nuovi percorsi che si profilano a questo punto della storia del SSN individuano l'integrazione a rete e la cooperazione tra erogatori come superamento dell'attuale loro competizione e ricercano modelli organizzativi che valorizzino la multidisciplinarietà, l'integrazione professionale e la continuità dell'assistenza rispetto alla separazione di funzioni e di specialità. È tenendo presente questo quadro di riferimento che esperienze internazionali di modelli assistenziali integrati, dal punto di vista pubblico-privato come in Catalogna, o dei livelli assistenziali e dei percorsi clinici, quello della Kaiser Permanente in California, che risale al 1945, possono rappresentare utili riferimenti al fine di introdurre elementi di cambiamento nel Sistema sanitario regionale, garantendone, comunque, il carattere universalistico e i principi di equità e di solidarietà.

I cambiamenti sociali e scientifici impongono un'evoluzione dei servizi sanitari e le esperienze internazionali indicano la percorribilità di tale mutamento. Il Sistema sanitario regionale nel Lazio è di fatto ad un punto di svolta. La situazione di disavanzo che si è venuta a creare negli anni, a fronte di una struttura del Servizio sanitario troppo costosa e non efficace in misura corrispondente, comporta l'urgenza di cambiamenti in diverse direzioni. Il Piano di rientro ha rappresentato il mezzo con cui si sta affrontando l'emergenza. Il taglio del Piano ha privilegiato gli aspetti strettamente economici, senza rinunciare però ad una prospettiva di razionalizzazione degli interventi. Infatti, oltre ai tagli, si programmano cambiamenti tesi alla salvaguardia delle risorse sul lungo periodo. Ora però accanto a questo va definito un Piano che concili il guadagno di efficienza con un parallelo aumento di efficacia e di equità dell'azione del Servizio sanitario regionale e promuova la sua modernizzazione tecnica e organizzativa. Il presente Piano sanitario regionale intende fornire una prospettiva di cambiamento in questo senso. In esso si affrontano quindi i nodi strutturali urgenti della sanità regionale e si indicano le linee di sviluppo con una visione di più lungo respiro.

Il Piano per il triennio 2010-2012, coerentemente con l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 prevede una profonda trasformazione dell'organizzazione dei servizi assistenziali, mentre tutti i soggetti protagonisti della sanità – professionisti, operatori, amministratori, imprenditori, volontari, politici e cittadini – sono chiamati a operare in una prospettiva comune.

Va ricordato come le persone assistite dal SSR si trovano spesso in una situazione di incertezza e di asimmetria informativa rispetto agli erogatori di prestazioni sanitarie. Questi agiscono sia come fornitori di informazioni, indicando quali servizi sono loro necessari, sia come erogatori di questi stessi servizi. Questa asimmetria informativa rafforza il potere di monopolio dei professionisti. Se da un lato è dunque necessario agire sul versante della domanda favorendo la competenza del cittadino e delle comunità, dall'altro è inevitabile istituire meccanismi di governo e di regolazione dell'offerta in grado di corrispondere ai reali bisogni dei cittadini.

Il Piano non può peraltro essere caratterizzato solo dai pur necessari interventi di programmazione e regolamentazione dell'offerta, in grado di assicurare benefici di breve respiro e, quasi sempre, meramente economici. Piuttosto, la pianificazione deve essere basata sui bisogni di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, consentendo risposte in grado di armonizzare i diversi momenti assistenziali e di garantire la qualità e l'informazione per mezzo dei percorsi

clinico-assistenziali integrati. Il superamento di modelli aziendalistici rigidi deve quindi essere orientato a individuare le più efficaci forme di cooperazione tra le varie tipologie di soggetti erogatori e di integrazione delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio, pur mantenendo forme di razionale incentivazione basate sull'efficacia e sull'appropriatezza dei servizi offerti.

Le esperienze nazionali e internazionali indicano come il potenziamento della promozione della salute, della prevenzione delle malattie e degli infortuni, dell'assistenza primaria e dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo dell'assistenza intermedia e l'integrazione dei livelli di assistenza possano consentire di rimodellare il ruolo degli ospedali per acuti con benefici sia in termini di salute della popolazione che di utilizzo efficiente delle risorse. Tali mutamenti appaiono necessari per fronteggiare la sfida che l'invecchiamento progressivo della popolazione e la diffusione delle malattie croniche pongono al sistema sanitario.

Per tradurre questi principi nella pratica occorre studiare quale sia il miglior inquadramento del governo della domanda e del governo dell'offerta, analizzando quali debbano essere i rapporti fra essi e se è plausibile in questa regione prevedere una loro separazione amministrativa. È necessario dunque produrre uno studio per definire le forme organizzative e amministrative più idonee a favorire responsabilità, autonomia e integrazione nel sistema sanitario da una parte e la partecipazione consapevole dei cittadini dall'altra. Le ASL devono rafforzare e perfezionare il loro ruolo nel governo della domanda: da una parte l'orientamento dei cittadini verso le prestazioni sanitarie e la definizione delle prestazioni accessibili, acquistabili, appropriate e di buona qualità, dall'altra il controllo di tali prestazioni e degli erogatori. Le ASL dovranno anche rafforzare il loro ruolo nel governo dei servizi territoriali, dell'assistenza intermedia e della prevenzione. Le ASL dovranno quindi far funzionare gli strumenti di regolazione del sistema sia dal punto di vista della generazione della domanda, sia dal punto di vista amministrativo-valutativo, sia infine dal lato tecnico attraverso i servizi territoriali e l'assistenza primaria.

Vanno poi definiti i termini organizzativi che favoriscano da parte dei soggetti erogatori la modulazione dell'offerta sulla base della domanda governata dalle ASL, modificando funzioni fonte di inefficacia e inefficienza, integrando attività e organizzazioni per fornire una risposta adeguata alle esigenze e realizzando economie di scala. In questo senso le Aziende ospedaliere e universitarie, i presidi ospedalieri e gli IRCCS insieme agli altri servizi sanitari dovranno integrarsi in Reti assistenziali che costituiscono la modalità di offerta privilegiata nei piani della Regione Lazio. In tal modo, oltre a formare una rete di erogatori di assistenza ospedaliera (che includono attività ordinarie, diurna e ambulatori), dovranno interfacciarsi con i servizi territoriali per la garanzia della continuità assistenziale e per l'organizzazione di reti di assistenza rispondenti ai bisogni delle persone assistite.

La sfida di trasformazione e di miglioramento dei servizi sanitari è resa più ardua da altri fenomeni che spingono verso un aumento della spesa in sanità; fenomeni che non possono essere ascrivibili solo a inappropriata, sprechi, inefficienze o pressioni economiche dell'industria o degli erogatori, ma che sono bensì legati ai progressi delle tecnologie e delle conoscenze in termini di terapie e prevenzione:

1. le biotecnologie, un elemento del progresso scientifico che costituisce una speranza di miglioramento della salute e, nello stesso tempo, un problema di risorse per il Servizio sanitario pubblico. Si rendono disponibili sul mercato farmaci e marcatori di rischio che possono rivoluzionare terapie e prevenzione, ma pongono nuovi problemi nelle pratiche terapeutiche dove al miglioramento degli esiti si affianca l'aumento dei costi. Al momento l'utilizzo di questi farmaci e di questi test è limitato, ma si affacciano già prospettive di uso ben più

diffuso. Ciò metterà il servizio sanitario di fronte alla difficile situazione di non poter offrire sempre la terapia sicuramente più efficace, ma quella più costo-efficace, ovvero quella che avrà un costo per anno di vita esente da disabilità guadagnato che i decisori riterranno accettabile. Nel campo delle terapie questo è uno scenario inedito. Fino ad ora, infatti, il SSR ha offerto e offre le cure più efficaci indipendentemente dal costo;

2. il limite di demarcazione fra malattia e salute è sfumato in un continuum che include una definizione quantitativa di benessere psicofisico (definizione OMS). In questo panorama definire quante persone necessitino di interventi o terapie da parte del SSR diventa complesso e può aprire a scenari in cui la prevalenza di persone definite malate si amplia notevolmente. Ad esempio in farmacoprevenzione, se si procede con il progressivo abbassamento delle soglie di colesterolemia o di pressione arteriosa considerate a basso rischio, si definirà una grossa fetta della popolazione "sana" come target per i trattamenti.

Ciò mette in crisi i principi e i criteri stabiliti sin dalla istituzione del SSN nel 1978, diretti a tutelare la salute e non più solo a trattare le persone malate secondo il precedente modello mutualistico. Il SSR ha il dovere di governare l'ingresso e l'utilizzo delle nuove tecnologie cercando di massimizzare i benefici che possono essere ottenuti con le risorse a disposizione, nella consapevolezza che un sistema di sanità pubblica ha come obiettivo evitare che le disuguaglianze sociali diventino disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni appropriate.

Le strade per rendere attuabile il percorso e governabili le novità sono tracciate nel presente PSR 2010-2012 che individua nell'autorizzazione, nell'accreditamento, negli accordi e nei contratti, nei sistemi tariffari e nelle funzioni affidate da programmi regionali gli strumenti necessari su cui far leva per trasformare l'organizzazione dei servizi sanitari nella nostra regione.

sostanze tossiche, SO₂, NO_x, CO, O₃, polveri, sostanze organiche volatili, idrocarburi policiclici aromatici, metalli. Tra questi un ruolo sempre più rilevante viene attribuito alle polveri sospese (PM₁₀), specie alla frazione fine (PM_{2,5}) e ultrafine (al di sotto di 1 micron), capaci di penetrare nel polmone profondo, provocare processi infiammatori e liberare mediatori chimici che causano alterazioni cardiache e circolatorie. Particolare rilevanza sanitaria hanno gli idrocarburi policiclici aromatici (IPA) e i metalli (Piombo, Cadmio, Nichel, Arsenico, Vanadio, Cromo), in considerazione della loro tossicità e, per alcuni di essi, dell'accertata o probabile cancerogenicità. Gli effetti dell'inquinamento atmosferico di breve termine tra i residenti a Roma sono ben documentati: una metanalisi italiana condotta in 15 città (tra cui Roma) ha evidenziato un aumento della mortalità giornaliera per tutte le cause e della mortalità e dei ricoveri per malattie cardiache e respiratorie associati a incrementi della concentrazione di NO₂, PM₁₀ e CO. Inoltre la concentrazione di PM₁₀, CO e polveri ultrafini è risultata associata in modo significativo con la morte cardiaca extraospedaliera, soprattutto negli anziani.

