



Regione Umbria
Giunta Regionale

P.R.O.G.E.T.T.O PER LA SALUTE

PIANO SANITARIO REGIONALE
2019-2021

Pre-adottato con deliberazione della Giunta regionale
n. 635 del 08/05/2019

Assessorato Regionale alla coesione sociale e al welfare

Elaborato da:

Walter Orlandi
Francesca Armellini
Manuela Pioppo
Enrica Ricci

Con la collaborazione di:

Roberta Antonelli
Nera Bizzarri
Angela Bravi
Giampaolo Bucaneve
Gabriella Carnio
Paola Casucci
Ombretta Checconi
Michaela Chiodini
Marcello De Giorgi
Giampaolo Di Loreto
Atanassios Dovas
Giovanni Filippini
Anna Rita Flamini
David Franchini
Gianni Giovannini
Francesca Gori
Laura Grasselli
Piero Macellari
Gabriella Madeo
Kathryn Mary Mahan

Mauro Marchesi
Carmen Maresca
Francesco Mariotti
Andrea Monsignori
Alessandro Montedori
Raffaello Morgante
Alfredo Notargiacomo
Maria Concetta Patisso
Stefania Prandini
Daniela Ranocchia
Donatella Riccardini
Mariangela Rossi
Giovanni Santoro
Angelo Sidoni
Milena Solfiti
Milena Tomassini
Anna Tosti
Maria Trani
Mauro Zampolini

ed il contributo dei componenti i 12 Tavoli tematici e di confronto:

SALUTE MENTALE, CURE PRIMARIE E MEDICINA D'INIZIATIVA E MALATTIE CRONICHE, DISABILITA' E RIABILITAZIONE, DIPENDENZE, CURE PALLIATIVE, PREVENZIONE, RETE OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA, TRAPIANTI E SANGUE, TECNOLOGIE HTA ICT, RICERCA E MEDICINA DI PRECISIONE, INFANZIA ED ETA' EVOLUTIVA

Comitato Scientifico: Federico Lega, Alessandro Montrone, Paola Pisanti

Attività di supporto alla redazione: Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica



The background features several large, overlapping, organic shapes in various shades of green, ranging from light lime to a darker forest green. These shapes are fluid and curved, creating a sense of movement and depth. The word "SOMMARIO" is centered in a dark green, bold, sans-serif font.

SOMMARIO

PREMESSA.....	7
1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DEL S.S.R.	15
1.1. Gli scenari socio-economici, demografici.....	19
1.2. Il profilo epidemiologico.....	39
1.3. Il livello di performance emerso dai sistemi di valutazione.....	61
1.4. Gli assetti istituzionali.....	62
1.5. Il finanziamento del SSR e le modalità di riparto delle risorse.....	66
2. IL P.R.O.G.E.T.T.O. PER LA SALUTE	75
2.1. PROMUOVERE la valorizzazione degli operatori sanitari	75
2.1.1. Valorizzare le competenze, mettendo a leva conoscenze, abilità, attitudini e motivazioni degli operatori sanitari.....	79
2.1.2. Ridefinire le dotazioni organiche in base alle nuove esigenze assistenziali.....	83
2.2. RICONOSCERE i protagonisti	89
2.2.1. Garantire la partecipazione di tutti gli stakeholder alla definizione ad al monitoraggio del Piano Sanitario regionale.....	91
2.2.2. Costruire la banca dati delle buone pratiche del SSN. Diffondere e trasferire le conoscenze ..	94
2.2.3. Il Ruolo dell'Università nel P.R.O.G.E.T.T.O. di salute.....	95
2.3. OFFRIRE cure in qualità, sicurezza, con le tecnologie più avanzate	97
2.3.1. Investire in strutture e tecnologie.....	99
2.3.2. Promuovere la ricerca e Implementare l'HTA.....	103
2.3.3. Ridefinire l'accreditamento istituzionale.....	122
2.3.4. Potenziare gli strumenti necessari per il Rischio Clinico.....	126
2.3.5. Diffondere l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa.....	131
2.3.6. Implementare azioni di sostenibilità ambientale e di risparmio energetico nelle strutture sanitarie.....	134
2.4. GARANTIRE la riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari	139
2.4.1. L'assistenza territoriale: cure primarie e cure intermedie.....	141
2.4.2. L'assistenza ospedaliera: la rete degli ospedali e la vita in ospedale.....	159
2.4.3. La rete della riabilitazione.....	167
2.4.4. Le reti cliniche ed organizzative.....	172
2.4.5. L'integrazione ospedale-territorio: le dimissioni protette.....	184
2.4.6. Il ruolo delle farmacie: la farmacia dei servizi.....	188
2.5. ESTENDERE i programmi di prevenzione in tutte le fasi della vita	195
2.5.1. Declinare le azioni previste dal piano regionale di prevenzione: dalla tutela al benessere.....	197
2.5.2. La Medicina di Genere e la lotta alla violenza sulle donne.....	219
2.6. TUTELARE fasce di popolazione	225
2.6.1. L'assistenza nell'età evolutiva.....	227
2.6.2. L'assistenza alla donna e tutela materno infantile.....	235
2.6.3. L'assistenza alle persone con disabilità e non autosufficienti: invecchiamento sano.....	246
2.6.4. L'assistenza ai malati terminali: le cure palliative e il fine vita.....	253
2.6.5. La salute mentale.....	259
2.6.6. L'assistenza alle persone con dipendenze patologiche.....	275
2.6.7. L'assistenza agli immigrati.....	286
2.6.8. La salute nelle carceri.....	292
2.6.9. L'assistenza ai pazienti con malattie rare.....	298

2.7. TRACCIARE le attività e trasferire le informazioni	301
2.7.1. Implementare l'ICT e la sanità digitale	303
2.7.2. La rendicontazione sociale: implementare un sistema di controllo dell'attuazione del Piano	308
2.8. ORIENTARE l'accessibilità ai servizi	313
2.8.1. Garantire equità di accesso e trasparenza.....	315
2.8.2. I diritti del malato: l'Audit Civico	320
2.8.3. Governare la domanda e le liste d'attesa.....	323
2.8.4. Valutare la Sanità integrativa: problema o risorsa?	329

The background features several large, overlapping, organic shapes in various shades of green, ranging from light lime to a darker forest green. These shapes flow and curve across the page, creating a sense of movement and depth. The word "PREMESSA" is centered in a dark green, bold, sans-serif font.

PREMESSA

PREMESSA

La Programmazione socio-sanitaria regionale in Umbria è stato un prezioso strumento nel perseguire sempre migliori livelli di qualità assistenziale utili alla tutela della salute dei cittadini. La buona programmazione strategica ed attuativa ha altresì permesso di garantire l'equilibrio economico del sistema. Nel presente atto si confermano i principi ed i valori del Servizio Sanitario Regionale - SSR Umbria contenuti nei precedenti documenti di programmazione.

La natura universalistica del servizio sanitario, l'equità di accesso, il cittadino al centro del sistema per la salute, le cure personalizzate, l'appropriatezza costituiscono i cardini portanti dei processi programmatori.

Nel prossimo triennio si ritiene di dover definire in modo puntuale le azioni da sviluppare per:

- **METTERE LA SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE POLITICHE, NON SOLO SANITARIE, MA ANCHE INDUSTRIALI, AMBIENTALI ECONOMICHE, SOCIALI;**
- **SVILUPPARE UNA PIANIFICAZIONE STRATEGICA ED ATTUATIVA "CONCERTATA" CON TUTTI GLI STAKEHOLDER PER PERSEGUIRE SCELTE APPROPRIATE, BASATE SU CRITERI DI EVIDENZA SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA;**
- **REALIZZARE UNA FORTE INTEGRAZIONE TRA I NODI DELLA RETE OSPEDALIERA, VALORIZZANDO LE ECCELLENZE DEI SINGOLI PRESIDI;**
- **MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE, CURE INTERMEDIE E CURE PRIMARIE PER RISPONDERE IN MODO APPROPRIATO AI NUOVI BISOGNI EPIDEMIOLOGICI DI SALUTE;**
- **CONSIDERARE LA MEDICINA DI GENERE COME PRATICA CLINICA ROUTINARIA SIA NELLE POLITICHE DI PREVENZIONE, NELLE CURE PRIMARIE, SIA IN QUELLE SPECIALISTICHE ED OSPEDALIERE;**
- **PROMUOVERE AZIONI CONTINUE PER VALORIZZARE GLI OPERATORI ED I PROFESSIONISTI SANITARI, TENENDO ANCHE CONTO DELLE SKILL INDIVIDUALI E MANTENENDO UN "BUON CLIMA ORGANIZZATIVO".**

Il Servizio Sanitario Regionale umbro, a partire dalla sua istituzione, è stato all'altezza delle funzioni e dei compiti ad esso affidati dalla Riforma Sanitaria e dai successivi interventi normativi (D. Lgs. 502/1992, D. Lgs. 517/1993 e D. Lgs. 299/1999), con dimostrata capacità di adattamento del sistema al profondo modificarsi del quadro demografico, epidemiologico, ma altresì alle importanti innovazioni registrate in ambito strutturale, professionale/tecnologico, terapeutico/assistenziale, farmacologico e riabilitativo con indicatori e risultati positivi per l'efficacia degli interventi sanitari. A partire dal 2010 la progressiva contrazione delle risorse garantite dal livello centrale ha imposto profondi interventi di ripensamento della "governance" della Sanità, che attraverso misure di

riordino strutturale e razionalizzazione consentissero di confermare il carattere universalistico del S.S.R., mantenendone inalterata la qualità assistenziale.

A tal fine sono stati adottati, nel corso di questi ultimi anni, atti che hanno caratterizzato la riforma del sistema ed i cui principi ispiratori dovranno orientare anche il prossimo strumento di programmazione generale della Sanità per il triennio 2019-2021, fra i quali:

- DGR N. 97 del 11.02.2013 “Procedure operative per la gestione della nuova terapia dell’Epatite cronica C (DAA)”;
- DGR N. 978 09.09.2013 “Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI);
- DGR N. 41 del 28.01.2014 “Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)”;
- DGR N. 158 24.02.2014 del “Percorso clinico-organizzativo integrato del paziente con Ictus. Approvazione”;
- DGR N. 159 del 24.02.2014 “Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione”;
- DGR N. 933 del 28.07.2014 “Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento “Piano sulla Malattia Diabete” (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico–Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA)”;
- DGR N. 1796 del 29.12.2014 “Interventi finalizzati alla riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria alle persone con disabilità complessa cognitivo-relazionale”;
- DGR N. 364 del 27.03.2015 “Indirizzi sulle attività di Psicologia nel SSR”;
- DGR N. 1799 del 29.12.2014 “Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all’Intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 13 novembre 2014 e approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 - Parte I - Analisi di contesto e programmazione strategica”
- DGR 746 del 28.05.2015, approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018, Parte 2 – I progetti: approvazione”
- DGR N. 1411 del 30.11.2015 “Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore”;
- DGR N. 1627 del 29.12.2015 “Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio”;
- DGR N. 53 del 25.01.2016 “DGR n. 1772 del 27 dicembre 2012 "legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" - attività del Coordinamento regionale per le cure palliative - approvazione schema di convenzione per le cure palliative con le organizzazioni di volontariato e requisiti di accreditamento”;
- DGR N. 212 del 29.2.2016 “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del SSR” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70); Adozione”;

- DGR N. 389 del 11.04.2016 “Misure relative all’appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012”;
- DGR n. 498 del 9.05.2016 “Aggiornamento ed integrazione del Piano Straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 4 agosto 2014). Obiettivi per il biennio 2016-2018”;
- DGR N. 569 del 23.05.2016 “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i disturbi del comportamento”;
- DGR N. 626 del 07.06.2016 approvazione Protocollo d’Intesa tra Regione Umbria, Regione Marche e Regione Toscana, sottoscritto in data 15 giugno 2016 con cui i Governatori delle tre regioni che hanno concordato di istituire sedi e momenti di collaborazione e di coordinamento, linee di azione comuni e progetti di collaborazione in diversi ambiti tematici, tra cui quello della salute e welfare (quali ad es. la gestione dell’emergenza-urgenza, trapianti e sangue, mobilità sanitaria H.T.A. e ricerca, centralizzazione acquisti in sanità);
- DGR N. 705 del 27.06.2016 “Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.”
- DGR N. 729 del 29.06.2016 “Linee d’indirizzo relative a "Percorsi riabilitativi per le gravi cerebrolesioni e i traumi cranici nella Regione Umbria”;
- DGR N. 889 del 01.08.2016 “Piano Regionale Sangue e Plasma 2016-2018. Approvazione”;
- DGR N. 1019 del 12.09.2016 “Recepimento del ‘Piano Nazionale Demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;
- DGR N. 1191 del 24.10.2016 “Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del ‘Paziente con Dolore toracico in Pronto Soccorso’ e del ‘Paziente con sospetta tromboembolia polmonare in Pronto Soccorso’. Approvazione”;
- DGR N. 1330 del 21.11.2016 “Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”. Fondo regionale per la non autosufficienza – Programmazione delle risorse Anno 2016” con cui, in attuazione del P.R.I.N.A. (Piano Regionale Integrativo Non Autosufficienza) vigente, è stata recepita l’Intesa Rep. Atti n. 101/CU del 3 agosto 2016, sullo schema di Decreto interministeriale, successivamente confermato nei contenuti, concernente il riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, per l’anno 2016”;
- DGR N. 1411 del 05.12.2016 “Nuove modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito”;
- DGR N.207 del 06.03.2017 con cui è stata dichiarata conclusa la fase sperimentale di cui alla DGR 909 del 29 luglio 2011 con la quale era stata attivata l’erogazione di un assegno di sollievo mensile articolato in tre fasce a favore di persone residenti in Umbria e assistite presso il proprio domicilio affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da SLA in fase avanzata;
- Nuovo Piano Sociale Regionale, approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 7 marzo 2017, n. 156, atto di programmazione strettamente integrato con il Piano sanitario regionale (art. 12 comma 3 del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali);
- DGR N. 274 del 20.03.2017 “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019” (PNPV) di cui all’intesa sottoscritta in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017(Rep. atti n. 10/CSR);

- DGR N.902 del 28.07.2017 “Piano Nazionale della Cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni”;
- DGR N.903 del 28.07.2017 “Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale)”;
- DGR N. 344 del 16/04/2018 “Indicazioni operative per l'attuazione in Umbria del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017/2019: aggiornamento "Protocollo regionale vaccinazioni”
- DGR 02.07.2018, n. 736, “Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 – rimodulazione per l’anno 2018 e proroga al 31 dicembre 2019”
- DGR N. 971 del 10.09.2018 “Rete Regionale dei Servizi di Diagnostica di Laboratorio: Nuovo Modello Organizzativo”;
- DGR N. 1170 del 22/10/2018 “Riorganizzazione dei centri di formazione aziendale. Nomina Gruppo di lavoro”

Per quanto non modificato dal presente atto di programmazione rimangono validi gli indirizzi riportati nei documenti sopra evidenziati.

Il D. Lgs. n. 68/2011 ha introdotto il concetto dei costi e fabbisogni standard, definendo i criteri per l’individuazione delle Regioni così dette ‘benchmark’, ovvero quelle in grado di garantire l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizione di equilibrio economico e sulla base dei criteri di qualità dei servizi offerti.

La Regione Umbria è stata in questi anni sempre fra le migliori regioni italiane e questo dimostra come, pur in una piccola Regione, penalizzata dalle economie di scala, sia possibile avere un Sistema Sanitario pubblico capace di farsi garante sia della massima qualità delle prestazioni, sia dell’equilibrio di bilancio; obiettivo prioritario della Regione Umbria rimane pertanto il mantenimento di un sistema sanitario “universalistico” in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti dalla normativa regionale a tutta la popolazione residente, senza distinzioni di genere, età, razza, reddito o lavoro.

Il Piano Sanitario rappresenta quindi per la Regione Umbria una grande sfida, particolarmente significativa nel momento attuale, così complesso e in evoluzione.

La base di partenza è l’analisi dello stato attuale demografico ed epidemiologico della popolazione che vive in Umbria, con le sue caratteristiche di longevità, con l’aumento delle malattie croniche e la presenza di stili di vita non sempre appropriati, con una multiculturalità sempre più ricca e con la comparsa di un nuovo stato di povertà legato alle dinamiche lavorative, ma non solo.

Le aspettative di vivere più a lungo senza il peso degli anni e senza l’idea della fine sono sempre più pervasive nella popolazione, ma si scontrano con una profonda insicurezza che a volte trova conforto nel “consumo” di sanità e nel ricorso a prestazioni non necessarie.

La finalità è quindi la costruzione di un’alleanza di intenti che consenta nei fatti di produrre salute o ancora meglio benessere.

Riconoscere i risultati conseguiti è importante nei confronti dei professionisti che contribuiscono al loro raggiungimento ed è fondamentale per avere il punto di partenza per il lavoro da compiere nei prossimi anni. Riconoscere i risultati è anche importante per rendere conto e confrontarsi con i

cittadini, per condividere le opportunità di miglioramento, di cambiamento, le sfide di un mondo che si evolve con estrema rapidità.

Nei diversi capitoli del Piano saranno delineati gli elementi fondamentali del contesto specifico di riferimento e si evidenzieranno i principali aspetti in merito ai quali vengono individuati gli obiettivi generali e le azioni del presente documento di programmazione.

Il piano è articolato in 2 capitoli:

- nel primo si fa un approfondimento sul contesto di riferimento a partire dagli scenari attuali basilari per la pianificazione del triennio, si analizzano le performance del sistema per individuare le aree di miglioramento e si individua l'assetto istituzionale e le risorse a disposizione per gli obiettivi da raggiungere;
- nel secondo si individuano le politiche sanitarie per i 3 livelli essenziali di assistenza che delineano il progetto di salute.

È allegata al piano un'appendice con le performance del sistema.

Per ogni argomento il Piano illustra lo stato dell'arte e, dall'analisi di tale contesto, progetta l'evoluzione che deve avere il sistema per lo sviluppo di una sanità garantita e sostenibile.

A tal fine stabilisce gli obiettivi da raggiungere nel triennio, individuando le azioni da realizzare necessarie a portare a compimento tutti gli interventi di pianificazione sanitaria individuati.

Il Piano prevede schede di monitoraggio delle performance e degli obiettivi che saranno pubblicate e aggiornate on-line sul sito regionale.

The background features several large, overlapping, abstract shapes in various shades of green, ranging from light to dark. These shapes are curved and organic, creating a modern and clean aesthetic. The text is centered and overlaid on these shapes.

CAPITOLO 1

**Il contesto
di riferimento del S.S.R.**

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DEL S.S.R.

Le parole chiave per intraprendere le necessarie azioni di riordino e riorganizzazione, senza compromettere l'equilibrio di bilancio, sono appropriatezza ed integrazione.

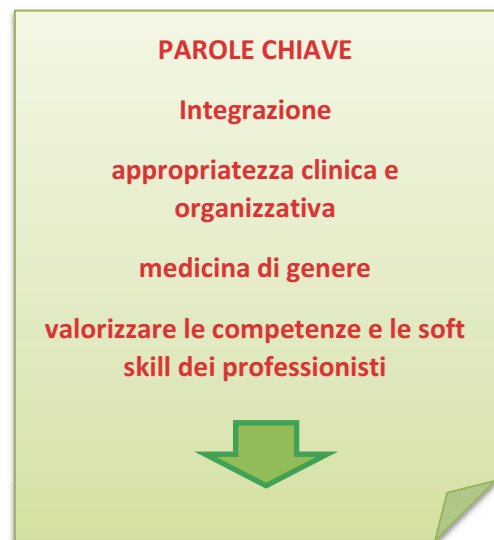
L'appropriatezza, declinata sotto il profilo clinico (che incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza) ed organizzativo (che attraverso un uso efficiente delle risorse consente di massimizzare il numero di cittadini che possono accedere ad interventi efficaci) è un aspetto fondamentale della qualità assistenziale. Si pone in relazione fortemente dinamica con le altre sue componenti: sicurezza, efficacia, efficienza, equità, continuità assistenziale e coinvolgimento del cittadino.

La finalità della programmazione regionale deve essere quella di ridimensionare o addirittura azzerare le offerte di prestazioni potenzialmente inappropriate, che implicano sovrapposizioni e sprechi di risorse, garantendo percorsi sanitari e sociosanitari integrati ovvero coordinati tra professionisti e servizi (ospedalieri, distrettuali e sociali), valorizzando le competenze acquisite e rendendole disponibili su scala regionale.

La nuova programmazione sanitaria è destinata a supportare e portare a compimento il processo di razionalizzazione e riordino già avviato in una fase caratterizzata da un generale ripensamento degli assetti esistenti, a fronte di un indispensabile contenimento della spesa pubblica, che non ha risparmiato - con l'imposizione di tagli lineari - anche settori fondamentali per la tutela dei diritti fondamentali dell'individuo come la salute.

Se da un lato si registra una riduzione significativa delle risorse a disposizione, assolutamente inadeguate rispetto all'aumento altrettanto significativo dei bisogni, dall'altro è necessario che il sistema umbro con tutta la collettività abbia la capacità di rimettersi in discussione, partendo da alcuni elementi irrinunciabili:

- la condivisione che l'obiettivo finale è **“progettare salute”** e non servizi, al fine di passare dalla cura al benessere;
- la conseguente individuazione dei veri bisogni degli uomini e delle donne (medicina di genere), attraverso un'analisi effettuata con strumenti rigorosi, standardizzati e riproducibili;
- la valorizzazione e integrazione delle risorse umane, elementi preziosi e insostituibili nei servizi alla persona;
- l'importanza di un sistema organizzativo certo e definito, ma dinamico e soprattutto costruito attorno ai cittadini, capace di eliminare la burocrazia e di focalizzarsi sulle attività che “costruiscono” salute;
- l'opportunità di fare rete fra tutti i settori e le istituzioni coinvolti, come ingranaggi interdipendenti l'uno dall'altro;



- la necessità di utilizzare le risorse economico finanziarie con oculatezza e attenzione;
- la spinta continua verso il miglioramento attraverso il riferimento costante al livello di qualità e alla sicurezza delle persone e la trasparenza nei processi di verifica dei risultati.

Di seguito si illustra lo scenario di riferimento in cui opera il Sistema Sanitario Regionale Umbro, delineando lo stato dell'arte e le azioni da mettere in atto per il raggiungimento degli obiettivi individuati.

1.1. GLI SCENARI SOCIO - ECONOMICO - DEMOGRAFICI

Il territorio e la popolazione

La Regione Umbria ha una superficie complessiva di 8.450,47 Km², dove insistono 92 Comuni accorpatis nelle 2 Aziende sanitarie Locali. Nell'ambito delle 2 Aziende i Comuni sono raggruppati per Distretto, 6 per Azienda, come evidenziato in tabella e figura successiva:

AZIENDA	DISTRETTO	Comuni (N)
AZIENDA USL Umbria n.1	Distretto del Perugino	3
	Distretto dell'Assisano	5
	Distretto della MVT	8
	Distretto del Trasimeno	8
	Distretto dell'Alto Tevere	8
	Distretto dell'Alto Chiascio	6
	Totale	38
AZIENDA USL Umbria n.2	Distretto di Terni	8
	Distretto di Foligno	9
	Distretto di Narni-Amelia	12
	Distretto di Spoleto	4
	Distretto di Orvieto	12
	Distretto della Valnerina	9
	Totale	54



La popolazione che risiede in un determinato territorio è il principale fruitore delle strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e per la salute e le sue caratteristiche determinano e condizionano la domanda di salute e di assistenza; pertanto l'analisi della struttura e dei fenomeni di transizione demografica, che influenzano la congruità dell'offerta dei servizi alla richiesta effettiva della popolazione, è di importanza fondamentale per un'adeguata programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria nella regione.

Al 1° gennaio 2018 la popolazione residente in Umbria è pari a 884.640 abitanti, di cui il 56,75% residente nei Comuni della USL Umbria n. 1 e il 43,25% nei Comuni della USL Umbria n. 2.

Di seguito si riporta la tabella della popolazione residente, stratificata per Distretto, dal 1° gennaio 2010 al 2018 e le variazioni percentuali.

PAROLE CHIAVE

Diminuzione della popolazione residente

Diminuzione del tasso di natalità

Aumento dell'indice di invecchiamento

Aumento dell'aspettativa di vita

Popolazione residente per Distretto - ANNI 2010-2018 (Fonte ISTAT)

DISTRETTO	ANNI						
	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Perugino	186.723	188.857	193.902	193.720	194.191	194.765	193.772
Assisano	60.226	61.058	62.303	62.310	62.234	62.269	62.221
Media Valle del Tevere	57.972	58.222	58.697	58.475	58.289	57.944	57.754
Trasimeno	57.352	57.617	58.397	58.323	57.966	57.773	57.627
Alto Tevere	76.869	76.990	77.540	77.256	77.009	76.638	76.322
Alto Chiascio	56.432	55.850	56.160	55.828	55.277	54.766	54.369
USL UMBRIA 1	495.574	498.594	506.999	505.912	504.966	504.155	502.065
Terni	129.998	130.212	133.373	133.180	132.399	132.255	131.819
Foligno	98.289	98.525	100.028	100.017	99.500	99.119	98.621
Narni-Amelia	53.393	53.160	53.441	53.190	52.835	52.450	51.957
Spoletto	47.898	47.982	48.258	48.298	47.784	47.605	47.477
Orvieto	42.704	42.538	42.438	41.993	41.619	41.296	40.886
Valnerina	12.346	12.204	12.205	12.172	12.078	12.028	11.815
USL UMBRIA 2	384.628	384.621	389.743	388.850	386.215	384.753	382.575
UMBRIA	880.202	883.215	896.742	894.762	891.181	888.908	884.640
VARIAZIONE ASSOLUTA SU ANNO PRECEDENTE		3.013	13.527	- 1.980	- 3.581	- 2.273	- 4.268
VARIAZIONE % SU ANNO PRECEDENTE		0,34	1,53	-0,22	-0,40	-0,26	-0,48

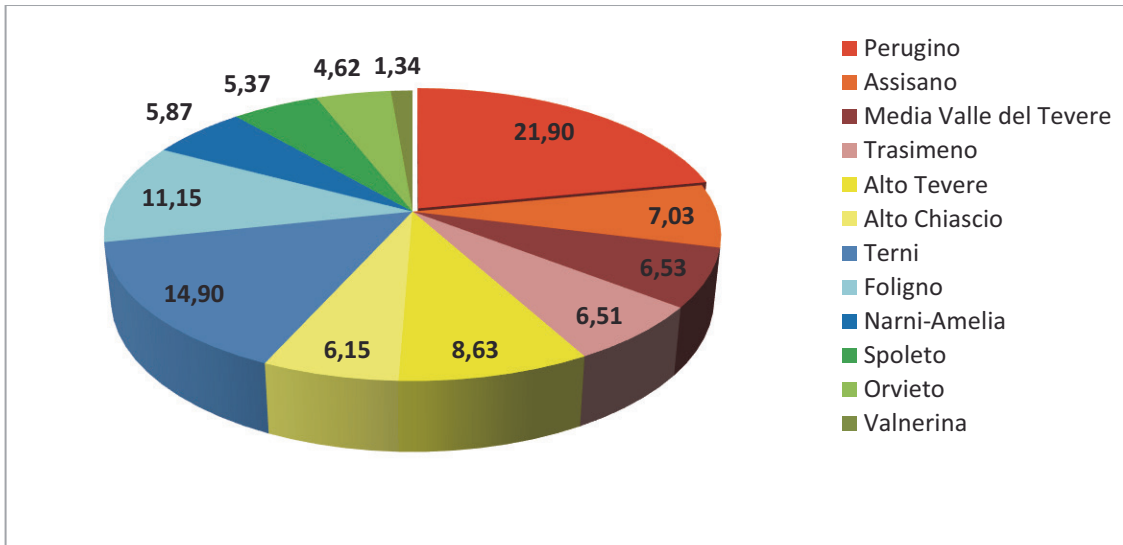
Al 1° gennaio 2018 la popolazione risulta concentrata per una percentuale pari a 31,30% nei due capoluoghi di provincia Perugia (165.683) e Terni (111.189).

La popolazione umbra, come evidenziato in tabella, mostra una progressiva diminuzione a partire dal 2015. Nel 2018 la popolazione umbra mostra una diminuzione pari a 12.102 abitanti rispetto al 2014, corrispondente ad una riduzione complessiva del 1,35%.

Considerando il periodo 2015-2018 la popolazione residente è in calo in tutti i distretti eccetto il Perugino (che diminuisce solo in rapporto ai due anni che precedono il 2018), con punte superiori al 2% nel Distretto dell'Alto Chiascio (-2,61%), nel Distretto di Narni Amelia (-2,32%), nel Distretto di Orvieto (-2,64%) e nel Distretto della Valnerina (-2,93%) in questo ultimo caso la riduzione è stata influenzata anche dagli eventi sismici.

L'esame della popolazione complessiva regionale così suddivisa evidenzia come il Distretto di Perugia sia quello maggiormente popolato con una popolazione pari al 21,91% del bacino di utenza regionale, mentre il Distretto della Valnerina, che insiste tutto su territorio montano, presenta la minima densità di popolazione.

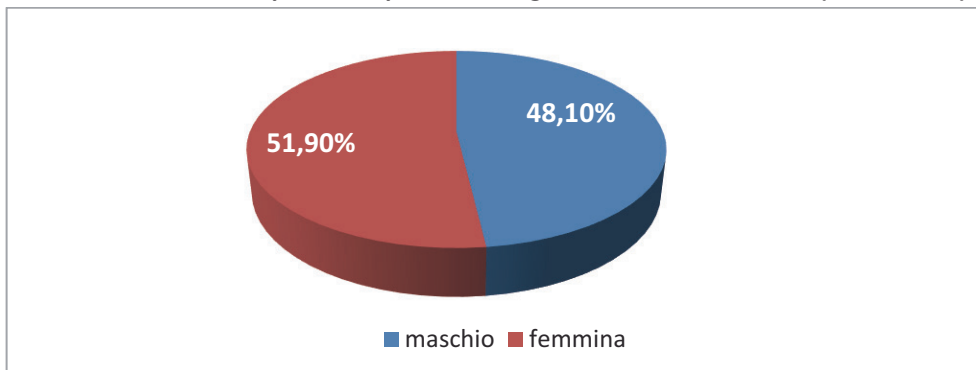
Distribuzione della Popolazione per Distretto al 1.1.2018 - Regione Umbria (Fonte ISTAT)



La struttura demografica della popolazione umbra

Relativamente al rapporto di mascolinità emerge che nel 2018, per ogni 100 donne si contano 92,69 uomini, a fronte di un valore osservato di 92,5 nel 2010. In generale, i valori osservati in Umbria si attestano ad un livello inferiore rispetto a quelli nazionali (94,75 nel 2018) e anche a quelli registrati tra le regioni del Centro (93,45), in linea anche con il maggiore invecchiamento della popolazione umbra.

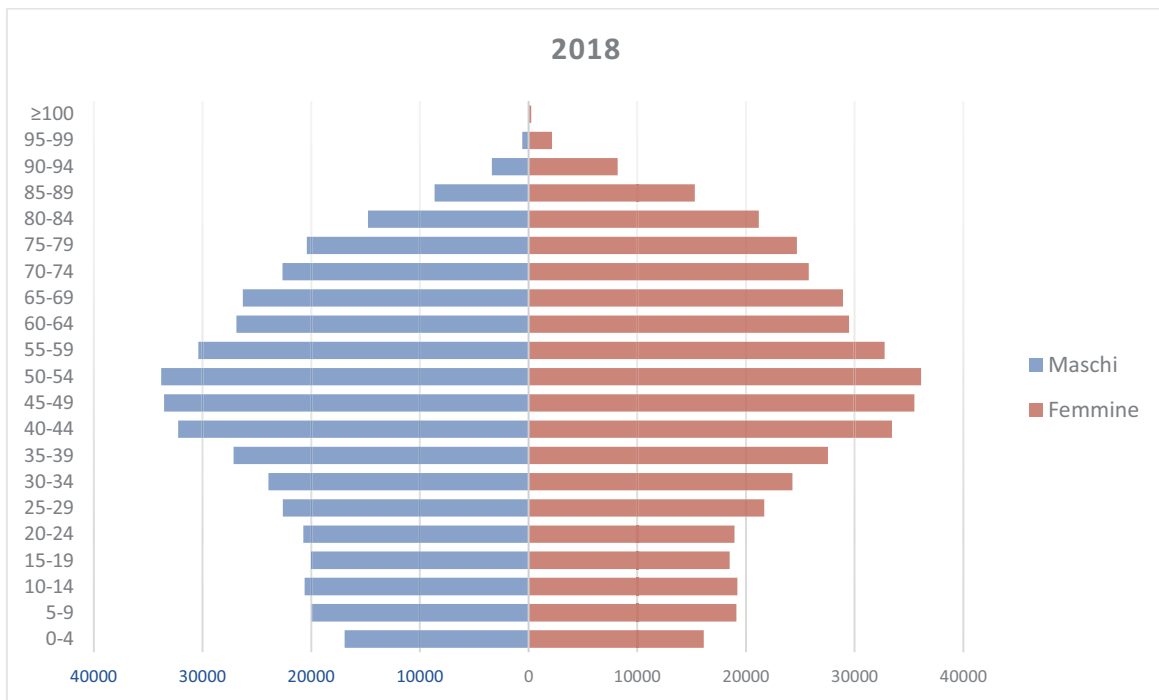
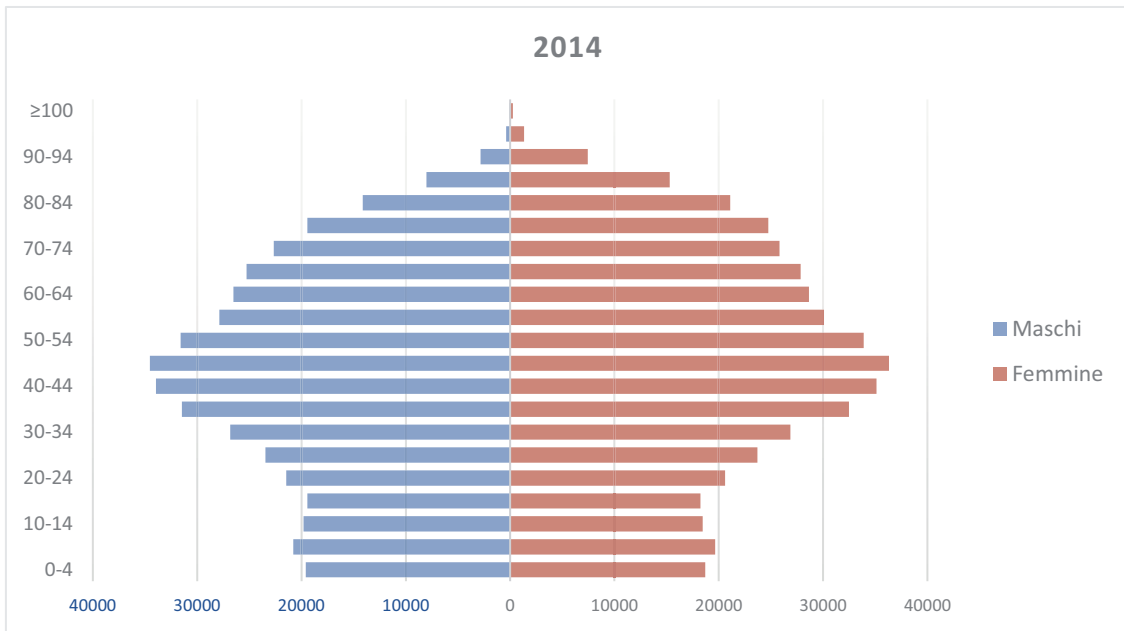
Distribuzione della Popolazione per sesso. Regione Umbria- Anno 2018 (Fonte ISTAT)



Il 48,10% della popolazione è di sesso maschile, mentre il 51,90% è di sesso femminile.

Dal confronto delle piramidi dell'età riferite all'Umbria del 2014 e del 2018 (Figura seguente) si evince che continua la tendenza verso il progressivo invecchiamento della popolazione. Questo andamento appare sensibilmente più marcato per il sesso femminile.

Piramide dell'età – ANNI 2014 - 2018 (Fonte ISTAT)



Nel 2018, le classi di età 0-5 anni si contraggono ulteriormente.