Gli effetti di tipo cronico causati da un'esposizione di lungo periodo sono alcuni sintomi respiratori cronici, la diminuzione della capacità polmonare, la bronchite cronica, il tumore polmonare, nonché un aumentato rischio di morte per cause cardiovascolari, respiratorie e per cancro polmonare. Uno studio condotto a Roma ha evidenziato un aumento della mortalità cardiovascolare nelle zone più inquinate.

Nel corso degli anni '90 la riduzione delle emissioni inquinanti associate all'introduzione di nuove tecnologie motoristiche e alla qualità dei carburanti ha determinato a Roma una progressiva riduzione dei principali inquinanti atmosferici (SO₂, NO₂, Pb, CO, COV, incluso il benzene). Rimane rilevante la concentrazione di PM₁₀ per il quale si osservano superamenti dei valori limite.

Risposte

Il SSR ha il compito di documentare l'impatto sulla salute delle strategie adottate per la riduzione dell'inquinamento, predisponendo sistemi di valutazione sul lungo periodo dell'efficacia degli interventi realizzati.

Gli interventi strategici, nell'ambito delle normative nazionali e comunitarie, devono mirare all'adozione di politiche per il contenimento delle emissioni con misure che favoriscano il potenziamento del trasporto pubblico, in particolare quello a energia pulita, scoraggiando la diffusione dell'uso privato dell'automobile, e favorendo il trasporto merci per ferrovia e per nave. Ciò può avvenire solo con il coinvolgimento di autorità locali, industria, associazioni di consumatori, organismi di controllo, mezzi di informazione e cittadini, esattamente nella logica di intervento intersettoriale che il presente Piano individua come una delle strategie fondamentali per il miglioramento della salute dei cittadini. È chiaro che, in considerazione dei lunghi tempi di latenza tra esposizione e insorgenza di patologie, quali ad esempio quelle tumorali, se non si adotteranno rapidamente politiche di controllo ci sarà un impatto sulla salute nei prossimi decenni con un conseguente aggravio dei costi sanitari ed economici per gli individui e la società nel suo complesso.

LE ONDATE DI CALORE

Problemi

Tra i fattori di rischio ambientali emergenti, l'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente evidenziato che gli effetti delle variazioni del clima sulla salute, in particolare quelli legati all'aumento progressivo della temperatura del

pianeta, sono uno tra i problemi più rilevanti di Sanità pubblica. L'aumento del livello di gas serra nell'atmosfera è una delle possibili spiegazioni dell'innalzamento della temperatura media terrestre registrato nel corso dell'ultimo secolo; di fatto, lo scenario climatico mondiale sta cambiando e, secondo alcune stime, nei climi temperati un aumento di soli 2-3 °C nelle temperature medie estive raddoppierà l'incidenza di periodi caratterizzati da temperature estreme elevate, denominate ondate di calore, determinando effetti sia a breve che a lungo termine. Gli studi hanno evidenziato che le alte temperature estive hanno un impatto significativo sulla salute della popolazione residente nelle aree urbane, in particolare sono stati evidenziati effetti a breve termine sulla mortalità della popolazione anziana. Gli studi effettuati tra i residenti a Roma hanno evidenziato che in questa popolazione l'aumento dei decessi si verifica principalmente per cause respiratorie e cardiovascolari, ma anche per cause che non hanno una diretta relazione con la temperatura, in persone debilitate, vulnerabili, le cui condizioni di salute subiscono un rapido peggioramento a causa di improvvisi aumenti di temperatura. Durante le ondate di calore l'incremento della mortalità a Roma va dal 27% al 45% tra la popolazione con oltre 65 anni, a seconda della durata e dell'intensità delle ondate. Le condizioni che aumentano la suscettibilità agli effetti della temperatura sono l'età avanzata, la presenza di alcune malattie croniche, vivere in condizioni di isolamento sociale, essere residenti in aree di basso livello socioeconomico.

Risposte

Seppure i dati di letteratura non forniscano evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione, è stato osservato come l'effetto delle ondate di calore sulla popolazione mostri variazioni temporali. Tali variazioni sono attribuibili non solo al variare dei livelli di esposizione ma anche a processi di adattamento della popolazione, all'attivazione di interventi di prevenzione, alla diffusione dell'uso di aria condizionata e di cambiamenti delle caratteristiche socio-demografiche che influenzano la suscettibilità della popolazione.

La definizione di interventi efficaci per la prevenzione degli effetti sulla salute legati alle variazioni climatiche rappresenta oggi una priorità in ambito sociale e di sanità pubblica. Le ondate di calore e le loro conseguenze sulla salute possono essere previste in anticipo attraverso la definizione di sistemi di allarme per il caldo. Tali sistemi, integrati con specifiche misure di prevenzione mirate ai gruppi più vulnerabili, possono ridurre gli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione, coniugando equità ed efficacia.

Oltre alle iniziative nazionali della Protezione civile e del CCM, coordinati nel Lazio dal Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME, la Regione Lazio ha promosso a livello regionale un piano operativo per la prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute basato sul sistema di allarme HHWWS (*Heat Health Watch Warning System*) della città di Roma, sull'identificazione della popolazione anziana suscettibile e sulla sorveglianza attiva dei pazienti a rischio da parte dei medici di medicina generale. Il dettaglio degli interventi è contenuto nel "Piano operativo regionale di intervento per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore" a cui si rimanda. Il Piano operativo regionale coinvolge le ASL del Lazio (Direzioni sanitarie, Distretti sanitari), i medici di medicina generale, il Comune di Roma (Assessorato ai Servizi sociali), la Protezione civile locale e le associazioni di volontariato e ha lo scopo di informare sugli interventi che dovranno essere attivati in condizioni di rischio da ondata da calore.

individua la necessità di definire un Piano per Roma, al fine di integrare e coordinare le azioni dei PAL territoriali (ASL/Municipi), da collegare a quelli della Provincia di Roma in vista dell'attuazione della città metropolitana.

Le sedi di integrazione istituzionale per il governo comune sono il luogo privilegiato di confronto tra le istituzioni e per l'avvio del percorso per la definizione di un budget unico da destinare alle attività sociosanitarie a copertura dell'insieme dei costi sostenuti, indipendentemente dal soggetto che effettivamente eroga la prestazione.

Di seguito sono descritti i principali problemi e le risposte individuate, che costituiscono le linee di azione volte a raggiungere l'obiettivo di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria.

Problema

Carenza di informazioni strutturate relative allo stato di attivazione, organizzazione e sviluppo dell'integrazione sociosanitaria nella regione.

Risposte

- Definire e rilevare un set di elementi informativi utili a caratterizzare lo stato delle ASL relativamente all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, a partire dalle indicazioni normative vigenti;
- effettuare una ricognizione delle esperienze più avanzate nel campo dell'integrazione sociosanitaria, a livello nazionale e regionale;
- definire un insieme minimo di dati da rilevare correntemente nei Distretti delle ASL, al fine di verificare il processo di implementazione dell'integrazione sociosanitaria.

Problema

Persistenti difficoltà di raccordo e coordinamento tra i Comuni e le ASL competenti per territorio nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi.

Risposte

- Istituire, a livello di ciascuna ASL, una funzione strategica centrale di coordinamento sociosanitario e, a livello di ogni Distretto, in diretto collegamento con il Direttore dello stesso, una funzione specifica per l'integrazione sociosanitaria, facente capo alla figura del Coordinatore sociosanitario di Distretto;
- costituire un gruppo di lavoro permanente regionale con compiti di indirizzo, supporto e monitoraggio degli interventi di integrazione sociosanitaria;
- predisporre linee di indirizzo operative finalizzate a supportare l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria in tutti i Distretti delle ASL regionali relativamente a: programmazione, formazione, procedure, strumenti di valutazione, monitoraggio dell'attività;
- individuare e avviare un coordinamento regionale dei soggetti preposti, a livello aziendale, all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- promuovere la partecipazione del Terzo settore, del volontariato, delle formazioni di cittadinanza, all'interno di una programmazione integrata e partecipata, finalizzata alla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento.

Problema

Criticità a livello locale nella gestione operativa degli interventi pianificati e ritardo nell'impegno dei fondi erogati dalla Regione ai Distretti.

Risposte

- Definire specifici percorsi assistenziali, sulla base di predefiniti criteri di eleggibilità, prestazioni erogabili, ambiti assistenziali coinvolti e relative competenze anche economiche;
- dare concreta attuazione agli accordi di programma già sottoscritti a livello distrettuale e monitorarne l'avanzamento;
- individuare modalità organizzative che garantiscano il raccordo e l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari adottando un modello a rete dei servizi;
- analizzare i Piani di zona e i Piani delle attività territoriali, per le sezioni relative all'integrazione sociosanitaria, attraverso una griglia di lettura che ne identifichi le criticità applicative.

Problema

Mancanza di unitarietà degli interventi sociosanitari rispondenti a bisogni assistenziali complessi.

Risposte

- Organizzare progressivamente il Punto unico di accesso integrato sanitario e sociale, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, all'interno di percorsi predefiniti;
- attivare, a livello del Punto unico di accesso, un'unità funzionale di prevalutazione integrata, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e di primo livello;
- rafforzare il ruolo delle Unità di valutazione multidisciplinare, con individuazione di un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del piano assistenziale;
- sostenere la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie, nonché il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale.

3.c Centri di assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata

Problemi

In mancanza di uno specifico sistema informativo, non esistono dati ufficiali sulle attività di **Assistenza domiciliare** della regione. Secondo una recente rilevazione ad hoc, il totale dei pazienti assistiti è di circa 40.000 persone (inclusi coloro che hanno ricevuto prestazioni saltuarie o occasionali), di cui l'88,5% sono anziani. La percentuale di persone assistite in assistenza domiciliare rispetto alla popolazione anziana residente è del 3,65% nell'intera regione, ma varia sensibilmente nelle diverse ASL, passando da un minimo dell'1,8% nella ASL RMB ad un massimo del 7,7% nella ASL di Viterbo. La disponibilità di personale tuttavia varia molto sul territorio regionale. In generale quasi tutte le ASL mostrano una ridotta presenza di terapisti della riabilitazione e assistenti sociali.

In funzione delle peculiarità dell'Assistenza domiciliare è necessario riqualificare i servizi ADI mediante le azioni contenute nelle D.G.R. 325/2008 e 326/2008: la definizione di criteri espliciti di eleggibilità dei pazienti (per l'ingresso o le dimissioni); la definizione delle prestazioni erogabili e delle relative garanzie organizzative; l'implementazione della Valutazione multidimensionale (VMD) e l'adozione di uno strumento di VMD omogeneo a livello regionale nella pratica quotidiana, così come prefigurato dalla D.G.R. 40/2008 (assicurando che ogni richiesta di ADI venga vagliata da un'équipe valutativa multidisciplinare stabilmente insediata con la produzione di un Piano assistenziale individuale – PAI); il coinvolgimento attivo del MMG/PLS nell'intero processo clinico-assistenziale del paziente (dalla VMD alla condivisione del PAI); la disponibilità di tutte le figure professionali necessarie (almeno l'adeguamento agli standard di legge) e loro formazione specifica; la disponibilità di procedure relative a tutte le diverse fasi di analisi, presa in carico e gestione del caso; uno stabile collegamento e coordinamento dei Centri di assistenza domiciliare (CAD) con gli altri comparti assistenziali, di natura sanitaria e sociale; un sistema informativo in grado di fornire elementi utili alla valutazione del servizio, sia in termini di esiti di salute che di natura economica, in linea con quanto disposto nel Decreto del 17 dicembre 2008 da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Le forti disomogeneità territoriali costituiscono una criticità rilevante per un servizio che si pone come il setting da privilegiare per la gestione di soggetti con fragilità manifeste e/o complessità assistenziali di intensità più o meno elevate.

Risposte

Il forte vincolo posto dal Piano di rientro, che porta a riorientare in modo deciso l'offerta dei servizi a tutela della salute dall'ospedale al territorio, si traduce nella necessità ormai improcrastinabile di avviare una compiuta riqualificazione delle attività in regime di ADI. Essa deve passare in primo luogo per una riorganizzazione dei CAD a partire dal mandato stesso del servizio senza trascurare la necessità di definire a livello regionale e di ASL uno specifico budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche ad esso destinato.

Nei provvedimenti normativi sopra citati si distinguono una serie di prestazioni sanitarie accomunate dalla definizione di "cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato". Tali prestazioni (prelievi a domicilio anche periodici, cambio catetere, visite specialistiche ecc.) debbono necessariamente essere escluse dalle attività proprie dell'ADI quando richieste al di fuori di un Piano di cura multidisciplinare, anche in vista di quanto previsto al riguardo dal provvedimento di revisione straordinaria dei LEA, mentre andrebbero assicurate attraverso altre agili forme assistenziali. Tale azione libererebbe gli operatori dei CAD dall'erogare prestazioni inappropriate per l'ADI permettendo loro di concentrare gli interventi sui casi effettivamente più complessi, a iniziare da quelli che necessitano di dimissioni protette. Sono elementi indispensabili per tale forma di assistenza: la predisposizione del PAI; un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali; il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti; l'individuazione all'interno dell'équipe multiprofessionale di un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PAI. L'ADI, inoltre, dovrebbe essere in grado di garantire interventi fino ad un massimo di 7 giorni su 7 e con una reperibilità medica h 24. Attualmente nessun CAD della nostra regione è in condizione di assicurare direttamente una continuità assistenziale con tale copertura se non affidando a terzi (Centri di servizi privati) la gestione delle situazioni più complesse. Per ovviare a questa grave lacuna, diviene necessario garantire l'adeguamento del personale del CAD

almeno a quei requisiti minimi che la normativa regionale vigente prevede, privilegiando per il raggiungimento di tale obiettivo la mobilità (previa opportuna specifica formazione) dai servizi e reparti ospedalieri in corso di rimodulazione. Inoltre occorre una semplificazione delle procedure di accesso alle forme di assistenza specialistica necessarie soprattutto per la gestione dei soggetti con bisogni assistenziali complessi. Accanto a tale azione, anche l'implementazione dell'uso della telemedicina per il monitoraggio dei soggetti in assistenza con necessità di controllo costante (continuo o subcontinuo) dei parametri vitali consentirebbe un'ottimizzazione delle risorse disponibili. Deve essere inoltre perseguita, coinvolgendo il settore della medicina legale e gli uffici per l'approvvigionamento di beni e servizi, la massima semplificazione possibile per l'erogazione di ausili e protesi non personalizzati necessari all'attuazione dei PAI, non solo implementando la facoltà dei medici del CAD di poter essere prescrittori, ma assicurando forme di erogazione diretta di quanto necessario da parte della ASL. La Regione inoltre si impegna, nel triennio di vigenza del Piano, a mettere a punto, quale strumento per il governo dell'assistenza domiciliare, uno specifico sistema informativo, come previsto nel Decreto del 17 dicembre 2008 da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Sarebbe auspicabile che, per le esigenze di assistenza routinaria lieve, i servizi di assistenza domiciliare predisponessero brevi corsi di addestramento all'assistenza per i familiari o le badanti.

3.d Assistenza intermedia (Presidi territoriali di prossimità, Residenze sanitarie assistenziali, Hospice)

Come già evidenziato, la transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronicodegenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive (*chronic care model*), assicurando altresì l'attivazione di presidi assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

In ragione del processo di riduzione dell'offerta ospedaliera in termini di ricoveri ordinari per acuti, occorre che la riqualificazione dell'offerta dell'assistenza intermedia sia il più possibile contestuale a tale processo.

Si è già affermata l'importanza della continuità assistenziale e dell'adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI). Poiché un punto di estrema sofferenza del sistema assistenziale è rappresentato dai casi di particolare complessità e intensità assistenziale (ad esempio, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica assistita, assistenza palliativa), si sottolinea la necessità che ciascuna ASL garantisca – anche attraverso il ricorso a servizi centralizzati a livello aziendale per l'organizzazione clinico-assistenziale (sul modello delle UO per la nutrizione artificiale) – percorsi di qualificazione professionale, strumenti di informazione, documentazione e valutazione. Occorrerà in tale ambito predisporre e attuare un attento sistema di documentazione e di valutazione fra cui i Registri di patologia quale quello dei soggetti in dialisi, nonché sistemi di monitoraggio delle prestazioni e degli esiti, e adeguati sistemi in quanto è necessario valutare se lo sforzo notevole di potenziamento di queste forme di assistenza si traduce in risultati concreti relativi a risparmio e

miglioramento della qualità della vita. Si richiama inoltre il rigore nella definizione dei sistemi di accreditamento per le strutture che operano nell'ambito delle cure intermedie.

PRESIDI TERRITORIALI DI PROSSIMITÀ' - PTP –

L'aumento di bisogni assistenziali "a lungo termine" implica problemi importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a persone con patologie croniche.

In questa situazione, la necessità di fornire risposte appropriate alla domanda di salute, espressa soprattutto dagli anziani, implica l'attivazione di nuove forme assistenziali, rispetto a quelle offerte tradizionalmente dagli ospedali per acuti.

Per rendere i servizi territoriali in grado di svolgere tale ruolo, è necessaria una trasformazione importante del quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali impostate sulla centralità della persona e non della patologia, basate sull'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia e di queste con quella ospedaliera, con la creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale, e che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.

Su queste basi, la Regione Lazio propone l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, i Presidi territoriali di prossimità (PTP), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Il PTP garantisce, quale elemento innovativo, l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. Il PTP favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di medicina generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primaria e intermedia. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale "domicilio allargato".

La tipologia di assistenza erogata dai PTP possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. All'interno dei PTP dovrebbero dunque svolgersi, in forma integrata anche con i servizi sociali, le attività di assistenza domiciliare, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione.

Per quanto riguarda il rapporto con la post-acuzie ospedaliera, il PTP tratta una casistica differente, di assistiti dimessi da reparti per acuti o proveniente dal domicilio, con problematiche di tipo prevalentemente assistenziale e finalizzata al recupero dell'autonomia in tempi brevi (15-20 giorni). Tale attività è mirata anche a rendere più appropriata la degenza nel setting della post-acuzie.

Di seguito vengono descritti obiettivi, funzioni, organizzazione e fabbisogno dei PTP.

Si è detto che i Presidi territoriali di prossimità (PTP) sono strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone

affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Perno del PTP sono le Unità operative di degenza, che assistono quei soggetti, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. Il PTP favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di medicina generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale "domicilio allargato".

Di seguito vengono rappresentati obiettivi, funzioni e organizzazione dei PTP nonché il fabbisogno per ASL di tali strutture.

Obiettivi

1. Ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post-acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione.
2. Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali.
3. Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
4. Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Funzioni

Le funzioni complessive del PTP possono essere così riassunte:

- direzione sanitaria esercitata da un dirigente medico di Distretto ad essa preposto;
- degenza nelle 24 ore, con presenza h 24 di personale di assistenza infermieristica e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale (reperibilità h 24);
- Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) o altre forme di aggregazione dei MMG e PLS;
- punto unico di accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente locale;
- specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici specialisti ambulatoriali, e eventualmente ospedalieri nelle 12 ore, con particolare riferimento alle branche di cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia/geriatria (finalizzate all'attivazione di specifici percorsi di cura);
- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno per anziani fragili;
- attività diagnostiche di base disponibili anche per il territorio (radiologia e laboratorio/punto prelievi);

- distribuzione di farmaci, collegata al servizio farmaceutico aziendale e alle farmacie del territorio;
- postazione 118 (o collegamento funzionale) e continuità assistenziale.

All'interno del PTP possono essere attivati, in funzione del bisogno espresso dalla popolazione di riferimento, RSA, anche articolate in nuclei, e Hospice.