La distribuzione della popolazione per fasce di età, stratificata per Distretto, è la seguente:

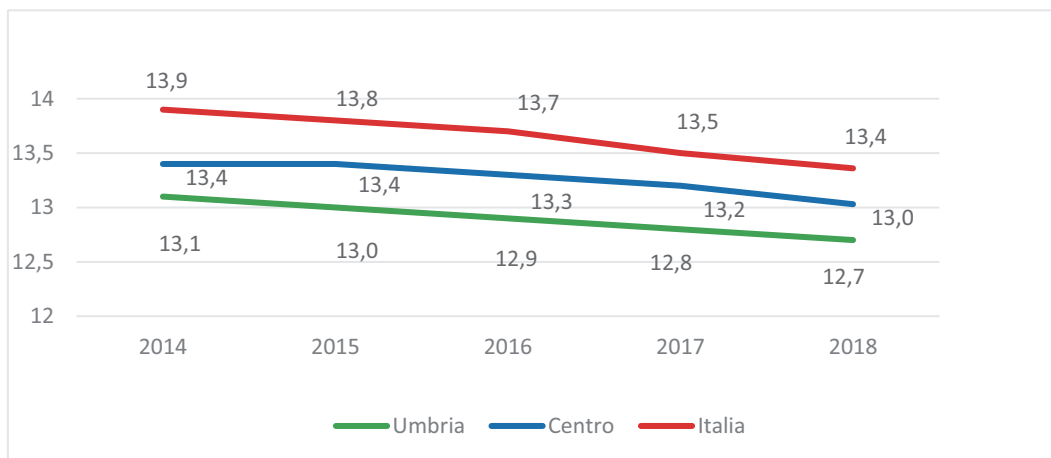
Popolazione residente per fasce di età e per Distretto al 1.1.2018 (Fonte ISTAT)

Distretto	Fascia d'età								TOTALE n
	0-14		15-64		65-74		>74		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Perugino	26.284	13,56	122.499	63,22	21.030	10,85	23.959	12,36	193.772
Assisano	8.470	13,61	39.378	63,29	6.691	10,75	7.682	12,35	62.221
Media Valle del Tevere	7.382	12,78	35.941	62,23	6.366	11,02	8.065	13,96	57.754
Trasimeno	7.497	13,01	35.402	61,43	6.848	11,88	7.880	13,67	57.627
Alto Tevere	9.940	13,02	47.663	62,45	8.807	11,54	9.912	12,99	76.322
Alto Chiascio	6.575	12,09	33.554	61,72	6.557	12,06	7.683	14,13	54.369
USL UMBRIA 1	66.148	13,18	314.437	62,63	56.299	11,21	65.181	12,98	502.065
Terni	15.783	11,97	81.273	61,65	16.256	12,33	18.507	14,04	131.819
Foligno	12.521	12,70	60.747	61,60	11.730	11,89	13.623	13,81	98.621
Narni-Amelia	6.020	11,59	31.768	61,14	6.682	12,86	7.487	14,41	51.957
Spoletto	5.715	12,04	29.037	61,16	5.930	12,49	6.795	14,31	47.477
Orvieto	4.471	10,94	24.621	60,22	5.394	13,19	6.400	15,65	40.886
Valnerina	1.320	11,17	7.554	63,94	1.342	11,36	1.599	13,53	11.815
USL UMBRIA 2	45.830	11,98	235.000	61,43	47.334	12,37	54.411	14,22	382.575
UMBRIA	111.978	12,66	549.437	62,11	103.633	11,71	119.592	13,52	884.640

Al 1° gennaio 2018 i ragazzi con meno di 15 anni rappresentano il 12,66% della popolazione umbra (in Italia il 13,36%), con tendenza in costante diminuzione. Viceversa, la quota di popolazione anziana è cresciuta negli anni fino ad aver raggiunto il 25,23% nel 2018.

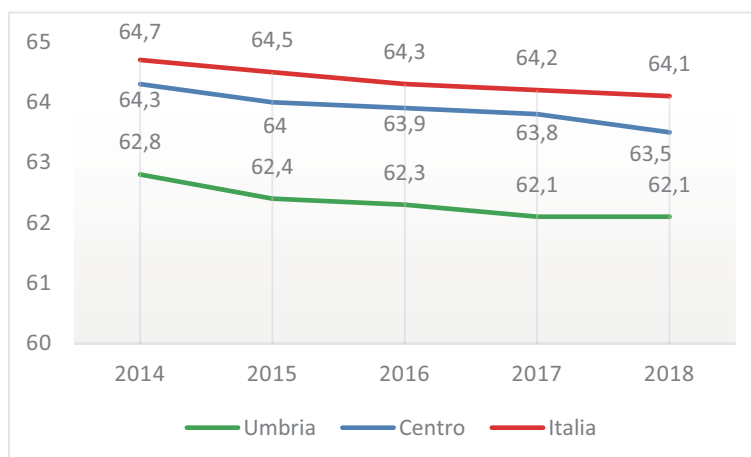
L'analisi della struttura per età della popolazione nei Distretti evidenzia che i Distretti nei quali la percentuale di giovani è più elevata sono il Perugino e l'Assisano dove il 13,56% e il 13,61% della popolazione, rispettivamente, hanno un'età inferiore ai 15 anni, mentre i Distretti in cui si osserva una percentuale minore di giovani sono Orvieto, dove si contano meno di 11 ragazzi di età inferiore ai 15 anni ogni 100 residenti, la Valnerina, in cui rappresentano l'11,17% della popolazione locale e Narni-Amelia, dove tale percentuale si attesta all'11,59%.

Variazioni percentuali per classi di età della popolazione in Umbria, Centro Italia e Italia. Anni 2014-2018 – Classe di età 0-14 anni (Fonte ISTAT)



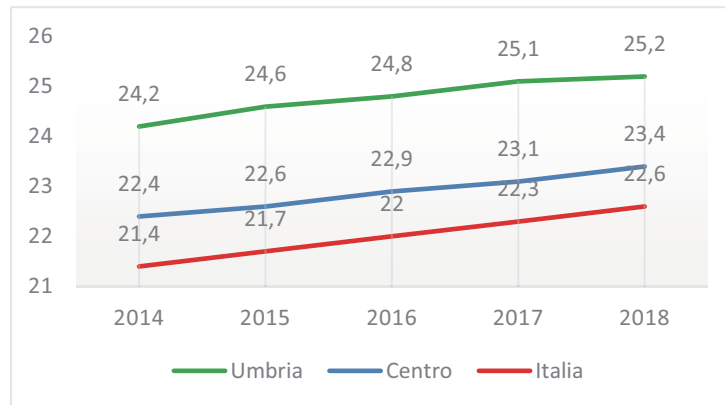
Analizzando la struttura per età della popolazione, si osserva che la percentuale di giovani di età inferiore ai 15 anni in Umbria è in costante diminuzione, in linea con la flessione nazionale e del centro Italia, raggiungendo un valore pari al 12,7% nel 2018. L'Umbria presenta una percentuale di giovani inferiore sia rispetto alla ripartizione dell'Italia Centrale (13,0%), che dell'Italia nel suo complesso (13,4%). In totale, nel 2018 si contano in Umbria 3.275 giovani in meno rispetto al 2014.

Variazioni percentuali per classi di età della popolazione in Umbria, Centro Italia e Italia. Anni 2014-2018 – Classe di età 15-65 anni (Fonte ISTAT)



Dai dati si osserva una riduzione della percentuale di popolazione umbra in età lavorativa (15-64 anni), scesa al 62,1%, rispetto al 62,8 del 2014. Anche in questo indicatore l'Umbria presenta una percentuale inferiore sia rispetto alla ripartizione dell'Italia Centrale (63,5%), che dell'Italia nel suo complesso (64,1%).

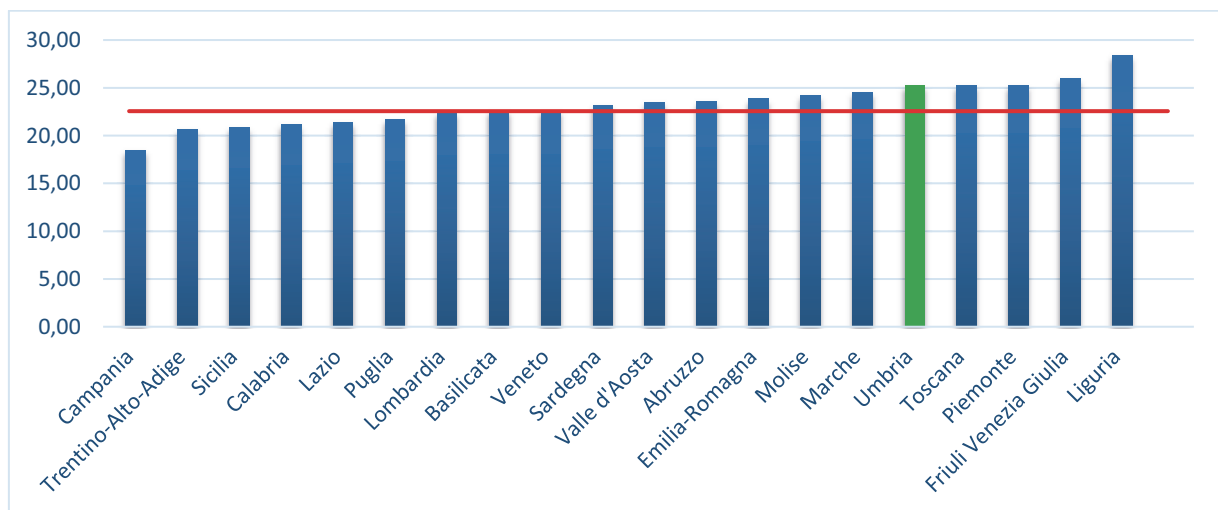
Variazioni percentuali per classi di età della popolazione in Umbria, Centro Italia e Italia. Anni 2014-2018 – Classe di età > 65 anni (Fonte ISTAT)



Per quanto riguarda le fasce di età più anziane, si rileva un aumento progressivo della popolazione anziana che sale al 25,2%, rispetto al 24,2% del 2014 e si osserva che solo in cinque distretti si registrano percentuali più contenute di quella regionale: Perugino e Assisano (23,0%), Alto Tevere (24,3%), Media Valle del Tevere (24,9%) e Valnerina (24,8%). Gli ultrasessantacinquenni hanno un peso maggiore sulla popolazione nel distretto di Orvieto (28,6%). Si evidenzia quindi che in Umbria un abitante su quattro è ultrasessantacinquenne.

Nella graduatoria delle regioni italiane per percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, l’Umbria si attesta ai primi posti (25,2%), preceduta dalla Toscana (25,24%), dal Piemonte (25,28%), dal Friuli Venezia Giulia (25,95%) e dalla Liguria (28,41%).

Percentuale di Popolazione ultrasessantacinquenne distribuita per Regioni – Anno 2018 (Fonte ISTAT)



I residenti di età superiore a 85 anni rappresentano il 4,3% della popolazione (38.532 nel 2018) in Umbria.

Popolazione ultra ottancinquenne - Anni 2016-2018 (Fonte ISTAT)

	ANNO 2016		ANNO 2017		ANNO 2018	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
UMBRIA	37.599	4,2	38.610	4,3	38.532	4,3

L'aumento marcato degli anziani ultraottantacinquenni e soprattutto degli ultracentenari, che caratterizza l'ultimo decennio, sono anche indice del contributo del SSR a mantenere le persone in buona salute. A livello di Distretto gli anziani con età maggiore di 85 anni sono presenti in misura diversa rispetto alla popolazione residente: si va da un minimo del 3,8% nel Perugino e nell'Assisano, ad un massimo del 5,2% nell'Orvietano.

L'aumento della vita media è un fenomeno particolarmente rilevante in Umbria, dove i principali indicatori demografici hanno mostrato negli ultimi decenni un andamento costante orientato verso l'invecchiamento della popolazione.

Il contesto demografico rappresenta il risultato di dinamiche di popolazione in continua evoluzione, dell'andamento storico dei fenomeni naturali di natalità e mortalità e dei movimenti migratori. L'analisi del contesto demografico è di grande importanza per i processi di organizzazione nei servizi sanitari e si può effettuare attraverso alcuni indici (tabella successiva).

Indici demografici per Distretto al 1.1.2018 (Fonte ISTAT)

DISTRETTO	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI CARICO SOCIALE	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE	INDICE DI DIPENDENZA SENILE
	(popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	(popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0- 14 anni)	(pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni)	(pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	(pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni)
Perugino	23,22%	171,16%	58,18%	21,46%	36,73%
Assisano	23,10%	169,69%	58,01%	21,51%	36,50%
Media Valle del Tevere	24,99%	195,49%	60,69%	20,54%	40,15%
Trasimeno	25,56%	196,45%	62,78%	21,18%	41,60%
Alto Tevere	24,53%	188,32%	60,13%	20,85%	39,27%
Alto Chiascio	26,19%	216,58%	62,03%	19,60%	42,44%
USL UMBRIA 1	24,20%	183,65%	59,67%	21,04%	38,63%
Terni	26,37%	220,26%	62,19%	19,42%	42,77%
Foligno	25,71%	202,48%	62,35%	20,61%	41,74%
Narni-Amelia	27,27%	235,37%	63,55%	18,95%	44,60%
Spoletto	26,80%	222,66%	63,51%	19,68%	43,82%
Orvieto	28,85%	263,79%	66,06%	18,16%	47,90%
Valnerina	24,89%	222,80%	56,41%	17,47%	38,93%
USL UMBRIA 2	26,59%	222,01%	62,80%	19,50%	43,30%
UMBRIA	25,23%	199,35%	61,01%	20,38%	40,63%

L'indice di invecchiamento, un indicatore di sintesi particolarmente importante per stimare i bisogni assistenziali della popolazione, mostra come il 25,23% della popolazione regionale presenti un'età superiore ai 65 anni, con il valore più basso nel Distretto dell'Assisano (23,10%) e più alto in quello di Orvieto (28,85%).

L'indice di vecchiaia, che serve a valutare il ricambio generazionale e rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento di una popolazione (valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani (> 65 anni) rispetto ai giovanissimi < 15 anni), risulta essere più basso nel Distretto dell'Assisano (169,69%), seguito dal Distretto del Perugino (171,16%). Il Distretto di Orvieto ha l'indice di vecchiaia più alto, con il 263,79%.

L'indice di carico sociale, che rapporta i soggetti che dovranno entrare nel mondo lavorativo (≤ 14 anni) e quelli che ne sono usciti (> 65 anni) con la fascia di età attiva (15-65 anni), è più basso nel Distretto della Valnerina (56,41%) e più elevato nel Distretto di Orvieto (66,06%).

L'indice di dipendenza giovanile, che misura il rapporto tra la parte di popolazione giovane che non lavora (0-14 anni) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni) è più basso nel Distretto della Valnerina (17,47%) e più elevato nel Distretto dell'Assisano (21,51%).

L'indice di dipendenza senile, che misura il rapporto tra la parte di popolazione anziana che non lavora (≥ 65 anni) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni) è più basso nel Distretto dell'Assisano (36,50%) e più elevato nel Distretto di Orvieto (47,90%).

L'invecchiamento della popolazione è deducibile dall'analisi dell'andamento dei tre principali indicatori demografici di struttura: età media, indice di vecchiaia e di dipendenza senile. Al primo gennaio 2018, la popolazione umbra ha in media 46,2 anni, l'indice di dipendenza degli anziani è al 40,63% mentre l'indice di vecchiaia è al 199,35%. Tutti e tre gli indicatori sono al massimo storico.

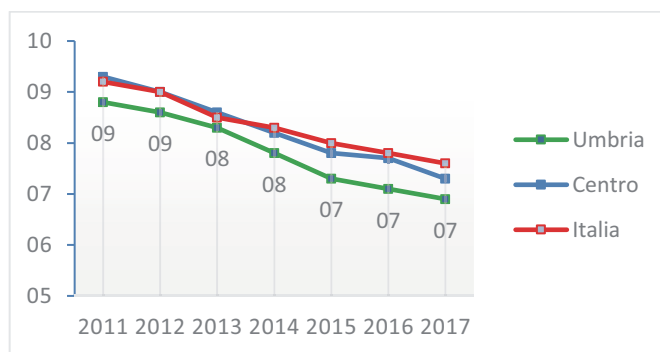
La dinamica demografica della popolazione umbra

Di seguito si analizzano i principali indicatori che valutano la dinamica della popolazione umbra anche nel confronto con i valori italiani e quelli delle Regioni del centro Italia.

a. Natalità

Dal confronto dei tassi di natalità in Umbria relativi ai diversi anni considerati, emerge che se nel 2011 ogni mille residenti si registravano 8,7 nascite, nel 2017 ne sono state registrate 6,9

Tasso di natalità della popolazione residente in Umbria, al Centro e in Italia. Anni 2011-2017.

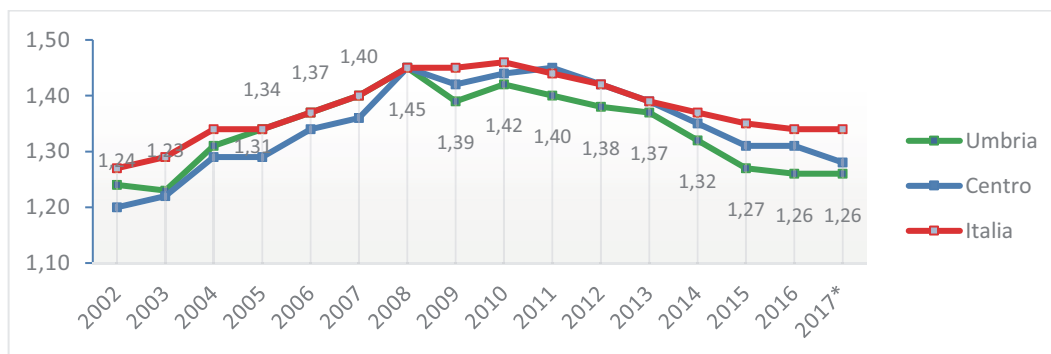


Il tasso di natalità in Umbria è in riduzione progressiva rispetto ai valori registrati negli anni precedenti. Nel 2017 sono nati 6.116 bambini, con una diminuzione di 237 nascite rispetto all'anno precedente (-3.7%). Continua pertanto la contrazione della natalità rispetto al picco di 8.273 nascite raggiunto nel 2008 (-20,9%). Il tasso di natalità umbro è costantemente inferiore a quello nazionale e a quello dell'Italia centrale.

b. Fecondità

Nel 2017 il tasso di fecondità umbro è rimasto stabile rispetto all'anno precedente, attestandosi a 1,26 figli per donna in età feconda, valore inferiore a quello registrato a livello nazionale e dell'Italia centrale. Il tasso di fecondità risulta quindi inferiore al 2,1, valore che assicurerebbe alla popolazione la possibilità di riprodursi mantenendo costante la propria struttura.

Tasso generico di fecondità in Umbria, nel Centro e in Italia. Anni 2002-2017* (*2017 stima).



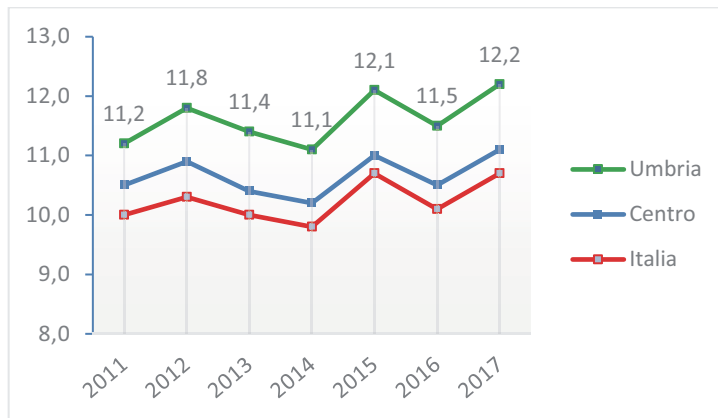
La diminuzione della natalità è verosimilmente da imputarsi al perdurare della crisi economica, e, di riflesso, al ridotto apporto della popolazione immigrata, nonché alla precarietà lavorativa delle giovani coppie. L'età media delle madri al parto è in costante aumento e ha raggiunto i 31,9 anni nel 2017 (dato stimato), un anno e due mesi in più rispetto al dato del 2002 (30,7).

c. Mortalità

La mortalità è un valido indicatore epidemiologico, in quanto la sua analisi permette di studiare la distribuzione delle patologie a maggior carico assistenziale in un certo territorio e di effettuare confronti geografici e temporali. Un'attenta analisi della mortalità consente dunque di individuare le principali problematiche di salute presenti in una popolazione, di formulare ipotesi di causalità tra fattori di rischio e malattie e di conseguenza pianificare appropriati interventi sanitari.

Nel 2017 il tasso di mortalità è stato pari a 12,2 per 1.000 abitanti, rappresentando il picco massimo raggiunto negli ultimi 15 anni.

Tasso di mortalità in Umbria, nel Centro e in Italia. Anni 2011-2017.



Il tasso di mortalità dipende dalla struttura per età della popolazione e segue le tendenze dell'Italia Centrale e dell'Italia più in generale.

d. Tasso di crescita

Come conseguenza di questi andamenti, il tasso di crescita naturale umbro, dato dalla differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità, nel 2017 rimane negativo (-5,3 per 1.000 abitanti), aggravando il quadro degli ultimi anni.

Tasso di crescita naturale in Umbria, nel Centro e in Italia. Anni 2011-2017.

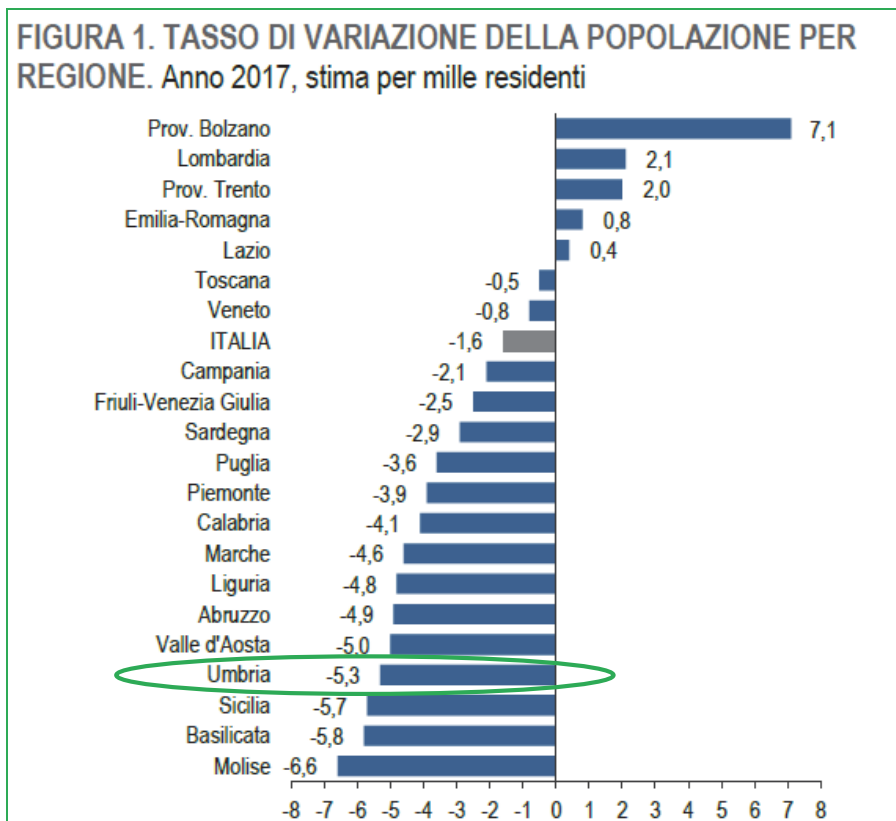


Come conseguenza di questi andamenti, il saldo naturale umbro nel 2017 rimane negativo e pari a - 4.673, con un incremento del saldo negativo rispetto al dato di -593 unità del 2011.

Analizzando i tassi di crescita naturale, dati dal rapporto tra saldo naturale e popolazione, si osserva che in Umbria il valore del 2017 (-5,3 per mille) è di gran lunga peggiore rispetto a quello rispetto agli ultimi anni. Nel 2017, in Italia e nelle regioni centrali i tassi di crescita naturale presentano valori negativi più contenuti, attestandosi rispettivamente a -3,2 e a -3,8 per mille abitanti.

Nel 2017, per il quarto anno consecutivo, il saldo migratorio non è sufficiente a compensare il saldo naturale negativo: il saldo totale per l'Umbria è ancora sotto lo zero determinando una ulteriore riduzione.

estratto Report Istat- Indicatori demografici anno 2017

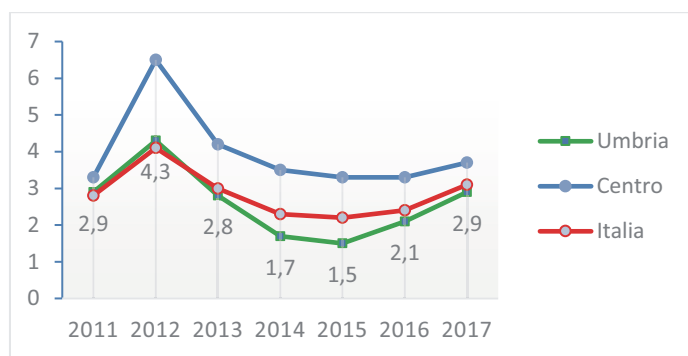


e. Saldo migratorio

L'analisi della dinamica migratoria della popolazione in Umbria può essere svolta analizzando le sue diverse componenti. Il saldo migratorio interno è prossimo allo zero, sebbene mostri un valore negativo (-0,2) e sia pari a -197.

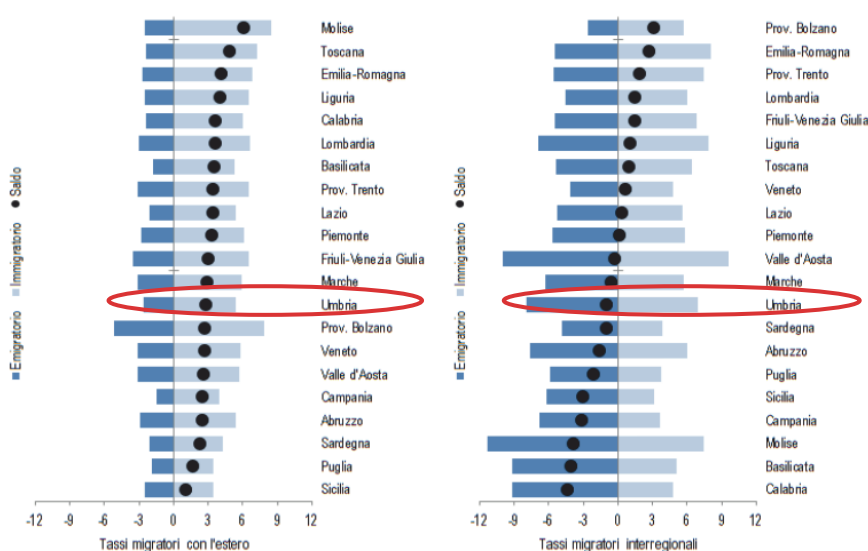
Il saldo migratorio estero in Umbria nel 2017 è pari a 2,9 per 1.000: gli iscritti dall'estero (4.999) superano i cancellati (2.458) per l'estero di 2.541 unità. Come si può osservare, tale saldo ha un andamento altalenante nel periodo 2011-2017.

Saldo migratorio con l'estero in Umbria, nel Centro e in Italia. Anni 2011-2017.



Estratto Report Istat- Indicatori demografici anno 2017

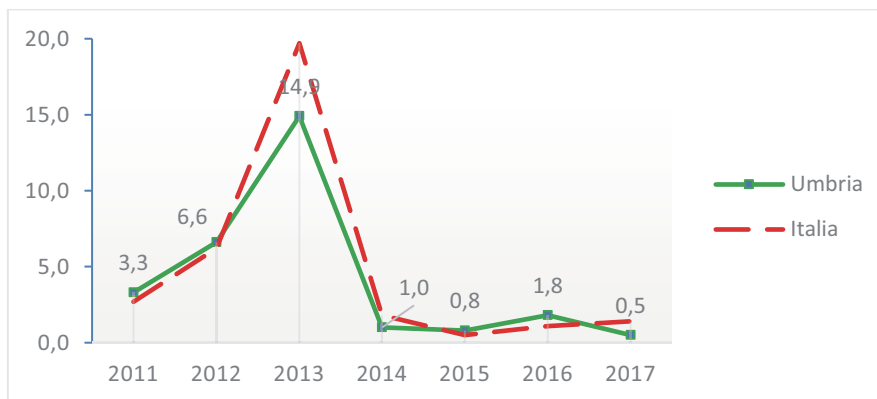
FIGURA 7. TASSI MIGRATORI CON L'ESTERO E TASSI MIGRATORI INTERREGIONALI, PER REGIONE. Anno 2017*, per mille residenti



(*) Stima.

Il saldo totale è in diminuzione.

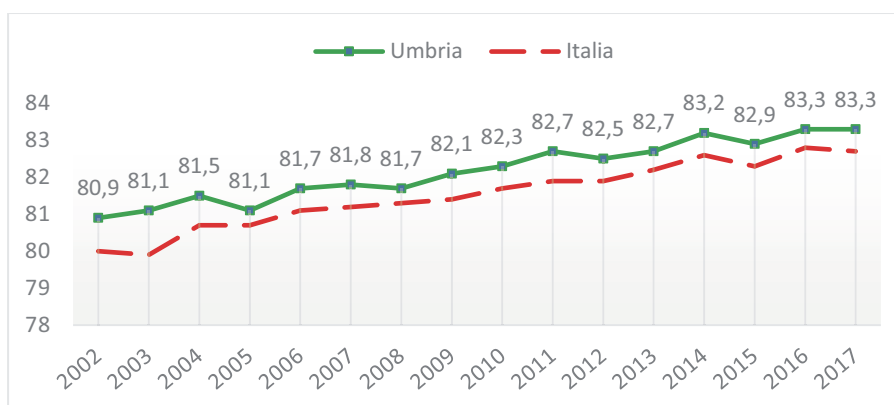
Saldo migratorio totale – Confronto Umbria Italia. Anni 2011-2017.



f. aspettativa di vita

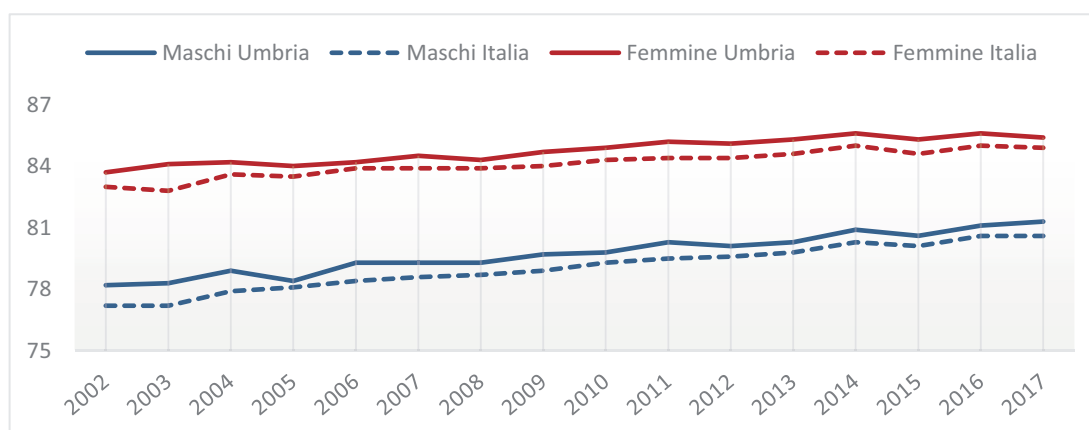
Nel periodo 2002-2017, l'aspettativa di vita alla nascita cresce di 2,4 anni per la popolazione umbra, passando da 80,9 anni del 2002 a 83,3 del 2017. Al 2017, ultimo dato Istat disponibile, l'Umbria presenta un'aspettativa di vita alla nascita (83,3 anni) superiore al dato nazionale di 82,7 anni. Nel confronto con le altre regioni italiane, l'aspettativa di vita alla nascita in Umbria è inferiore solo all'aspettativa di vita alla nascita in Trentino-Alto Adige (83,8 anni) ed in Veneto (83,4 anni).

Aspettativa di vita alla nascita – Confronto Umbria Italia. Anni 2002-2017.



Oggi la speranza di vita alla nascita in Umbria (figure successiva) è di 85,4 anni per le femmine, mentre di 81,3 anni per i maschi. La tendenza è in costante incremento nell'ultimo decennio (rispetto al 2010: + 0,5 anni per i maschi e + 0,5 anni per le femmine). La speranza di vita a 65 anni è di 22,6 anni per le femmine e di 19,5 anni per i maschi. La tendenza è in costante incremento anche negli ultimi anni (rispetto al 2010: + 0,8 anni per i maschi e + 0,3 anni per le femmine). L'allungamento dell'aspettativa di vita, dovuta alla riduzione del tasso di mortalità, insieme alla riduzione del tasso di natalità genera l'invecchiamento della popolazione.

Aspettativa di vita alla nascita. Regione Umbria e Italia (Maschi-Femmine) – ANNI 2002-2017



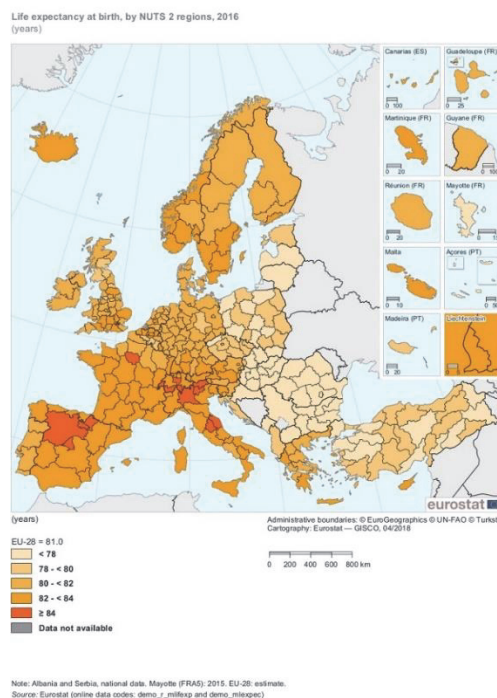
Ad oggi, quindi, secondo il dato Istat ultimo disponibile, il cuore verde si colloca sopra la media nazionale, e nella classifica nazionale sta dietro solo al Trentino e alle Marche.

Il confronto con l'Europa

Nel 2016, l'aspettativa di vita di un bambino appena nato nell'Unione europea era di 81,0 anni medi. Grazie alla banca dati Eurostat è possibile vedere come l'aspettativa di vita alla nascita varia tra le diverse regioni all'interno dell'Ue e le cifre mostrano che vi è una differenza di 11,9 anni tra le regioni con l'aspettativa di vita più alta e più bassa.

Le regioni con i più alti livelli di aspettativa di vita sono nel 2016 in Spagna e in Italia, mentre la maggior parte delle regioni con livelli relativamente bassi di aspettativa di vita vi sono per lo più situate nelle regioni più orientali dell'Ue. Nel 2016, l'aspettativa di vita alla nascita per le donne (83,6 anni) era di circa 5,4 anni superiore a quella degli uomini (78,2 anni).

Tra le prime 10 regioni dell'Ue con i più alti livelli di speranza di vita per gli uomini rivela che nelle prime 10 regioni ci sono sette regioni italiane (Umbria, Toscana, Trento, Lombardia, Bolzano, Emilia Romagna e Marche).



g. previsioni demografiche

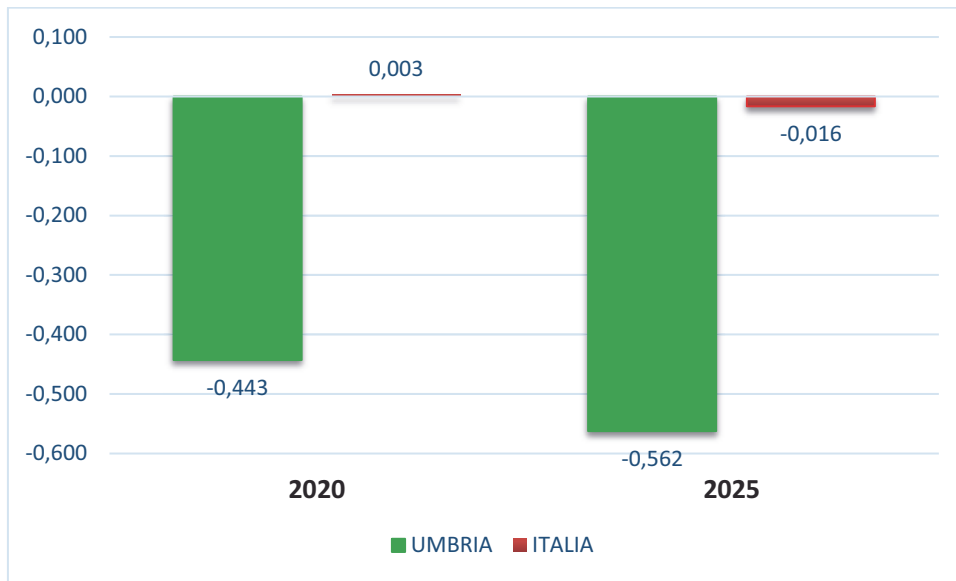
Uno sguardo al futuro è possibile utilizzando le previsioni demografiche. La popolazione è prevista stabile o addirittura in lieve flessione, secondo gli scenari mediani di riferimento, a circa 885.000 persone nel 2020 e 880.000 nel 2025. La sostanziale stasi della popolazione è dovuta ad una previsione dell'immigrazione straniera non difforme da quanto osservato nel decennio scorso, ma non più in crescita a causa della perdurante crisi economica.