Potranno essere inoltre previste altre attività, nel rispetto delle opportune garanzie assistenziali e di sicurezza dei pazienti, quali ad esempio funzioni di day hospital e day surgery, nonché day service ambulatoriale.

Aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi

Il PTP dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla D.G.R. n. 424/2006 per l'Ospedale di comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.

Aspetti organizzativi del PTP

Il PTP è parte integrante della rete dei servizi territoriali ed è posto sotto la responsabilità del Direttore di Distretto. Le funzioni di direzione sanitaria sono svolte da un medico dirigente del Distretto. La responsabilità clinica del paziente è affidata al medico, preferibilmente al medico di medicina generale, mentre la responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato a svolgere una funzione di case management, strategica per l'impianto del PTP e, quindi, particolarmente importante per la pianificazione e la gestione degli ambiti territoriali che fanno riferimento al PTP stesso.

Di seguito sono descritti in dettaglio ruolo, responsabilità e inquadramento organizzativo delle figure professionali coinvolte nella gestione dei PTP, con particolare riferimento all'Unità operativa a gestione infermieristica.

Dirigente medico di Distretto

- a. È responsabile della struttura per gli aspetti igienico-sanitari e, in collaborazione con l'infermiere coordinatore, per quelli organizzativi e gestionali;
- b. cura l'applicazione del regolamento interno (previsto dalla D.G.R. n. 424/2006) sull'ordinamento e sul funzionamento dell'attività di ricovero;
- c. vigila sulla regolare compilazione e tenuta dell'archivio clinico e del registro delle presenze dei pazienti e delle liste di attesa;
- d. organizza con l'infermiere dirigente di Distretto la rete delle figure professionali necessaria alla realizzazione del PAI;
- e. è responsabile del personale dipendente assegnato e coordina il personale a convenzione e aderente ad associazioni di volontariato;
- f. visiona la scheda di dimissione dei pazienti che è firmata dal MMG, che ne ha la responsabilità clinica, e dal coordinatore infermieristico che è responsabile del percorso assistenziale e della sua attuazione;
- g. rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia delle cartelle cliniche;

- h. vigila, secondo la normativa vigente, sulla corretta detenzione e somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotropiche;
- i. vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulle scorte dei medicinali e degli altri presidi terapeutici;
- j. cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- k. è responsabile del debito informativo.

Dirigente infermieristico di Distretto

- a. È responsabile della definizione dei carichi di lavoro individuando il fabbisogno di personale e le competenze specifiche;
- b. individua metodi e criteri per il reclutamento e la selezione del personale;
- c. definisce in collaborazione con il coordinatore del PTP il piano di lavoro;
- d. assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione e implementazione di linee guida e protocolli, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
- e. attiva sistemi per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali;
- f. in sinergia con il medico dirigente di Distretto definisce:
 - il profilo della dotazione tecnologica e strumentale del presidio;
 - gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività di degenza territoriale;
 - la continuità dei percorsi assistenziali nell'ambito distrettuale;
 - la flessibilità nell'uso delle risorse tecnologiche;
 - l'elaborazione di strumenti di misurazione dei costi delle attività svolte nel PTP;
- g. insieme al direttore sanitario e al coordinatore infermieristico firma la scheda di dimissione;
- h. è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale del comparto.

Infermiere coordinatore

- a. È responsabile sotto il profilo organizzativo e gestionale di tutto il personale infermieristico e tecnico assegnato funzionalmente alla struttura;
- b. sentiti i medici curanti, organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- c. attiva, al bisogno, il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa del 118) delegando, in sua assenza, il personale infermieristico;
- d. attiva per le situazioni di urgenza il Medico di medicina generale o il servizio di continuità assistenziale, secondo quanto previsto dall'ACN per la Medicina generale e, in sua assenza, delega altro dipendente infermieristico;
- e. è responsabile del Piano assistenziale individuale (PAI) che redige in collaborazione con il Medico di medicina generale coinvolgendo il personale infermieristico, tecnico e altre figure professionali o del volontariato per gli eventuali e specifici impegni di competenza;

un'ospitalità a tempo indeterminato, dall'altro dovrebbe essere assolutamente privilegiata la finalità di effettivo luogo di assistenza intermedia soprattutto per le funzioni R2, R2D e R3. Ciò comporterebbe la previsione di interventi assistenziali a tempo effettivamente determinato (max 60-180 giorni), finalizzati al recupero o almeno alla stabilizzazione delle condizioni clinico/funzionali degli ospiti, favorendo, laddove possibile, il rientro degli stessi al proprio domicilio o, in alternativa, in strutture protette ubicate nel territorio di residenza che abbiano la caratteristica di residenze di tipo sociale di dimensioni familiari (max 10-12 persone) o di condomini protetti (miniappartamenti per max 1-2 persone con servizi centralizzati), ove le eventuali prestazioni sanitarie possano essere garantite dai Centri di assistenza domiciliare adeguatamente potenziati. Una tale rimodulazione consentirebbe di realizzare nelle RSA un turn-over attualmente impossibile, offrirebbe l'opportunità di attivare la funzione di ricoveri di sollievo (*respite care*), riducendo i tempi d'attesa per il ricovero e aumentando la qualità della vita degli ospiti e dei loro familiari. Sempre in quest'ottica potrebbero altresì essere attivati anche i previsti servizi semiresidenziali quale efficace alternativa all'istituzionalizzazione definitiva. In tal modo anche il fabbisogno reale di posti letto in RSA sarebbe ridimensionato in funzione delle effettive esigenze territoriali. Nelle more della ridefinizione del fabbisogno su parametri più oggettivi e tenendo conto della riconversione in atto di posti letto per acuti pubblici e privati prevista dal Piano di rientro, dovranno essere create nuove RSA prioritariamente in quelle ASL tuttora sensibilmente lontane dagli standard programmatori regionali, assicurando la presenza di almeno una RSA per Distretto, eventualmente prevedendone la collocazione nella forma di Nuclei all'interno degli istituendi Presidi territoriali di prossimità, nel rispetto della nuova classificazione indicata dal citato D.P.C.A. 17/2008.

Rimandando all'apposita sezione la trattazione delle demenze si fa presente come, per quanto attiene alle necessità di natura residenziale, sarebbe opportuno che in ogni RSA possano essere attivati Nuclei espressamente dedicati a persone con tali patologie (R2D secondo la nuova classificazione prevista nel D.P.C.A. 17/2008) in grado di offrire specifiche opportunità assistenziali, al momento delegate nella nostra regione a sole 3 strutture in regime sperimentale e con costi non trascurabili.

È necessario quindi ridefinire con chiarezza, anche alla luce di quanto indicato nel D.P.C.A. 17/2008, i requisiti di eleggibilità degli ospiti (sia in ingresso che in dimissione) attraverso l'adozione sistematica della scheda di valutazione RUG orientando l'ospite verso l'ambito assistenziale più appropriato. L'implementazione del sistema informativo dedicato (SIRA), di cui si è già avviata la sperimentazione, consentirà poi un attento monitoraggio delle prestazioni erogate e permetterà di valutare oggettivamente la qualità dell'assistenza resa.

HOSPICE – UN MODELLO DA IMPLEMENTARE

Si intende, per Hospice, una struttura residenziale di ricovero e cura per persone che necessitano, nella fase terminale della loro vita, di assistenza palliativa (soprattutto ammalati di tumore, ma non solo), che sia confortevole e rispettosa delle esigenze degli ammalati e dei loro familiari. La struttura si avvale di personale qualificato in grado di assicurare un'assistenza personalizzata rivolta alla cura del dolore e degli altri sintomi: l'équipe assistenziale è formata da medici e infermieri, psicologi, assistenti sociali, nonché dalle organizzazioni di volontariato e da altre figure professionali. La famiglia è coinvolta e partecipa all'assistenza con le modalità che ritiene possibili e sostenibili. L'Hospice costituisce un'alternativa all'assistenza domiciliare allorché questa soluzione non sia praticabile.

Come si evince dalla tabella seguente, nella nostra regione operano 14 strutture che erogano tale funzione assistenziale collocate in 7 ASL, mentre le altre 5 si trovano in una condizione di carenza assoluta di questa tipologia assistenziale (RMB, RMC, RMF, RMG e Frosinone).

Centri di assistenza per malati terminali (Hospice). Lazio, 2009

ASL	Deceduti per tumori 2006	N. posti letto attesi da standard (1,2 ogni 56 deceduti)*	N. strutture provvisoriamente accreditate attive	N. posti letto provvisoriamente accreditati attivi*	Differenza di posti attivi rispetto a standard
RMA	1.487	32	3	56	24
RMB	1.818	39	–	0	-39
RMC	1.736	37	1	10	-27
RMD	1.510	32	3	41	9
RME	1.473	32	2	55	23
RMF	730	17	–	0	-17
RMG	1.169	25	–	0	-25
RMH	1.231	26	2	30	4
FR	1.271	27	–	0	-27
LT	1.315	28	3	30	2
RI	452	10	1	4	-6
VT	954	20	2	35	15
Totale	15.146**	325	17	261	-64

* Posti letto attesi per malati terminali (oncologici e non): fonte: Assessorato alla Sanità - Regione Lazio, 2009 e ASP-Laziosanità. Il 10% circa dei posti letto è riservato a malati terminali non oncologici.

** Il totale regionale complessivo corrisponde a 15.363, in quanto al totale della tabella si aggiungono 198 casi di residenti a Roma e 19 casi di residenti nel Lazio senza attribuzione di ASL, per un totale di 4 posti letto per le ASL di Roma città.

Problemi

La qualità della vita nelle persone con una malattia in fase terminale è fortemente correlata con la possibilità di accedere all'assistenza palliativa, siano esse erogate a domicilio o in strutture dedicate. La regione Lazio è attualmente carente in questo specifico settore assistenziale, e la quasi totalità delle strutture presenti è a gestione privata, con una distribuzione non omogenea nel territorio. Inoltre scarsa è l'integrazione con gli altri servizi della rete territoriale e ospedaliera, le modalità di accesso e i percorsi per l'utenza sono confusi.