Anche in Italia la popolazione tende a diminuire, ma in misura nettamente inferiore alla previsione per la Regione Umbria

Previsioni numeriche di popolazione al 1° gennaio 2020 e 2025. Regione Umbria e Italia

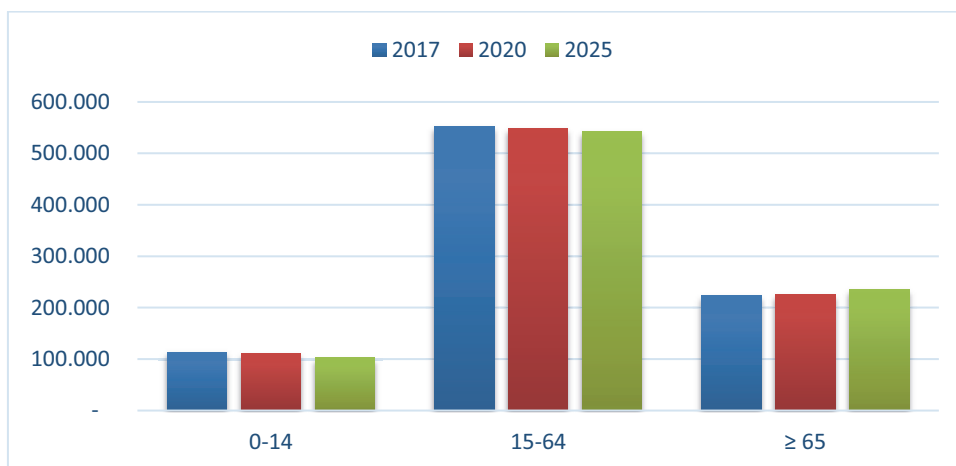
	2017	2020	2025
UMBRIA	888.908	884.970	879.993
ITALIA	60.589.445	60.591.360	60.581.379

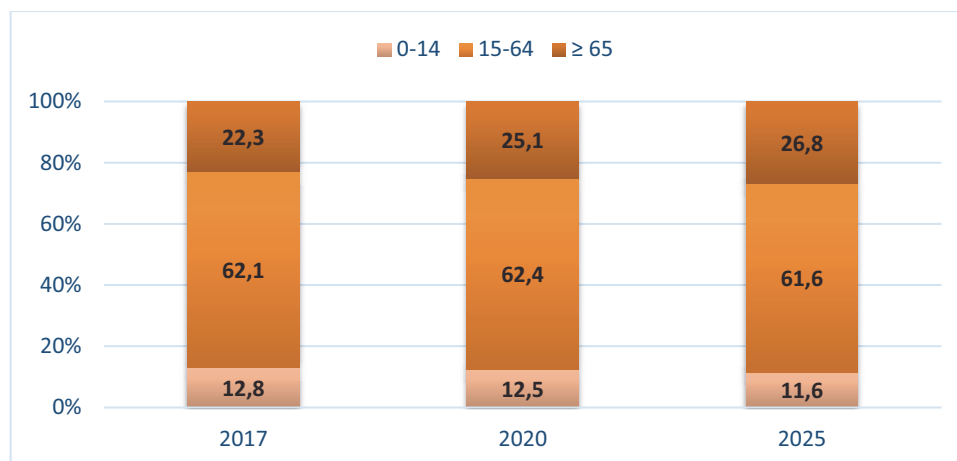
Variazioni demografiche di popolazione al 1° gennaio 2020 e 2025, in termini percentuali. Regione Umbria e Italia



In riferimento alle diverse fasce d'età, il numero dei giovani passerebbe da 113.720 del 2017 a 110.228, in calo a causa della caduta della natalità anche tra le persone di nazionalità straniera, quello della popolazione in età lavorativa da 552.373 a 548.708 e quello degli anziani, unica classe di età in aumento, da 222.815 a 226.034. Ne consegue che al 1° gennaio 2020 la popolazione sarà composta per il 12,5% da giovani, per il 62,4% da adulti in età da lavoro e per il 25,1% da ultrasessantacinquenni. Gli ultra-ottantacinquenni dovrebbero salire a 39.665 unità, mentre gli ultra-novantenni arriverebbero a circa 15.000 persone.

Previsioni numeriche di popolazione al 1° gennaio 2020 e 2025. Regione Umbria



Previsioni variazioni percentuali di popolazione al 1° gennaio 2020 e 2025. Regione Umbria

In conclusione si può affermare che la struttura demografica della popolazione residente in Umbria e, in particolare, in alcuni distretti, continuerà a caratterizzarsi per una forte componente di anziani, sostenuta da una minore quota di adulti in età lavorativa e di giovani. Questa tendenza si osserverà soprattutto nei distretti di Orvieto, Narni-Amelia e Spoleto, dove si notano contemporaneamente le percentuali più basse di ragazzi di età inferiore ai 15 anni e quelle più elevate di anziani. L'immigrazione straniera non sostiene più la natalità e la forza lavoro della regione, a causa della perdita di attrattività dal punto di vista lavorativo in questi anni di crisi economica.

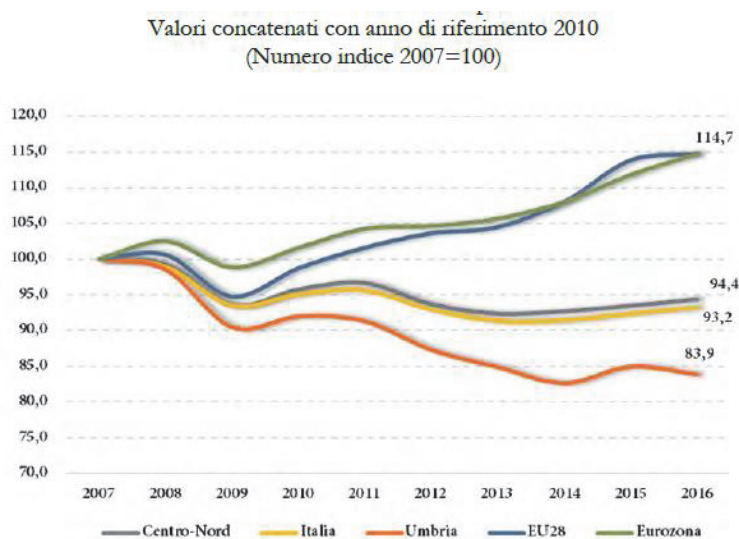
Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione trova una stretta correlazione con profondi cambiamenti epidemiologici, contraddistinti dall'affermarsi di patologie cronico - degenerative, che costituiscono le principali cause di disabilità e non autosufficienza e caratterizzanti le società con alte percentuali di anziani. In altri termini il rapido e marcato invecchiamento della popolazione pone inevitabilmente dinanzi la necessità di far fronte ad una nuova ed eterogenea tipologia di patologie, precedentemente assai meno diffuse, alla quale corrisponde una richiesta sempre crescente di assistenza da parte delle fasce più anziane della popolazione. Le differenze geografiche riscontrate sul territorio regionale, riguardanti la differente composizione ed evoluzione della popolazione sono elementi necessari per valutare le modalità di erogazione delle prestazioni e la distribuzione dell'offerta di servizi territoriali.

La situazione anagrafico-epidemiologica può condizionare la sostenibilità economica del servizio sanitario pubblico e può mettere in crisi la sopravvivenza del SSN.

Gli scenari socio-economici

Tra il 2007 ed il 2016 il PIL dell'Umbria si è ridotto di oltre 16 punti percentuali in termini reali, mostrando una dinamica molto più sfavorevole in confronto a quanto evidenziato nello stesso periodo a livello nazionale e nelle regioni del Centro-Nord (meno 6 punti percentuali rispetto al livello raggiunto nel 2007) e soprattutto ai valori UE28 e dell'Eurozona (+14,7% nello stesso periodo).

Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato



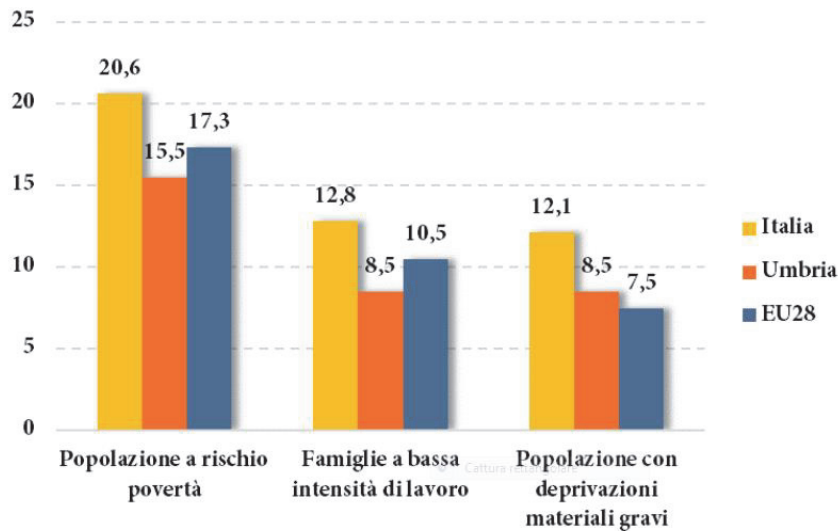
Fonte: elaborazioni su dati Istat e Eurostat

Gli effetti della crisi si sono riflessi anche sul mercato del lavoro con il tasso di disoccupazione che è passato dal 4,6% del 2007, al 10,5% del 2017.

Nello stesso tempo si è assistito ad un deterioramento della qualità delle posizioni lavorative, con l'aumento dell'impiego di forme contrattuali a più alta flessibilità oraria (es. part time, lavori a chiamata, ecc.) e, soprattutto, di forme di lavoro atipiche: tra il 2007 e il 2017 si è, infatti, assistito ad una riduzione dell'occupazione a tempo indeterminato, mentre l'occupazione a tempo determinato è cresciuta di 7 punti percentuali, contestualmente ad un incremento del lavoro a tempo parziale, molto spesso involontario, che oramai interessa il 20,3% degli occupati totali, situazione peggiore rispetto sia alle regioni del Centro Nord, sia rispetto alla media nazionale.

Chiaramente la difficoltà nella ricerca e mantenimento del lavoro si sono ripercosse sui livelli di povertà ed esclusione sociale della regione. In effetti la popolazione a rischio povertà nel territorio regionale è cresciuta nel periodo 2007-2016 dal 13,5% al 15,5%, mentre ancor più seria è la situazione descritta dall'indicatore relativo alla popolazione che soffre di deprivazioni materiali gravi, che passa dal 2,7% all'8,5%. Il dato sulle famiglie a bassa intensità di lavoro si mantiene, invece, piuttosto stabile (8,5% contro 8,2% del 2007), a suggerire una larga diffusione del lavoro precario e mal retribuito che, insieme al sostegno fornito dai legami familiari, consente alle famiglie di "sopravvivere", provocando però diffusa povertà e l'impossibilità di accedere ad alcuni beni e servizi ormai considerati fondamentali. Va comunque notato che nell'ultimo anno la tendenza sembra in miglioramento per i tre indicatori considerati.

Indici di povertà in Umbra, Italia e UE 28 (2016)



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat

Nel confronto con l'Italia e la UE28 la condizione riscontrabile nel territorio regionale umbro è sempre migliore in relazione alla popolazione a rischio povertà e alle famiglie a bassa intensità lavorativa, mentre risulta leggermente peggiore rispetto alla UE28 per quanto riguarda la popolazione che presenta deprivazioni materiali gravi. Le difficoltà economiche degli ultimi anni hanno, dunque, influito sensibilmente sulla situazione del mercato del lavoro e dell'inclusione sociale regionale, mentre il ricorso agli ammortizzatori sociali e il sostegno derivante dalle famiglie hanno permesso di contenerne parzialmente gli effetti.

Accanto all'impoverimento degli individui e delle famiglie, i cambiamenti della demografia (popolazione sempre più anziana e in parte non autosufficiente), della struttura della famiglia (aumento delle famiglie mononucleari, spesso costituite da anziani soli) e dell'occupazione (mercato del lavoro flessibile e precarizzato), sono tutti fattori che vanno tenuti in attenta considerazione perché potrebbero accentuare le disuguaglianze di salute.

Gli studi sull'origine delle disuguaglianze di salute in termini di mortalità, morbilità e, in generale, di bisogni sanitari hanno evidenziato significative relazioni con lo stato socioeconomico o la deprivazione materiale degli individui, delle comunità e dei contesti in cui vivono. È noto infatti che tali fattori esercitano il loro effetto sull'origine delle malattie attraverso una complessa rete causale che coinvolge sia le abitudini di vita (ad es. fumo e dieta), che le esposizioni lavorative.

I c.d. fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare, considerata la differenza dell'incidenza di tali fattori a seconda ad es. del livello di istruzione materno (il 30% dei figli di madri con basso livello di istruzione è in sovrappeso, mentre la percentuale si riduce al 20% nei figli con madri laureate).

Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica, si tratta delle rinunce, da parte dei cittadini, alle cure o prestazioni sanitarie a causa dell'impossibilità di pagare il ticket per la prestazione. Il rapporto annuale ISTAT 2017 (fonte ISTAT-EU-SIC che si basa su

un campione di circa 29.000 famiglie per un totale di quasi 70.000 individui) riporta come la quota di persone che ha rinunciato ad una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché troppo costosa è stata pari al 6,5% della popolazione in linea con la realtà europea.

Azioni di informazione in modo da accrescere l'empowerment culturale dei cittadini, ma soprattutto politiche di welfare adeguate - ispirate alla lotta contro la povertà e la deprivazione - un'attenta allocazione delle risorse (evitando sprechi e prestazioni inappropriate) e la revisione dei criteri di compartecipazione alla spesa e di accesso alle cure potrebbero costituire obiettivi da perseguire al fine di continuare a garantire un sistema sanitario realmente universalistico. Tutto ciò sottolineando che pur in presenza di alcune criticità il sistema sanitario italiano resta uno dei migliori in Europa in termini di efficacia ed efficienza, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate tra i paesi della Unione Europea.

1.2. IL PROFILO EPIDEMIOLOGICO

Stili di vita e condizioni di rischio

a. Lo Stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica

I dati e gli indicatori riguardanti gli stili di vita e le abitudini della popolazione umbra sono forniti dai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita: PASSI, PASSI D'ARGENTO, OKKIO alla salute dell'Istituto Superiore di Sanità e lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare, uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa che coinvolge i ragazzi di 11, 13 e 15 anni); i dati e gli indicatori sono aggiornati all'anno 2017, salvo dove diversamente specificato.

PAROLE CHIAVE

Popolazione obesa/in sovrappeso superiore alla media nazionale

Abitudine al fumo di tabacco superiore alla media nazionale

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio superiore al dato nazionale

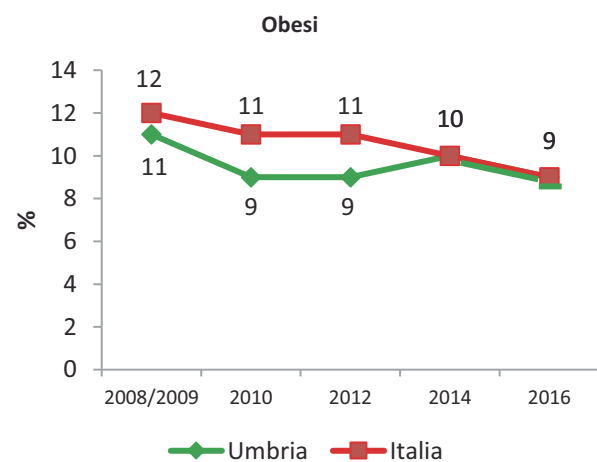
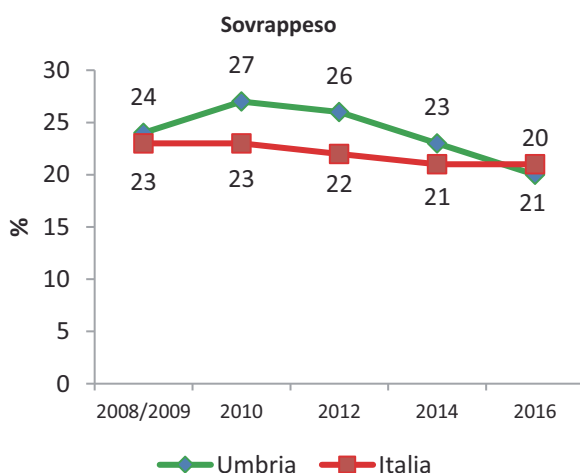
Bambini

I dati di OKkio alla salute relativamente alla situazione nutrizionale dei bambini di 8/9 anni di età relativi al 2016 evidenziano che il **30% dei bambini umbri presenta un eccesso ponderale** (il 20% sovrappeso e il 9% obeso, di cui il 2% in condizioni di obesità severa), valori analoghi a quelli nazionali (sovrappeso 21% e

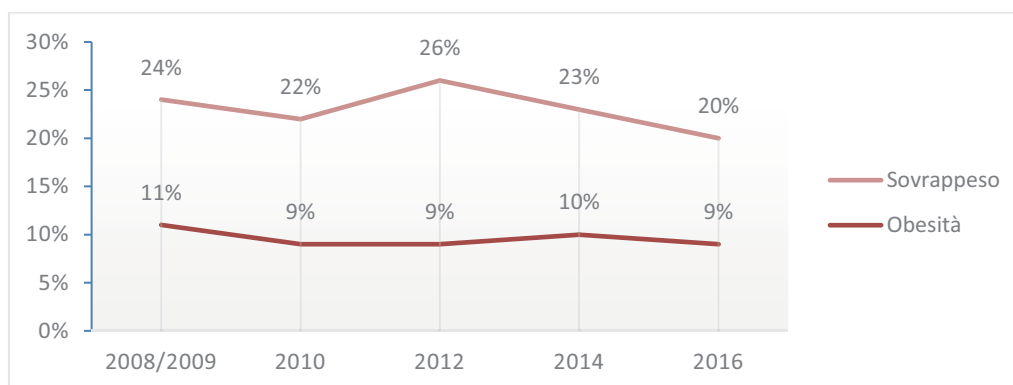
obesi 9%). Da rilevare che l'andamento del numero dei bambini umbri in sovrappeso è in calo dal 2010.



Percentuali di bambini di 8/9 anni sovrappeso e obesi – Regione Umbria e Italia – Anni 2010-2017



Sovrappeso e obesità fra i bambini in Umbria – Anni 2009-2016



Tra i bambini inoltre sono molto diffuse abitudini alimentari che possono predisporre all'aumento di peso. Come si nota dalla tabella sottostante, nel 2016, l'8% dei bambini umbri non fa colazione e tra quelli che la fanno, il 37% consuma una colazione non adeguata. Quasi tutti i bambini fanno una merenda a metà mattina, anche se spesso non adeguata (ovvero con più di 100 calorie). Solo il 2% dei bambini consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Circa 1 bambino su 3 assume bevande zuccherate una o più volte al giorno.

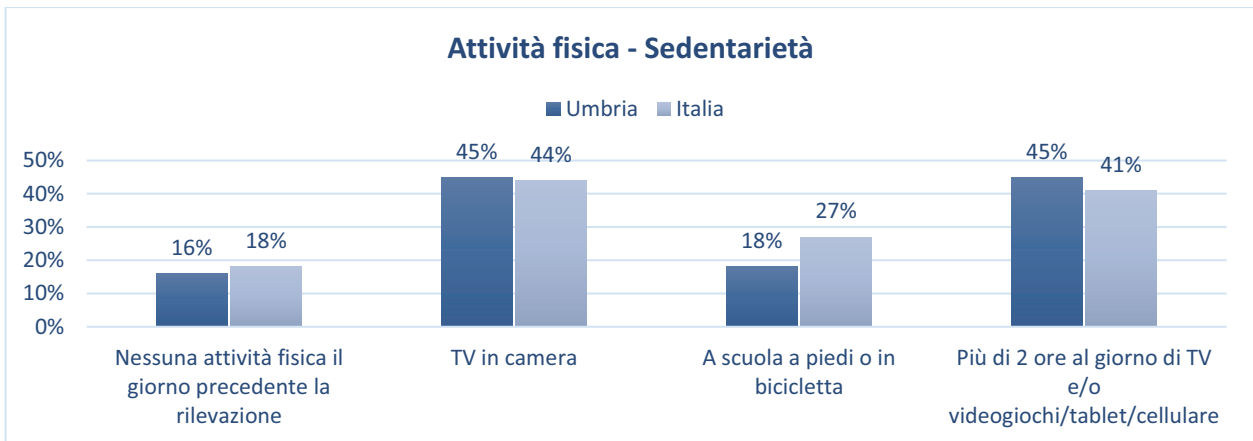
Abitudini alimentari nei bambini: Confronto temporale

Prevalenza di bambini che...	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	89%	93%	92%	92%	92%**	92,1%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	65%	69%	65%	65%	63%	59,1%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	6%	15%	19%	35%	40%**	43,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliera	3%	3%	3%	3%	2%	8,5%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	41%	46%	46%	38%	31%	36,3%

§ Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

I dati relativi all'attività fisica mostrano che il 16% dei bambini non ha svolto alcuna attività fisica il giorno precedente l'indagine; il 45% dei bambini trascorre più di 2 ore al giorno in attività sedentarie, come guardare la TV o fare uso dei videogiochi e molti bambini (45%) hanno un televisore nella propria camera.

Attività fisica e sedentarietà nei bambini – Confronto Umbria-Italia – Anno 2016



Sedentarietà nei bambini: Confronto temporale

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno*	47%	31%	22%	34%	45%	41,2%
Bambini con televisore in camera	56%	51%	47%	46%	45%	43,6%

* nel 2016 è stata aggiunta alla domanda la specifica "tablet/cellulari" che potrebbe aver in parte modificato la risposta data

Emerge quindi che fra i bambini persistono scorrette abitudini alimentari (colazione o merenda non adeguate, elevato consumo di bevande zuccherate), abbinate ad una scarsa attività fisica, legata anche all'eccessivo utilizzo degli strumenti tecnologici.

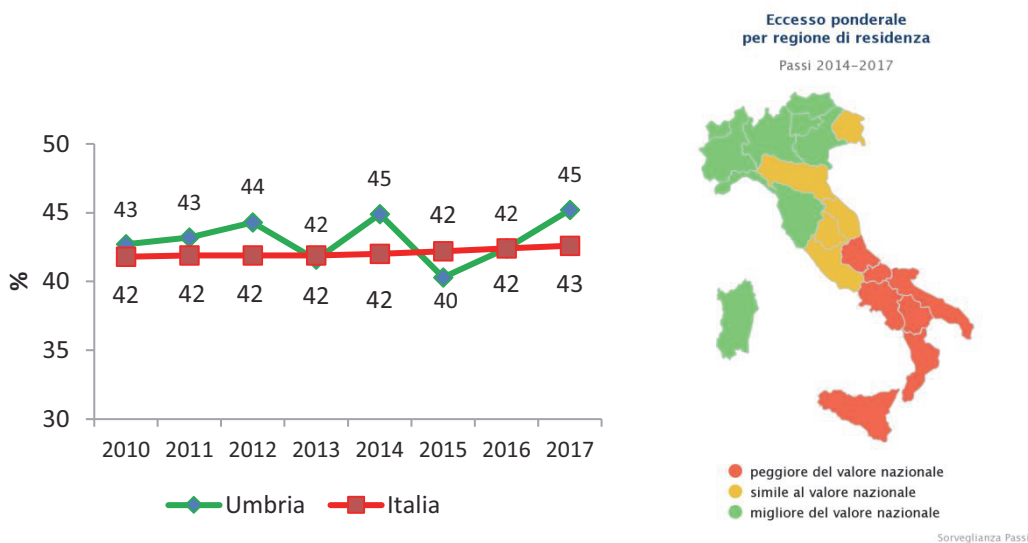
Popolazione adulta/anziana

Il 31% degli adulti umbri di 18-69 anni è in sovrappeso (il dato nazionale è pari al 32%) e il 14% è obeso, dato questo decisamente più alto della media nazionale (pari all'11%). Analizzando l'andamento dal 2010 al 2017 (vedi tabella) non risultano miglioramenti evidenti nella percentuale di soggetti in eccesso ponderale (sovrappeso + obesi), complessivamente pari al 45%, contro un dato medio nazionale del 43%. Il 54% dei soggetti in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio del medico di perdere peso, un dato

nettamente migliore rispetto al dato nazionale che è in costante decremento.



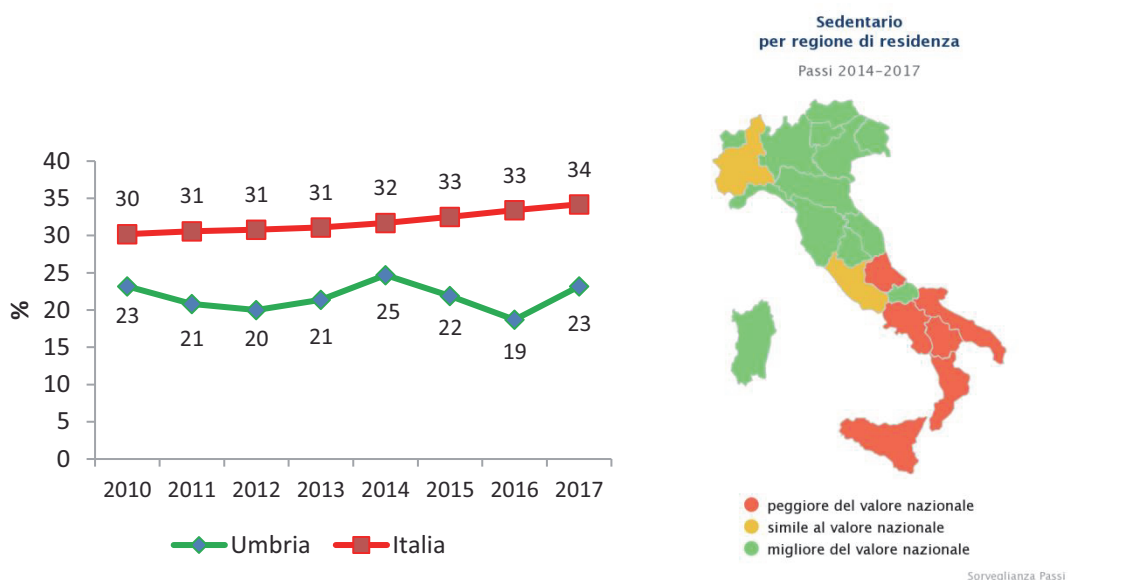
Percentuali di soggetti età adulti in eccesso ponderale (sovrappeso + obesi) - Regione Umbria e Italia – Anni 2010-2017 – Dati PASSI



Per quanto riguarda le abitudini alimentari degli adulti, la percentuale di umbri che consuma quotidianamente 5 porzioni di frutta e verdura è piuttosto bassa (7% contro il 10% nazionale). Gli Umbri risultano più attivi rispetto alla media nazionale, infatti, nel 2017, il 36% della popolazione umbra pratica attività fisica rispetto al dato nazionale pari al 32%, mentre il 43% è parzialmente attiva rispetto al dato nazionale pari al 35%.

I sedentari risultano essere solo il 23% rispetto a una media nazionale del 34%, la sedentarietà è più diffusa tra le donne (25% vs 19% degli uomini) e nelle fasce di età più anziane e tende a diminuire con l'aumentare del livello di istruzione.

Percentuali di sedentari - Regione Umbria e Italia – Anni 2010-2017 – Dati PASSI



In sintesi

L'essere in sovrappeso o obesi (**eccesso ponderale**) è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili.

In Umbria sono in eccesso ponderale un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

Questa condizione è più frequente:

- all'aumentare dell'età;
- nel sesso maschile;
- tra le persone con più bassi livelli d'istruzione;
- tra quelle economicamente più svantaggiate.

La distribuzione dell'eccesso ponderale pone l'Umbria in linea con la media nazionale, anche se si evidenzia una sostanziale stabilità della prevalenza di sovrappeso ed obesità, fenomeno in controtendenza rispetto ai paesi europei che invece mostrano un trend in aumento in circa il 20% nella popolazione sopra i 18 anni (dal 2010 al 2016).

Le due aziende sanitarie regionali non mostrano differenze

Per quanto attiene alla **sedentarietà**, sebbene i dati umbri siano migliori rispetto ai dati nazionali, risulta comunque sedentario un bambino su 6, un 18-69enne su 5 e un anziano su 3.

La sedentarietà è più frequente:

- al crescere con l'età;
- nel sesso femminile;
- tra le persone con basso livello di istruzione;
- tra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche.

PAROLE CHIAVE
**Percentuale di sedentari inferiore
alla media nazionale**

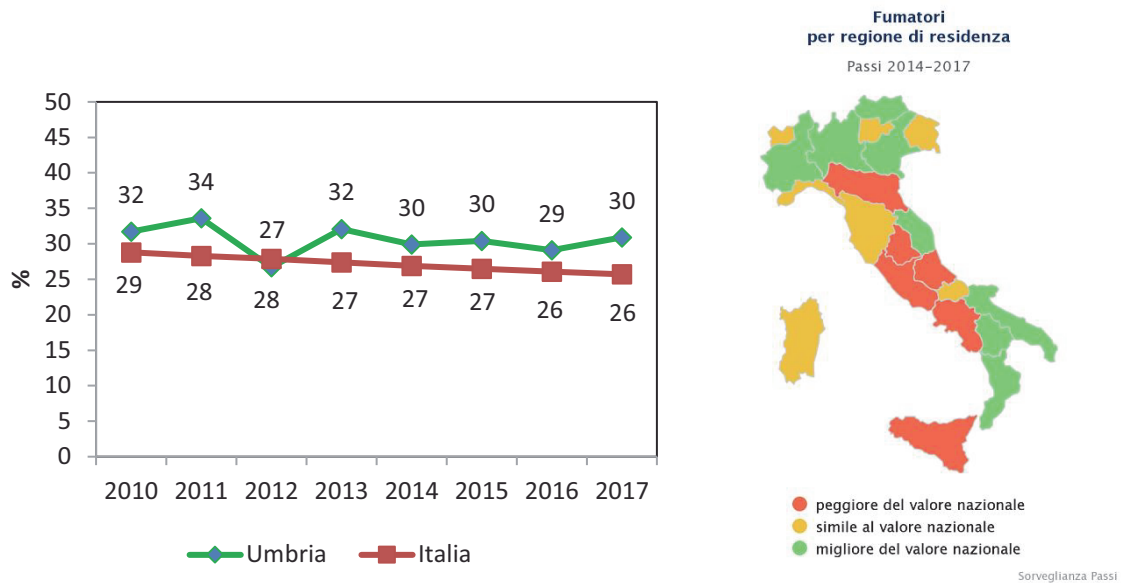
Per Approfondimenti - Sorveglianza Passi (adulti 18 -69 anni):

www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp

b. L'Abitudine al fumo

Storicamente l'abitudine al fumo è un problema rilevante fra gli umbri: la percentuale di fumatori è significativamente più alta rispetto al resto d'Italia (30%, contro un dato medio italiano del 26%) ed è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo.

Percentuale di fumatori - Regione Umbria e Italia – Anni 2010-2017- Dati PASSI



I dati medi relativi all'ultimo quadriennio 2014-2017 dimostrano una crescita della diffusione del fumo soprattutto tra le femmine (25% contro un dato medio italiano del 22%), tra le persone con maggiori difficoltà economiche e con livello di istruzione medio basso. La percentuale di fumatori è peraltro molto elevata tra i 18 e i 24enni (33% contro un dato medio italiano del 28%). Preoccupante è anche la prevalenza di fumatori tra i 15enni: secondo l'indagine HBSC è pari al 22% contro un dato medio italiano del 21%, con una percentuale superiore nelle ragazze rispetto ai ragazzi. Seppure risulti che gli operatori sanitari sono più attivi dei propri colleghi del resto del paese nel chiedere informazioni sull'abitudine al fumo (42% contro un dato medio italiano del 38%), sembra che non siano altrettanto efficaci nel consiglio di smettere di fumare (48% contro un dato medio italiano del 51%), evidenziando una scarsa attitudine degli operatori sanitari italiani al counseling.

Risulta frequente anche l'esposizione al fumo passivo in ambito domestico: un intervistato su tre dichiara che è ammesso fumare nella propria abitazione; la situazione migliora nelle case in cui vivono minori di 15 anni, anche se in due abitazioni su dieci c'è comunque la possibilità di fumare. Oltre l'85% degli umbri dichiara che il divieto di fumare nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre, dato significativamente inferiore rispetto alla media nazionale. Quattro fumatori su dieci hanno tentato di smettere di fumare. Tra i metodi utilizzati per smettere di fumare, resta veramente esiguo il ricorso al sostegno specialistico offerto dalle aziende sanitarie, così come l'utilizzo di farmaci e sostituti della nicotina.

Per Approfondimenti - Sorveglianza Passi (adulti 18 -69 anni):

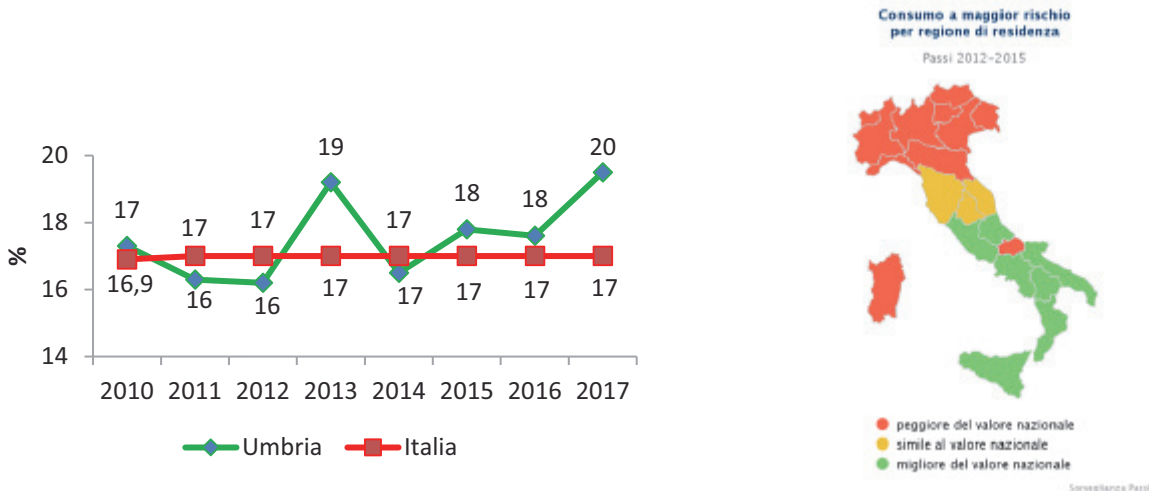
www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp

c. Il consumo a rischio di alcool

In Umbria i dati PASSI del quadriennio 2014-2017 evidenziano che circa il 63% degli adulti 18-69 anni si dichiara bevitore; nel 2017 la prevalenza di consumatori di alcool a maggior rischio è il 20%, superiore al dato nazionale (pari al 17%); oltre la metà di questi sono bevitori binge (13% contro un

dato nazionale pari al 9%). I consumatori a rischio sono soprattutto uomini e giovani tra i 18 e i 24 anni (in questa fascia di età il 42% si dichiara consumatore a rischio e il 24% binge).¹

Percentuali di consumatori di alcol a maggior rischio - Regione Umbria e Italia – Anni 2010-2017 – Dati PASSI



I dati di HBSC evidenziano che all’età di 15 anni il 25% dei ragazzi umbri beve alcolici almeno una volta alla settimana (fra i maschi 32%, fra le femmine 18%). Quasi la metà dei ragazzi 15enni e un terzo delle ragazze è bevitore «binge». Il fenomeno si presenta in maniera rilevante anche a 11 e 13 anni.

In Umbria come nel resto del Paese il consumo ad alto rischio è più diffuso tra coloro che hanno un più alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche. Il trend del consumo a maggior rischio è in crescita, in particolare il consumo binge. Solo il 4% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio del medico di bere meno, contro una media nazionale del 6%.

L’8% dei conducenti, soprattutto uomini, riferisce di aver guidato negli ultimi 30 giorni prima dell’intervista sotto l’effetto dell’alcol (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un’ora prima di mettersi alla guida) e il 6% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l’effetto dell’alcol.

Analogamente al resto d’Italia, in Umbria i **comportamenti errati alla guida** (guida distratta, velocità troppo elevata e mancato rispetto delle regole di precedenza) sono responsabili del 49% degli incidenti; l’8% dei conducenti, soprattutto uomini, riferisce di aver guidato negli ultimi 30 giorni prima dell’intervista sotto l’effetto dell’alcol (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un’ora prima di mettersi alla guida) e il 6% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l’effetto dell’alcol.

Per Approfondimenti - Sorveglianza Passi (adulti 18 -69 anni):

www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol.asp

¹ **Binge drinking:** assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione.

Diverse istituzioni sanitarie, tra cui i Cdc, fissano livelli soglia differenti nei due sessi, e precisamente:

- per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione
- per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione.

Consumo alcolico a maggior rischio: è un indicatore composito, che include consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne), consumo episodico eccessivo (almeno un episodio di binge drinking), consumo fuori pasto.

d. Gli incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono un problema prioritario per numerosità e conseguenze in termini di mortalità, morbosità e disabilità. Negli ultimi decenni la sicurezza stradale è notevolmente migliorata ma il numero di morti e feriti è ancora troppo elevato.

La mortalità per incidente stradale in Umbria, come in Italia, è in costante diminuzione (13‰ 2001, 3,9‰ 2016). Dai 10 anni di sorveglianza PASSI emerge che in Umbria l'utilizzo di cinture di sicurezza e casco è in significativo aumento.

Rispetto alla guida e consumo di alcool è detto al paragrafo precedente mentre sono importanti le cause di distrazione alla guida quali l'uso non consentito del cellulare.

Dal sistema di sorveglianza PASSI emergono sottogruppi di popolazione, rappresentati dai maschi più istruiti tra 25 e 50 anni, dove si concentra un maggior rischio di guida sotto l'effetto dell'alcol e senza l'uso di cinture di sicurezza, verso i quali indirizzare azioni mirate.

In conclusione il calo della mortalità per incidente stradale in Umbria riflette l'impatto delle politiche nazionali realizzate al riguardo, evidenti anche nell'aumento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

e. Gli infortuni e le malattie professionali

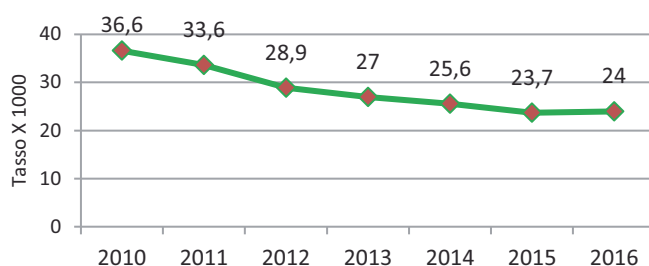
Negli ultimi anni si è assistito ad una costante e significativa diminuzione del numero di infortuni denunciati all'INAIL: dal 2010 al 2017 si sono ridotti di più del 50%, passando da oltre 16.700 a 10.500. La riduzione del numero di infortuni sul lavoro è in parte correlata alla crisi economica e alla conseguente diminuzione dell'occupazione. Tale riduzione si conferma in modo chiaro anche utilizzando l'indicatore "tasso di infortunio ogni 1000 occupati" che neutralizza l'effetto della variazione del numero di occupati.

Il tasso nel macro-settore industria e servizi è infatti passato da oltre 36 a 24 infortuni ogni 1000 occupati dal 2010 al 2016, ultimo anno in cui è possibile calcolarlo.

PAROLE CHIAVE

**diminuzione del numero di
infortuni per 1.000 occupati**

Tasso di infortunio in Umbria X 1000 occupati INAIL, industria e servizi, 2010-2016



Dati estratti dalla banca dati statistica INAIL, aggiornamento aprile 2018

Anche per gli infortuni mortali, che presentano maggiori oscillazioni dovute alla esiguità dei numeri, si apprezza una riduzione nel medio periodo (nel 2017 si sono avuti 8 infortuni mortali in occasione di lavoro, mentre nel 2010 erano stati 11); il fenomeno delle morti sul lavoro riguarda soprattutto i settori agricoltura e costruzioni. Nel 2018 si deve evidenziare un notevole incremento delle morti in itinere.

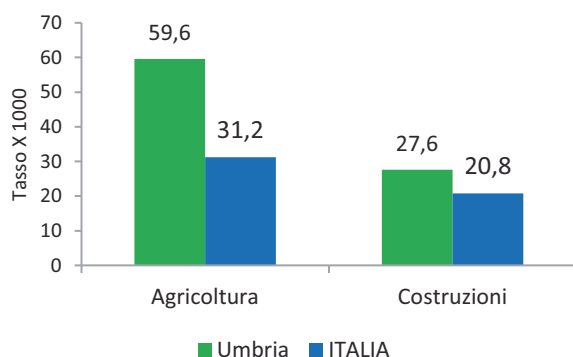
Infortuni mortali, 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	30 ottobre 2018*
In occasione di lavoro	11	17	14	18	12	8	5	8	7
<i>In itinere</i>	5	2	1	4	0	2	4	3	10
Totale	16	19	15	22	12	10	9	11	17

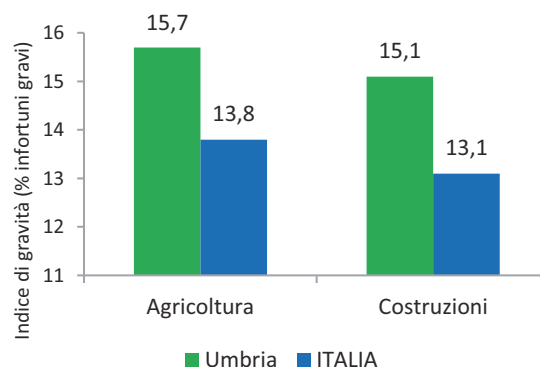
*Dati provvisori

Nei due settori storicamente a rischio, **l'agricoltura e le costruzioni**, gli indicatori del fenomeno infortunistico (tasso di infortunio per 1000 occupati e indice di gravità, ovvero percentuale di infortuni gravi sul totale) sono però più elevati rispetto ai valori medi nazionali.

Tasso di infortunio X 1000 occupati INAIL, agricoltura e costruzioni, anno 2016



Indice di gravità degli infortuni (% infortuni gravi sul totale), agricoltura e costruzioni, anno 2016

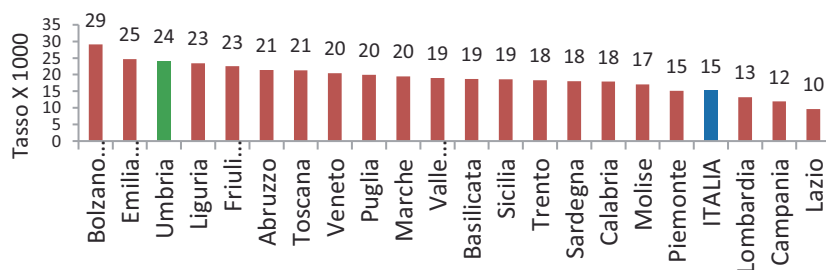


Dati estratti dalla banca dati statistica INAIL, aggiornamento aprile 2018

Dati estratti dalla banca dati statistica INAIL, aggiornamento aprile 2018

Nel confronto fra regioni per l'anno 2016, l'Umbria continua ad essere una di quelle regioni con tasso di infortunio più elevato (24 vs 15 della media nazionale), pur avendo perso il primato negativo che aveva fino a pochi anni fa.

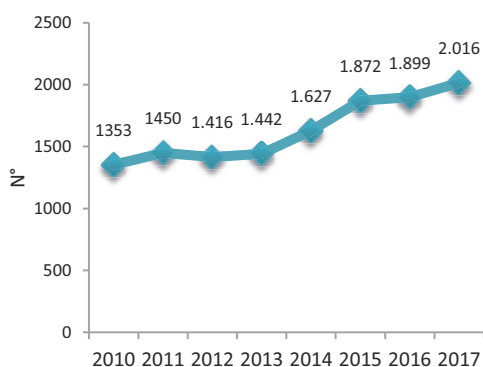
Tasso di infortunio definito positivamente x 1000 occupati per regione, INDUSTRIA SERVIZI, anno 2016



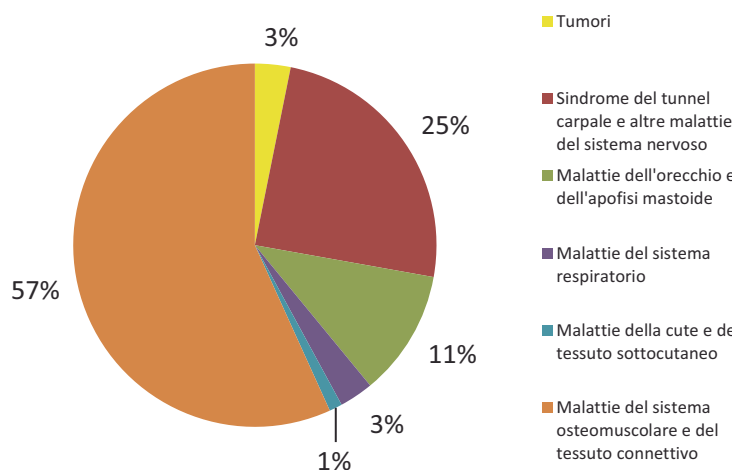
Dati estratti dalla banca dati statistica INAIL, aggiornamento aprile 2018

Si registra inoltre un **incremento rilevante del numero di malattie professionali denunciate** legato probabilmente alla maggiore sensibilità dei medici alla denuncia di malattia professionale, che sta portando all'emersione di un fenomeno ancora in parte sommerso: nel 2017 sono il 34% in più rispetto al 2010. Il settore a maggior prevalenza di malattie professionali è l'agricoltura con il 19% del totale delle denunce, seguito dalle costruzioni con il 17% e dal manifatturiero con il 15%. Le **malattie del sistema osteoarticolare e la sindrome del tunnel carpale costituiscono oggi l'82% della patologia professionale** ed hanno completamente soppiantato le classiche malattie professionali del passato (silicosi, asbestosi, ipoacusia da rumore etc.); circa il 3 % delle malattie professionali sono costituite da tumori, anche se si pensa sia un dato ancora oggi largamente sottostimato.

Malattie professionali denunciate, anni 2010-2017



Distribuzione percentuale delle malattie professionali indennizzate per diagnosi, anno 2016



Dati estratti dalla banca dati statistica INAIL, aggiornamento aprile 2018

f. Le malattie infettive

Le malattie infettive rappresentano ancora una priorità di sanità pubblica per l'Umbria; infatti, in analogia a quanto avviene nel resto del Paese, continuano ad essere presenti, anche con picchi

epidemici notevoli, alcune malattie, che possono essere contrastate con adeguati programmi di sorveglianza e controllo. A titolo di esempio l'epidemia di **morbillo**, iniziata nel 2016 e ancora in corso nel Paese, ha visto il verificarsi nei periodi considerati dalla tabella sottostante di 111 casi notificati di morbillo anche in Umbria, nonostante gli elevati tassi di copertura vaccinale, con un maggior numero di casi nella classe di età 35-44 anni e diversi contagi anche fra gli operatori sanitari.

Di seguito i dati relativi ai casi verificatisi in Umbria e in Italia, raccolti nella piattaforma del sistema di sorveglianza nazionale gestito dall'Istituto Superiore di Sanità.

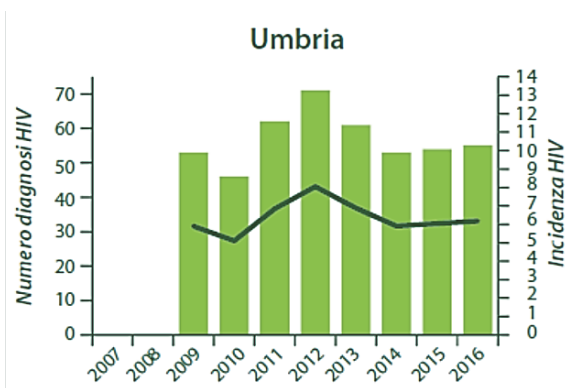
Casi di morbillo registrati in Umbria e in Italia negli anni 2016, 2017, e nei primi 5 mesi del 2018.

UMBRIA	2016	2017	2018
N. casi USL1	23	24	1
N. casi USL2	3	58	2
TOTALE	26	82	3

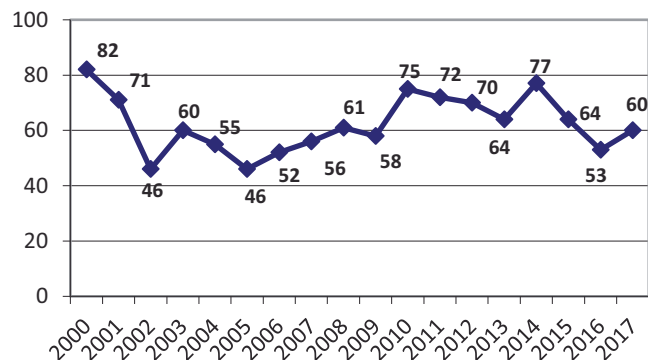
ITALIA	2016	2017	2018
N. casi	844	4991	1258
Decessi		4	4

Anche per altre patologie, per le quali adeguate misure di informazione e di prevenzione potrebbero ridurre notevolmente il numero dei casi, si continuano a registrare un numero costante di casi negli ultimi anni; **in media, ogni anno infatti sono stati denunciate 55 nuove infezioni da HIV e 65 di TBC.**

Nuove diagnosi di HIV. Anni 2009/2016



Casi TBC Polmonare ed extra-polmonare. Anni 2000/2017



Per quanto concerne le **malattie batteriche invasive** (meningiti e sepsi), è stato rilevato un numero di notifiche pressoché costante nel corso degli quattro ultimi anni. Il maggior numero di casi è riferito a infezioni da pneumococco che colpiscono soprattutto persone appartenenti a classi di età più avanzate.

Da valutare anche la costante presenza di casi di **legionellosi**, soprattutto nell'area Nord della regione, con un numero medio di 26 casi all'anno notificati in Umbria dal 2009.

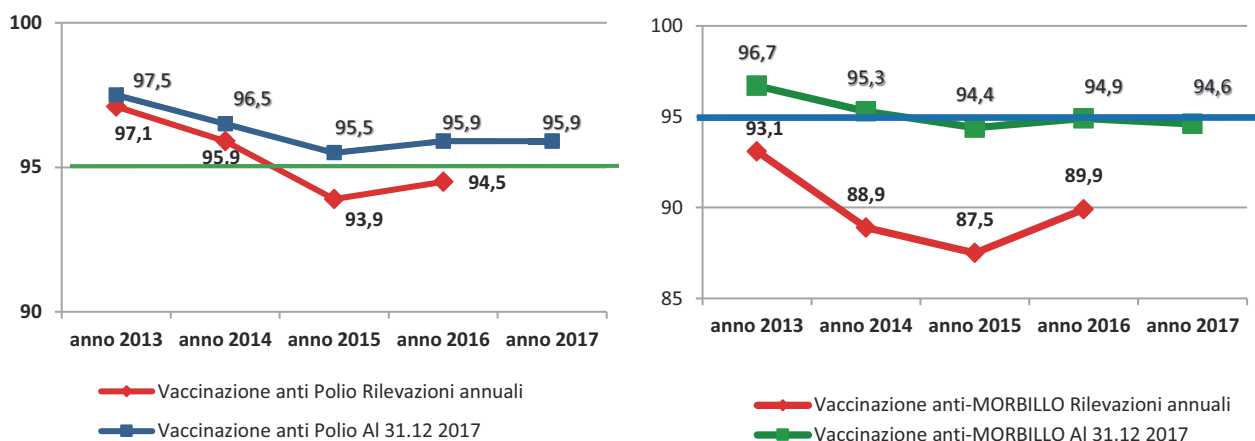
La globalizzazione, la rapidità e l'aumento viaggi intercontinentali, i cambiamenti climatici, favoriscono il verificarsi di emergenze infettive e il rapido diffondersi di patologie anche poco conosciute **trasmesse da insetti vettori** o da parassiti: pertanto nell'adottare specifici protocolli di

prevenzione e controllo diventa indispensabile tenere conto non più soltanto del contesto regionale o nazionale, ma anche di quello internazionale. Particolare attenzione deve essere messa in atto verso le malattie virali come ad esempio la “Chicungunya” e la **West Nile disease** trasmesse da zanzare che, nel corso dell’ultima stagione estiva, si sono registrate in Italia. Nel caso particolare della West Nile, essendo la malattia endemica negli animali anche in territori confinanti con l’Umbria, è necessario un unico piano per la sorveglianza dei casi umana e veterinaria, oltre che entomologica.

Le vaccinazioni

Quanto alle attività di immunizzazione attiva, la Giunta regionale, con deliberazione della n. 274 del 20/03/2017 ha recepito il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019” e successivamente, con delibera n. 344 del 16/04/2018 ha dato indicazioni operative per l’attuazione in Umbria del PNPV 2017/2019 e per l’aggiornamento del “Protocollo regionale vaccinazioni” vigente. All’approvazione della legge 119/2017 sono seguite, in tutto il territorio regionale, azioni di “recupero” degli inadempienti che hanno portato ad un notevole incremento delle coperture vaccinali, soprattutto nei nati dal 2011 in poi. Di seguito si riportano i dati di copertura registrati annualmente e quelli al 31.12.2017, relativi al vaccino antipolio contenuto nella vaccinazione esavalente e per quello contro il morbillo: per quest’ultimo si è avuto l’incremento maggiore.

Incremento delle coperture vaccinali al 31,12,2017 nei confronti della poliomielite e del morbillo



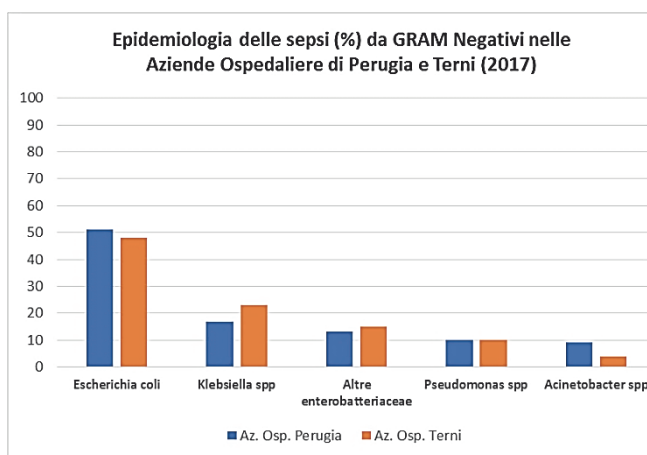
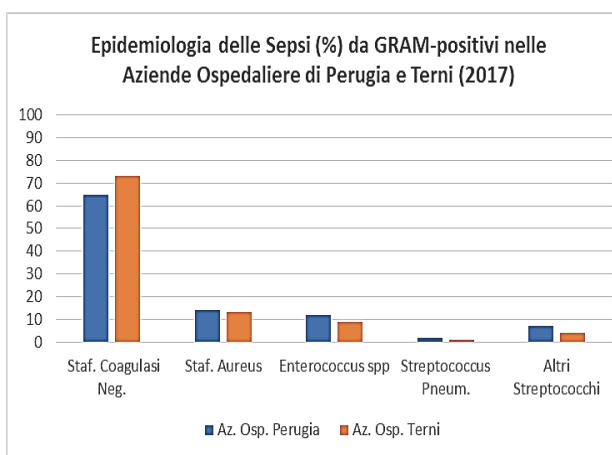
Grazie all’**anagrafe vaccinale informatizzata**, disponibile dal 2017 anche on line, è stato possibile provvedere all’invio delle certificazioni prima dell’accesso alle scuole al fine di facilitare le famiglie dei vaccinati. Tra le attività salienti degli ultimi due anni è compreso anche un percorso di valutazione di qualità dei Servizi vaccinali ha previsto l’attivazione, a partire dal 2018, di Attività di Audit interno per verificare l’attuazione dello specifico protocollo regionale.

L’antibiotico-resistenze e le ICA

Secondo il Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 il numero di **infezioni complicate da AMR** potrebbe aumentare notevolmente nei prossimi anni,

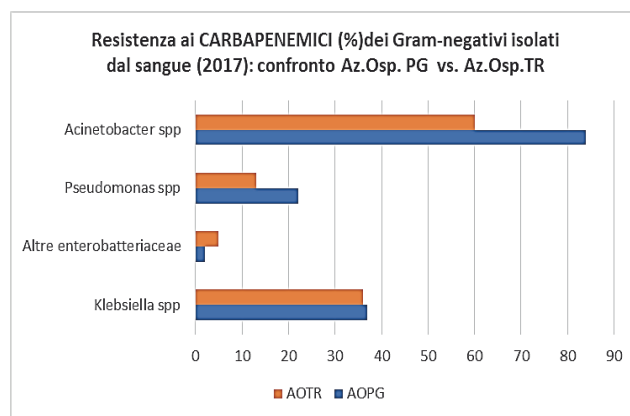
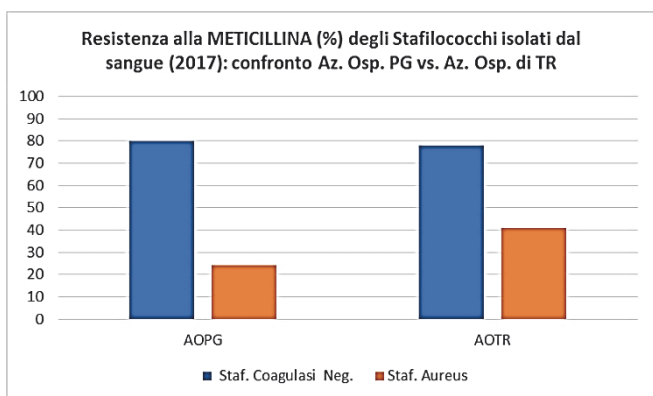
producendo un altissimo numero di morti, una notevole perdita di giornate lavorative e un grande utilizzo di risorse sanitarie per antibiotici più costosi e per prolungamento delle ospedalizzazioni. A seguito dell'attivazione degli specifici progetti del Piano Regionale di Prevenzione è stato elaborato un sistema di reportistica standardizzato e facilmente consultabile relativo alla epidemiologia delle sepsi per singolo Reparto/Ospedale per periodo, contenente i dati relativi ai patogeni ed ai loro profili di resistenza (incluso la carbapenemasi resistenza). Contestualmente è stata operata una modifica del data-base regionale dei flussi farmaceutici allo scopo di produrre, per tutte le Aziende Sanitarie della regione, dei Report con i dati di consumo degli antibiotici, anche attraverso il sistema DDD/ATC.

A titolo di esempio si riportano i dati relativi ai principali microrganismi isolati dal sangue nell'anno 2017 nelle due Aziende Ospedaliere della regione.



La valutazione contestuale dei livelli di resistenza riscontrati per i singoli patogeni consentirà di avviare una sorveglianza più mirata ed omogenea sul territorio regionale rispetto alle **Infezioni Correlate all'Assistenza**, in quanto, fino ad oggi, ogni Azienda ha effettuato azioni di rilevazione delle ICA, ma tramite diverse indagini di prevalenza periodiche.

A titolo di esempio di seguito il confronto dei livelli di resistenza a meticillina e carbapenemici ai stafilococchi gram negativi registrate nelle aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.



La Regione ha adottato atti specifici per l'antibiotico-resistenza anche in virtù di quanto previsto dal PNCAR (Piano Nazionale Contrasto Antibiotico Resistenza) costituendo tavoli tecnici regionali e partecipando ai lavori dei tavoli nazionali.

È stato anche siglato l'accordo fra Regione Umbria e Agenzia Regionale Sanità – ARS – della Toscana per la collaborazione nella realizzazione di uno studio di fattibilità in tema di sorveglianza microbiologica e antibiotico-resistenza.

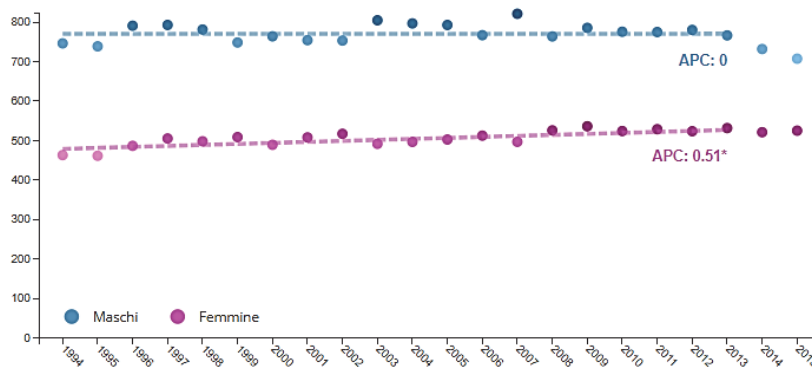
g. I tumori

I tumori sono patologia multifattoriale e molto complessa. I tempi di latenza tra l'esposizione ai fattori di rischio, che favoriscono l'insorgenza della malattia e lo sviluppo di un tumore sono molto lunghi. La mortalità che osserviamo oggi si riferisce a pazienti che si sono ammalati anni fa e la distanza tra incidenza e mortalità è tanto più grande quanto maggiori sono le probabilità di sopravvivenza (da pochi mesi a decenni in funzione del tipo di neoplasia). Screening e diagnosi precoce possono migliorare l'efficacia delle cure e contribuire, significativamente, a ridurre la mortalità, ma possono anche comportare una quota di sovra-diagnosi o sovra-trattamento.

In **Umbria** il tasso standardizzato per 100.000 abitanti di tumore maligno (esclusi i tumori maligni della pelle non appartenenti alla categoria melanomi), nel periodo 1994-2015 è pari a 738,72 per i maschi e 564,45 per le femmine e per entrambi i sessi è pari a 615,79.

Nel periodo 1994-2015 l'andamento di **incidenza** si è mantenuto stabile nei maschi (APC: 0), mentre si è osservato un aumento significativo nelle femmine (APC: 0,51*, $p < 0.05$).

Andamento temporale del tasso di incidenza di tumore maligno in Umbria per sesso, periodo 1994-2015

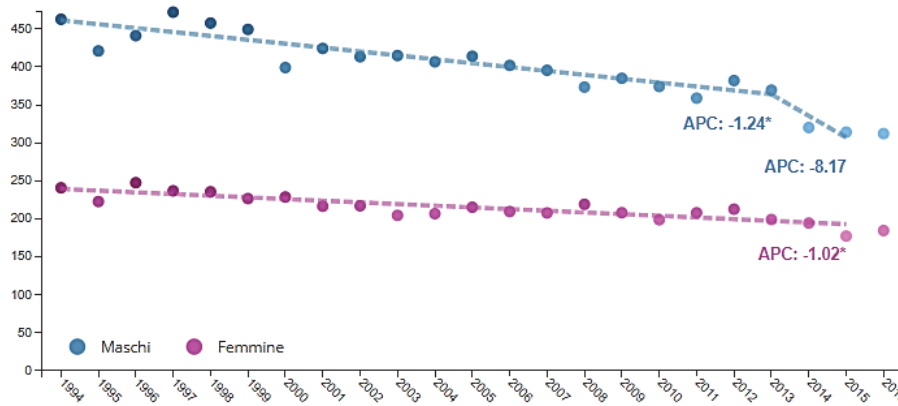


APC= esprime la variazione media annuale (APC) del tasso di incidenza o di mortalità. L'APC ha segno positivo per i trend in crescita e negativo per quelli in diminuzione; la presenza di un asterisco accanto all'APC indica che la variazione rilevata è statisticamente significativa ($\alpha < 0.05$)

In Umbria, nel periodo 1994-2015 sono stati diagnosticati 142.800 casi di tumore. Il numero di nuovi tumori stimati per l'anno 2018 in Umbria per le principali sedi tumorali (epiteliomi esclusi) è di 3.050 per il sesso maschile e 2.900 per il sesso femminile.

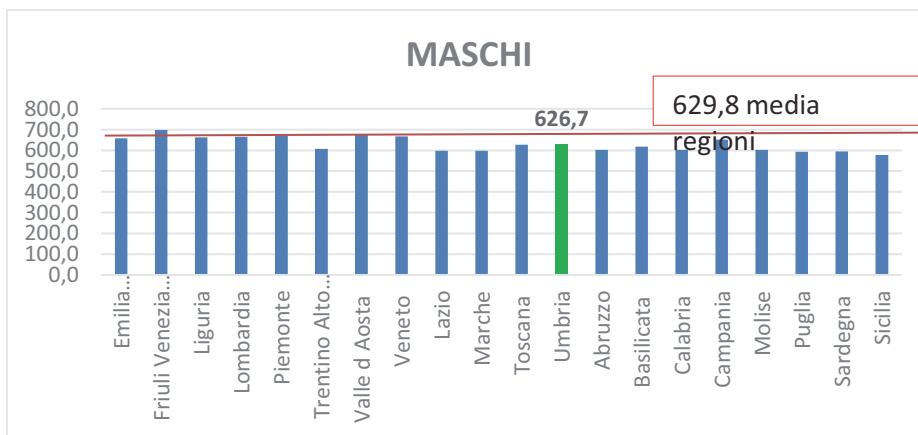
I decessi per tumore maligno in Umbria nel periodo 1994-2016 sono stati 69.461, con una media di 3.020 casi/anno. Il tasso standardizzato di **mortalità** per 100.000 abitanti per tumore maligno in Umbria nel periodo 1994-2016 è pari a 287,26. Il trend temporale del tasso di mortalità presenta una diminuzione significativa nelle femmine (APC: -1.02*) nel periodo 1994-2016, mentre nel sesso maschile il trend mostra una significativa diminuzione nel periodo 1994-2013 (APC: -1.24*).

Andamento temporale del tasso di mortalità per tumore maligno in Umbria per sesso, periodo 1994-2016.



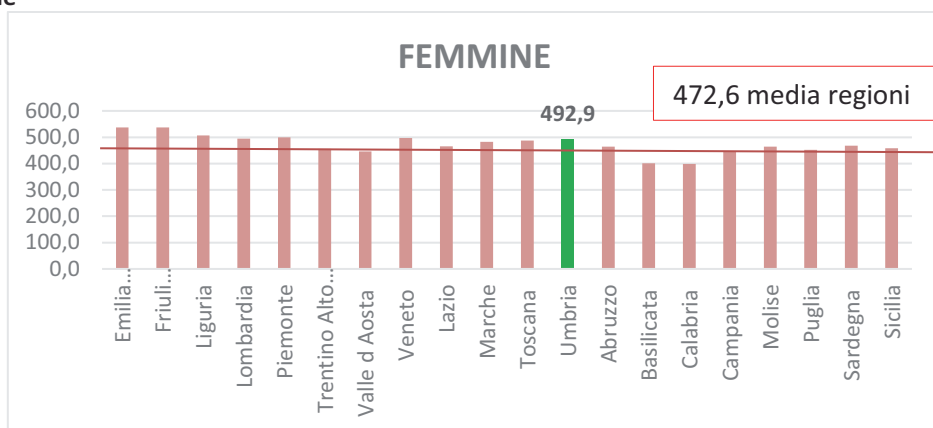
La stima dell'andamento di incidenza per tutte le sedi tumorali, esclusi carcinomi della cute, (dati AIRTUM) per tutte le Regioni di Italia vede l'Umbria quasi in linea con i valori della media italiana sia per il sesso maschile che per il sesso femminile.

Tassi di incidenza standardizzati per tutti i tumori (esclusi epiteliomi) stimati per l'anno 2018 per tutte le Regioni – Sesso Maschile



Fonte AIRTUM "I numeri del cancro in Italia 2018"

Tassi di incidenza standardizzati per tutti i tumori (esclusi epitelomi) stimati per l'anno 2018 per tutte le Regioni – Sesso Femminile

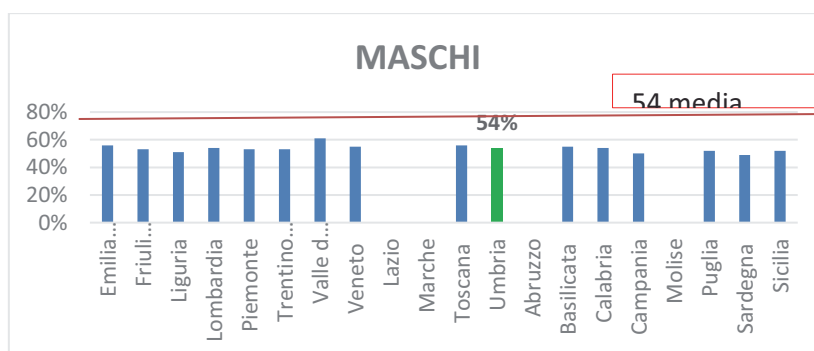


Fonte AIRTUM "I numeri del cancro in Italia 2018"

La **sopravvivenza** a 5 anni per Regione, per le principali sedi tumorali nei due sessi evidenzia valori leggermente superiori al Centro-Nord rispetto alle Regioni meridionali. Questo vale per il totale dei tumori nei due sessi. Per i tumori oggetto di programmi di screening organizzato (mammella femminile, colon-retto e cervice uterina) le differenze diminuiscono se vi è adesione ai programmi.

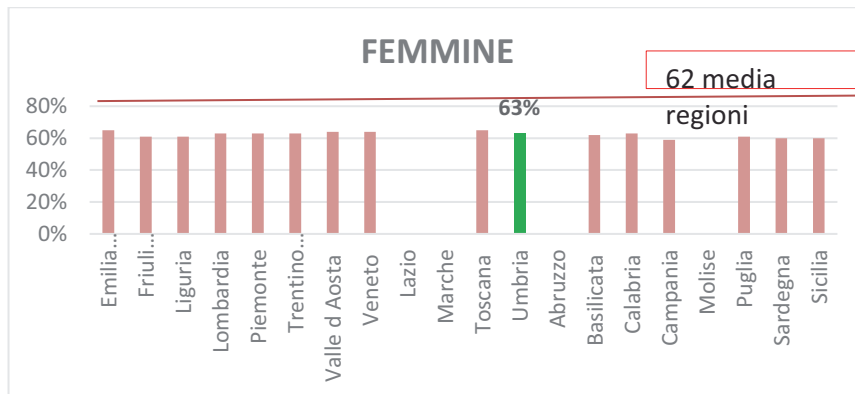
L'Italia, se valutata nel suo complesso, presenta un quadro di sopravvivenza pari o superiore alla media europea, ma i dati regionali non sono uniformi rappresentando la residenza un determinante prognostico importante in quanto le differenze di sopravvivenza potrebbero essere l'espressione di disomogeneità nell'accesso a programmi di diagnosi precoce e a cure di alta qualità. Di seguito i dati di sopravvivenza nel confronto fra Regioni nei maschi e nelle femmine e l'Umbria si attese a valori di media in entrambi i casi. La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) in Umbria è del 54% nel sesso maschile e del 63% nel sesso femminile.

Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età). Casi incidenti 2005-2009 per tutte le Regioni (valore 0 per le Regioni di cui non si conoscono i dati) – Sesso Maschile



Fonte AIRTUM "I numeri del cancro in Italia 2018"

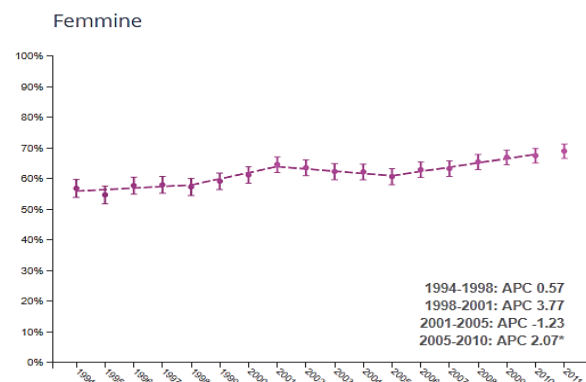
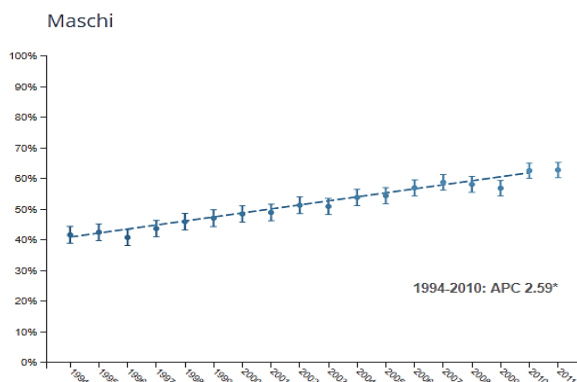
Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età). Casi incidenti 2005-2009 per tutte le Regioni (valore 0 per le Regioni di cui non si conoscono i dati) – Sesso Femminile



Fonte AIRTUM “I numeri del cancro in Italia 2018”

La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi in Umbria per il periodo 1994-2010 mostra un trend in aumento significativo nella popolazione maschile (APC: 2,59*), mentre nella popolazione femminile il trend mostra un incremento significativo (APC 2,07*) solo per il periodo 2005-2010.

Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età). Regione Umbria. Andamento dal 1994



* p<=0,05.

I **tumori sesso-specifici** più frequentemente osservati in Umbria sono il carcinoma della mammella nelle donne e il carcinoma prostatico negli uomini; qualora vengano considerati ambedue i sessi, il tumore che presenta un'incidenza maggiore è quello del colon-retto.

Di seguito si mettono a confronto i dati di incidenza e di mortalità, in Umbria, dei principali tumori

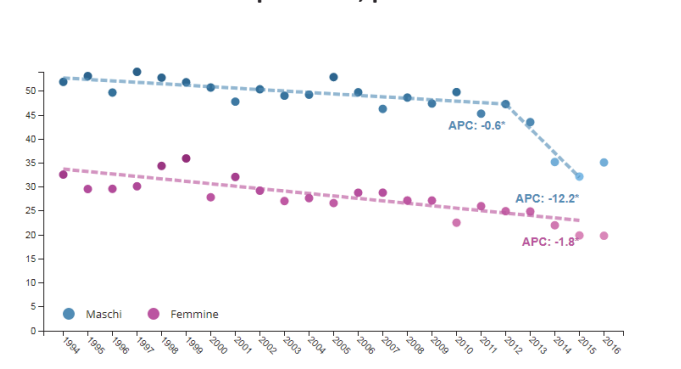
Colon retto

Il tumore del colon-retto è la neoplasia più frequentemente osservata nella popolazione umbra nel periodo 1994-2015 (12.4%), con un'età media alla diagnosi di 71,5 anni. In questo periodo sono stati diagnosticati una media di 806 nuovi casi/anno, per un totale di 17.725 nuovi casi.