Non si dispone altresì di un sistema informativo dedicato, e ciò rende difficili valutazioni di qualità, efficacia ed efficienza di tale servizio.

Risposte

In primo luogo è necessario promuovere un approccio olistico alla definizione del modello assistenziale, che deve essere fondato sulla valutazione multidisciplinare, la pianificazione personalizzata dell'assistenza, la promozione e lo sviluppo di una cultura positiva delle fasi terminali della vita, garantendo la dignità della persona anche in questo specifico e doloroso frangente.

È necessario inoltre favorire una ricomposizione organizzativa delle funzioni ospedaliere, territoriali e residenziali a garanzia della specificità e continuità assistenziale del paziente terminale.

transiti globali, cioè l'insieme delle persone che entra o esce dalle strutture penitenziarie, raddoppia in media il numero dei soggetti coinvolti nell'area.

Il D.P.C.M. 1/4/08 (pubblicato su G.U. 30 maggio 2008) ha definitivamente riformato l'intero sistema di assistenza sanitaria in ambito penitenziario, coinvolgendo detenuti, internati e sottoposti a misure restrittive della libertà personale, adulti e minori, precedentemente sotto la responsabilità del Ministero della Giustizia. Questa riforma, quindi, si rivolge a tutte le persone che siano in carcere o nell'area penale esterna e sottoposte a misure alternative alla carcerazione.

La Regione Lazio ha avviato i primi interventi sanitari per i tossicodipendenti nel Complesso polipenitenziario di Rebibbia, sin dalla fine degli anni '80, anche se il processo di riordino inizia solo molto più tardi con il D.Lgs. 230/99 e riguarda soltanto l'area delle Patologie da dipendenza e quella della Prevenzione e igiene pubblica all'interno delle strutture penitenziarie. Oggi, con il supporto di una normativa di definitivo e completo trasferimento delle funzioni, delle risorse economiche e strumentali, nonché del personale e dei locali ad uso sanitario, è possibile tracciare linee programmatiche e di intervento per un inserimento di queste competenze nella più generale programmazione sanitaria regionale, alla stessa stregua di servizi di nuova istituzione.

Aree di intervento strategiche

I principi enunciati sia nel D.Lgs. n. 230/99 che nel D.P.C.M. 1/4/08 stabiliscono con chiarezza che, accanto all'equivalenza di trattamento tra cittadini liberi e non, devono essere poste in particolare attenzione alcune aree critiche, quali:

- la medicina di base con particolare attenzione allo stato di salute dei nuovi ingressi;
- le prestazioni di medicina specialistica;
- gli interventi in emergenza-urgenza;
- l'assistenza farmaceutica;
- le patologie da dipendenza e le sue complicità, specialmente infettive (epatopatie C-correlate, infezione da HIV, ecc.);
- la tutela della salute delle donne e della loro prole;
- la prevenzione, la cura e il sostegno del disagio psichico e sociale;
- la tutela della salute delle persone immigrate.

Queste attività sanitarie dovranno essere rese sulla direttrice di un urgente e costante miglioramento della qualità dei servizi erogati, anche in considerazione del livello attuale insoddisfacente.

A tal fine la Regione Lazio intende:

- attivarsi presso gli specifici tavoli tecnici della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella Conferenza permanente Stato-Regioni al fine di porre in essere gli adempimenti necessari alla concreta attuazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008 e delle linee di indirizzo ad esso allegato;
- disciplinare gli interventi da attuare attraverso le ASL comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli Istituti, i servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento;

- avviare le procedure di concertazione per l'attuazione del trasferimento del rapporto di lavoro del personale di cui all'art. 3 del D.P.C.M. con particolare riguardo ai necessari incrementi ex D.M. 444/90 e L. 45/99 per ciò che attiene ai SerT;
- adottare le iniziative necessarie per la convalida, con apposito atto formale, dell'inventario di attrezzature, arredi e beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia minorile, da trasferire alle singole ASL;
- adottare le iniziative necessarie per la convalida, con apposito atto formale, dell'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, redatto dal Ministero della Giustizia alla data del 31 dicembre 2007, che vengono concessi in uso a titolo gratuito per l'utilizzo da parte delle ASL nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- identificare le procedure amministrative di gestione delle risorse finanziarie che saranno trasferite nella disponibilità del Servizio sanitario regionale in seguito a riparto effettuato secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- definire gli schemi di protocollo interistituzionali, sulla base delle indicazioni fornite dalla Conferenza permanente Stato-Regioni che regolano i rapporti tra le ASL e il Ministero di Giustizia;
- razionalizzare la rete ospedaliera di ricovero e cura presso le strutture ospedaliere regionali;
- i punti precedenti dovranno essere curati anche attraverso la definizione di un'apposita commissione regionale che garantisca la tempestività e la correttezza delle azioni da intraprendere.

Di conseguenza le ASL dovranno porre in essere le azioni di natura giuridica, amministrativa e contabile al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza in attuazione delle direttive regionali in materia di organizzazione, adottando le iniziative necessarie per l'attuazione dell'art. 3 comma 1 del D.P.C.M. suddetto per il trasferimento del personale dipendente di ruolo e non, sulla base delle tabelle allegate al D.P.C.M. stesso.

Dovranno essere inoltre adottate le iniziative necessarie al fine di dare piena attuazione all'art. 4 comma 1 del D.P.C.M. suddetto per il trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della giustizia e stipulate apposite convenzioni con gli istituti e i servizi penitenziari incidenti sul territorio aziendale, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione.

Un settore dell'intera operazione di trasferimento delle competenze sanitarie, che deve essere considerato critico, è rappresentato dal passaggio di gestione delle risorse economiche. Esse dovranno essere attribuite ad ogni singola Azienda secondo criteri di riparto che tengano in considerazione la numerosità della popolazione detenuta e la presenza di strutture particolari (per tossicodipendenti, HIV, donne, minori ecc.). Per la strumentazione e i locali in cessione dovrà essere valutata la rispondenza agli attuali requisiti di legge. Il personale dovrà ricevere un contratto ai sensi della normativa vigente in tema di CCNL.

Modello organizzativo

Al fine di soddisfare l'esigenza di creare e avviare l'operatività di modelli organizzativi aziendali efficaci che possano rapidamente prendere in carico la globalità del sistema di assistenza sanitaria penitenziaria, sono previste opportune

strutture di governo regionale (Coordinamento regionale interaziendale per la tutela della salute in ambito penitenziario) che forniscano linee di indirizzo e controllo alle ASL responsabili dell'erogazione delle singole prestazioni sanitarie. Un sistema di questo tipo supera l'eventuale difformità di modelli organizzativi tra ASL e garantisce uniformemente la salvaguardia del diritto a equivalenti prestazioni tra cittadini liberi e non. Pertanto i modelli organizzativi locali devono prevedere la creazione di opportune forme organizzative o l'inserimento di tali attività in strutture operative preesistenti.

Gli interventi sinora attuati in merito alle patologie da dipendenza e che rappresentano un modello di riferimento organizzativo (custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti, day hospital per le sindromi da astinenza ecc.) saranno rivisti alla luce dei percorsi di qualità delle prestazioni sanitarie con il supporto di specifici manuali.

Per garantire un opportuno monitoraggio sia dei percorsi di salute che delle difficoltà emergenti è necessario disporre di un Osservatorio della sanità in ambito penitenziario, in seno al Coordinamento regionale.

Il Coordinamento regionale interaziendale viene gestito dall'Area della rete dei servizi dei soggetti deboli (Dipendenze, salute mentale e carcere) della Direzione regionale della Programmazione sanitaria e dall'Area Risorse umane e formazione della Direzione regionale Risorse umane e Finanziamento del SSR. Esso è costituito da: rappresentanti delle ASL e del Ministero della Giustizia, rappresentanze sindacali, referente in Conferenza unificata, Garante dei diritti dei detenuti e associazioni di volontariato.

Obiettivo

Sviluppare nuovi strumenti informativi, specificamente orientati al monitoraggio di ambiti particolari dell'assistenza sanitaria, attualmente non coperti dai sistemi di rilevazione correnti.

Azione

Implementazione a livello regionale di un nuovo flusso informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati irregolari.

Garantire l'accesso ai servizi sociosanitari

L'accessibilità è uno dei nodi cruciali del diritto all'assistenza sanitaria che, accanto alla questione giuridica del riconoscimento formale, pone quella più sostanziale del superamento delle barriere burocratiche, linguistiche e culturali alla fruibilità delle prestazioni.

Obiettivo

Informare la popolazione immigrata sui diritti alla salute e all'assistenza sanitaria, sull'offerta di servizi territoriali e sui percorsi assistenziali.

Azione

Predisposizione e diffusione da parte delle Aziende sanitarie, in collaborazione con il privato sociale e le associazioni degli immigrati, di materiale informativo sul diritto all'assistenza sanitaria, da distribuire al momento del rilascio del permesso di soggiorno (o in altre occasioni di contatto con le istituzioni) e attraverso il coinvolgimento attivo delle comunità etniche.

Messa a punto di "mappe di fruibilità" dei servizi, contenenti informazioni dettagliate sulla dislocazione territoriale delle strutture sociosanitarie, soprattutto quelle di prima assistenza (ambulatori STP, consultori familiari, centri vaccinali, CSM ecc.), e sui percorsi di accesso alle prestazioni.

Obiettivo

Formare il personale operante nei servizi sociosanitari sui temi dell'intercultura in sanità.

Azione

Organizzazione di corsi di formazione sui temi della salute globale e della medicina e infermieristica transculturale, sugli aspetti legislativi e amministrativi che regolano l'accesso degli immigrati ai servizi, rivolti agli operatori sociosanitari e, soprattutto per gli argomenti normativi, agli operatori del front office.

Obiettivo

Promuovere la mediazione culturale in sanità.

Azione

Implementazione di programmi e servizi di mediazione culturale a livello di ciascuna Azienda sanitaria territoriale, che prevedano anche il coinvolgimento e la valorizzazione del personale di origine straniera già presente nei servizi.

Obiettivo

Riorientare i servizi territoriali e ospedalieri in funzione di un'utenza multi-etnica.