Andamento temporale del tasso di incidenza dei tumori del colon retto in Umbria per sesso, periodo 1994-2015



Andamento temporale del tasso di mortalità dei tumori del colon retto in Umbria per sesso, periodo 1994-2015



L'incidenza mostra per il sesso maschile un incremento fino al 2010, momento in cui l'incidenza si riduce progressivamente, mentre il sesso femminile resta abbastanza stabile negli anni. La mortalità si riduce progressivamente in entrambi i sessi ed è molto più significativa nel sesso maschile.

Lo screening regionale ha senz'altro favorito la diagnosi della malattia negli stadi iniziali permettendo ai malati di compiere un iter diagnostico terapeutico tempestivo ed efficace.

Dall'analisi dei dati, in termini di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, nella regione umbra, i valori osservati sono del 60,8% nel sesso maschile e 61,1% nelle femmine.

La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (dati AIRTUM) in Umbria è del 67% per il tumore del colon-retto.

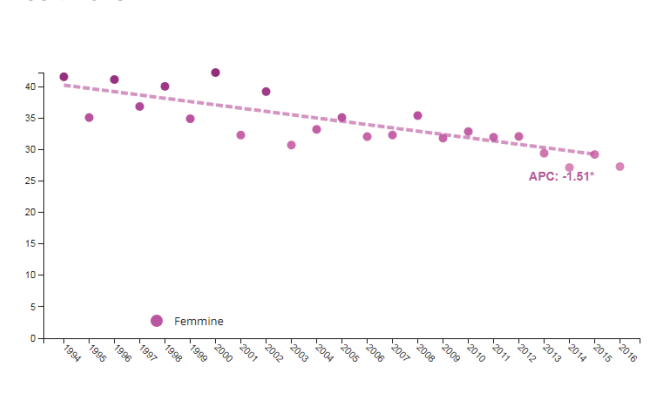
Mammella

In Umbria il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nel sesso femminile, rappresentando il 23,4% di tutte le neoplasie femminili. Nel periodo 1994-2015 sono stati diagnosticati 14.856 casi, con una media di 675 casi/anno.

Andamento temporale del tasso di incidenza dei tumori della mammella in Umbria nel sesso femminile, periodo 1994-2015



Andamento temporale del tasso di mortalità dei tumori della mammella in Umbria nel sesso femminile, periodo 1994-2015



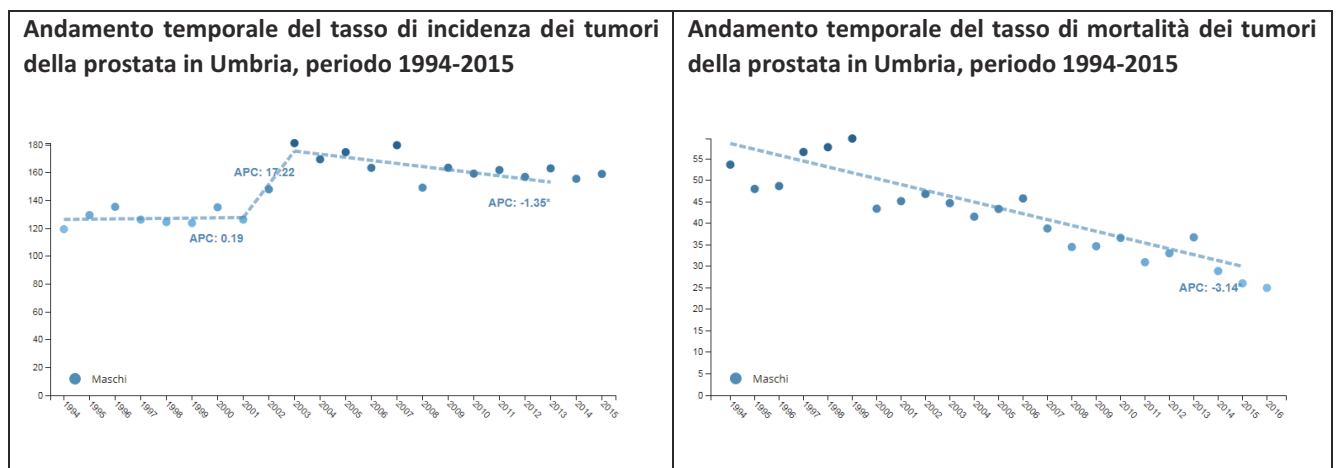
All'aumentare, statisticamente significativo, dell'incidenza (APC 1994-2015: 0,97*), dovuto ad una maggiore diffusione dei fattori di rischio per il carcinoma mammario e all'anticipazione diagnostica prodotta dallo screening, corrisponde una riduzione, anch'essa significativa, del trend di mortalità

(APC 1994-2016: -1,51*), attribuibile in primo luogo ai progressi terapeutici e alla diagnosi precoce. Il carcinoma della mammella resta comunque la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile (13,5% di tutte le morti per neoplasia).

La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (dati AIRTUM) in Umbria è del 86% per il tumore della mammella.

Prostata

In Umbria sono stati diagnosticati 13.157 casi di neoplasia prostatica (598 nuovi casi/anno) nel periodo 1994-2015, rappresentando così il tumore più frequentemente osservato nella popolazione maschile umbra (16,6%).



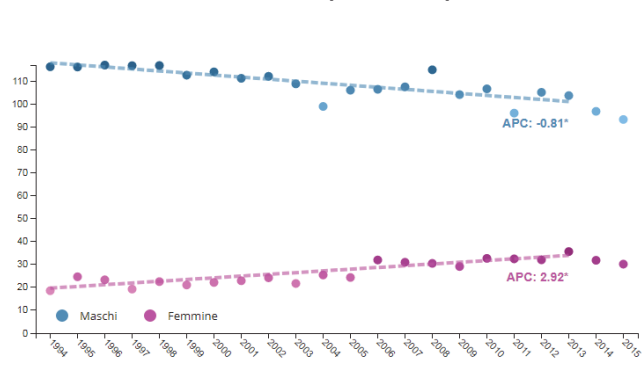
L'incidenza del carcinoma prostatico aumenta con l'età con tassi che variano da 5,2/100.000 a 45-49 anni a 718,8/100.000 a 75-79 anni. In Umbria, dopo essersi mantenuto stabile dal 1994 al 2001, il tasso di incidenza ha subito un incremento (APC: 17,22) fino al 2003, probabilmente dovuto alla diffusione dello screening opportunistico per mezzo della misurazione dell'antigene prostatico-specifico (PSA). Nel periodo successivo si osserva un andamento in significativa riduzione (APC:-1,35*). Il carcinoma prostatico pur trovandosi al primo posto per incidenza, è al quarto posto per mortalità, l'andamento della mortalità, infatti, è in costante e significativa diminuzione in tutto il periodo dello studio (APC:-3,14*)

La sopravvivenza netta 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (dati AIRTUM) in Umbria è del 92% per il tumore della prostata.

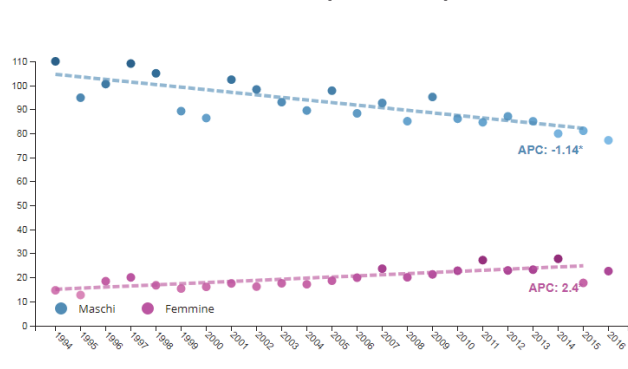
Bronchi e Polmoni

Il carcinoma del polmone è la quarta neoplasia per incidenza in Umbria per entrambi i sessi con 568 casi/anno (8,7%), la terza nei maschi (12%) e la quarta nelle femmine (4,7%), nel periodo 1994-2015.

Andamento temporale del tasso di incidenza dei tumori dei Bronchi e Polmoni in Umbria per sesso, periodo 1994-2015



Andamento temporale del tasso di mortalità dei tumori dei Bronchi e Polmoni in Umbria per sesso, periodo 1994-2015



L'incidenza del carcinoma polmonare aumenta con l'età con tassi che variano da 52,6/100.000 a 50-59 anni a 482,4/100.000 a 75-79 anni. L'andamento del tasso di incidenza mostra una riduzione lenta ma costante tra gli uomini (APC:-0.81*) ed un aumento significativo persistente tra le donne (APC:2,92*). Tale dato è da ricondursi alla diffusione del principale fattore di rischio per la patologia (fumo di sigaretta) nel sesso femminile.

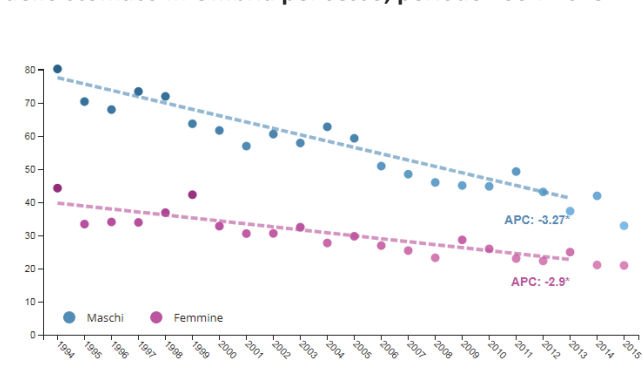
Il carcinoma del polmone è al primo posto per mortalità in ambedue i sessi, con un totale di 10.763 decessi per causa specifica (in 468 decessi/anno negli uomini e 366 decessi/anno nelle donne), andando a rappresentare rispettivamente il 15,5% ed 21% delle morti tra le patologie neoplastiche. L'andamento di mortalità è in significativa riduzione tra i maschi (APC:-1,14*) e in aumento tra le femmine (APC:2,4*).

Stomaco

Il carcinoma gastrico rappresenta il 5.6% delle neoplasie nella popolazione umbra nel periodo 1994-2015, durante il quale sono stati diagnosticati 8.044 nuovi casi, per una media di 366 casi/anno.

In ordine di frequenza in Umbria si posiziona al quinto posto considerando tutta la popolazione, mentre è al sesto e terzo posto, prendendo in considerazione uomini e donne separatamente.

Andamento temporale del tasso di incidenza dei tumori dello stomaco in Umbria per sesso, periodo 1994-2015



Andamento temporale del tasso di mortalità dei tumori dello stomaco in Umbria per sesso, periodo 1994-2015



L'incidenza mostra diminuzioni statisticamente significative in entrambi i sessi (APC: -3,27* per gli uomini e -2,9* per le donne). Anche la mortalità si riduce progressivamente in entrambi i sessi (APC, rispettivamente, di -3,67* e -3,62* nel sesso maschile e in quello femminile)

Questi dati sono congruenti con quelli nazionali, che mostrano un netto decremento rispetto all'incidenza e alla mortalità per neoplasia gastrica.

La sopravvivenza a 5 anni per i pazienti con diagnosi di carcinoma dello stomaco è di 28,8% negli uomini e 35% nelle donne.

h. Le malattie croniche

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali.

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute.

In Umbria (fonte: dati ISTAT – dati 2017) la percentuale di persone in buono stato di salute è inferiore rispetto al dato nazionale (67,3% contro 69,6%), mentre la percentuale è superiore per le persone affette da almeno una patologia cronica (43,5% contro 39,9%) e da almeno due patologie croniche (25,6% contro 20,9%).

Persone per condizioni di salute e presenza di alcune malattie croniche

	Dato nazionale	Dato Umbria
In buona salute	69,6 %	67,3 %
Con almeno una malattia cronica	39,9 %	43,5 %
con almeno due malattie croniche	20,9 %	25,6 %

Anche l'analisi differenziata per patologia evidenzia, per le malattie croniche a maggiore prevalenza, dati che in Umbria risultano superiori a quelli nazionali:

Malattie croniche con maggiore prevalenza

Patologia	Dato Nazionale	Dato Umbria
Cronici in buona salute	41,5 %	41,6 %
Ipertensione	17,8 %	20,3 % *
Artrosi/artrite	16,1 %	19,6 % *
Malattie allergiche	10,7 %	11,1 %
Osteoporosi	7,9 %	8,7 %
Bronchite cronica	5,9 %	6,9 % *
Diabete	5,7 %	7,1 %
Malattie del cuore	4,1 %	5,3 % *

* Dato più alto tra le regioni italiane

La Regione Umbria con DGR 902/2017 "Piano Nazionale della cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni" ha approvato il Piano regionale della Cronicità, documento tecnico, in cui sono stati stabiliti i criteri per dare attuazione a livello regionale alle linee individuate nel Piano nazionale della cronicità.

Uno degli aspetti importanti per implementare i PDTA delle diverse patologie croniche riguarda l'identificazione della popolazione target.

Nell'ambito di una stessa patologia cronica, infatti, i pazienti possono avere caratteristiche cliniche molto diverse, legate per esempio allo stadio clinico; ciò implica la necessità di identificare i pazienti in base al sesso e alla fase clinica più o meno avanzata e quindi differenziare i percorsi assistenziali a seconda dei diversi bisogni, con particolare attenzione a quelli di maggior complessità.

Con la stadiazione dei pazienti affetti dalle varie malattie croniche in classi di complessità è possibile costruire percorsi assistenziali diversificati, gestirli in maniera proattiva e differenziata in base al

bisogno assistenziale, al fine di ottenere una migliore adesione al trattamento e prevenire il passaggio a livelli di gravità clinica maggiori. Tale stratificazione risulta indispensabile per definire le strategie e gli interventi specifici più efficaci per i singoli sub-target di pazienti e "personalizzare" l'assistenza e il Piano di cura, nel rispetto del principio di centralità del paziente e delle sue scelte, ma è anche requisito di efficacia e di efficienza attraverso la riduzione degli interventi inappropriati. La Regione Umbria, analogamente ad altre Regioni, Lombardia – Veneto etc., deve dotarsi di un sistema di classificazione della popolazione, alimentato da flussi informativi correnti, che possa identificare gruppi di popolazione a diverso livello di complessità assistenziale, per attribuire pesi proporzionati al carico di malattia al fine di destinare le risorse più coerenti rispetto ai diversi bisogni di salute, garantendo così la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

La Regione Umbria dispone di un Sistema Informativo integrato i cui dati sono alimentati dalle Strutture assistenziali regionali e, a partire da ciò, è possibile identificare la popolazione residente e le patologie da cui risulta essere affetta. Tra queste, sarà necessario identificare il livello di severità e gravità di espressione clinica. La Regione si sta dotando quindi di un sistema di classificazione della popolazione per livello di complessità assistenziale, partendo dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso assistito e individuando il profilo generale di morbilità. Il sistema, alimentato da flussi informativi correnti, consentirà di classificare i pazienti in categorie che raggruppano problemi di salute simili dal punto di vista assistenziale, stratificando la popolazione in fasce in base al carico o peso assistenziale dovuto alle malattie co-presenti.

1.3. IL LIVELLO DI PERFORMANCE EMERSO DAI SISTEMI DI VALUTAZIONE

Il contesto sanitario è per sua natura complesso. Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performances ottenute dai soggetti del sistema considerando diverse prospettive. Infatti, i risultati economico finanziari evidenziano solo la capacità di spesa, ma non la qualità dei servizi resi, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte.

È pertanto fondamentale disporre di un sistema per la valutazione della performance multidimensionale capace di misurare i risultati ottenuti dalle aziende operanti nel sistema, di superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti facilitando il confronto e di attivare processi di miglioramento per apprendere ed innovare.

Sono stati presi in esame e analizzati 3 sistemi di misurazioni delle performance:

- Griglia LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)
- PNE (Programma Nazionale Esiti)
- Standard MeS (Management e Sanità)

Il dettaglio di tali analisi è riportato integralmente nell'appendice.

Si sottolinea l'importanza per la regione Umbria di proseguire nel percorso di miglioramento, già avviato di tali indicatori:

- indicatori LEA per ottenere livelli ottimali,

- standard di volumi ed esito definiti dal PNE con miglioramento delle aree del treemap negli Ospedali DEA di I e di II livello
- obiettivi delle 6 aree delle dimensioni del bersaglio, eliminando le aree di criticità.

L'individuazione degli obiettivi soprariportati per il miglioramento delle performance sono indicati nei capitoli specifici.

1.4. GLI ASSETTI ISTITUZIONALI

Il Servizio Sanitario Nazionale dopo l'“aziendalizzazione” ha subito un continuo processo di differenziazione istituzionale che ha interessato le varie Regioni.

I processi di accorpamento dei “servizi” sanitari hanno coinvolto, a partire dagli anni '90, tutti i paesi occidentali, dagli USA al Canada, non risparmiando il Regno Unito ed i paesi Europei.

Dal 2005 al 2017 il numero delle Aziende Sanitarie Locali in Italia si è ridotto del 40% così come quello delle Aziende Ospedaliere e di quelle integrate con l'Università.

In ogni caso, pur restando ferma la tendenza alla centralizzazione, le regioni Italiane sulla spinta “federalista” si sono differenziate in modo consistente a proposito dell'assetto istituzionale della sanità.

Infatti le dimensioni e la natura giuridica sono molto variabili, dalle “mega Asl metropolitane”, alle Aziende Uniche Regionali, dagli Enti di Area Vasta, alle Aziende Ospedaliere; di fatto sono state superate le previsioni del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.

Pochi sono gli studi e le evidenze scientifiche che delineano la dimensione “ottimale” delle Aziende Sanitarie e di quelle Ospedaliere, tali da determinare un miglioramento delle performance qualitative e di sostenibilità economica.

Le riorganizzazioni hanno seguito le tendenze politiche, anche sotto l'influenza della crisi economica, che ha spinto per una più marcata centralizzazione in modo da implementare il controllo regionale.

Al momento le evidenze sull'impatto dagli accorpamenti sono contrastanti, ma ciò che emerge è che non esiste un automatismo tra le dimensioni aziendali ed il miglioramento delle performance. Si può considerare argomento diverso quello delle regioni di piccole dimensioni come l'Umbria che affrontiamo nella specificità.

Possiamo comunque affermare che le analisi fino ad oggi effettuate dimostrano punti di forza e criticità rispetto alla dimensione aziendale come di seguito riportati nella tabella seguente:

GRANDI DIMENSIONI	PUNTI DI FORZA	CRITICITA'
AZIENDE DI GRANDI DIMENSIONI	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di tutti i setting assistenziali e della gamma delle specialità. Reti cliniche e PDTA completi; • Maggiore omogeneità nell'organizzazione ed erogazione dei servizi e dell'equità di accesso; • Aumento del potere contrattuale nei componenti degli stakeholders; • Diminuzione delle spinte localistiche; • Economie di scala; 	<ul style="list-style-type: none"> • Perdita di identità quale strumento di coesione aziendale in una organizzazione professionale complessa; • Necessità di assetti direzionali sofisticati per bilanciare la programmazione e controllo con autonomia gestionale periferica;

	<ul style="list-style-type: none"> Potenzialità di innovazione su bacini d'utenza ampi; 	<ul style="list-style-type: none"> Necessità di reperire professionisti per le attività di "middle management". Necessità di tempi lunghi per mettere a regime tutti i processi di integrazione.
RIDOTTE DIMENSIONI	PUNTI DI FORZA	CRITICITA'
AZIENDE DI RIDOTTE DIMENSIONI	<ul style="list-style-type: none"> Maggiore coinvolgimento degli operatori e dei professionisti negli obiettivi aziendali. Rafforzamento del senso di appartenenza; Gestione più efficiente dei percorsi di integrazione ospedale territorio e socio-sanitari allargati al terzo settore; Tempestività della azione manageriale per risolvere situazioni di criticità aziendali; Controllo della spesa più efficiente anche in condizioni di "debolezza" del middle management; Maggiore coinvolgimento degli stakeholders esterni in particolare gli Enti Locali. 	<ul style="list-style-type: none"> Funzione ospedaliera non rispondente agli standards bacino d'utenza volumi di attività; Ridotte capacità di raggiungere economie di scala; Maggior difficoltà nel governo clinico delle reti interaziendali; Direzione Generale che può comprimere l'autonomia professionale necessaria al buon funzionamento dei servizi; Minor potere contrattuale nei componenti delle spinte localistiche.

Attuale assetto istituzionale umbro

Con L.R. n. 18 del 12/11/2012, confluita nel Testo unico in materia di sanità e servizi sociali (L.R. 11/2015), è stato ridisegnato l'assetto istituzionale accorpando quattro Aziende territoriali in due Aziende Unità Sanitarie Locali e due Aziende Ospedaliero- Universitarie ancora in corso di realizzazione.



L'assetto organizzativo ha consentito alla Regione Umbria di collocarsi ininterrottamente dal 2013 tra le tre regioni "benchmark" ovvero di riferimento per la determinazione dei fabbisogni e dei costi standard ai fini del riparto del FSN.

Nel 2018 l'Umbria è risultata prima Regione benchmark con il punteggio IQE (indice di qualità ed efficienza) riportato nella seguente tabella

Graduatoria finale per la selezione delle Regioni elegibili ai fini del riparto 2018				
Regione	IQE	2015	Regione Elegibile	Rango Effettivo
Piemonte			NO	
Valle d'Aosta			NO	
Lombardia	0,2	4		4°
Prov. Auton. Bolzano			NO	
Prov. Auton. Trento			NO	
Veneto	0,0	5		5°
Friuli Venezia Giulia			NO	
Liguria			NO	
Emilia Romagna	4,2	2		2°
Toscana			NO	
Umbria	10,0	1		1°
Marche	3,5	3		3°
Lazio			NO	
Abruzzo			NO	
Molise			NO	
Campania			NO	
Puglia			NO	
Basilicata			NO	
Calabria			NO	
Sicilia			NO	
Sardegna			NO	

Nel 2019 l'Umbria è risultata seconda Regione benchmark con il punteggio IQE (indice di qualità ed efficienza) riportato nella seguente tabella e con una minima distanza dalla prima

Graduatoria finale per la selezione delle Regioni elegibili ai fini del riparto 2019				
Regione	IQE	2016	Regione Elegibile	Rango Effettivo
Piemonte	10,0	1		1°
Valle d'Aosta			NO	
Lombardia	0,0	6		
Prov. Auton. Bolzano			NO	
Prov. Auton. Trento			NO	
Veneto	1,2	5		5°
Friuli Venezia Giulia			NO	

Liguria			NO	
Emilia Romagna	3,8	3		3°
Toscana			NO	
Umbria	9,6	2		2°
Marche	2,9	4		4°
Lazio			NO	
Abruzzo			NO	
Molise			NO	
Campania			NO	
Puglia			NO	
Basilicata			NO	
Calabria			NO	
Sicilia			NO	
Sardegna			NO	

La graduatoria elaborata dal Ministero della Salute tiene conto sia di indicatori di sostenibilità economica, che della qualità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in particolare:

- punteggio risultante dalla griglia di verifica dell'erogazione dei LEA;
- indicatori per la valutazione della qualità appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati.
- incidenza avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario, etc.

Come visto l'attuale assetto istituzionale ha consentito alla sanità regionale di ottenere ottimi risultati di sostenibilità/efficacia.

Non cambiando gli assetti istituzionali la necessità di "forti integrazioni" tra i servizi ospedalieri a tutti i livelli, tra i servizi territoriali e tra ospedale e territorio, si rende irrinunciabile. Le modalità organizzative verranno dettagliate nei vari capitoli.

Un esempio di integrazione già realizzato è rappresentato da Umbria Salute - Società consortile in house delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria (LR 29 aprile 2014, n. 9) - in alcuni settori, quali gli approvvigionamenti di beni e servizi ed altri servizi di interesse generale preordinati alla tutela della salute (punti CUP, anagrafe assistibili, call center, help desk, ecc.).

A tal proposito è stato approvato il disegno di legge che prevede l'acquisizione da parte delle Regione Umbria di una quota di partecipazione della Società consortile e la costituzione di un nuovo soggetto, denominato Umbria Salute e Servizi, che può rappresentare un'ulteriore evoluzione nel processo di integrazione predetto.

Infatti, oltre alle funzioni di centrale regionale di acquisto è previsto che la nuova società consortile svolga anche alcune funzioni dell'Osservatorio epidemiologico e del sistema informativo in ambito sanitario.

Il Centro di Formazione unico è esempio di integrazione e semplificazione.

Infine va sottolineato che con la novella dell'articolo 116 operata dalla riforma costituzionale (L.C. 18 ottobre 2001, n. 3) si prevede, per la prima volta, nel sistema istituzionale italiano la possibilità che si realizzi un regionalismo differenziato anche per le Regioni a statuto ordinario.

Sulla scorta dei percorsi già avviati da altre regioni ex art. 116, comma 3 della Costituzione, la Regione Umbria ha attivato un iter, unitamente alla Regione Marche, volto ad acquisire ulteriori forme e condizioni di autonomia.

L'intento perseguito non è diretto ad un aumento indiscriminato di competenze, ma ad ottenere una "autonomia selettiva", messa al servizio di grandi obiettivi programmatici in aree tematiche in cui l'Umbria si pone come territorio di eccellenza (regione benchmark), tra cui si annovera, come già specificato, la sanità.

In base a tali considerazioni è pertanto possibile rivendicare maggiori spazi di autonomia legislativa ed amministrativa, quali ad esempio:

- la flessibilità nella gestione dei capitoli di spesa, eliminando il regime vincolistico;
- l'autonomia nel sistema di governance delle Aziende sanitarie, intesa come potestà di modificarne gli assetti mediante accorpamenti di Aziende sanitarie territoriali o ospedaliere e di Aziende ospedaliero-universitarie, nonché con la costituzione di Aziende trasversali di carattere regionale;
- l'autonomia nella gestione del sistema di compartecipazione (ticket) nel rispetto dell'equilibrio del Servizio Sanitario Regionale.

L'esito positivo della fase di negoziazione consentirebbe una governance maggiormente "calata" sulle caratteristiche ed esigenze del territorio umbro, in un'ottica di migliore garanzia del diritto alla salute dei suoi cittadini, anche valutando una possibile ulteriore semplificazione dei processi organizzativi.

1.5. IL FINANZIAMENTO DEL SSR E LE MODALITÀ DI RIPARTO DELLE RISORSE

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

A partire dall'anno 2013, il D.Lgs. n. 68/2011 in materia di federalismo fiscale ha previsto l'applicazione della metodologia dei costi standard per la definizione dei fabbisogni sanitari. Tale impostazione, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della spesa, fornisce un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto, anche attraverso il raffronto tra le varie Regioni: viene infatti previsto che la determinazione del fabbisogno standard si realizzi attraverso l'applicazione dei valori di costo rilevati nel secondo anno precedente a quello di riferimento nelle tre Regioni "benchmark", scelte tra le cinque migliori per qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza.

La Delibera del Consiglio dei Ministri del 11/12/2012 concernente la "*Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*" prevede che siano eligibili le Regioni che rispettano tutti i seguenti criteri:

- a) aver garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sulla base dell'apposita griglia valutativa utilizzata dal Comitato LEA, avendo riportato un punteggio pari o superiore al valore mediano;

- b) aver garantito l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, con esclusivo riferimento alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale;
- c) non essere assoggettate a piano di rientro;
- d) essere adempienti alla valutazione operata dal Tavolo di verifica degli adempimenti.

Per la valutazione di qualità, appropriatezza ed efficienza, necessaria all'elaborazione della graduatoria delle prime 5 Regioni, viene fatto riferimento ad un indicatore di qualità ed efficienza (IQE) generato dall'applicazione di alcuni parametri che tengono conto sia di fattori di spesa che di indicatori clinici.

Appare quindi importante la conferma della Regione Umbria tra le tre Regioni italiane di riferimento per la determinazione dei costi e fabbisogni standard in sanità, come ormai avviene ininterrottamente dal 2013, che rappresenta una ulteriore attestazione della qualità e dell'efficienza del Sistema Sanitario regionale.

Le risorse destinate alla Sanità

Negli ultimi anni, lo scenario di rallentamento economico ha comportato sensibili restrizioni sul bilancio pubblico che si sono inevitabilmente tradotte in una riduzione delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale, a fronte di crescenti fabbisogni assistenziali, dovuti all'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità, l'incremento di alcune rilevanti voci di costo (farmaci e dispositivi medici ad alto costo, rinnovi dei contratti collettivi di lavoro, etc...).

A livello nazionale, le risorse disponibili hanno, negli anni, risentito di un ridimensionamento a seguito di correttivi introdotti con le manovre poste in essere dal Governo, cui sono conseguentemente seguite riduzioni delle dinamiche di crescita del finanziamento. Tali risorse che, fino al 2010 crescevano di oltre il 4% l'anno (con punte anche dell'8%), hanno subito un notevole rallentamento e nel 2013 hanno addirittura fatto rilevare un segno negativo di circa l'1%.

Le tabelle che seguono riportano il trend dei finanziamenti destinati alla Sanità a carico del bilancio dello Stato.

FINANZIAMENTI SSN 2010 - 2021												
ANNI	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
FINANZIAMENTO	105.566	106.905	107.961	107.009	109.928	109.715	111.000	112.577	113.396	114.396	116.439	117.939
AUMENTI % ANNUI	1,1%	1,3%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	1,8%	1,3%

Nota: Valori economici riportati in milioni di euro.

In termini percentuali il finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale è cresciuto in media del 1% annuo e la sostenibilità del Sistema è stata di fatto assicurata con le manovre di spending review quali, ad esempio, il tetto di spesa sul personale, il mancato rinnovo dei contratti, la riduzione per acquisto di prestazioni da privato e per beni e servizi.

Se da un lato i vincoli introdotti per alcuni importanti categorie di spesa avrebbero dovuto condurre all'efficientamento del Sistema, dall'altro esistono una serie di fattori che determinano inevitabilmente una crescita dei costi. Si evidenzia, in particolare, la definizione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12.01.2017) che ha ampliato il numero e la tipologia delle prestazioni a carico del SSN, nonché l'impatto dei farmaci innovativi, soprattutto oncologici e anti-epatite, che hanno determinato importanti ricadute in termini economici. Si rileva poi l'impatto dei rinnovi contrattuali del personale i quali, dopo un periodo di sostanziale invarianza, legata all'applicazione della vacanza contrattuale, hanno contribuito alla crescita dei costi, facendo presagire un rilevante incremento della spesa.

La crescita del PIL nominale stimata per quest'anno scende dal 2,9 al 2,5 per cento, mentre le più recenti previsioni contenute nella Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (Def) 2018 mostrerebbero nel biennio 2018-2019 una crescita del PIL nominale al 2,5 e al 2,7 per cento, rispettivamente nel 2018 e 2019 e, per quanto attiene il periodo 2020-2021, del +1,1 per cento in entrambi gli anni.

Viene, in particolare, evidenziata una lieve crescita nella previsione di spesa sanitaria che passerebbe dai 115,818 miliardi, previsti per il 2018 dall'ultimo Documento di Economia e Finanza, ai 116,331 miliardi presenti nella più recente Nota di aggiornamento del Def. Un trend confermato anche per gli anni successivi: 117,392 miliardi per il 2019 (116,382 nel Def), 119,452 miliardi per il 2020 (118,572 nel Def) e 121,803 miliardi nel 2021 (120,894 nel Def).

TAVOLA III.1a: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (In milioni)

	2017	2018	2019	2020	2021
di cui: Spesa sanitaria	113.599	116.331	117.239	119.452	121.803

Come noto, la previsione di spesa sanitaria non è l'equivalente del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che invece sembrerebbe confermato a 114,4 mld, ratificando l'incremento di 1 miliardo, già previsto dal Bilancio pluriennale 2018.

In lieve rialzo sembrerebbe anche l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil che per il 2019 potrebbe attestarsi al 6,5% del Pil (6,4% nel Def), mentre per il 2020 e 2021 al 6,4% (6,3% nel Def). Appare utile ricordare che nel 2010 la stessa incidenza spesa sanitaria pubblica su PIL si attestava al 7,1%.

TAVOLA III.1b: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (In percentuale del PIL)

	2017	2018	2019	2020	2021
di cui: Spesa sanitaria	6,6	6,6	6,5	6,4	6,4

Tra gli elementi che concorrono all'aumento della spesa sanitaria si segnalano, come già anticipato, l'invecchiamento della popolazione con conseguente effetto sulla cronicità (l'Italia è il secondo Paese più vecchio del mondo e il più vecchio d'Europa, con una percentuale di ultrasessantacinquenni superiore al 20% e con previsioni di crescita oltre il 34% nel 2050), l'impatto dei farmaci innovativi, l'attuazione dei nuovi LEA nonché l'efficacia dei rinnovi contrattuali.

Nel corso degli ultimi anni, per bilanciare spesa sanitaria pubblica sostanzialmente stabile, si è registrata una continua crescita della spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie, con una leggera modifica nel rapporto tra spesa pubblica e spesa privata out-of-pocket.

Le risorse economiche e la sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato, successivamente ripartito alle Regioni con specifico Accordo Stato-Regioni.

Le risorse assegnate alla Regione Umbria e rivenienti dal riparto nazionale hanno inevitabilmente risentito dell'andamento generale del finanziamento, nonché dell'andamento della popolazione residente. La tabella che segue mostra il trend dei dati di popolazione nazionali e regionali da cui emerge che l'Umbria nel periodo 2014-2018 ha perso oltre 12 mila abitanti, con una flessione maggiormente sfavorevole rispetto al già negativo trend nazionale (l'Umbria risulta pari a -1,35%, quasi il triplo rispetto alla media nazionale di -0,49%).

POPOLAZIONE	DATI ISTAT AL 1/1/2014	DATI ISTAT AL 1/1/2015	DATI ISTAT AL 1/1/2016	DATI ISTAT AL 1/1/2017	DATI ISTAT AL 1/1/2018	VARIAZIONE 2014 - 2018	VARIAZIONE %
UMBRIA	896.742	894.762	891.181	888.908	884.640	- 12.102	-1,35
ITALIA	60.782.668	60.795.612	60.665.551	60.589.445	60.483.973	- 298.695	-0,49

Per una Regione così piccola questo dato assume connotati più forti che altrove: mentre per una Regione di grandi dimensioni non sarebbe una perdita rilevante, per l'Umbria è come se fosse sparito uno dei comuni medi della Regione.

Tale andamento incide inevitabilmente anche sul meccanismo generale di riparto delle risorse finanziarie che viene effettuato in base ad un articolato sistema di regole basate su costi e fabbisogni standard che tuttavia risulta fortemente legato al principio della "quota capitaria pesata", applicata alla popolazione delle Regioni: la numerosità della popolazione residente risulta quindi il principio "guida" del riparto per il quale a maggiore popolazione corrispondono maggiori risorse.

Si riporta di seguito l'andamento delle risorse finanziarie assegnate alla Regione Umbria nell'ultimo quinquennio e la variazione percentuale annua rilevata:

FINANZIAMENTO SERVIZIO SANITARIO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UMBRIA	1.630.645.923	1.623.305.600	1.635.966.858	1.640.466.098	1.648.045.647	1.664.798.201
VARIAZIONE % ANNUO		- 0,45	0,78	0,28	0,46	1,02

Le risorse trasferite alle Regioni vengono poi ripartite fra le Aziende Sanitarie, secondo scelte e criteri indicati dalla L.R. n. 11/2015.

La Giunta Regionale determina annualmente la ripartizione delle risorse disponibili da destinare al Servizio Sanitario regionale, indirizzando la gestione verso l'obiettivo della massima efficienza ed efficacia, verificando la rispondenza dei risultati di gestione rispetto agli obiettivi programmatici, nell'ambito delle compatibilità economiche generali.

L'articolazione del Servizio Sanitario Regionale in Aziende USL e Aziende Ospedaliere prevede che le prime vengano finanziate con la quota capitaria (pesata per classi di età sulla base dei rispettivi bisogni), mentre le seconde sulla base delle attività effettivamente svolte, che le ASL acquistano per soddisfare i bisogni di prestazioni della popolazione residente; sistema al quale si aggiunge il finanziamento per funzioni, ex articolo 8 sexies del D. Lgs. 502/1992 e smi, che non può superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.

Alle strutture erogatrici, per tutte le prestazioni effettuate, vengono applicate le tariffe previsti dai vigenti tariffari nazionali fino al raggiungimento dei volumi finanziari massimi stabiliti dalla Regione. Una tale misura viene contemplata per incidere sul contenimento dei volumi di attività, è finalizzata quindi a frenare l'impulso degli erogatori ad aumentare i volumi di produzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate quale mezzo più semplice per ridurre i costi medi, obiettivo che, invece, andrebbe ricercato attraverso la razionalizzazione dei processi produttivi.

In realtà la remunerazione delle attività ospedaliere, sulla base della vigente valorizzazione delle tariffe e dei DRG, non copre interamente i costi della produzione, cosicché l'equilibrio di bilancio dipende anche dall'erogazione di fondi concessi per specifiche funzioni, che, se ben orientati, possono costituire un eccellente strumento di politica sanitaria e garantire maggiore equilibrio alle aziende, almeno per una quota di deficit strutturale, che non dipenda da inefficienze gestionali, ma da attività di alta complessità che hanno sostituito le procedure tradizionali.

A tale proposito, la Legge di Stabilità 2016 prevede specifiche procedure per conseguire **miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN**: viene infatti introdotta la verifica dell'efficienza gestionale con riferimento alle aziende ospedaliere o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura.

Gli esiti dell'analisi condotta nelle Aziende Ospedaliere della Regione sulla base della metodologia prevista per l'individuazione dell'inefficienza gestionale delle aziende, intesa come lo "*scostamento*

tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività" conferma che le Aziende Ospedaliere regionali hanno una situazione di equilibrio gestionale e rispettano i parametri previsti relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Con la finalità di esercitare adeguati livelli di governance sul Sistema Sanitario e con l'intento di mantenere la propria vocazione universalistica, continuando a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti, la Regione Umbria ha ritenuto perseguire un modello organizzativo basato su una forte responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie regionali verso il raggiungimento degli obiettivi legati all'utilizzo efficiente delle risorse che costituisce la filosofia di una politica basata sulla rigorosa individuazione di obiettivi da conseguire, metodi e sanzioni, in caso di mancato raggiungimento.

Per quanto riguarda invece il finanziamento delle Aziende USL, si evidenzia l'importante azione messa in atto volta alla progressiva convergenza delle quote capitarie di finanziamento delle Aziende USL regionali: nel 2018 la quota pro-capite media regionale è risultata pari a 1.823 euro (euro 1.779 per l'ASL Umbria n. 1 ed euro 1.878 per l'ASL Umbria n. 2); permangono ancora alcune differenze territoriali legate ad una diversa struttura dei bisogni/consumi per classi di età all'interno delle Aziende USL, per le quali è necessario proseguire l'azione svolta per una più compiuta corrispondenza.

Tra le azioni intraprese assume particolare rilevanza la ricapitalizzazione patrimoniale delle Aziende Sanitarie che ha consentito **l'integrale copertura delle perdite pregresse imputabili agli ammortamenti non sterilizzati**. Tale copertura, che per l'Umbria ammontava a circa 70 milioni di euro, veniva inizialmente prevista dal Tavolo di Verifica degli adempimenti per tutte le Regioni in un arco temporale di 25 anni. A seguito della buona situazione economico-patrimoniale del SSR il suddetto piano è stato accelerato con la messa in atto di ulteriori misure economiche che ne hanno consentito la totale copertura nel periodo 2013-2018.

Ulteriore risultato è rappresentato dagli ottimi tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie regionali che si confermano tra le migliori pubbliche amministrazioni ed effettuano i pagamenti ampiamente al di sotto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

È stata inoltre messa in atto una **politica regionale volta ad "aggredire" il fenomeno della "fuga" dei cittadini umbri verso strutture private extraregionali**, situazione che comporta un considerevole aggravio di costi sia economici, che sociali. Al fine di invertire tale tendenza e per recuperare la mobilità passiva extra-regionale, con DGR n. 857 del 24/7/2017 sono state approvate dalla Giunta Regionale le linee guida per la stipula degli accordi/contratti con le strutture erogatrici in cui sono stati definiti i volumi massimi (tetti) di attività che, con riferimento agli erogatori privati (Case di Cura), hanno contemplato uno spostamento di budget dall'extra-regione (in favore di cittadini residenti in altre Regioni) all'intra-regione (per cittadini umbri). Incremento di prestazioni in favore di cittadini residenti indirizzato alle discipline per le quali venivano registrati i più significativi indici di "fuga", quali l'ortopedia e le protesi ortopediche.

A dimostrazione dell'efficacia delle misure messe in atto, anche dal punto di vista dell'attività, l'analisi delle SDO del periodo gennaio-dicembre 2017 mostra un importante incremento delle prestazioni di Ortopedia e protesi ortopediche (anca e ginocchio) delle Case di Cura private

effettuata in favore di cittadini umbri per di oltre il 30%, fermo restando il rispetto dei tetti di spesa previsti dalla vigente normativa.

Con successiva DGR n. 1516 del 20/12/2018 sono state aggiornate le linee guida per la stipula degli accordi/contratti tra le Aziende USL e le strutture erogatrici (pubbliche e private) per il periodo 2019-2021 e definiti i volumi finanziari massimi per gli anni 2018-2019.

Con tale provvedimento la Giunta Regionale ha inteso innovare la programmazione regionale attraverso una definizione triennale delle linee guida per gli accordi contrattuali, in coerenza col periodo di vigenza del Piano Sanitario. Inoltre in ordine alla determinazione dei volumi finanziari massimi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, fermo restando il rispetto dei tetti di spesa previsti dalla normativa vigente, il provvedimento prevede la definizione di volumi finanziari massimi sia con riferimento all'assistenza ospedaliera (come in passato) che per l'assistenza specialistica (elemento di assoluta novità).

Al fine di garantire appropriatezza e sicurezza delle cure, viene poi previsto che le Aziende Sanitarie devono perseguire l'obiettivo di migliorare le performance, avendo come riferimento gli indicatori del MES, l'indicatore di Qualità ed Efficienza (IQE), gli Adempimenti LEA nonché il Nuovo Sistema di Garanzia; inoltre dovrà essere data adeguata attenzione alla "Treemap" prevista dal Programma Nazionale Valutazione Esiti (P.N.E.). Pertanto è stato stabilito che, a far data dal 1/3/2019, le Aziende USL non potranno contrattualizzare DRG di chirurgia generale oncologica nelle strutture che nel corso dell'anno 2018 non abbiano raggiunto i volumi minimi indicati nel P.N.E. dell'Agenas e nemmeno contratti per l'acquisto di prestazioni di diagnostica di laboratorio con strutture private accreditate con volumi di attività inferiori a 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, prodotti in sede e non tramite service.

La spesa per livelli di assistenza

Un sistema di monitoraggio della spesa sanitaria si basa generalmente su indicatori che permettono il confronto tra i livelli di assistenza. La rilevazione dei costi per livelli di assistenza condotta sui modelli economici LA (delle Aziende Sanitarie regionali e della GSA) relativi al consuntivo 2016 (ultimo dato ad oggi disponibile) mostra la composizione della spesa consolidata regionale rappresentata nella tabella che segue.

Al fine di effettuare un'analisi più compiuta dei costi per livelli di assistenza riferibili ai propri assistiti, più significativa risulta la composizione %, rielaborata tenendo conto dell'incidenza della mobilità sanitaria extraregionale: a tale scopo, con l'obiettivo di verificare i costi per livello di assistenza riferibili ai soli cittadini residenti, in analogia ai criteri utilizzati per il finanziamento, i costi sono stati depurati della componente legata alla spesa per erogazione delle prestazioni ai cittadini fuori regione, determinando la componente da sottrarre sulla base dei ricavi per mobilità attiva extra-regione, quale proxy attendibile dei costi dei fattori produttivi sostenuti per l'attività suddetta.

COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA (Mod. LA)	ANNO 2015 (in migliaia di euro)	ANNO 2016 (in migliaia di euro)	ANNO 2017 (in migliaia di euro)	% COMPOSIZ SPESA 2015 (*)	% COMPOSIZ SPESA 2016 (*)	% COMPOSIZ SPESA 2017 (*)
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	91.710	88.948	82.682	5,00	5,00	4,65
Assistenza distrettuale	882.221	897.472	951.645	51,00	51,00	51,90
Assistenza ospedaliera	838.930	843.469	840.457	44,00	44,00	43,45
TOTALE	1.812.861	1.829.889	1.874.784	100,00	100,00	100,00

(*) Nella determinazione della composizione percentuale della spesa per macro-livelli di Costo, sono stati detratti i ricavi per mobilità attiva extra-regionale, ritenendo gli stessi una proxy dei costi sostenuti per l'assistenza in favore di cittadini residenti in altre Regioni.

CAPITOLO 2.1

Promuovere
la valorizzazione
degli operatori sanitari

2.1 PROMUOVERE LA VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

Una delle migliori definizioni di “capitale umano” (c.u.) è quella fornita dall'Ocse, che lo identifica come “le conoscenze, le abilità, le competenze e gli altri attributi degli individui che facilitano la creazione di benessere personale, sociale ed economico”. Sul versante di un'organizzazione che produce beni e/o servizi, lo stesso può inquadrarsi come fattore in grado di sostenere la produttività del lavoro, l'innovazione e la crescita, la qualità, configurandosi altresì come patrimonio, ancorché intangibile, di tale organizzazione. Pertanto la valorizzazione del c.u. è una delle strategie vincenti per incrementare la competitività e la produttività delle organizzazioni.

La particolare configurazione degli Enti del SSN, soprattutto dopo il processo di “aziendalizzazione” avvenuto negli anni '90, ha comportato l'introduzione nella sanità pubblica di logiche e strumenti manageriali e di un'organizzazione che da burocratico-amministrativa si è trasformata in professionale². Ne è conseguita l'introduzione dei concetti di efficacia, efficienza, economicità e qualità dell'attività di tali organizzazioni, a cui tuttavia, per la dimensione etica della mission affidata (garantire il diritto alla salute dei cittadini), non si può dissociare la considerazione della dimensione deontologica professionale.

Non va trascurato inoltre che l'approccio con la popolazione è cambiato notevolmente nell'ultimo periodo. Da un lato il cittadino è diventato infatti più informato, più attivo e proattivo, segno di una profonda trasformazione culturale, non scevra da possibili aspetti “distorsivi”, dall'altro il professionista/operatore sanitario è chiamato attualmente a mediare tra istanze nuove e a volte contraddittorie, derivanti dalla necessità di stare al passo con le nuove tecnologie e con gli incalzanti adempimenti “burocratici”, che talora possono metterlo in difficoltà in misura più marcata di quanto accadesse in passato.

A tal proposito la formazione continua degli operatori sanitari è individuata quale elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e conoscenze dei professionisti con le trasformazioni in ambito sanitario. Nell'ottica di ottimizzazione e miglioramento del sistema di formazione si rende necessario procedere ad una riorganizzazione dell'attività formativa finalizzata a migliorarne la qualità e a razionalizzare la spesa.

Va inoltre considerato che il passaggio da un'organizzazione a gerarchia verticale, con obiettivi essenzialmente formali e procedurali (government), ad un modello di derivazione “privatistica”, fondato sul conferimento di obiettivi di risultato misurabili (governance), ha comportato una diversa configurazione dell'organizzazione e del management aziendale. Da un modello di organizzazione che implica un potere gerarchico calato dall'alto, con ruoli e responsabilità formalmente definiti, si sta passando ad un modello in cui un insieme di soggetti con competenze diversificate devono fornire risposte adeguate ai diversi portatori di interesse.

² Del Vecchio, Pinelli, Ripa di Meana, Romiti, Tanese, a cura di, 2017

Per raggiungere gli obiettivi di efficacia ed efficienza richiesti si rende necessario quindi oltre all'individuazione di un Top Management di qualità, anche lo sviluppo e la valorizzazione del c.d. "middle management", ovvero la fascia di dirigenza intermedia (medica e non medica) che si colloca tra l'Alta Dirigenza (di nomina politica) e i professionisti della linea produttiva.

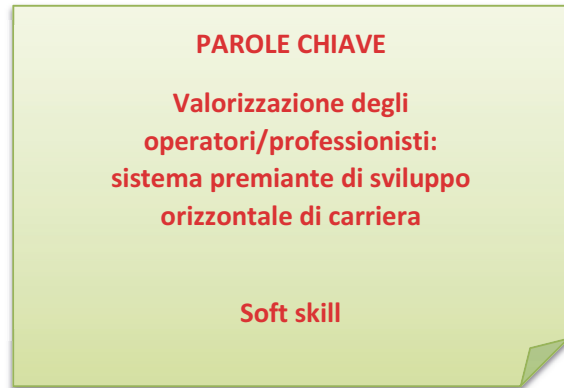
Altro elemento di rilievo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali è il clima organizzativo ed il benessere organizzativo nelle Aziende sanitarie.

Il clima organizzativo può essere definito come un insieme di percezioni condivise e correlate tra loro relative alla realtà lavorativa/organizzativa, cioè il modo in cui il personale percepisce ed interpreta l'azienda e le sue caratteristiche. Il clima organizzativo è correlato inoltre allo "stress da lavoro", inteso come condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale. L'interesse dell'organizzazione dovrà concentrarsi sullo sviluppo delle persone, la loro crescita e la progressiva responsabilizzazione attiva rispetto all'attività lavorativa, facendo leva sui fattori motivazionali di sviluppo che appaiono il fulcro di ogni strategia aziendale per la gestione ottimale delle risorse umane. Si parla a tal proposito di **promozione del benessere organizzativo** ovvero *l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità di vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative*³

³ Avallone, Paplomatas 2005

Le azioni previste per tale obiettivo sono la costituzione in ciascuna Azienda sanitaria di una task force aziendale, che operi in stretta collaborazione con il Centro unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane regionale (cfr. con paragrafo specifico), al fine di:

- realizzare una analisi del clima organizzativo aziendale;
- proporre la soluzione di conflitti professionali e personali;
- predisporre azioni positive, atte a sviluppare il senso di appartenenza all'organizzazione aziendale, la crescita e la progressiva responsabilizzazione attiva rispetto all'attività lavorativa, facendo leva sui fattori motivazionali di sviluppo;
- predisporre un adeguato sistema di monitoraggio delle azioni poste in essere, al fine di fornire al management aziendale un cruscotto per valutare l'efficacia e il plus valore generato dalle azioni stesse (feedback periodico del personale ecc...).



Altro obiettivo specifico prevede che le Direzioni Generali delle Aziende dovranno promuovere progetti per l'accoglienza dei nuovi dipendenti le cui azioni si concretizzano in:

- previsione di corsi per i neo assunti sulla missione, sulla visione e sui valori dell'organizzazione; visite guidate delle varie strutture aziendali; incontri con l'executive management; sessioni formali di formazione sugli obiettivi da raggiungere nell'anno.
- introduzione della figura Tutor di riferimento.

Il risultato atteso è il miglioramento del clima organizzativo, monitorato in base ad indicatori specifici.

2. Promuovere la valorizzazione delle risorse umane.

Il patrimonio delle competenze rappresenta per le Aziende Sanitarie il capitale più prezioso da curare e sviluppare: soft skills, technical skill e capacità attuative. La sfida consiste nel rispondere alle esigenze di crescita umana e professionale dell'individuo; bisogna saper utilizzare le risorse in modo diversificato, in relazione al reale apporto del singolo individuo all'organizzazione. È necessario quindi **saper valutare le competenze umane (soft skill) e professionali (technical skill) degli operatori**, creando, all'interno dell'azienda, un trend positivo capace di accrescere complessivamente la motivazione lavorativa, il livello di soddisfazione degli operatori e loro autonomia professionale.

La valorizzazione del personale passa anche attraverso un sistema di riconoscimento delle professionalità (sia della dirigenza, sia del personale del comparto), non necessariamente basato su progressioni "verticali" di carriera, ma anche su di un **sistema premiante di sviluppo "orizzontale" delle stesse** (ad es. medici o altri professionisti sanitari, con formazione e competenze altamente tecniche equiparati a responsabili di struttura complessa o ai coordinatori). Dovrà a tal fine essere

previsto un sistema incentivante legato al “ruolo” svolto nel sistema aziendale in base alle capacità professionali dimostrate, in modo da far crescere la motivazione del personale.

Il cambiamento dei processi organizzativi ed assistenziali introdotti dalla nuova Programmazione dovrà essere affiancato da una maggiore capacità di governo della complessità, favorendo un sistema di sviluppo delle conoscenze in grado di rafforzare e consolidare la qualità dell’assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza.

A sostegno di tale processo, **la formazione continua degli operatori sanitari** è l’elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e conoscenze dei professionisti con le trasformazioni determinate dall’evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda sanitaria, dalla richiesta di maggiori e qualificate conoscenze scientifiche e tecnologiche, dall’evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi. La formazione deve garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica, con i bisogni dell’organizzazione e del contesto operativo nel quale tale professionalità viene esercitata.

L’attività formativa in Umbria è attualmente gestita da una struttura organizzativa in ciascuna delle quattro Aziende sanitarie regionali, cui si aggiunge un quinto centro di formazione in ambito sanitario: il Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica Villa Umbra (S.U.A.P.) in base a quanto previsto dalla LR 23.12.2008, n. 24. La pianificazione a livello aziendale di molti eventi formativi di contenuto analogo non rappresenta un ottimale utilizzo delle risorse. Prevedere un processo di riorganizzazione dell’attività formativa, in modo da accentrare in un unico centro di formazione le attività didattiche comuni - lasciando in ogni caso alle Aziende specifiche funzioni per particolari esigenze professionali e organizzative - consentirà la razionalizzazione della spesa sanitaria, permettendo ad ogni Azienda di attuare una propria pianificazione didattica a supporto della specificità dei servizi offerti, ma anche un’uniformità a livello regionale nei contenuti della formazione.

A tal fine è già attivo in base alla DGR 1170/2018 un gruppo di lavoro per l’esame della tematica e i dovuti approfondimenti in materia.

Obiettivi specifici

- Le Aziende sanitarie regionali dovranno sviluppare un sistema che, partendo dalla valutazione di conoscenze, competenze ed attitudini, sia in grado di valorizzare le professionalità aziendali anche implementando un sistema premiante che favorisca la progressione orizzontale di carriera.
Azioni: Costituzione del **Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane** funzionale alle esigenze formative comuni a tutte le Aziende Sanitarie regionali (in base ai principi di efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa), integrando l’attività del Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica (Consorzio SUAP), in base al ruolo allo stesso riconosciuto per l’attività formativa dalla LR n. 24/2008. Il Centro Unico di formazione di formazione e valorizzazione delle risorse umane dovrà elaborare: il Programma formativo triennale e/o annuale e le linee guida utili ai decisori per l’adeguata allocazione delle risorse umane.

Il risultato atteso è il miglioramento della qualità della formazione e del suo gradimento, il miglioramento delle competenze e delle performance organizzative/individuali oltre che la razionalizzazione della spesa per la formazione, evitando duplicazioni e sprechi.

3. Riorganizzare il management aziendale.

La sempre maggiore complessità che caratterizza l'attività gestionale nelle Aziende sanitarie rende indispensabile ridefinire ruoli e competenze del Management delle Aziende.

Uno degli obiettivi strategici del Top Management, oltre alla valorizzazione delle risorse umane, sarà il potenziamento della dirigenza intermedia.

Si possono configurare due principali tipologie di Middle Manager:

1. I Professional, con formazione e competenze altamente tecniche, che determinano la capacità di risolvere problemi operativi o forniscono prestazioni di alta competenza specialistica;
2. I Direttori/Coordinatori di team che svolgono un ruolo di supervisione e coordinamento di altri professionisti, garantendo la gestione dei servizi per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Considerato che in azienda è sempre più necessario lavorare in team, questo secondo tipo riveste una particolare importanza, in quanto esplica la funzione di snodo tra il Top management, cui è legato da un rapporto fiduciario e gli operatori; il Direttore/Coordinatore di team è chiamato ad organizzare e coordinare risorse umane, economiche (budget) e tecnologiche a fronte di obiettivi prefissati, risolvendo conflitti interni, facendo fronte a particolari imprevisti e massimizzando in tal modo il valore prodotto, dal proprio gruppo ed in genere dall'organizzazione. Tale funzione implica, oltre alle conoscenze relative allo specifico ruolo professionale, particolari conoscenze e competenze integrate. Inoltre ad alcuni "middle manager" dovranno anche essere delegate funzioni relative ai rapporti esterni con gli stakeholders locali.

La domanda che nasce da tali considerazioni e che ha sollevato un dibattito in letteratura, è se le competenze del manager si acquisiscono con la formazione o se ciò che conta sono le capacità innate e l'esperienza maturata. Esistono infatti tutta una serie di competenze, le soft skill, come la capacità di relazione, di comunicazione, di leadership o la propensione al problem solving, che non sarebbero acquisibili semplicemente con dei percorsi formativi. Pertanto è necessario individuare le persone giuste da inserire nei ruoli giusti e ciò dovrà avvenire con specifiche procedure di reclutamento.

Obiettivi specifici

Obiettivo specifico è rappresentato dall'individuazione, da parte delle Direzioni aziendali, in collaborazione con la task force, dei professionisti più idonei per il ruolo da ricoprire in base alla valutazione delle soft e technical skill.

Altro obiettivo è rappresentato dalla pianificazione, in collaborazione con il Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane, delle specifiche esigenze formative per il Middle management (Corsi di aggiornamento, laboratori di confronto ecc.).

Il risultato atteso è il miglioramento del clima organizzativo e delle performance individuali e del team, rapportati alla valutazione ex ante.

2.1.2 RIDEFINIRE LE DOTAZIONI ORGANICHE IN BASE ALLE NUOVE ESIGENZE ASSISTENZIALI

Oltre alla valorizzazione delle soft skills e technical skill nel settore della sanità è importante anche la consistenza numerica dei professionisti/operatori, vista la necessità di garantire l'assistenza h24 sia nelle strutture ospedaliere, sia in quelle territoriali.



Il 25 maggio 2017 è stato emanato il decreto legislativo n. 75, che ha novellato in più punti il D. Lgs. n. 165/2001 in materia dei fabbisogni di personale, con lo scopo di innovare la logica e la metodologia per la loro determinazione da parte delle singole amministrazioni.

Prima delle modifiche del decreto n. 75 del 2017, infatti, i piani dei fabbisogni derivavano dalla determinazione delle dotazioni organiche. Secondo il testo vigente, in seguito alla riforma del decreto n. 165/2001, la determinazione delle dotazioni organiche è una conseguenza della formulazione dei piani dei fabbisogni. Il **piano dei fabbisogni** è lo strumento che individua, in termini qualitativi (per professionalità) e quantitativi (per ore nel triennio), le risorse umane necessarie a porre in essere le prestazioni che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli istituti utilizzati; la **dotazione organica** è lo strumento che, facendo riferimento al piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per porre in essere le prestazioni da erogare.

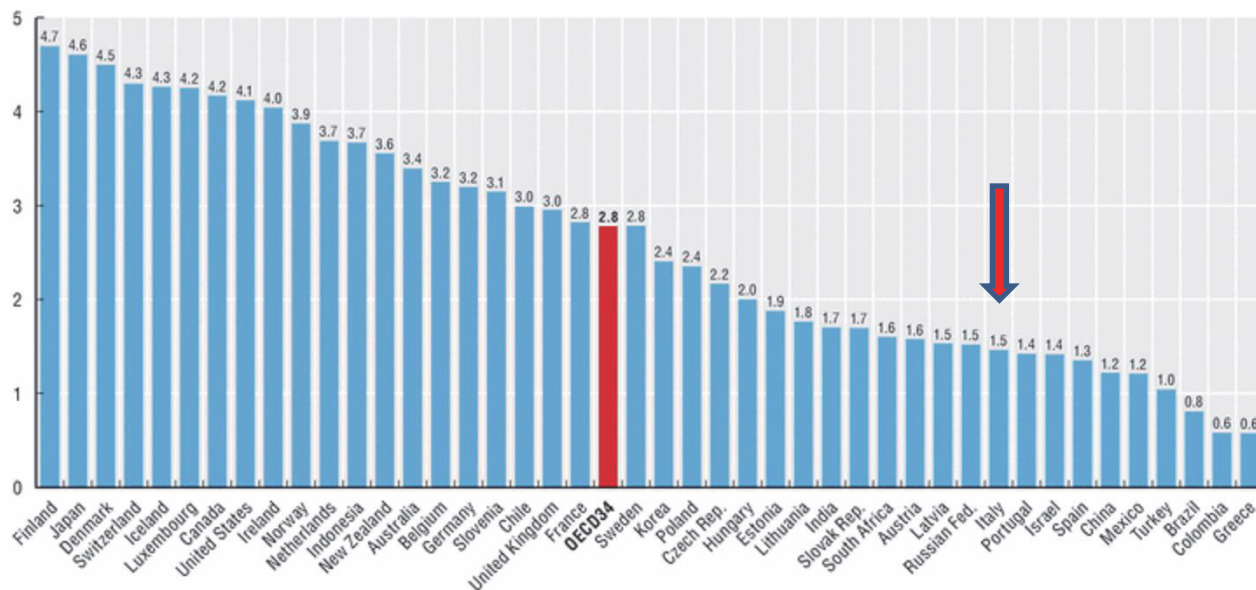
I piani dei fabbisogni aziendali devono essere redatti in coerenza con le necessità di garantire assetti organizzativi efficaci ed efficienti, ma anche con la sostenibilità del sistema. Con DD.GG.RR. del 20.12.2018, nn. 1493, 1494, 1501 e 1510 sono stati approvati i Piani Triennali del Fabbisogno del Personale rispettivamente dell'Azienda Usl Umbria n. 2, dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dell'Azienda Ospedaliera di Terni e dell'Azienda Usl Umbria n. 1.

Le recenti importanti trasformazioni nella programmazione dei servizi dei sistemi sanitari, con l'emergere delle nuove tecnologie e di nuove modalità organizzative (teleconsulto, telediagnosi, teleassistenza, gestione per processi assistenziali, integrazione ospedale e territorio e forme di presa in carico delle cronicità), nonché le conseguenti trasformazioni negli assetti organizzativi, rendono necessario un approccio alle cure sempre più interdisciplinare, in un'ottica di apertura a forme di collaborazione innovative tra professioni, con l'attenzione centrata sul paziente.

Particolare interesse va posto nel rapporto tra medici e professioni sanitarie, profondamente trasformato in ragione dei percorsi formativi sempre più articolati (diplomi di laurea magistrale, master ecc.), con opportunità di riconoscimento di nuovi ruoli professionali delle professioni sanitarie nelle aziende. Come si evince dalla Tabella seguente, per quanto riguarda il rapporto

numerico tra medici ed infermieri, la posizione dell'Italia risultava già nel 2014 di gran lunga inferiore alla media dei Paesi OCSE (1,5 infermieri per medico contro una media OCSE di 2,8).

Rapporto tra infermieri e medici nei Paesi OCSE



Fonte: OECD 2015, Health at a Glance

Il Rapporto sullo Stato di Salute nella UE 2017, pubblicato dalla Commissione Europea, rivela che in Italia, il rapporto medici/cittadini è di 3,8 ogni mille abitanti, al di sopra della media europea di 3,6; mentre la media infermieri/cittadini è di 6,1 ogni mille abitanti, al di sotto della media europea che è di 8,4. Ne consegue un rapporto infermiere medico di 1,5, al di sotto della media europea.

La situazione in Umbria evidenzia un parametro sostanzialmente analogo, con la necessità di incrementare il personale infermieristico, in ragione di quanto stabilito nei più recenti interventi di programmazione regionale ad es. in tema di riorganizzazione delle cure primarie e di gestione della cronicità.

Pertanto nel periodo di vigenza del presente PSR, sarà necessario prevedere nella determinazione dei futuri fabbisogni un incremento del personale infermieristico per l'inserimento in progetti specifici quali l'attuazione del Piano Regionale della Cronicità, la gestione delle Unità di degenza infermieristica, le cure intermedie, la residenzialità ecc.

Altra problematica riguarda la difficoltà a reperire le professionalità mediche specialistiche a garanzia del turn over, a causa del collocamento in quiescenza di un consistente numero di professionisti, che si stima di qui al 2025 possa riguardare – in base all'attuale normativa – circa 52.000 unità, totale che potrebbe essere ulteriormente incrementato dall'entrata in vigore della c.d. "quota 100".

Al fine di garantire la continuità assistenziale si sta valutando anche la previsione di una normativa ad hoc che potrebbe prevedere l'impiego di medici già in quiescenza e/o di medici in formazione specialistica che frequentino gli ultimi anni delle scuole di specializzazione.

Già l'attuale Legge di bilancio per l'anno finanziario 2019 (L. 145/2018) - che ha previsto l'ammissione alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario dei medici in

formazione specialistica iscritti all'ultimo anno, sia pure collocati in graduatoria separata - sembra andare in tale direzione.

Nonostante i vincoli imposti a livello statale alle politiche di assunzione del personale sin dal 2010 (spesa per il personale non superiore all'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento), la Regione Umbria, in ragione dell'andamento virtuoso dei propri bilanci, ha potuto rispondere alle esigenze di assunzioni.

E' comunque necessario agire a livello centrale per il superamento dei suddetti vincoli, in modo da poter soddisfare la domanda di personale da parte delle Aziende, sempre nel rispetto della sostenibilità del sistema. A normativa invariata, tuttavia, i progetti contemplati nel presente Piano sanitario, che implicano un incremento del personale, sono condizionati dal rispetto dei richiamati vincoli. Qualora non si riesca ad ottenere una maggiore flessibilità nella gestione dei relativi capitoli di spesa, sarà necessario prevedere altre forme di esternalizzazione di alcune attività.

La Regione Umbria in questi ultimi anni ha avviato un importante processo di valorizzazione delle professioni sanitarie, definendo un protocollo di intesa con i Collegi, le Associazioni Professionali, oggi Ordini professionali ed i Sindacati nel maggio del 2015, attraverso il quale, oltre a riconoscere il contributo delle professioni sanitarie nel miglioramento nella presa in carico dei pazienti e nei percorsi assistenziali, definisce l'organizzazione dei Servizi delle Professioni Sanitarie, valorizzando ciascun area, infermieristica, ostetrica, tecnico sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione.

Molteplici sono le esperienze umbre realizzate in ogni singola Azienda Sanitaria in ordine a modelli organizzativi e modalità assistenziali innovative per la presa in carico del paziente sia in ospedale, che nel territorio e soprattutto nella continuità delle cure nei diversi setting assistenziali (case manager, modello primary nursing, bed management, unità di degenza infermieristica, piattaforme produttive per aree ambulatoriali, ambulatori infermieristici, parto fisiologico a gestione ostetrica, triage riabilitativo, dimissioni protette, competenze specialistiche necessarie per le innovazioni tecnologiche nell'area tecnico-sanitaria, come la medicina di precisione, la ricerca traslazionale, la medicina trasfusionale, ect.).

LA PRESA IN CARICO NEL PERCORSO DI CURA

Il Medico di Medicina Generale è insieme al Pediatra di Libera Scelta il principale responsabile clinico del cittadino.

Spetta al Medico di Medicina Generale individuare i soggetti fragili o predisposti a malattie croniche e intervenire prima che le patologie insorgano o si aggravino, indirizzandoli a stili di vita sani o tenendo sotto controllo l'evoluzione delle malattie con programmi di prevenzione e di Medicina di iniziativa.

Con la istituzione nel territorio regionale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), più diffusamente trattate nel paragrafo dedicato all'assistenza territoriale, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico di medicina generale-paziente, l'integrazione con i medici della Continuità Assistenziale consente di garantire ai cittadini assistenza h24 ore, 7 giorni su 7.

Il medico di famiglia nella nuova organizzazione dei servizi sanitari svolge il ruolo di “regista”, coordinatore di un team complesso di professionisti che ha per finalità la presa in carico del cittadino, sia per mantenerlo a lungo in buona salute, sia per accelerare i processi di guarigione e riabilitazione in caso di acuzie, sia per evitare che le condizioni del paziente cronico peggiorino, sia, infine, per migliorare la qualità di vita nei casi di non autosufficienza.

Il team risulta essenziale nell’attuale modello organizzativo per definire un piano individuale assistenziale personalizzato ed è costituito da:

- I MMG ed i PLS (Medici di famiglia e Medici di Continuità assistenziale)
- I Medici Specialisti
- Gli Psicologi
- I tecnici della riabilitazione
- Gli Assistenti sociali.

La presa in carico del cittadino è cardine ed obiettivo strategico del Piano Sanitario Regionale.

Le costituite AFT - che saranno realizzate anche per la popolazione pediatrica coinvolgendo i Pediatri di Libera Scelta —dovranno—essere strutturate sempre più efficacemente, implementando nuove modalità organizzative (Centrali Operative Territoriali – COT) e nuovi modelli di cura (Chronic Care Model), anche attraverso il pieno utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), strumento che favorisce un sistema di informazione in tempo reale, che può essere condiviso tra professionisti.

Nel contesto di percorsi sempre più orientati a multi professionalità e multidisciplinarietà, le professioni sanitarie, in base alla acquisizione di nuove competenze, dovranno costituire una presenza costante nel processo di presa in carico sia nell’ambito di alcuni assetti organizzativi da implementare (funzioni di bed management, COT per le dimissioni protette, unità di degenza infermieristica, gestione ostetrica per le gravidanze a basso rischio ostetrico – BRO), sia nella applicazione di nuove modalità assistenziali (infermiere di famiglia, Primary Nursing).

ALTRE ESIGENZE ORGANIZZATIVE TRASVERSALI

PSICOLOGIA

Lo spostamento dell’asse dalla diagnosi e cura della malattia alla promozione della salute e dal paziente alla persona, ha determinato la necessità di un’attenzione costante anche alle componenti di ordine psicologico - sociali, relazionali e comportamentali - che influenzano lo stato di salute dell’individuo. È necessario orientarsi in sanità verso programmi di promozione del benessere psichico e relazionale della comunità, ribaltando l’ottica di perseguire esclusivamente un modello centrato sulla malattia. Di recente anche il DM 12.01.2017 sui nuovi L.E.A. ha posto l’accento sulle attività di psicologia che devono supportare alcuni percorsi assistenziali.

Pertanto in relazione alle diverse aree tematiche sviluppate nel presente Piano Sanitario:

- si conferma il mandato già conferito alle Direzioni aziendali con DGR n. 364 del 27.03.2015 per l’attivazione in ciascuna Azienda “**aree funzionali di psicologia**” *quali forme strutturali di coordinamento per le attività psicologiche, con funzioni di raccordo e condivisione per le*

attività di aggiornamento, formazione, valutazione, ricerca, definizione di modelli operativi e protocolli di intervento, definizione di progetti innovativi e implementazione delle attività, secondo criteri di sinergia e rapporto costo/benefici e in una logica sistemica a rete, in raccordo con le UUOO e la direzione aziendale.

- funzione di supporto della figura del dirigente psicologo al **Centro Unico di formazione** per le attività finalizzate alla valorizzazione delle risorse umane e alla promozione del benessere organizzativo.

Continuerà inoltre a funzionare presso la Direzione regionale il Tavolo di coordinamento e monitoraggio per le attività di psicologia ospedaliera e territoriale, al fine di verificare i risultati di tale nuovo impostazione. Dovrà essere inoltre elaborato un panel di indicatori di valutazione volti a verificare l'apporto degli psicologi nell'attuazione dei percorsi assistenziali, da proporre presso i Tavoli tecnici della Commissione Salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

PROFESSIONI TECNICHE

La diffusione nei servizi sanitari negli ultimi anni, di un numero crescente di apparecchiature biomediche e di tecnologie "avanzate" per la diagnosi e la terapia ha radicalmente modificato l'approccio alla cura. A fronte quindi di una distribuzione sempre più vasta ed ormai irrinunciabile di nuove tecnologie la struttura sanitaria deve essere in grado di scegliere le appropriate tecnologie e di impiegare correttamente la strumentazione, garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, nonché la qualità del servizio erogato, oltre a ridurre e ottimizzare i costi di acquisto e di gestione. Infatti se da un lato sono stati realizzati nuovi investimenti e strutture all'avanguardia dal punto di vista tecnologico, d'altra parte il pesante ingresso della tecnologia negli ospedali ha contribuito, insieme ad altri fattori (come ad esempio l'invecchiamento sempre più consistente della popolazione) a rendere incontrollabile e difficilmente gestibile la spesa sanitaria.

Inoltre l'utilizzo delle tecnologie sanitarie tipicamente afferenti l'ambito ospedaliero, si è spostato da questo alla dimensione territoriale (reti di punti di cura) sino al domicilio del paziente (home care,) sfruttando le applicazioni di telemedicina e del software ad uso medico.

Tali necessità possono trovare risposta nell'applicazione di un modello di organizzazione aziendale che sempre più imprese stanno adottando: la Lean Organization (Organizzazione snella), che attraverso l'utilizzo di alcune metodologie gestionali, mira a ridurre gli sprechi e a garantire l'efficienza dei processi produttivi.

Non va trascurata l'attenzione da porre ad altri aspetti quali l'applicazione della Legge 10/1991, recante norme per l'attuazione del Piano energetico nazionale in materia di uso nazionale dell'energia, di risparmio energetico e di sviluppo delle fonti rinnovabili di energia, la diagnosi energetica degli edifici e la gestione dei rifiuti sanitari, nonché l'implementazione della raccolta differenziata. Si potrà valutare, a tal proposito, l'implementazione di professionalità tecniche specifiche (Ingegneri Civili, Clinici, Gestionali, Informatici ecc), eventualmente in outsourcing, ma, per

alcuni profili, quali quello dell'“energy manager” si può prevedere un'unica unità, a livello regionale, che supporti le Aziende sanitarie regionali per tali aspetti.



CAPITOLO 2.2

Riconoscere i protagonisti

Il coinvolgimento degli stakeholders è stato valutato importante anche per la programmazione sanitaria.