Azione

Organizzazione flessibile dell'offerta, in grado di tenere conto delle esigenze dell'utenza straniera, con apertura degli ambulatori in giorni e orari più favorevoli all'accesso degli immigrati; individuazione di eventuali percorsi facilitati e adeguata segnaletica interna.

Implementare strategie di sanità pubblica per la promozione della salute

Le attività di sanità pubblica in favore degli immigrati si articolano in programmi coordinati di prevenzione e assistenza, specificamente orientati su condizioni e/o gruppi di popolazione ad alto rischio di esiti negativi per la salute.

Obiettivo

Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie regionali in favore degli immigrati mediante l'adozione di modelli di sanità pubblica incentrati sulla sinergia pubblico-privato sociale e sulle esperienze di rete.

Azione

Sviluppo di reti multidisciplinari, istituzionali e non, in cui trovino spazio e valorizzazione anche le esperienze del privato sociale, del volontariato e dell'associazionismo degli immigrati.

Obiettivo

Adottare strategie di offerta attiva nella prevenzione e nell'assistenza sanitaria, in riferimento a specifiche aree di criticità sanitaria.

Azione

Sviluppo di progetti di tutela e promozione della salute nei confronti di particolari condizioni critiche (salute della donna e del bambino, infortuni sul lavoro, salute orale ecc.) o gruppi a rischio di esclusione sociale (comunità etniche particolarmente isolate, come quella cinese, o categorie lavorative poco visibili, come le badanti). Un'attenzione speciale va riservata ai richiedenti asilo, ai rifugiati e alle vittime di violazione dei diritti umani fondamentali, attraverso specifici interventi di offerta attiva di prestazioni e la creazione di percorsi privilegiati di accesso.

Obiettivo

Promuovere campagne di orientamento ai servizi, educazione alla salute e accessibilità dell'assistenza sanitaria in favore della popolazione rom e sinta.

Azione

Organizzazione di interventi su scala di popolazione che prevedano l'offerta attiva di misure preventive e di educazione alla salute e l'orientamento alle strutture in base ai bisogni sanitari, da realizzarsi direttamente negli insediamenti zingari da parte del personale sociosanitario con la mediazione degli operatori del privato sociale e del volontariato.

Obiettivo

Favorire la partecipazione attiva delle comunità etniche nella definizione dei bisogni di salute e nelle scelte in sanità, in una logica di empowerment e di relazioni reciproche.

Azione

Coinvolgimento degli stranieri nella pianificazione delle attività sanitarie, anche attraverso la creazione di specifiche "Consulte per una salute interculturale", con rappresentanti delle istituzioni sanitarie, degli Enti locali, dell'associazionismo e delle comunità etniche.

Potenziare e qualificare il sistema di accoglienza sanitaria di bambini adottati all'estero

I bambini adottati all'estero sono ritenuti soggetti che necessitano un'attenzione medica particolare, infatti in USA, Canada ed in molti Stati Europei, da oltre 15 anni, si eseguono esami di screening sui bambini adottati al loro arrivo nel paese di accoglienza.

In Italia, in assenza di indicazioni ufficiali da parte del Ministero della Salute, alcune Regioni hanno regolamentato l'accoglienza sanitaria dei bambini adottati in diverse forme.

Nell'ambito della programmazione e potenziamento degli interventi di sostegno alle famiglie adottive, occorre affrontare razionalmente ed efficacemente il problema della valutazione dello stato di salute del bambino adottato all'estero, attraverso l'attività dei pediatri di libera scelta e dei pediatri dipendenti del SSR. Ciò in attuazione della Convenzione internazionale di New York sui diritti del fanciullo del 1989, recepita con legge italiana nel 1991, che ha individuato tra le diverse categorie di bambini immigrati quella dei "bambini adottati all'estero" quali portatori di specifiche problematiche sociosanitarie da individuare mediante indagini clinico-epidemiologiche peculiari.

Come segnalato dalla letteratura medica internazionale, una buona proporzione dei bambini adottati all'estero sono portatori di problemi sanitari spesso sottovalutati. La documentazione sanitaria è carente e poco attendibile, così come i certificati di vaccinazione prodotti dai paesi d'origine.

Obiettivo

Fornire una completa e competente valutazione dello stato di salute del bambino adottato all'estero, attraverso l'attività dei pediatri di libera scelta e dei pediatri dipendenti del SSR.

Azione

In considerazione della rilevanza sociale del fenomeno dell'adozione, la Regione Lazio, quarta per numero di adozioni internazionali dopo Lombardia, Veneto e Toscana, con 298 adozioni registrate nel 2008, vuole affrontare questo problema attraverso l'emanazione di linee guida regionali. Le linee guida regionali terranno conto delle patologie di più frequente riscontro nei bambini che hanno vissuto in condizioni igienico-sanitarie di degrado e delle malattie endemiche nei paesi d'origine, definiranno le modalità di attivazione dell'accoglienza medica attraverso i pediatri di libera scelta, e le modalità di aggiornamento di questi ultimi.

Le Aziende sanitarie avvalendosi dei pediatri di libera scelta e di quelli dipendenti assicurano, pertanto, un'attenta e accurata accoglienza sanitaria subito dopo l'arrivo in Italia e, di norma, prima dell'inserimento in comunità infantili attraverso prestazioni diagnostico assistenziali, indicate dalle linee guida regionali. Le linee guida verranno elaborate dagli Assessorati Regionali alle Politiche Sociali e alla Sanità, anche sulla base del protocollo approvato dalla Commissione Adozioni Internazionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Un gruppo di lavoro che coinvolga l'Assessorato alla Sanità, l'Assessorato alle Politiche Sociali e il Comitato tecnico regionale per le adozioni, si occuperà del monitoraggio dell'attuazione delle linee guida nelle Aziende sanitarie locali, anche al fine di promuovere la collaborazione tra i pediatri e i servizi sociosanitari del territorio per una corretta presa in

carico del bambino adottato, nel quadro delle linee indicate dal PSR per la realizzazione della integrazione sociosanitaria.

6.b Salute della donna

Negli ultimi decenni le condizioni sociali delle donne hanno subito cambiamenti profondi. Oggi le donne vivono più a lungo (la speranza di vita alla nascita è di 84 anni, fonte: ISTAT), lavorano più spesso fuori casa (il 48% delle donne nel 2005 risultano occupate secondo la rilevazione dell'ISTAT), costituiscono il loro nucleo familiare più tardi e di conseguenza decidono di avere un figlio in età più avanzata rispetto al passato. Anche le condizioni sociali sono caratterizzate da un minor supporto offerto dal sistema di relazioni (parentali, di vicinato ecc). Si osserva, inoltre, un aumento consistente delle donne immigrate, che portano con loro un bagaglio sociale e culturale diverso dal modello predominante. A fronte di queste modifiche socio-demografiche si constata che il modello attuale non è in grado di supportare sufficientemente la vita e le scelte delle donne rispetto ai bisogni sociosanitari.

La promozione della salute della donna rappresenta quindi un impegno strategico per il SSR. L'attenzione alla salute delle donne è necessaria al fine di tutelare la specificità di genere e conseguire la parità di opportunità, tenuto presente che le condizioni di vita delle donne, determinate dal modello sociale e culturale, sono di fatto diverse da quelle degli uomini.

La risposta ai bisogni di salute delle donne necessita di una forte integrazione tra i servizi. Importante è l'attività di promozione della salute e del benessere finalizzata a migliorare la competenza e aumentare la consapevolezza nelle scelte di salute. Il miglioramento dei servizi è da raggiungersi anche attraverso il coinvolgimento diretto delle donne alla pianificazione degli interventi mediante azioni volte a svilupparne l'empowerment. Nei confronti della salute delle donne i principi di solidarietà e di equità di accesso alle strutture devono essere garantiti, specialmente verso le persone svantaggiate e fragili come le donne immigrate o le donne anziane che molto spesso vivono l'esperienza della solitudine.

Vi sono altri aspetti da considerare attentamente, per i quali il servizio sanitario può svolgere un ruolo di promozione, di *advocacy*, di ricerca, di informazione e/o di denuncia.

È oramai nota la relazione tra stato di salute e disparità di genere che agisce in tre settori sociali rilevanti: famiglia, mercato del lavoro e sistema di welfare. È necessario, in questa prospettiva, avviare una riflessione sulla dimensione di "genere" della malattia e della salute e sulle disuguaglianze di accesso ai diritti fondamentali di cittadinanza. Vi sono alcuni ambiti specifici su cui i servizi sanitari possono agire.

Si fa riferimento innanzitutto all'autodeterminazione delle donne sul proprio corpo e sulla propria salute. In questo ambito il servizio sanitario può svolgere un ruolo importante, oltre a quello strettamente legato all'organizzazione e integrazione dei servizi. Si ritiene infatti di rilevante interesse avviare iniziative di contrasto alla "normazione corporea", ovvero al modello di corpo che viene socialmente e culturalmente sostenuto e diffuso mediante la comunicazione mass mediatica e che è oggi da considerarsi quale grave fattore di rischio per la salute.

Altro aspetto ragguardevole è quello inerente alla promozione delle condizioni favorevoli un alleggerimento del carico derivante dall'attività di cura che la donna deve attualmente sopportare, quale caregiver informale socialmente identificato. In questo senso è anche da interpretare la riorganizzazione delle attività delle cure primarie e intermedie che è dettagliata nella specifica parte di Piano ad esse dedicate.

Per quanto riguarda le attività di più stretta pertinenza dei servizi sanitari, di seguito vengono identificati alcuni interventi ritenuti prioritari.

La promozione della salute in adolescenza

L'adolescenza è un momento delicato e complesso nel quale gli interventi di promozione della salute possono positivamente indirizzare gli stili di vita, ad esempio contrastando efficacemente i disturbi alimentari, l'obesità e favorendo una sessualità consapevole. Inoltre, gli interventi orientati a promuovere stili di vita sani rappresentano per questa fascia di popolazione un investimento per il futuro, riducendo l'incidenza di patologie importanti come il diabete, le malattie cardiovascolari e i tumori.