La complessità delle problematiche in tale ambito, richiede infatti risposte diversificate che non possono prescindere da un'attenta analisi delle istanze provenienti da istituzioni e società civile, con un approccio bottom up alla rilevazione delle criticità, all'intercettazione dei bisogni e all'esame della praticabilità di proposte provenienti dai portatori di interesse.

Il coinvolgimento degli stakeholders rileva ai fini della programmazione socio sanitaria sotto un duplice profilo:

1. coinvolgimento dei portatori di interesse, in un approccio di "Co-produzione" dei contenuti del PSR, al fine di evitare che la programmazione sanitaria venga calata dall'alto, senza tenere conto dei suoi "attori" principali. Sviluppare sinergie in tal senso è fondamentale per rilanciare la sfida di una società più coesa ed equa.
2. coinvolgimento dei portatori di interesse in una prospettiva di "amplificazione" delle politiche di programmazione sanitaria.

Sul primo versante la metodologia utilizzata per la redazione del presente Piano Sanitario è stata ispirata al coinvolgimento degli stakeholders, formalizzato con la Deliberazione 489/2017 che ha istituito la struttura organizzativa per l'elaborazione della proposta di Piano Sanitario Regionale 2018-2020, includendo la previsione di Tavoli tematici e di confronto, composti da funzionari regionali, dipendenti delle Aziende USL e Ospedaliere, rappresentanti delle OO.SS., Forum del Terzo settore, Associazioni utenti, pazienti e loro familiari, del volontariato maggiormente rappresentative, rappresentanti D.I.S.C.O. (Direttori di Struttura Complessa).

In attuazione di quanto previsto, dopo un primo incontro introduttivo che ha registrato la partecipazione di circa 350 presenze, è stato elaborato un calendario di 12 riunioni per i componenti iscritti a ciascun Tavolo tematico. A tal fine è stata istituita una apposita casella di Posta elettronica (pianosanitario@regione.umbria.it), al fine di candidarsi alla partecipazione. Gli incontri hanno consentito, oltre alla identificazione dei gruppi di interesse e alla illustrazione della metodologia di lavoro, un primo confronto tra i partecipanti e la struttura regionale sulle problematiche specifiche.

A tutti gli iscritti ai singoli Tavoli è stato trasmesso, attraverso il relativo referente regionale, un format elaborato dal Comitato di Redazione del PSR, da compilare per consentire la rilevazione di criticità e proposte. Successivamente la sintesi dei contributi è stata trasmessa ai Comitati del PSR per l'utilizzo – previa verifica di fattibilità anche in base alle risorse disponibili - nella redazione delle diverse parti del Piano Sanitario.

Sono previste altrettante sedute "di restituzione" dei Tavoli per illustrare il lavoro di sintesi effettuato, dopo la ricezione dei contributi ed illustrare obiettivi perseguibili e relative azioni.

La partecipazione dei portatori di interesse alla fase di "costruzione" del PSR dovrebbe comportare un passaggio più rapido della proposta di Piano nella c.d. fase di partecipazione "istituzionale" ed una approvazione più agevole dello stesso da parte dell'Assemblea Legislativa.

Sotto il secondo profilo il coinvolgimento dei portatori di interesse amplifica i contenuti delle politiche sanitarie, soprattutto per quanto riguarda l'attuazione di obiettivi in aree in cui è

fondamentale lo sviluppo dell'empowerment individuale e di comunità, come ad esempio nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Richiamando le indicazioni dell'OMS (Gaining Health 2006, Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020, WHO-Europe Action Plan 2012-2016, Health 2020), nei vigenti Piani di prevenzione e anche nel presente PSR, viene proposto un approccio di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria che:

- tenga conto dei diversi determinanti di salute;
- si rivolga a tutte le fasce d'età e non ad un unico target di persone (es. le fasce giovanili o i grandi anziani);
- venga erogato in diversi contesti (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario);
- sia intersettoriale alle politiche (educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.).

Tutto ciò implica la consapevolezza e la fattiva partecipazione di tutti i livelli interessati, dai decisori politici, alle comunità locali, al cittadino, sia come singolo, sia nelle forme associative che lo coinvolgono, cittadino chiamato ad una sempre maggiore consapevolezza e responsabilità nella scelta dei comportamenti da mettere in atto per la tutela della propria salute.

Il monitoraggio

La fase partecipativa di Co-produzione non si esaurisce tuttavia con la redazione del PSR, ma continua anche nella fase attuativa attraverso momenti di restituzione e condivisione dei risultati raggiunti.

Entro sei mesi dall'approvazione del PSR dovranno essere definiti i percorsi attuativi dei suoi contenuti.

Nel triennio di vigenza verrà effettuato un monitoraggio costante delle azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi del Piano. Sarà redatta una check list degli indicatori di output ed outcome, per ogni anno di vigenza dell'atto di programmazione.

Il Comitato di redazione (eventualmente allargato) provvederà annualmente a verificare lo stato di attuazione del PSR in base alla predetta check list, anche al fine di evidenziare eventuali e potenziali criticità. Tale percorso permetterà di introdurre in modo tempestivo adeguate misure correttive alle attività programmate rispetto agli obiettivi prefissati, anche tramite una revisione degli indicatori individuati.

Al monitoraggio parteciperanno tuttavia anche gli stakeholders, attivati nella fase di elaborazione del PSR, con la metodologia seguente:

alla mailing list dei partecipanti ai 12 Tavoli della fase di consultazione verrà inviata annualmente una survey. L'intervista sarà disponibile tramite forms (moduli) accessibili attraverso il rinvio ad una pagina web, che proporrà ad ogni partecipante un questionario, costituito da domande a risposta chiusa ed aperta. In tal modo sarà possibile garantire la partecipazione "propositiva" dei portatori di interesse anche nella fase successiva all'approvazione del PSR, continuando l'interlocuzione con l'Amministrazione, in coerenza con l'approccio bottom up della fase di redazione.

Per ciò che concerne invece la funzione di amplificazione delle politiche sanitarie garantita dagli stakeholders si prevede che prima della fase attuativa di alcune campagne di informazione e sensibilizzazione le Direzioni Generali delle Aziende coinvolgono gli stakeholders interessati per dare la massima risonanza alle stesse.

Oltre al monitoraggio è prevista specifica rendicontazione sociale (paragrafo 2.7.2)

2.2.2 COSTRUIRE LA BANCA DATI DELLE BUONE PRATICHE DEL SSN. DIFFONDERE E TRASFERIRE LE CONOSCENZE

Negli ultimi anni, complice un indirizzo piuttosto incisivo della Commissione europea, si sono susseguite varie iniziative volte a promuovere l'individuazione ed il trasferimento di buone pratiche, sia nel settore pubblico che nel privato, anche attraverso la creazione di strumenti per

facilitare lo scambio di esperienze e favorirne la fruizione e l'utilizzo.

Ma cosa è una buona pratica? E perché condividerla?

Nella letteratura, il concetto di buona pratica si utilizza per descrivere i risultati, i punti di forza e di debolezza, ed i processi di un qualsivoglia progetto o iniziativa in relazione alle sue linee operative, all'efficacia del suo svolgimento ed alle sue modalità di realizzazione.

In questo senso, una pratica – un'idea progettuale, un approccio metodologico, una soluzione operativa – si connota come buona per l'efficacia dei risultati che ha consentito di raggiungere, per le sue intrinseche caratteristiche di qualità e innovatività e per il contributo offerto alla soddisfazione del bisogno o alla soluzione dell'eventuale problema che l'ha fatta intraprendere.

Le buone pratiche sono utili da condividere e divulgare nella misura in cui tali esperienze siano in grado di alimentarne di nuove in contesti diversi da quello originario, o rappresentino un riferimento efficace per trarre spunti, informazioni e soluzioni utili ad innestare sviluppi innovativi o implementazioni alle proprie iniziative, ovvero essere adattate – con le dovute accortezze - al proprio contesto locale ed alle proprie esigenze interne.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Costruire la banca dati e diffondere le conoscenze nel SSR

Si rende necessario attivarsi per costruire la banca dati e diffondere le conoscenze del SSR e questo va realizzato per raggiungere obiettivi specifici quali:

1. Istituire una Commissione a livello regionale per la valutazione delle buone pratiche che si avvale degli specialisti di riferimento e del supporto dell'Agenas.
 1. Censire le buone pratiche regionali e costruire un database regionale delle buone pratiche.
 2. Promuovere la diffusione delle buone pratiche nelle aziende del SSR.
 3. Individuare le aree tematiche di interesse per la banca dati quali ad esempio i PDTA del PRC, le AFT, la Comunità di Pratica, lo stato di salute e il benessere della popolazione

2.2.3 IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ NEL P.R.O.G.E.T.T.O. DI SALUTE

Lo stretto legame esistente tra le attività assistenziali e le attività di formazione e ricerca nel settore della salute, rendono imprescindibile il riconoscimento del ruolo dell'Università nell'ambito del SSN.

Ciò ha determinato nel corso degli anni numerosi interventi del legislatore nazionale, volti a disciplinare modelli di integrazione e coordinamento appropriati.

In effetti le due istituzioni mantengono le proprie specificità normative, contrattuali e valoriali, che rendono più complessa la ricerca di soluzioni organizzative e gestionali orientate all'integrazione fra attività assistenziali e attività didattiche e di ricerca. Inoltre nel perseguire i propri fini istituzionali, le stesse mettono a disposizione personale, beni, risorse finanziarie ed apparati organizzativi, i quali, in ragione dell'ambivalenza della loro destinazione ed utilizzazione, stentano ad integrarsi e coordinarsi.

L'intervento normativo fondamentale è stato quello operato con il D. Lgs. 517/1999, che ha normato i rapporti tra SSN e Università, puntando essenzialmente su due strumenti:

- la **partecipazione delle Università all'elaborazione dei Piani Sanitari Regionali**;
- il **rafforzamento dello strumento dei protocolli di intesa tra le Regioni e le Università**, che devono assicurare definitivamente ed in concreto l'integrazione attraverso l'individuazione di attività, strutture e programmi ed in particolare con un nuovo modello aziendale, quello delle aziende ospedaliero/universitarie (AOU).

L'art. 4 della LR 11/2015, TU in materia di sanità e servizi sociali (assetto istituzionali del SSR), nel rispetto di quanto stabilito dalla menzionata normativa statale, definisce l'Università degli Studi di Perugia quale soggetto che concorre alla determinazione ed al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario. Inoltre il TU stabilisce che i compiti di gestione dei servizi sanitari sono esercitati dalle Aziende Sanitarie Regionali distinte in Aziende Unità Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliero/Universitarie.

Lo stesso TU, nel definire le competenze dell'università, stabilisce che il rapporto tra quest'ultima e la Regione è regolato, in particolare, da Protocolli di intesa ai sensi della normativa vigente e che *la Giunta regionale stipula protocolli d'intesa con l'Università degli Studi di Perugia per la partecipazione della stessa al processo di programmazione sanitaria e, in particolare, per la regolamentazione dell'apporto universitario delle attività di didattica e ricerca alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali.*

Lo strumento convenzionale previsto è articolato sul duplice livello: Protocolli d'intesa tra regione ed università ubicate sul territorio e Convenzioni attuative tra Università e Aziende Sanitarie.

In data 20 aprile 2015, dando seguito alla Intesa propedeutica, siglata nel 2011, la Presidente della Regione Umbria e il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Perugia sottoscrivevano il Protocollo generale d'intesa fra la Regione Umbria ed Università degli Studi di Perugia, con l'obiettivo di disciplinare la costituzione, l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende ospedaliere universitarie di Perugia e di Terni ed i rapporti tra Regione ed Università in materia di attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza svolte nell'ambito del S.S.R..

Per quanto concerne la rete formativa Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia hanno sottoscritto in data 27 febbraio 2017 il nuovo Protocollo per l'espletamento dei corsi delle lauree sanitarie triennali e magistrali con valenza quinquennale, che ha sostituito il previgente Accordo risalente all'anno 2002. Al Protocollo sono seguiti gli Accordi operativi ed attuativi, con contestuale approvazione dei piani finanziari relativi ai fondi a carico della Regione.

Tuttavia le disposizioni del Protocollo che riguardano la istituzione delle AOU ad oggi risultano inattuata. È indubbio che la rigidità dei protocolli, non riuscendo a cogliere i processi innovativi in continua evoluzione, non ha consentito di realizzare, soprattutto nella fase attuativa, una efficace integrazione tra le attività di competenza della due istituzioni.

Ferma restando la validità dei principi riportati nelle intese intercorse, si rende quindi necessaria una maggiore flessibilità nell'attuazione dei protocolli, che consenta di valorizzare al meglio le professionalità presenti in entrambe le istituzioni.

A tal fine è necessario che sia realizzata:

- una adeguata formazione manageriale, supportata anche dalle tecnologie ICT;
- una programmazione congiunta tra Direzione Generale e Università, che, per ciascuna azienda, consenta di addivenire ad accordi periodici sulla titolarità delle Strutture Complesse;
- un miglior coordinamento e integrazione delle attività professionali che consenta in strutture a direzione ospedaliera di perseguire obiettivi di didattica e di ricerca ed in quelle a direzione universitaria di realizzare obiettivi relativi a percorsi assistenziali.

Nel periodo di vigenza del PSR, è pertanto auspicabile una profonda innovazione dei rapporti tra SSR e Università, scevra da approcci personalistici.

Nel rispetto della autonomia reciproca delle istituzioni coinvolte, il principio fondante di questo nuovo corso dovrebbe essere **la valorizzazione del merito, dell'eccellenza professionale**, in nome della qualità della formazione e della ricerca ed a una migliore garanzia della assistenza.

CAPITOLO 2.3

**Offrire cure in qualità,
sicurezza, con le tecnologie
più avanzate**

2.3 OFFRIRE CURE IN QUALITÀ, SICUREZZA, CON LE TECNOLOGIE PIÙ AVANZATE

2.3.1 INVESTIRE IN STRUTTURE E TECNOLOGIE

La programmazione derivante dai precedenti Piani Sanitari Regionali è stata caratterizzata prevalentemente dall'impiego dei fondi relativi all'ex art. 20 della L. n. 67/1988, cui si sono aggiunti altri fondi nazionali relativi a specifiche politiche di settore quali: le risorse per il Piano alla lotta all'AIDS ex legge

135/1990, le risorse per il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative ex legge 39/1999 e le risorse per la realizzazione delle strutture per l'attività libero-professionale ex legge 254/2000.

L'utilizzo delle risorse citate, integrate da quelle regionali derivanti dalla LR n. 7/2004, ha consentito un vasto programma di ammodernamento e qualificazione che ha determinato il pressoché integrale rinnovo della rete ospedaliera regionale, a partire dalla realizzazione del Polo unico ospedaliero/universitario della città di Perugia.

In linea di continuità con gli obiettivi previsti dalla precedente programmazione e tenendo conto delle variazioni registrate nel quadro epidemiologico e demografico umbro, in data 05/03/2013 è stato sottoscritto l'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 L. n. 67/1988 con il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con la finalità di riqualificare e razionalizzare la rete dei servizi sanitari regionali, in una logica di gradualità della cura, di sollievo alla cronicità e di conseguimento di maggiori livelli di sicurezza.

L'Accordo prevede, tenuto conto dello stato di attuazione dei programmi precedenti e delle nuove esigenze prospettate dalle aziende sanitarie, il finanziamento di n. 28 interventi, per un totale di euro 102.170.848,05 così ripartito:

- € 53.179.901,93 finanziamento statale
- € 2.798.942,21 finanziamento regionale;
- € 46.192.003,91 finanziamento aziendale/altro

Gli interventi previsti dall'Accordo sono finalizzati a completare il processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, attraverso l'innalzamento della qualità del sistema, dell'innovazione tecnologica, il potenziamento dei servizi territoriali, il completamento della rete degli ospedali di territorio e la messa a norma delle strutture.

In data 12/12/2016 è stato sottoscritto l'Accordo di Programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 L. n. 67/1988 con il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze,

L'Accordo prevede il finanziamento di n. 40 interventi per un importo complessivo di € 33.533.198,51 così ripartito:

- € 30.567.975,13 finanziamento statale
- € 1.608.840,80 finanziamento regionale;
- € 1.356.382,58 finanziamento aziendale/altro.

Tali interventi riguardano principalmente la messa in sicurezza delle strutture, ammodernamento tecnologico, ristrutturazione e acquisto di immobili da destinare a servizi sanitari. Con riferimento a tale Accordo, sono attualmente in corso le procedure previste dagli Accordi Stato-Regioni del 2002 e del 2008, per le richieste di ammissione a finanziamento da inoltrare al Ministero della Salute.

È stato inoltre approvato il Piano di utilizzo delle risorse relative all'adeguamento alla normativa antincendio ripartite con Delibera C.I.P.E. n. 16/2013, che prevede la programmazione di un importo complessivo di € 1.642.320,00 (di cui € 1.376.474,00 quota statale, € 72.446,00 quota regionale ed € 193.400,00 fondi propri aziendali) per il finanziamento di n. 3 interventi per i quali sono in corso le procedure relative all'ammissione a finanziamento da inoltrare al Ministero della Salute.

In aggiunta alle risorse di cui sopra, il D.Lgs. n. 118/2011 - art. 29, comma 1, lett. b) - ha introdotto alcune importanti innovazioni relativamente alla possibilità di utilizzare contributi in c/esercizio per finanziare l'acquisizione di immobilizzazioni. A tale proposito, la Giunta Regionale ha previsto tale possibilità, salvo garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e con la salvaguardia dell'equilibrio economico-finanziario di bilancio. Nel corso del periodo 2014-2016 il Sistema Sanitario regionale ha provveduto ad impiegare a tal fine l'importo di euro 117 milioni, risorse prevalentemente destinate ad interventi relativi alla messa in sicurezza delle strutture sanitarie con particolare riferimento all'adeguamento antincendio e antisismico.

La necessità di procedere ad interventi infrastrutturali nel settore presuppone tuttavia un ulteriore stanziamento di risorse finanziarie; a tal fine, il Ministero della Salute ha recentemente promosso un censimento del fabbisogno finanziario regionale in materia di investimenti pubblici da cui sono emerse, per la Regione Umbria, occorrenze finanziarie pari a circa 25 milioni per investimenti in tecnologie. A questi si aggiungono ulteriori 163 milioni circa per investimenti strutturali, importo complessivo del fabbisogno per l'adeguamento alla normativa antincendio (circa 28 milioni di euro).

A tale proposito, considerato l'impatto economico dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato che dal 2018 incide pesantemente sulla crescita della spesa di parte corrente, si ritiene possa essere preclusa la possibilità di ricorrere al finanziamento degli investimenti con risorse in c/esercizio.

Pertanto, nelle more di un intervento statale di rifinanziamento dell'art. 20 della L. 67/88, si ritiene di dover intraprendere un'azione volta a garantire un contributo agli investimenti attraverso l'impiego di fondi strutturali d'investimento europei.

Gli investimenti strutturali previsti in ambito regionale saranno pianificati con atti regionali specifici in quanto strettamente legati alle fonti di finanziamento ma comunque orientati a ottenere:

- ✓ Adeguamento norme antincendio
- ✓ Adeguamento sismico

✓ Efficientamento energetico

Gli investimenti tecnologici saranno orientati al rinnovamento/adequamento tecnologico nelle strutture sanitarie per il rispetto degli standard di sicurezza delle cure.

PRINCIPALI INVESTIMENTI STRUTTURALI CHE SI PREVEDE DI AVVIARE/REALIZZARE NEL TRIENNIO 2019-2021

- AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
 - Adeguamento sismico ala ex Silvestrini
 - Realizzazione nuova cucina ospedaliera
- AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI
 - Adeguamento antincendio
 - Completamento risanamento conservativo per la messa in sicurezza delle facciate degli edifici del complesso ospedaliero
 - Consolidamento collina colle Obito
 - Allaccio edificio malattie infettive - acqua refrigerata
 - Realizzazione sala gessi
 - Sistemazione area obitorio
 - Adeguamento opere civili Magazzini Farmacia DEU
- USL UMBRIA 1
 - Ristrutturazione dei Centri di Salute di Gubbio e di Gualdo Tadino
 - Acquisizione del Nuovo Centro di Salute di Castiglione del Lago
 - Acquisizione del Nuovo Centro di Salute di Monteluce
 - Riqualificazione dell'ex padiglione Massari per la realizzazione della sede dei servizi di citologia, farmaceutico ed ambulatori medici
 - Prosecuzione dei lavori di adeguamento alle norme di sicurezza (antincendio e antisismica) dei Centri di Salute e delle principali strutture sanitarie/ospedaliere
- USL UMBRIA 2
 - Realizzazione del nuovo presidio Ospedaliero di Narni Amelia
 - Ricostruzione e ripristino degli Ospedali di Norcia e di Cascia, inagibili dopo gli eventi sismici del 2016
 - Adeguamento sismico dell'Ospedale di Spoleto
 - Acquisizione di un immobile nel Comune di Foligno da destinare a servizi sanitari
 - Realizzazione della Città della Salute di Terni
 - Adeguamento alle Norme di Prevenzione Incendi dello Stabilimento Ospedale Territoriale di Amelia
 - Adeguamento alle Norme di Prevenzione Incendi della Struttura "SIM Infanzia" per Neuropsicologia Infantile di Terni.

PRINCIPALI INVESTIMENTI TECNOLOGICI CHE SI PREVEDE DI AVVIARE/REALIZZARE NEL TRIENNIO 2019-2021:

- AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
 - Sostituzione Acceleratore lineare
 - Sostituzione Angiografo Emodinamica
- AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI
 - Acquisizione nuova TAC a 64 slice
 - Aggiornamento RMN 3 tesla
 - Aggiornamento PET
 - Nuova Gamma Camera,
 - Acquisizione di un terzo Acceleratore lineare "compatto" e a bassa emissione
 - Acquisto di una TAC intraoperatoria integrata con neuronavigatore e microscopio operatorio per la Neurochirurgia
- USL UMBRIA 1
 - Acquisizione apparecchiature, attrezzature ed arredi per strutture sanitarie territoriali e ospedaliere
 - Acquisizione apparecchiature, arredi, tecnologie e sistemi informatici per nuovo Centro di salute di Montelucre
 - Acquisizione apparecchiature, arredi, attrezzature ed arredi per nuovo Centro di salute di Castiglione del Lago
- USL UMBRIA 2
 - Acquisizione apparecchiature, attrezzature ed arredi per strutture sanitarie territoriali e ospedaliere
 - Sostituzione TC ospedali
 - Sostituzione apparecchi radiologici
 - Sostituzione Angiografo P.O. Foligno
 - Sostituzione PET Ospedale di Foligno
 - Sostituzione Acceleratore Lineare Ospedale di Spoleto.

2.3.2 PROMUOVERE LA RICERCA E IMPLEMENTARE L'HTA

Un SSR moderno richiede un'attenta programmazione sia delle aree strategiche della Ricerca in sanità, che della introduzione di nuove tecnologie secondo la metodologia

dell'Health Technology Assessment. Tali aspetti sono basilari per la gestione delle conoscenze necessarie per fornire prestazioni di qualità, sicure e sostenibili.

PROMUOVERE LA RICERCA

STATO DELL'ARTE

La ricerca rappresenta una funzione fondamentale e costitutiva di un innovativo sistema sanitario poiché supporta lo sviluppo delle competenze e conoscenze scientifiche e affina la messa a punto di processi decisionali, organizzativi e produttivi innovativi, al fine di migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione.

La capacità di ricerca è perciò un capitale da valorizzare a tutti i livelli del Servizio Sanitario regionale, secondo le *mission* istituzionali dei singoli soggetti ribadendo i seguenti principi guida:

- coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale;
- orientamento mirato ai bisogni di salute dei cittadini e allo sviluppo del sistema regionale;
- sostenibilità economica ed efficiente utilizzo delle risorse.

Il ruolo della Regione rimane quello di regista del sistema mirante alla:

- determinazione delle priorità;
- coordinamento a supporto della ricerca;
- valorizzazione delle reti tra i diversi soggetti;
- definizione di sistemi di premiali per le eccellenze;
- valorizzazione dei benefici raggiunti e monitoraggio degli esiti.

Va ribadito che, dato il particolare ruolo istituzionale della Regione e considerato che anche le risorse destinate alla ricerca sono limitate e non infinite, spetta ad essa il compito ineludibile di orientare la programmazione verso obiettivi finalizzati al miglioramento delle attività assistenziali. Occorre, dunque, promuovere il raccordo e l'integrazione tra tutti gli ambiti della ricerca in sanità e cioè tra ricerca biomedica, clinico-assistenziale e quella dei servizi sanitari:

- *Ricerca biomedica*: in essa si ricomprendono la ricerca pre-clinica e clinica in genomica, proteomica, metabolomica, systems biology o biological networks; tale ambito è soprattutto generatore di ipotesi sperimentali da verificare poi nella ricerca clinico-assistenziale. Visti i recenti sviluppi in Biologia Molecolare e Biochimica che incidono in modo rivoluzionario sulle possibilità di migliorare le strategie terapeutiche portano ad un approccio medico innovativo in parti olare alla PPM – Precision and Personalised Medicine. Il futuro di una cura personalizzata infatti passa da una comprensione approfondita del profilo individuale della persona al fine di identificare una specifica strategia diagnostica e terapeutica. La Letteratura scientifica ha dimostrato che i pazienti sono più aderenti alle prescrizioni quando le terapie sono maggiormente efficaci e presentano una minore incidenza di effetti collaterali – obiettivo della medicina di precisione.

- *Ricerca clinico-assistenziale*: include gli studi clinici di fase I-II e III per testare l'applicazione di nuove tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature diagnostiche, nuovi modelli organizzativi...); tali sperimentazioni mirano a valutare l'efficacia e sicurezza cosiddetta teorica (efficacy/safety) cioè su popolazioni selezionate sia che si tratti di terapie, strumenti diagnostici, marcatori prognostici o altro;
- *Ricerca dei servizi sanitari*: tale settore ricomprende gli studi comparativi finalizzati alla valutazione di efficacia o costo-efficacia di interventi sanitari condotti nel setting della pratica clinica generale; studi epidemiologici di popolazione, studi di implementazione, impatto clinico, metodologie di verifica e controllo in itinere (o ex-post) di interventi sanitari diagnostico-terapeutici di comprovata efficacia teorica. La ricerca sui servizi sanitari tende, quindi, a testare l'efficacia reale (effectiveness). Tale settore è di interesse prioritario delle istituzioni sanitarie (Stato e Regioni) in quanto essenziale alla propria mission di programmazione e controllo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Inoltre, altro ruolo fondamentale della Regione, oltre a quelli già evidenziati, consiste nel promuovere lo sviluppo e la diffusione della ricerca, favorendo la messa in rete delle risorse presenti nei principali attori regionali quali: Università degli Studi di Perugia, Aziende Ospedaliere, Aziende USL, ISZUM, INAIL, ARPA e le imprese umbre così come altri soggetti operanti sul territorio regionale. Sempre maggior rilievo stanno assumendo anche le *partnership* pubblico-privato che (vedi esperienze della Regione Toscana ed Emilia-Romagna), opportunamente disciplinate, possono rappresentare uno strumento di innovazione importante, attraverso il quale la componente scientifica, istituzionale ed il terzo settore si incontrano con l'obiettivo comune di migliorare la qualità del sistema e sperimentare nuovi modelli in Sanità. In sintesi il ruolo regionale si estrinseca attualmente in tutti i settori della ricerca in sanità (biomedico, clinico-assistenziale e dei servizi sanitari); a tutti i livelli (internazionale, nazionale e regionale) e coinvolgendo tutte le istituzioni presenti sul territorio (pubblico-privato).

La Ricerca Sanitaria in Europa

A livello dell'Unione Europea, Horizon 2020 costituisce il principale programma di ricerca e innovazione, non solo in sanità, con quasi 80 miliardi di euro di finanziamenti disponibili in 7 anni (dal 2014 al 2020), oltre agli investimenti privati che possono essere attratti. Tale programma permetterà avanzamenti, scoperte e innovazioni dal laboratorio al paziente. (<https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/area/health>)

Mettendo insieme ricerca e innovazione, Horizon 2020 sta contribuendo a raggiungere questo obiettivo ponendo l'accento sull'eccellenza scientifica, la leadership industriale e affrontando le sfide della società. L'obiettivo è garantire che l'Europa produca una scienza di livello mondiale, rimuova gli ostacoli all'innovazione e renda più facile per i settori pubblico e privato collaborare per fornire innovazione: ben sapendo che l'investimento sulla ricerca e innovazione è essenziale per il futuro dell'Europa. Il programma quadro dell'UE per la ricerca e l'innovazione sarà completato da ulteriori misure per completare e sviluppare ulteriormente lo spazio europeo della ricerca. Queste misure mireranno ad abbattere gli ostacoli per creare un vero mercato unico per la conoscenza, la ricerca e l'innovazione. Alcune dei programmi e iniziative di Horizon 2020 e altre iniziative

Comunitarie di interesse in ambito sanitario, di sicurezza alimentare e di innovazione tecnologica sono: Health, Demographic Change and Wellbeing; Innovative Medicines Initiative (IMI); Food Security, Sustainable Agriculture and Forestry, Marine, Maritime and Inland Water Research and the Bioeconomy; Marie Skłodowska-Curie actions; Programmi ERA-NET...

La Ricerca Sanitaria in Italia

La ricerca sanitaria, intesa come parte integrante tra le attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e normata dal D.Lgs. 502/92, è elemento fondamentale per garantire ai cittadini una sanità efficiente e rispondente ai reali bisogni di assistenza e cura del Paese.

(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Ricerca%20e%20innovazioni&area=Ricerca%20sanitaria)

L'obiettivo della ricerca sanitaria non è il progresso scientifico e tecnologico fine a se stesso, ma il miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi, con l'obiettivo finale di incrementare significativamente la salute dei cittadini e pertanto le loro aspettative e qualità di vita anche attraverso la ricerca mirata al miglioramento dello stato di salute degli animali, sia domestici che allevati, e il mantenimento di livelli elevati di sicurezza alimentare, in un approccio integrato di "one health".

Le finalità della ricerca promossa dal Ministero della Salute sono:

- ricadute scientifiche, culturali e formative: è un fattore di crescita culturale e scientifica per l'ambiente in cui si sviluppa, con un effetto pervasivo, quasi epidemico, che coinvolge anche gli ambienti non direttamente interessati nelle attività di ricerca;
- ricadute clinico-sanitarie: è di per sé stessa un fattore che migliora (e ottimizza) il trasferimento dell'innovazione alla pratica clinica e al contesto socio-sanitario in cui è stata promossa;
- ricadute economiche: promuovendo in una certa area la crescita di un patrimonio di competenze scientifiche e tecniche altamente qualificate, la rende sempre più appetibile per nuovi insediamenti o per collaborazioni ad alto valore aggiunto, attirando investimenti privati o favorendo la nascita di iniziative anche in settori non direttamente connessi con quelli in cui si sviluppa la ricerca.

Le principali aree di intervento e finanziamento della ricerca sanitaria a livello nazionale sono:

- Ricerca Corrente del Ministero della Salute: orientata al perseguimento di fini pubblici, ha lo scopo di sviluppare le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica
(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Ricerca%20sanitaria&menu=corrente);
- Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute: svolta dai Destinatari Istituzionali, nell'ambito delle specifiche materie di competenza, è articolata in progetti con la finalità di attuare gli obiettivi del Piano Sanitario e del Patto della Salute
(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Ricerca%20sanitaria&menu=finalizzata);

- Progetti AIFA (AIFA): ricerca indipendente sui farmaci, destinati a ricercatori italiani di istituzioni pubbliche e no profit (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/bando-aifa-2017-ricerca-indipendente>);
- Ricerca promossa dal MIUR: Programma Nazionale di Ricerca (PNR) che assicura il coordinamento della ricerca con le altre politiche nazionali e Programma Operativo Nazionale (PON) realizzato mediante Fondi Strutturali Europei gestiti a livello statale (<http://prin.miur.it/>);
- Progetto Mattone Internazionale (ProMIS): iniziativa per facilitare il trasferimento delle esperienze regionali in ambito sanitario in Europa e a livello nazionale e viceversa (http://www.promisalute.it/servizi/notizie/notizie_homepage.aspx).

La Ricerca Sanitaria in Umbria

La Regione Umbria ha tra le sue funzioni istituzionali quella di promuovere la ricerca in ogni settore e in tutte le sue declinazioni: biomedica, clinico-assistenziale e ricerca dei servizi sanitari (*Healthcare Services Research*).

La Regione Umbria ricopre il ruolo di Ente di Ricerca nell'ambito dei programmi di ricerca finalizzata e corrente promossa dal Ministero della Salute d'intesa con le Regioni, come previsto dal D.Lgs. 502/92.

L'Intesa Stato-Regni del 21 settembre 2017 concernente il "Programma nazionale della ricerca sanitaria 2017-2019", indica che le Regioni debbano favorire lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica in campo biomedico e sanitario attraverso azioni di indirizzo, coordinamento e affiancamento delle attività di ricerca e innovazione attuate dagli Enti che formano il Servizio Sanitario Regionale (*Research Governance*).

La ricerca è fattore essenziale anche per rispondere alle indicazioni derivanti da quanto previsto nell'Intesa del 21 settembre 2017 concernente "Il documento strategico per l'Health Technology Assessment (HTA) dei dispositivi medici" ovvero per la valutazione e gestione delle tecnologie sanitarie (*Innovation governance*).

Quanto previsto dalle suddette Intese è in continuità con quanto è stato perseguito negli anni dalle professionalità interne al "Servizio Programmazione dell'assistenza ospedaliera. Accreditamento. Autorizzazioni sanitarie e socio-sanitarie. Valutazione di qualità" della Direzione Salute in ambito di conduzione e supporto metodologico sia per la ricerca di tipo clinico-assistenziale che dei servizi sanitari oltre che nel settore della Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (HTA). In virtù dell'esperienza e delle professionalità acquisite in materia di ricerca sanitaria, medicina basata sulle evidenze e valutazione di tecnologie sanitarie, la Regione Umbria è stata inserita nella lista dei Centri Collaboratori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in materia di clinical governance di cui all'avviso di manifestazione d'interesse del Direttore Generale dell'ISS del 13 novembre 2017.

Ad oggi i numerosi progetti di ricerca in ambito sanitario condotti in Umbria hanno beneficiato delle seguenti fonti di finanziamento:

- Fondi europei su progetti specifici;
- Fondi nazionali per la Ricerca finalizzata nazionale;
- Fondi regionali per la Ricerca finalizzata regionale;

- Fondi provenienti dalle sperimentazioni cliniche profit e no profit,
- Finanziamenti no profit erogati da fondazioni bancarie, altre fondazioni e associazioni.
- Finanziamenti profit promossi da aziende farmaceutiche e di devices.

Gli attori del SSR:

Il CRIVAT-Umbria

Il Centro regionale integrato per la **R**icerca biomedica e dei servizi sanitari e per la **V**alutazione delle Tecnologie sanitarie (HTA) del Servizio Sanitario Regionale dell'Umbria (CRIVAT - Umbria) nasce da un Accordo di collaborazione sottoscritto il 20 dicembre 2017 tra Regione Umbria e Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria Marche (IZSUM) al fine di dotarsi di una tecno-struttura che permetta l'implementazione a livello regionale del Programma Nazionale di Ricerca Sanitaria 2017 - 2019 (PNRS) e del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici di cui alle Intese Stato-Regioni del 21 settembre 2017. Agli enti suddetti spetta istituzionalmente la promozione della ricerca sanitaria di competenza del Servizio Sanitario Regionale - D.Lgs. 502/1992. (http://www.regione.umbria.it/la-regione/percorso-seminariale?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=12405018&_101_type=content&_101_urlTitle=crivat-umbria).

Regione Umbria e IZSUM, oltre ad aver sviluppato competenze e professionalità nell'ambito della ricerca biomedica, dei servizi sanitari e della valutazione delle tecnologie hanno così messo a disposizione dell'intero SSR anche il Centro di Documentazione Scientifica (attualmente gestito da IZSUM) che consente, tramite il circuito Bibliosane del Ministero della Salute, l'accesso alla totalità del patrimonio scientifico sanitario pubblicato a livello mondiale.

Le funzioni del CRIVAT sono:

- Implementazione del Programma Nazionale di Ricerca Sanitaria 2017 – 2019 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017;
- Supporto tecnico-amministrativo a tutti gli enti pubblici e privati partecipanti ai bandi ricerca sanitaria del Ministero della Salute sia nella fase di stesura che di presentazione e gestione dei progetti risultati vincitori;
- Realizzazione di Overview, Revisioni Sistematiche, Report HTA, Rapid Review, Horizon Scanning e altra documentazione propedeutica alla presentazione/stesura/valutazione dei progetti di ricerca di cui al punto precedente;
- Implementazione del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017;
- Supporto tecnico-amministrativo al costituendo Nucleo regionale per l'HTA di cui alla DGR 58/2016;
- Partecipazione alla segnalazione e conseguente definizione, a livello nazionale, delle tecnologie sanitarie che necessitano di valutazione HTA (prioritizzazione);

- Partecipazione ai programmi di valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie proposte e definite in sede di Cabina di regia per l'HTA (Decreto del Ministro della Salute 12 marzo 2015) così come di quelli regionali;
- Verifica degli impatti a livello regionale degli esiti delle valutazioni di cui al punto precedente promuovendone l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie, per informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e al loro eventuale disinvestimento;
- Organizzazione di eventi formativi ed informativi per la promozione della ricerca sanitaria e la valutazione delle tecnologie sanitarie.