Il consultorio familiare rappresenta un servizio territoriale privilegiato per condurre l'attività di promozione della salute.

Proposte

- Rafforzamento dei consultori nell'attività di prevenzione e promozione della salute, e nelle attività svolte presso gli spazi giovani (vedi anche Parte III, cap. 3.k), con particolare riferimento alla salute riproduttiva, all'attenzione ai gruppi a rischio e alla promozione di un adeguato e armonico sviluppo psicofisico.

La salute riproduttiva

Il tema della salute riproduttiva non deve essere considerato come un qualsiasi altro aspetto di salute, in quanto esso è caratterizzato quasi sempre da condizioni fisiologiche, ed è importante quindi che l'approccio con cui si affronta tenga conto di questa specificità, per evitarne la medicalizzazione.

Negli ultimi anni si sono osservati importanti cambiamenti epidemiologici: la natalità è lievemente diminuita passando dall'11,1 per 1.000 nati nel 1980 a 10 per 1.000 nel 2006; dal 1985 al 2006 la frequenza di donne alla prima gravidanza con età superiore o uguale a 30 anni è passata dal 18,1% al 59,8%; la proporzione di donne immigrate che partoriscono è passata dal 4,3% del 1990 al 20,5% del 2006; l'incremento dei parti con taglio cesareo colloca il Lazio ai primi posti in Italia (44% a fronte di una media nazionale di 35,2%), con grandi differenze tra le strutture; a fronte di un andamento stabile nel tasso di interruzione volontaria di gravidanza (tasso di abortività pari a 11,8 per 1.000 donne) si rileva un incremento importante nel Lazio degli interventi effettuati da donne nate all'estero (5,4% nel 1987 vs 43% nel 2006).

Nonostante il complessivo miglioramento delle condizioni di salute riproduttiva si evidenziano ancora alcuni aspetti critici rispetto all'offerta assistenziale: disuguaglianze nell'accesso alle cure, inappropriately nell'uso di alcune tecnologie e procedure, insufficiente utilizzo di interventi di prevenzione primaria semplici, a basso costo e di documentata efficacia come la supplementazione con acido folico in epoca periconcezionale. I dati disponibili nel Lazio dimostrano che per alcuni gruppi di popolazione in situazioni di particolare svantaggio, come le donne provenienti da paesi in via di sviluppo o nomadi, risulta scarso l'accesso a controlli prenatali appropriati.

Proposte

- Individuazione di percorsi che vadano verso una demedicalizzazione dell'assistenza, nel rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio da realizzare attraverso un sistematico collegamento fra servizi territoriali, principalmente individuati nella rete dei consultori, e punti nascita (vedi Allegato G "Percorso nascita");
- riduzione del ricorso al taglio cesareo nelle gravidanze a basso rischio, in accordo con le linee guida regionali;
- rafforzamento del ruolo dei consultori per gli aspetti di assistenza sanitaria e psicologica per le donne che decidono di interrompere una gravidanza;
- offerta di un percorso idoneo alle donne straniere attraverso servizi di mediazione culturale;
- promozione di una rete di servizi ostetrici per la presa in carico di gravidanze ad alto rischio per patologia materna o fetale, ivi inclusi i difetti congeniti, in collegamento funzionale con le Unità di Terapia Intensiva Neonatale per aumentare la prassi del trasferimento in utero rispetto a quella del trasporto neonatale.

Procreazione medicalmente assistita

Rispetto alla Procreazione medicalmente assistita (PMA), con la D.G.R. 66/2008 la Regione Lazio ha approvato i Requisiti strutturali, tecnico-scientifici e organizzativi minimi delle strutture pubbliche e private all'esercizio dell'attività di PMA. A fronte di tale provvedimento non è stato ancora completato il processo autorizzativo finalizzato alla creazione di una rete di centri di I, II e III livello così come previsto dall'art 10 comma 1 della legge n. 40 del 19 febbraio 2004. Sulla base dei dati pubblicati dal Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il rapporto fra centri autorizzati e popolazione in età fertile per le regioni del Nord Italia risulta pari a circa 2,7 x 100.000: 1 per i centri di I livello e 1,7 per quelli di II e III livello. Se applichiamo questi valori alla popolazione del Lazio è possibile stimare un fabbisogno complessivo per la regione di 36 centri di PMA di cui 13 di I livello e 22 di II e III livello.

Le Interruzioni volontarie di gravidanza

Un aspetto della salute femminile fisica e psichica è sicuramente legato alle IVG e agli aborti terapeutici. Nel Lazio nel 2007 sono state effettuate 14.716 IVG; il tasso di abortività per 1.000 donne residenti di 15-49 anni era pari a 11,1, di poco più alto della media nazionale (9,1 per 1.000, anno 2007). Il fenomeno è in costante diminuzione dai primi anni successivi all'applicazione della Legge 194/78 (il tasso di abortività era pari a 20,6 nel 1982). Il 71% degli interventi sono prime IVG, mentre il restante 29% riguarda interventi ripetuti. Il quadro regionale mostra una forte mobilità delle utenti che si spostano dalla propria ASL di residenza per effettuare l'intervento, tempi di attesa dalla certificazione alti e un aumento molto forte di IVG effettuate a settimane di gestazione avanzate. È da evidenziare inoltre la forte percentuale di donne straniere che richiedono questo servizio; queste donne hanno una prevalenza più alta di IVG ripetute rispetto alle donne italiane.

Proposte

- Per la prevenzione delle IVG, e in particolar modo di quelle ripetute, è necessario rafforzare il ruolo dei Consultori familiari nella realizzazione di interventi attivi di educazione al salute rivolti a particolari gruppi di

- popolazione (adolescenti, donne immigrate, donne con una storia di abortività ripetuta, donne in particolari condizioni di svantaggio sociale, di povertà e con bassa istruzione);
- per abbattere i tempi di attesa è necessario garantire l'applicazione dell'articolo 9 della Legge 194/78 riguardo all'obiezione di coscienza. Tale norma va rispettata facendo sì che tutti gli operatori delle UO di Ostetricia e Ginecologia dove è presente un servizio IVG sottoscrivano un protocollo nel quale si ribadisce il diritto della donna a ricevere l'assistenza sanitaria e il supporto psicologico più adeguato nella fase antecedente e conseguente all'intervento da parte del personale del reparto, ivi inclusi gli operatori obiettori. In carenza di personale, l'Azienda dovrà stipulare contratti ad hoc con personale esterno. Tutte le donne che hanno ricevuto la certificazione dal Consultorio familiare dovranno essere supportate da un operatore del servizio durante la fase immediatamente precedente e successiva all'intervento. Per garantire il conseguente ritorno al Consultorio per la contraccezione, il comportamento del personale dello stesso dovrà essere non solo di puro invio alla struttura ospedaliera, ma di guida al percorso, possibilmente con prenotazione. Attraverso opportuni accordi tra le strutture e i consultori, la presa in carico da parte del Consultorio della donna dopo l'intervento dovrà essere garantita anche per coloro che hanno ottenuto la certificazione da un altro servizio. Nel caso di decisione di aborto terapeutico conseguente ad una diagnosi prenatale o a gravi condizioni di salute della donna, il centro che effettua la diagnosi deve inserire la donna nel percorso di interruzione della gravidanza. I servizi ospedalieri devono garantire la qualità dell'intervento attraverso il giusto grado di riservatezza alle utenti con ambienti dedicati (degenza in stanze separate da ricoveri per patologie ginecologiche e/o per gravidanza e parto) e il supporto psicologico.

I tumori

I tumori, oltre ad essere patologie importanti per la salute femminile, possono portare a forti conseguenze emotive in quanto intaccano l'essenza stessa della femminilità. Il quadro epidemiologico negli ultimi anni sta mutando, ad esempio si osserva nelle donne un'alta prevalenza del tumore del polmone (incidenza pari a 17 per 100.000), frutto della diffusione dell'abitudine al fumo (vedi anche Parte II, cap. 4). Per i tumori femminili è molto importante consolidare gli interventi di prevenzione realizzati attraverso i programmi di screening regionali. Occorre che gli screening vengano svolti il più possibile all'interno dei programmi organizzati delle ASL, che garantiscono percorsi diagnostici e terapeutici appropriati e di qualità, per evitare che gli screening spontanei vadano incontro a problemi di inappropriatelyzza e in particolare a sovradiagnosi e sovratrattamento (vedi anche Parte III, cap. 2.c).

Proposte

- Garantire percorsi di diagnostica preventiva, cura e sostegno appropriati; incrementare la copertura e l'adesione ai programmi di screening regionali anche attraverso una capillare campagna di pubblicizzazione volta ad aumentare le conoscenze delle donne sui temi della prevenzione; convogliare le richieste spontanee di test di screening all'interno dei programmi organizzati dalle ASL;
- promuovere sia attività di sostegno psicologico e di presa in carico nella fase delle cure, sia di aiuto al reinserimento nel mondo del lavoro nelle fasi successive.

La promozione della salute per le donne anziane

Nel Lazio nel 2007 le donne ultrasessantacinquenni residenti sono circa 620.500, delle quali il 55,5% risulta non coniugato (vedove, nubili e divorziate). Per questa fascia di popolazione femminile aspetti rilevanti di salute sono le malattie cardiovascolari, che costituiscono la prima causa di ricovero (20,4% delle dimissioni ospedaliere), i tumori, altre patologie croniche e l'osteoporosi (l'incidenza di ospedalizzazione per frattura di femore è pari al 7,97 per 100.000), le cui conseguenze sono pesanti, sia in termini di morbilità, disabilità e mortalità (circa il 15-25%) che di impatto socioeconomico. Dal punto di vista dei fattori di rischio risulta elevata la proporzione di donne fumatrici (il 25% delle donne fuma una media di 13 sigarette al giorno), molto alta (40%) la percentuale di donne sovrappeso, mentre la metà della popolazione femminile in menopausa è ipertesa o viene trattata per ipertensione, e il 48% non svolge attività fisica nel tempo libero (fonte: progetto Cuore-ISS). Altro elemento rilevante è rappresentato dai traumi accidentali, che in questa fascia di popolazione possono avere conseguenze gravi ed esitare in disabilità. Si osservano forti differenze territoriali e socioeconomiche nell'accesso al sistema di cure appropriate. I percorsi assistenziali dovrebbero tenere conto di alcune specificità di genere, come ad esempio la sintomatologia per le malattie cardiovascolari che nelle donne è meno evidente. Appare chiaro che uno degli strumenti per mantenere la buona salute è rappresentato, in questa fascia di popolazione, da uno stile di vita salutare, basato sull'attività fisica, una dieta povera in grassi saturi, un consumo adeguato di frutta e verdura e l'eliminazione dell'abitudine al fumo.

Proposte

- Promuovere strategie di prevenzione primaria e secondaria nell'ambito della medicina territoriale, dei centri di riabilitazione e delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- promuovere interventi specifici per le donne anziane che vivono sole. Tali interventi devono prevedere integrazione tra i servizi territoriali, ospedalieri e sociali.

6.c Salute del bambino

L'età evolutiva rappresenta per ogni individuo il laboratorio nel quale si sperimentano esperienze che possono indurre un più o meno positivo sviluppo della vita e numerose sono le variabili coinvolte nel processo di accrescimento. Una cura particolare è stata posta negli ultimi anni nel valorizzare tutti gli elementi atti a promuovere lo sviluppo fisiologico del bambino. Un esempio fra tutti è la promozione dell'allattamento al seno, risultato essere particolarmente adatto oltre che a soddisfare i bisogni alimentari ed emotivo-psicologici del neonato, anche a rappresentare una fonte importante di difese immunitarie.

Il compito prioritario del sistema sanitario consiste nel dare una risposta appropriata ai bisogni di salute dei bambini attraverso lo sviluppo di politiche sanitarie basate sui principi cardine della continuità assistenziale e dell'integrazione fra interventi sanitari e sociali. Inoltre, sono necessarie azioni specifiche per i bambini che si trovano in condizioni socioeconomiche svantaggiate o che vivono situazioni di disagio, soprattutto attraverso un sostegno diretto alle famiglie. Nell'ambito della salute in età evolutiva deve essere forte l'integrazione con le scuole per attivare interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute. Per i bambini affetti da patologie croniche, malattie congenite o

disontogenetiche e da disabilità è necessario poter disporre di reti assistenziali caratterizzate da forte integrazione fra ospedale e territorio e di strutture di eccellenza per i casi più gravi e complessi.

Il miglioramento delle condizioni sociali, culturali ed economiche della società e i progressi raggiunti nelle cure pediatriche hanno determinato un sensibile e costante miglioramento dello stato di salute della popolazione in età evolutiva. Il quadro epidemiologico ha visto la riduzione nel tempo della mortalità e morbosità associate a patologie acute, come quelle respiratorie e infettive, ma parallelamente sono insorte le problematiche sanitarie legate all'aumento delle malattie croniche, degli incidenti, dei disturbi dello sviluppo neuromotorio, cognitivo, neuropsicologico e psicologico. Assistiamo ad un progressivo decremento della mortalità infantile e in età evolutiva. Nel 2006 il tasso di natimortalità era pari al 2,5 per 1.000 nati mentre il tasso di mortalità infantile era pari al 3,7 per 1.000 nati, simile al valore nazionale (3,1 e 3,7). Il tasso di mortalità nel Lazio è diminuito da 26,4 per 100.000 nel 1991 a 17,3 nel 2006 nella fascia 1-4 anni, da 18,7 a 7,6 nella classe 5-9 anni e da 16,8 a 7,2 in quella 10-14 anni. Il decremento della mortalità feto-infantile ha determinato un aumento della sopravvivenza di bambini con prematurità estrema o con patologie malformative.

I bambini con patologia cronica (7,6% dei bambini di età 0-14 anni) e disabilità costituiscono la principale sfida per l'assistenza pediatrica, perché in alcuni casi le risorse terapeutiche possono essere carenti o non razionalmente distribuite, o perché le strategie di cura richiedono uno stretto coordinamento tra l'area delle cure ospedaliere e quella delle cure primarie, oppure perché i bisogni assistenziali richiedono il coinvolgimento di figure non sanitarie (servizi sociali, volontariato, famiglie). Una stima basata sui dati della Multiscopo individua circa 7.000 bambini di età 6-14 anni in una condizione di disabilità nel Lazio. Dopo il primo anno di vita le cause accidentali rappresentano una delle prime cause di decesso. La sorveglianza degli accessi alle strutture di emergenza per incidenti domestici nella regione Lazio, basata sul SIES, dimostra che l'11% circa dei bambini sotto i 15 anni è costretto ogni anno a ricorrere alle cure mediche presso un PS; la conseguente ospedalizzazione riguarda il 4,7% dei bambini. Condizioni ambientali, sociali (bassa scolarizzazione dei genitori), fattori di stress per la famiglia e personalità del bambino rappresentano i fattori maggiormente associati a questo fenomeno.

Alcuni studi stimano l'incidenza annua di nuovi casi di abuso su minori da un minimo di 3 ad un massimo di 6 per 1.000 bambini sotto i 15 anni.

Un altro aspetto che negli ultimi anni sta diventando molto rilevante riguarda l'incremento di sovrappeso e obesità infantili associati a iperalimentazione e insufficiente attività fisica.

I bambini con bisogni speciali necessitano di controlli di salute e interventi di prevenzione primaria e secondaria non occasionali ma stabilmente inseriti in un progetto assistenziale. Accanto a queste condizioni di potenziale vulnerabilità se ne possono individuare altre maggiormente legate a situazioni di povertà economica e culturale e di disagio sociale.

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera la realtà dei servizi pediatrici ospedalieri del Lazio è molto articolata per le sue differenti tipologie e diffusa su tutto il territorio. Accanto ai reparti di pediatria generale, è ben rappresentata l'offerta di reparti chirurgici così come quella di reparti di elevata specialità. Nel Lazio nel 2006 i ricoveri per acuti tra i bambini sotto i 15 anni sono stati 69.563 in regime ordinario e 86.303 in day hospital; il tasso di ospedalizzazione è stato pari a 77,9 per 1.000 residenti in regime ordinario e 96,9 per 1.000 residenti in day hospital (155,8 per 1.000 accessi in day hospital).

Un'analisi delle singole diagnosi di dimissione dimostra che una quota rilevante di questi ricoveri è a forte rischio di inappropriatezza in regime ordinario e spesso riguarda condizioni che potrebbero essere trattate correttamente in un

ambito non ospedaliero. Le prime due cause mediche di ricovero sono infatti gastroenteriti e otiti e altre infezioni delle alte vie respiratorie. Esiste in questo ambito una disparità di trattamento, essendo i bambini socialmente svantaggiati quelli a maggior rischio di accesso in ospedale. Anche i risultati dei dati di PS dimostrano come sia elevata la quota di bambini con accesso non appropriato a strutture di emergenza per problemi che possono essere risolti dall'area delle cure territoriali.

Proposte (vedi anche l'Allegato 1.C "Rete pediatrica")

- Promozione di progetti obiettivo a forte integrazione sociosanitaria rivolti a gruppi di popolazione appartenenti a comunità vulnerabili (donne con storia di immigrazione recente, famiglie monoparentali, nomadi, minorenni in gravidanza o che richiedono un'IVG, donne con dipendenza da alcol o droghe o con patologia psichiatrica);
- elaborazione e diffusione di raccomandazioni/linee guida sull'allattamento al seno rivolte alle donne e agli operatori sociosanitari; realizzazione di corsi di formazione per gli operatori; realizzazione del *rooming in* e consulenze alle mamme nei punti nascita; integrazione con i reparti di Patologia neonatale e Terapia intensiva neonatale (TIN) per il mantenimento dell'allattamento al seno; promozione dell'attività di consulenza alle mamme nei consultori; consolidamento ed estensione del progetto Ospedale Amico del Bambino che attualmente vede coinvolti 14 Ospedali della regione con una struttura pubblica che ha ottenuto nell'ambito del progetto il riconoscimento da parte dell'OMS/UNICEF (Ospedale Belcolle di Viterbo);
- implementazione di interventi di promozione della salute e di comunicazione, sul modello del progetto Genitoripiù per la prevenzione dai rischi più diversi: malformazioni, basso peso alla nascita, morte in culla – SIDS, infezioni, traumi stradali, obesità, difficoltà cognitive e relazionali;
- promozione di interventi di prevenzione primaria, concernenti in particolar modo il controllo dei fattori di rischio legati agli stili di vita, ad esempio educazione alimentare e sanitaria nelle scuole, e la prevenzione della morbosità e mortalità da cause accidentali attraverso la linea operativa "Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici" dei progetti regionali inseriti nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007;
- identificazione e presa in carico precoce di bambini con bisogni speciali, integrando funzioni e competenze dei pediatri di libera scelta (PLS), dei servizi territoriali e dei reparti ospedalieri;
- valorizzazione della funzione di orientamento e di filtro del PLS ai fini della riduzione degli accessi impropri in ospedale e della durata della degenza, attraverso l'incremento della Pediatria di gruppo o associativa, il potenziamento delle Unità di cure primarie pediatriche, e la sperimentazione di nuove forme di ricovero come l'Osservazione breve; valorizzazione del PLS in qualità di promotore della continuità assistenziale attraverso corrette modalità di comunicazione con i servizi specialistici;
- gestione appropriata delle malattie croniche di bassa ed elevata complessità attraverso una rete integrata di servizi territoriali e ospedalieri organizzata per livelli diversi di intensità di cure;
- presa in carico globale e continuativa del bambino disabile attraverso la definizione di un progetto terapeutico/riabilitativo integrato con gli aspetti sociali e educativi, che tenga conto dei bisogni attuali ma che sappia prevedere il collegamento con gli altri servizi territoriali in previsione delle necessità assistenziali future; attraverso équipe multidisciplinari con specifiche competenze specialistiche, tutela del passaggio da un ambito assistenziale all'altro, coordinando i tempi e le azioni attraverso protocolli definiti e condivisi;

- intensificazione delle procedure di valutazione dell'attività di ricovero finalizzate alla rigorosa definizione delle prestazioni considerate efficaci e appropriate in ambito ospedaliero.