SSR e Università degli Studi di Perugia

I compiti istituzionali dell'Università degli Studi di Perugia ed in particolare dei Dipartimenti di Area Medico-Chirurgica e della Scuola Interdipartimentale di Medicina e Chirurgia riguardano la didattica, l'assistenza e la ricerca in ambito biomedico.

In virtù di tale mission l'Università degli Studi di Perugia concorre, assieme all'IZSUM, alle Aziende Sanitarie e agli altri enti sanitari e assistenziali pubblici e organismi privati accreditati operanti nel territorio regionale (art. 4 LR 11/2015), alla definizione ed al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale. Oltre al perseguimento degli obiettivi di ricerca, ritenuti di interesse comune e comunque finalizzati alla qualificazione dei servizi sanitari erogati, oggi si impone una più stretta collaborazione tra Regione (SSR e non solo) e Università al fine di mettere a sistema il mondo della ricerca biomedica dalla fase di progettazione a quella di sviluppo e di utilizzo dei risultati in termini di ricadute tecnologiche e non solo ovvero in quello che viene sinteticamente denominato "*Trasferimento della Conoscenza*" e che per l'Università rappresenta la cosiddetta Terza Missione (<https://ww.unipg.it/iii-missione>).

SSR e Istituto Zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche (IZSUM)

L'Istituto Zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche ha tra i suoi compiti istituzionali quello di svolgere attività di ricerca scientifica sperimentale riguardante in particolare le tematiche di medicina veterinaria e di sicurezza alimentare. Opera nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, garantendo ai Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie per l'espletamento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria. Svolge, altresì, attività finalizzate allo sviluppo del sistema produttivo agro-alimentare regionale e nazionale. A tal fine promuove sinergie tra le proprie attività di ricerca e quelle delle Università e degli altri Enti di ricerca nazionali, internazionali ed esteri, nonché progetti di partenariato pubblico-privato e di cooperazione internazionale. Attualmente l'IZSUM collabora con la Regione Umbria alla promozione della ricerca sanitaria avendo costituito congiuntamente il CRIVAT.

PROgramma Mattone Internazionale Salute (PROMIS)

La Regione Umbria per rispondere all'esigenza condivisa di portare la sanità delle Regioni in Europa e l'Europa del SSN, ha aderito nel 2012 alla proposta del Progetto Mattone Internazionale (PMI), sotto la regia del Ministero della Salute e con il coordinamento della Regione Veneto.

Il Progetto ha previsto la realizzazione di attività formative e informative dedicate alle Strutture ministeriali, a Regioni e Province autonome, alle Aziende ULSS e Ospedaliere, nonché ad altri stakeholder coinvolti in ambito sanitario, al fine di promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche europee e delle possibilità di accesso ai programmi di finanziamento europei e internazionali per la salute, la ricerca e l'innovazione. Il PMI, inoltre, ha attivato specifici meccanismi per l'incentivazione e la partecipazione qualificata di tutti i destinatari delle politiche di Salute in ambito europeo e internazionale.

Attualmente Il Progetto Mattone Internazionale (PMI) è diventato una struttura permanente a supporto delle Regioni e Province Autonome nei loro processi di internazionalizzazione: il suo nuovo nome è Pro.M.I.S, PROgramma Mattone Internazionale Salute (<http://www.promisalute.it>).

In continuità alle attività svolte dal PMI, il PRO.M.I.S., cui la Regione ha aderito nel 2016, ha la finalità di realizzare:

- *un consolidamento del collegamento tra il livello nazionale e quello regionale al fine di definire politiche condivise di internazionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale - SSN;*
- *un rafforzamento delle strategie dei singoli attori istituzionali in ambito sanitario europeo, sviluppando una partecipazione coordinata ai bandi europei di finanziamento che renda più competitiva l'azione delle Regioni in ambito europeo;*
- *un sostegno alla definizione di azioni in ambito sanitario in coordinamento con le politiche intraprese in altri settori (sociale, ambiente, turismo, istruzione e ricerca), al fine di garantire una programmazione coordinata dell'utilizzo dei Fondi europei.*

Nell'ambito della ricerca biomedica il PROMIS rappresenta un valido strumento di supporto che le Regioni possono utilizzare per la creazione di network di interesse, finalizzati alla presentazione di progetti su scala nazionale e europea, per la costruzione di tecnostrutture (capacity building) e per la diffusione e internazionalizzazione dei risultati della ricerca stessa.

Al fine di coordinare le attività regionali ed aziendali è stato costituito nel 2016 un Gruppo di lavoro misto, formato da referenti Regionali e Aziendali.

Durante il periodo di vigenza del PSR, con la collaborazione del Gruppo di lavoro di cui sopra, si intende potenziare l'operatività nella progettazione in ambito europeo con l'istituzione di un presidio dedicato all'attività di europrogettazione in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, con un approccio integrato multisettoriale, tale da accrescere il valore dei progetti da candidare a finanziamento. Il presidio, in particolare, è adibito all'ideazione, pianificazione, attuazione e controllo dei progetti candidati ad essere finanziati dai programmi UE e viene denominato **“Team di europrogettazione in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, funzionalmente strutturato”**.

Il Team si avvale di professionalità formate in materia di progettazione in ambito europeo e con esperienza operativa in tale settore dei Servizi dell'Area sanitaria e sociale, che può essere integrato di volta in volta di professionalità delle Aziende e/o altri Enti del SSR, individuate in base alle tematiche da trattare. Il Coordinamento è in capo al Referente regionale PRO.M.I.S. e Dirigenti della Direzione, competenti in materia di programmazione sanitaria e sociale.

Ricerca e Medicina Personalizzata

Sulla base della definizione elaborata dagli esperti del programma quadro europeo sulla ricerca e l'innovazione, Horizon 2020, la Medicina Personalizzata è lo studio delle caratteristiche genotipiche e fenotipiche (ambiente, stile di vita ecc.) di ogni singolo individuo, e si pone lo scopo di integrare tra loro tali informazioni, conferendo caratteristiche uniche a patologie complesse che possono così essere diagnosticate e curate in maniera più efficiente, con un chiaro impatto sia dal punto di vista medico che socioeconomico.

(<https://ec.europa.eu/research/health/index.cfm?pg=policy&policynome=personalised#>)

La Medicina Personalizzata è anche definita la Medicina delle 4 P: Personalizzata, Preventiva, Predittiva e Partecipativa. Personalizzata perché ogni individuo è unico e ha caratteristiche proprie. Preventiva e predittiva, nel senso che ciascuno potrà conoscere la propria storia ed eredità genetica, capire come assecondarla o contrastarla sapendo a quali malattie è più suscettibile e a quali farmaci risponderà più efficacemente. Infine, partecipativa: ogni individuo sarà consapevole della propria storia medica e non sarà più solo il medico curante ad avere in mano le informazioni che sceglie di condividere.

Fondamentale, quindi, conoscere tutte le caratteristiche del singolo paziente sia di tipo ambientale (anche grazie a i Big Data) e quelli genetici. Comunque la conoscenza dei singoli geni che compongono il genoma umano non è sufficiente a definire o predire l'insorgere di una malattia, a meno che non sia considerata in concomitanza con altre informazioni, quali proteine, lipidi, modificazioni epigenetiche metabolismo ecc. Tali studi sono definiti omics, tecnologie che permettono di ottenere informazioni cosiddette highthroughput, indicando con questo termine la generazione di una grande quantità di dati in un tempo molto breve. Tra di essi vi sono la genomica, la proteomica, l'epigenomica, la lipidomica, la metabolomica e molte altre. Gli omics hanno la grande potenzialità di fornire una visione globale dei processi cellulari e molecolari che caratterizzano gli individui e la loro suscettibilità, nonché la loro risposta a differenti terapie. È chiaro come nel contesto della Medicina Personalizzata lo studio degli omics assuma un ruolo chiave grazie alla sua intrinseca caratteristica di generare una grande quantità di dati che possono essere poi tradotti in profili specifici di ogni singolo individuo, con la conseguente capacità di fornire solide basi per tramutare studi di ricerca di base in studi di ricerca clinica e oltre.

Come ben specificato in letteratura (cfr. il sole 24 ore Sanità – i Quaderni di Medicina - Ottobre 2017 – P. Marchetti) *“I recenti sviluppi in Biologia molecolare e Biochimica hanno inciso in modo rivoluzionario sulle possibilità di migliorare le strategie terapeutiche confluendo, grazie al contemporaneo sviluppo di tecnologie analitiche costo-efficaci, in un approccio medico innovativo: la Precision and Personalised Medicine (PPM). Spesso, in oncologia, il campo di interesse della PPM viene ristretto alla ricerca di mutazioni somatiche, che possono consentire un più mirato utilizzo di farmaci a bersaglio molecolare. Sebbene questo aspetto della personalizzazione delle cure rivesta un interesse straordinario per i risultati ottenuti nel trattamento di molti tumori (come, ad esempio, GIST, neoplasie del polmone, della mammella e del colon retto, melanoma), non dobbiamo trascurare l'importanza rivestita dallo studio delle caratteristiche individuali del paziente, che lo espongono a diverso rischio di sviluppare malattie, a diversa efficacia delle terapie e a diversa incidenza di effetti collaterali. La PPM sostituisce la genericità dell'approccio clinico classico per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie con un approccio Paziente-centrico, in cui si valuta il profilo individuale del soggetto ed in base a questo si procede ad individuare una specifica strategia diagnostica e terapeutica.*

L'approfondita conoscenza dei meccanismi molecolari implicati nella patogenesi delle malattie e nell'azione dei farmaci consente di riconoscere le caratteristiche di "unicità" del singolo Paziente come determinanti cruciali della suscettibilità a malattie e della risposta alle terapie. Inoltre, questa modalità di cura garantisce al Paziente una maggiore opportunità di limitare al minimo il costo tossico della terapia, senza dover pagare un prezzo in termini di riduzione dell'efficacia. È intuitivo l'impatto di tale metodologia non solo sulla qualità della vita del Paziente, ma anche sulla ottimizzazione nella gestione delle risorse sanitarie.

Con le diverse applicazioni della Medicina di Precisione è stato possibile dimostrare, in molteplici ambiti clinici, come la variabilità genomica (variazioni di sequenza del DNA, polimorfismi a singolo nucleotide, inserzioni, delezioni, variazione del numero di copie geniche) tra un individuo e l'altro sia correlabile alla suscettibilità individuale allo sviluppo di malattie e al grado di risposta alle terapie. Il profilo genomico personale può essere utilizzato, inoltre, per predire il comportamento clinico del Paziente e adeguare strategie preventive, terapeutiche e di follow-up.

L'aumento esponenziale dei costi di gestione delle diverse malattie ha un andamento inverso rispetto alla loro reversibilità. L'applicazione della MP ad ogni stadio della evoluzione della malattia, permette di abbassare i costi aumentando la reversibilità di malattia".

In sintesi la Medicina Personalizzata costituisce un settore in evoluzione in cui vengono utilizzati test diagnostici per determinare quali trattamenti medici possano essere più efficaci per ciascun singolo paziente. Combinando i dati di quei test con la storia clinica, le preferenze e i valori di un individuo, i clinici possono sviluppare trattamenti e piani di prevenzione mirati.

Attualmente, vi sono aree di incertezza relative allo screening, alla diagnosi e al trattamento, in particolare delle patologie degenerative, tra cui:

- insufficiente conoscenza delle caratteristiche del paziente, compresi i profili genetici, per una stratificazione ottimale dei pazienti al momento della diagnosi;
- mancanza di un coinvolgimento significativo di tutte le parti interessate, compresi i pazienti, nella definizione degli outcome di interesse;
- mancanza di un'efficace implementazione delle conoscenze acquisite nella pratica clinica, inclusa la conoscenza e utilizzo dei dati (Big Data) non derivanti dai trial clinici (Real World Data).

Colmare tali incertezze potrebbe consentire di migliorare i risultati relativi ai trattamenti specifici dei pazienti umbri sia in termini efficacia/sicurezza che di costo-efficacia. Una risposta a tutte queste incertezze può venire da una biobanca di qualità, infatti, nell'ultimo decennio, la ricerca biomedica e la Sanità in generale hanno beneficiato sempre più di reti di biobanche che, essendo formidabili generatrici di Big Data, consentono di realizzare progetti di medicina personalizzata finalizzati all'identificazione di nuovi biomarkers e, quindi, di nuovi e più appropriati percorsi diagnostico- terapeutici.

Ricerca dei Servizi Sanitari (Healthcare Services Research)

Il compito primario del Servizio Sanitario, al fine di garantire il Diritto alla Salute sancito costituzionalmente, è quello di fornire ai propri cittadini terapie efficaci secondo principi di equità, efficienza e sostenibilità economica. A tale scopo le Istituzioni Sanitarie, in particolare le Regioni,

"Il futuro di una cura personalizzata passa da una comprensione approfondita del profilo individuale del paziente al fine di identificare una specifica strategia diagnostica e terapeutica"

P. Marchetti

necessitano di informazioni affidabili e tempestive di tipo epidemiologico-clinico. Oggi le Istituzioni Sanitarie raccolgono in maniera sistematica, sia pur essenzialmente per ragioni amministrative, enormi volumi di informazioni relative alle prestazioni erogate, in particolare dati di prescrizione farmaceutica, di ricovero ospedaliero (SDO), dati anagrafici e di mortalità. Con essi vengono alimentati vastissimi database elettronici grazie ai quali sarebbe possibile condurre ricerche di tipo epidemiologico-clinico e di ricerca sui servizi sanitari e quindi rispondere ai quesiti circa la valutazione di sicurezza e di appropriatezza prescrittiva di farmaci, dispositivi medici, determinare l'accuratezza di strumenti diagnostici, esplorare il livello di qualità e sicurezza dei servizi sanitari (Tierne 1990; Schneeweiss 2005). Tali database verrebbero così ad assumere uno strumento irrinunciabile per la salvaguardia della sicurezza e per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, dispositivi medici, test diagnostici... oltre che per la dimostrazione di efficacia reale degli interventi sanitari sulle popolazioni regionali (effectiveness) e quindi per l'individuazione delle priorità di intervento e di ricerca.

Le potenzialità dei Sistemi Informativi Sanitari regionali italiani e relativi database elettronici, ad oggi, non possono essere sfruttate scientificamente (se non nella generazione di ipotesi o per avere dati orientativi) in quanto gli stessi necessitano di un estensivo processo di "validazione scientifica" dei dati sanitari contenuti.

È per tale motivo che la Regione Umbria ha condotto e sta conducendo, grazie ai progetti DIVO-Network (finanziato dal Ministero della Salute- <http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1894&idP=740>), DataValue (in collaborazione con la Sezione di cardiologia e fisiopatologia cardiovascolare dell'Università di Perugia) e per i prossimi anni con il progetto interregionale dal titolo "Performance evaluation and value assessment for cardiovascular and oncological care path in a regional network context: challenges and opportunities" (Bando Ricerca finalizzata Ministero della Salute 2016) un'estesa valorizzazione del patrimonio di informazione derivante dall'attività assistenziale. In particolare il progetto suddetto (cofinanziato dal Ministero della Salute e Regioni per un totale di circa 6 milioni di euro) permetterà di analizzare e rivalutare l'intero percorso assistenziale dei pazienti cardiologici e oncologici alla luce dei bisogni espressi direttamente dai pazienti e secondo quanto contenuto nei database sanitario-amministrativi disponibili.

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_bandi_135_listaFile_itemName_6_file.pdf)

Cochrane Collaboration

Nell'ambito del "Governo Clinico", in cui le evidenze scientifiche rappresentano il supporto indispensabile alle scelte di politica sanitaria regionale, la Regione Umbria ha attivato la partecipazione a The Cochrane Collaboration (<https://www.cochrane.org/>), organismo internazionale no-profit che ha come *mission* quella di produrre, attraverso una metodologia scientifica comune (Revisioni Sistematiche-RS), una sintesi sull'efficacia e sulla sicurezza degli interventi sanitari di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo, e cioè le Revisioni Sistematiche attualmente contenute nella The Cochrane Library: summa delle evidenze a livello mondiale (<https://www.cochranelibrary.com/>).

In esito a ciò, la Regione Umbria ha ritenuto utile investire in tale settore strategico della produzione e disseminazione delle migliori evidenze disponibili come testimoniato dalla partecipazione dei professionisti della Direzione Salute a varie iniziative (produzione di RS; ricerca metodologica, disseminazione...)

Inoltre particolare la Regione Umbria dal 2007 ospita e sostiene il Cochrane Neurological Field, quale gruppo riconosciuto ed abilitato a svolgere la funzione di supporto scientifico in ambito neurologico e non solo. Già il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 prevedeva quanto segue: *“il Network va potenziato e va favorito il coinvolgimento di professionisti su scala regionale, estendendo anche ad altre branche la possibilità di recepire ed utilizzare la metodologia dell’EBM e la sua diffusione, quale strumento per il governo clinico”*.

(<https://neurosciences.cochrane.org/about-us>)

Per questa ragione si è ritenuto opportuno assicurare la continuità operativa del Cochrane Neurological Field e stipulare una Convenzione tra la Regione Umbria e The Cochrane Collaboration anche alla luce del riconoscimento per le attività svolte dal Neurological Field negli anni.

È evidente che tale prestigiosa convenzione sia un fiore all’occhiello nel panorama italiano quale riconoscimento della gestione delle migliori evidenze disponibili (evidence based) e che debba essere punto di partenza per ulteriori iniziative sia a livello nazionale che internazionale ricordando, infine, che l’applicazione sistematica dell’Evidence Based Medicine rappresenta uno degli standard di qualità previsti dal DM 70/2015 per le strutture ospedaliere.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Pur in presenza di realtà significative e i considerevoli risultati conseguiti all’interno del sistema regionale della ricerca biomedica ci troviamo di fronte alla necessità di superare alcune criticità rilevanti che sono in parte specifiche della nostra Regione e in parte comuni a quanto vive il sistema paese come ad esempio l’insufficienza del sistema di fronte a sfide inedite, o il risultato di irrisolte questioni che provengono dal passato.

Circa le difficoltà dei ricercatori nel partecipare a fonti di finanziamento su base competitiva si segnala ad esempio che negli ultimi due Bandi della Ricerca Finalizzata nazionale del Ministero della Salute (Bando 2016 e Bando 2018) un elevato numero di progetti (32% nel 2016 e 24% nel 2018) non sono riusciti ad essere completati dai ricercatori umbri. Si segnala che comunque il numero di progetti non completati si riduce negli anni 32% vs 24% anche perché la Regione Umbria, e il CRIVAT in particolare, si sono impegnati nel supportare i ricercatori nel miglioramento della redazione dei progetti di ricerca.

Alla luce dell’attuale quadro normativo, delle considerazioni in premessa circa i sistemi della ricerca e delle transizioni dal punto di vista demografico, epidemiologico e socio-economico emergono alcune considerazioni principali:

- La necessità di programmare servizi sanitari in una fase di crescita dei bisogni e decurtazione delle risorse impone di rendere il sistema sanitario regionale sempre più “informato” dai risultati derivanti da attività di ricerca non limitata all’ambito bio-medico stretto ma anche

estesa ai servizi sanitari (healthcare services research) in modo da raggiungere elevati standard di appropriatezza clinico-organizzativa.

- L'urgenza, per una Regione di piccole dimensioni, di fronteggiare sfide che debbono essere affrontate in un quadro sempre più competitivo, dove i finanziamenti sono sempre di più a bando e sempre meno a disposizione con budget correnti.
- L'esigenza di una maggiore integrazione ed interazione tra pazienti, professionisti della sanità, ricercatori e programmatori in una rete regionale della ricerca biomedica dato che oggi la ricerca è fatta da team multiprofessionali e non da ricercatori in solitaria, anche in un'ottica multidisciplinare di one-health. Una biobanca rappresenta un volano per la ricerca traslazionale e per l'aggregazione multidisciplinare dei ricercatori, nell'interesse dei pazienti.
- La necessità di una valorizzazione sistematica dei risultati della ricerca e di un più facile accesso alle evidenze disponibili derivanti dalla ricerca (disseminazione) sia per i ricercatori e operatori sanitari ma anche per i cittadini/pazienti.

Le aree di miglioramento nel triennio si identificano in:

Organizzazione

- Le attività di competenza dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale vanno incardinate in una struttura regionale dedicata.
- Programmi e progetti di ricerca necessitano di un maggior supporto tecnico-amministrativo.
- Necessità di una maggiore integrazione tra i diversi attori della rete regionale della ricerca biomedica regionale in modo da creare una rete regionale della ricerca.
- Il Comitato Etico delle Aziende Sanitarie (CEAS) vive una fase di transizione dovuta alla nuova disciplina nazionale.
- Il Team di europrogettazione in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, funzionalmente strutturato
- Istituzionalizzazione della biobanca dell'Umbria (Umbria Biobank) già finanziata dalla Regione Umbria come start-up all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Formazione e Informazione

- Attivazione di formazione dedicata ai professionisti sanitari e ai ricercatori per la prioritizzazione e pianificazione degli obiettivi e delle attività di ricerca.
- Superamento della frammentazione delle informazioni relative alle opportunità di finanziamento a livello nazionale e europeo.

Programmi

- Necessità di riattivare il Programma di Ricerca Finalizzata Regionale
- Scarso coinvolgimento del settore privato (aziende farmaceutiche e di devices in primis).

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Pur in presenza di realtà significative e i considerevoli risultati conseguiti all'interno del sistema regionale della ricerca biomedica si rende necessario migliorare gli aspetti organizzativi a livello regionale e aziendale per risultare più competitivi nei Bandi della Ricerca Finalizzata nazionale del Ministero della Salute e in quelli europei. La competitività aumenta laddove esistono organizzazioni specifiche per la partecipazione ai bandi di ricerca.

L'obiettivo generale è quello di migliorare tutti gli aspetti organizzativi e culturali per aumentare la possibilità di partecipare alle attività di ricerca attraverso il:

- ✓ Consolidamento del sistema delle Aziende Ospedaliere quale sede privilegiata della ricerca biomedica e clinico-assistenziale e, attraverso di esse l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria (Università degli Studi di Perugia), con valorizzazione delle eccellenze ivi presenti;
- ✓ Rafforzamento della capacità di didattica e di ricerca diffusa, coinvolgendo anche le Aziende USL nell'ambito di reti e progetti congiunti, al fine di coniugare le funzioni di programmazione sociosanitaria con quelle di ricerca ed innovazione;
- ✓ Potenziamento della ricerca dei servizi sanitari anche tramite la valorizzazione dell'enorme mole di dati presente nei database sanitario-amministrativi regionali compresi quelli di ambito veterinario;
- ✓ Coinvolgimento di tutte le professioni sanitarie nella produzione di evidenze scientifiche e nell'integrazione delle conoscenze disponibili sulle pratiche assistenziali.
- ✓ Gli obiettivi connessi con le attività del Team di europrogettazione che consistono nel presidiare le tematiche sanitarie a livello europeo in modo da garantire uniformità di interventi sulle politiche strategiche in materia di sanità e sociale; nell'ottimizzare la capacità propositiva al fine di incidere sulle politiche europee negli ambiti di competenza, migliorare la capacità attrattiva attraverso un efficientamento delle procedure di partecipazione alle call europee, mobilitando per questo le eccellenze del sistema sanitario in tutte le opportunità future, nel migliorare lo scambio di informazioni, conoscenze, best practices, anche al fine di favorire partenariati /partecipazioni congiunte a progetti e iniziative europee.

Per quanto attiene alla Medicina di Precisione, un diffuso e razionale impiego della stessa potrebbe consentire di:

- *migliorare la prevenzione;*
- *attuare una scelta informata della terapia;*
- *ridurre le reazioni avverse ai farmaci;*
- *aumentare l'aderenza alla terapia da parte del Paziente;*
- *controllare più efficacemente l'evoluzione della malattia;*
- *aumentare la qualità ed efficacia.*

Gli obiettivi specifici sono:

- ✓ Potenziamento del CRIVAT quale strumento di supporto necessario al sistema della ricerca biomedica per la protezione della proprietà intellettuale, la valorizzazione dei risultati della ricerca, l'avvio del processo di trasferimento tecnologico
- ✓ Organizzazione delle attività svolte dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale in una struttura regionale dedicata
- ✓ Individuazione, in ciascuna Aziende Sanitarie, di un ufficio che abbia tra le proprie competenze quella di essere di supporto amministrativo alle attività di ricerca svolte al proprio interno
- ✓ Potenziamento del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie (CEAS)
- ✓ Istituzione del Centro regionale per le sperimentazioni cliniche (Clinical Trial Center) al servizio dell'intera comunità regionale
- ✓ Promuovere la formazione e l'informazione
- ✓ Potenziare la Medicina di Precisione per approfondire le conoscenze delle caratteristiche genomiche del Paziente oltre quelle tipiche di alcune neoplasie

IMPLEMENTARE L'HTA

STATO DELL'ARTE

Definizione di Tecnologia Sanitaria e di Health Technology Assessment (HTA)

Con Tecnologia Sanitaria (Health Technology), a livello internazionale, si intende qualsiasi strumento o metodo utilizzato per promuovere la salute, prevenire e trattare una malattia, migliorare la riabilitazione o definire criteri di cura e assistenza a lungo termine. In questo contesto, le "tecnologie" non sono soltanto i farmaci o le apparecchiature sofisticate, ma anche le procedure, le modalità di assistenza ed i programmi di screening. In altri termini health technology copre ogni strumento usato da coloro che lavorano nei servizi sanitari per promuovere la salute, prevenire e trattare una malattia o una specifica condizione clinica, migliorare la riabilitazione e l'assistenza a lungo termine. In sintesi il concetto di tecnologia sanitaria/health technology ricomprende:

- Farmaci;
- Dispositivi medici (attrezzature per diagnosi, terapia o prognosi);
- Procedure mediche e chirurgiche, anche in telemedicina;
- Percorsi assistenziali;
- Modelli organizzativi e manageriali.

L'Health Technology Assessment (HTA) si basa su attività scientifiche multidisciplinari rivolte alla valutazione dell'efficacia, della sicurezza, delle risorse necessarie e dell'impatto complessivo delle tecnologie sanitarie. L'HTA si propone di valutare l'efficacia degli interventi sanitari, l'appropriatezza e l'efficienza con cui sono realizzati, i rapporti tra i costi ed i benefici, le implicazioni che essi comportano nel paziente e nel suo sistema di valori, nelle strutture organizzative del sistema sanitario regionale, sulla sostenibilità economica, fornendo ai decisori valutazioni tecniche quanto più possibile oggettive, necessarie per scelte razionali e trasparenti. L'HTA rappresenta, quindi, una metodologia per valutare le prestazioni sanitarie erogate o comunque disponibili e pianificare e

gestire in modo più funzionale l'assistenza al cittadino, risultando strumento essenziale della Clinical Governance, in grado di supportare scientificamente i vari livelli decisionali del SSR. La peculiarità di HTA è che il termine "assessment" (valutazione) nel campo delle tecnologie mediche definisce un processo di analisi multidisciplinare le cui dimensioni devono ricomprendere: a) valutazione di efficacia e sicurezza clinica; b) valutazione economico-finanziaria; c) valutazione di impatto organizzativo sul livello aziendale e regionale; d) valutazione dell'impatto sociale, legale, etico, politico.

L'HTA in Europa

Con la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 (art.15 "Cooperazione nella valutazione delle tecnologie sanitarie"), concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, l'Unione Europea si impegnava a sostenere e facilitare la cooperazione e lo scambio di informazioni scientifiche tra gli Stati membri nell'ambito di una rete volontaria fra le autorità e gli organismi nazionali responsabili della valutazione delle tecnologie sanitarie designati dagli Stati membri.

Ciò ha portato all'istituzione della Rete europea - HTA Network (https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/network_it) di autorità nazionali o di organismi responsabili della valutazione delle tecnologie sanitarie (Decisione di esecuzione della Commissione del 26 giugno 2013).

Tali risultati sono stati possibili grazie al fatto che nel 2004 la Commissione europea e il Consiglio dei ministri avevano già richiesto l'istituzione di una rete europea sostenibile in materia di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA). Nel 2005 un gruppo di 35 organizzazioni aveva così avviato il progetto EUnetHTA 1 (2006-2008), che esaminava le possibilità e le principali problematiche in vista di una maggiore collaborazione transnazionale (<https://www.eunetha.eu/>).

Da allora la Commissione ha effettuato importanti investimenti per sostenere la cooperazione tra gli organismi HTA. Sono state portate avanti due azioni comuni (EUnetHTA JA): EUnetHTA JA1, dal 2010 al 2012 (con una dotazione di bilancio di 6 milioni di EUR) e EUnetHTA JA2, dal 2012 al 2015 (con una dotazione di bilancio di 9,5 milioni di EUR). L'azione comune 1 ha realizzato una cooperazione efficace e sostenibile in materia di valutazione delle tecnologie sanitarie in Europa, mentre l'azione comune 2 ha rafforzato l'applicazione pratica di strumenti e approcci alla collaborazione transfrontaliera sull'HTA.

Una terza azione comune (EUnetHTA JA3, con una dotazione di bilancio di 20 milioni di EUR) è stata avviata nel giugno 2016 e sarà operativa fino al 2020. L'azione comune 3 si fonda sulle lezioni apprese, le mete raggiunte e i risultati ottenuti nelle precedenti azioni.

Nel 2016 la Commissione europea ha cominciato a lavorare al rafforzamento della cooperazione nell'UE in materia di valutazione delle tecnologie sanitarie, dando così seguito alle richieste provenienti dai paesi dell'UE, dal Parlamento europeo e dalle parti interessate di garantirne la sostenibilità oltre il 2020. Nel suo programma di lavoro per il 2017 la Commissione europea ha annunciato che l'iniziativa sarebbe stata estesa anche a migliorare il funzionamento del mercato unico delle tecnologie sanitarie.

Attualmente è in discussione al Parlamento europeo la proposta di regolamento approvato dalla Commissione europea il 31 gennaio 2018 relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie che modifica la direttiva 2011/24/UE.

L'HTA in Italia

I recenti interventi in materia di riduzione della spesa sanitaria pubblica hanno richiesto una maggiore attenzione nell'allocazione delle risorse sulle tecnologie sanitarie (ivi compresi i dispositivi medici, le grandi apparecchiature, le procedure e i modelli organizzativi e gestionali) che dimostrino un adeguato rapporto costo-beneficio.

Le iniziative più recenti volte alla riduzione della spesa sanitaria pubblica (prezzi di riferimento dei dispositivi medici, riorganizzazione delle reti assistenziali) costituiscono una spinta all'utilizzo delle valutazioni di HTA nelle decisioni ai diversi livelli di governo del sistema.

In questo scenario il Ministero della Salute ha commissionato diverse iniziative all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) (<http://www.agenas.it/aree-tematiche/hta-health-technology-assessment>):

- dal 2007 un'attività di Technology Assessment su dispositivi medici che si è tradotta in 5 accordi di collaborazione (l'ultimo in corso) e che si prevede continui;
- dal 2008 il Centro di osservazione delle tecnologie emergenti (COTE) quale attività di Horizon Scanning (HS) volta all'individuazione di tecnologie a potenziale impatto sul SSN prima della loro diffusione nella pratica clinica;
- dal 2009 lo sviluppo di una rete, RIHTA, per condividere attività di valutazione sistematica di tecnologie sanitarie e metodologie di collaborazione con le tecnostrutture regionali.

In particolare la RIHTA rappresenta una rete di collaborazione tra le tecno-strutture delle Regioni e Agenas. L'iniziativa è nata nel 2009 con lo scopo di realizzare e sviluppare iniziative, progetti e interventi volti a ottimizzare le valutazioni sistematiche delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) nell'ambito dei Servizi sanitari regionali. La Rete è stata istituita con un Accordo di collaborazione tra l'Agenzia e le Regioni al fine di adottare iniziative comuni di supporto reciproco e di collaborazione tecnico-scientifica. La funzione della RIHTA è infatti quella di effettuare la valutazione di tecnologie e interventi sanitari rilevanti, basandosi sulle capacità e le competenze disponibili tra i partecipanti alla Rete, di produrre report con una metodologia condivisa, di sostenere le Regioni che non hanno implementato e sviluppato il processo valutativo, di facilitare l'integrazione dell'HTA nelle politiche decisionali ed evitare duplicazioni.

Dal 2006, inoltre, è in corso la collaborazione internazionale (sempre tramite AGENAS) ai network EunetHTA, EuroScan, INATHA. Accanto alle attività di Health Technology Assessment AGENAS svolge attività di studio e supporto al Ministero della Salute e alle Regioni nel settore dei Dispositivi medici. Successivamente, a livello nazionale, la Cabina di regia istituita con Decreto del Ministro della Salute 12 marzo 2015, in attuazione dell'articolo 26 del Patto per la Salute 2014-2016, assumeva il compito di:

- a) definire le priorità per la valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici sulla base dei criteri di rilevanza del problema di salute nonché di rilevanza, sicurezza, efficacia, impatto

economico ed impatto organizzativo dei dispositivi medici, in coerenza con le linee guida europee in materia (EUnetHTA);

- b) promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati di comprovata esperienza di HTA (Health Technology Assessment) operanti nel Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici;
- c) validare gli indirizzi metodologici che verranno applicati per la produzione dei rapporti di valutazione tecnica multidimensionale nel Programma nazionale di HTA;
- d) curare la pubblicazione, la diffusione e la verifica degli impatti a livello nazionale degli esiti delle valutazioni di cui alla lettera b) secondo i metodi validati di cui alla lettera c), promuovendone l'utilizzo da parte delle regioni e delle aziende sanitarie per informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e al disinvestimento.

Attualmente il Ministero della Salute (Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico e prodotti di interesse sanitario diverso dai dispositivi medici) e le Regioni, sempre con il supporto di AGENAS, sono impegnate nell'attuazione del Programma nazionale per l'Health Technology Assessment (HTA) dei dispositivi medici, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017.

L'HTA in Umbria

La Regione Umbria (Direzione Salute) ha da sempre aderito alle iniziative nazionali suddette ed in particolare alla Rete Italiana HTA (RIHTA) (D.G.R. n. 816/2012) come testimoniato dai documenti prodotti e reperibili nei siti istituzionali di AGENAS e Ministero della Salute:

- <http://www.agenas.it/aree-tematiche/hta-health-technology-assessment/articoli-e-pubblicazioni>
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1202&area=dispositivi-medici&menu=tecnologie

Inoltre, in ottemperanza, di quanto previsto dall'art. 1, cc. 551, 552 e 570 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016)" si è proceduto all'istituzione della Struttura regionale per la Valutazione HTA (Nucleo di Valutazione regionale per l'Health Technology Assessment – Nucleo HTA) (DGR n.58/2016). Infatti la legge di Stabilità 2016 imponeva alle Regioni di avvalersi di unità organizzative di valutazione delle tecnologie di livello regionale o nazionale sopprimendo quelle eventualmente esistenti a livello aziendale.

La DGR 58/2016 disciplina le modalità inerenti il procedimento autorizzativo per l'acquisizione, da parte delle Aziende Sanitarie regionali, di quelle apparecchiature elencate nella DGR 1226/2017, che necessitano di controllo preventivo di congruità da parte della Giunta regionale ai sensi del art. 83, c. 2 della LR 11/2015.

La Regione Umbria (Direzione Salute), per le competenze e professionalità sviluppate, è stata inserita dal Ministero della Salute, con Decreto del Direttore Generale della Direzione dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico e prodotti di interesse sanitario diverso dai dispositivi medici del

29 novembre 2016 nell'elenco di enti cui affidare attività connesse all'esercizio delle funzioni di autorità competente in materia di dispositivi medici.

Successivamente, al fine di ottemperare a quanto previsto dal DM 70/2015 (DGR 212/2016), ove tra gli standard per i presidi ospedalieri di base, di I e II Livello deve essere documentata e formalizzata la presenza di sistemi o attività inerenti la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) e la Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (HTA) consistente in:

- Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici;
- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale ed internazionale;
- Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie, facenti capo alla rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie, coordinata dalla Agenas.

e per l'attuazione di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 concernente il "Programma nazionale per l'Health Technology Assessment (HTA) dei dispositivi medici" la Regione Umbria ha istituito con DGR n. 1439 del 04/12/2017 il Centro regionale integrato per la Ricerca biomedica e dei servizi sanitari e per la Valutazione delle Tecnologie sanitarie (HTA) del Servizio Sanitario Regionale dell'Umbria (CRIVAT - Umbria).

Il CRIVAT nasce da un Accordo di collaborazione sottoscritto il 20 dicembre 2017 tra Regione Umbria e Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria Marche (IZSUM) al fine di dotarsi di una struttura funzionale integrata che permetta l'implementazione a livello regionale del Programma Nazionale di Ricerca Sanitaria 2017 - 2019 (PNRS) (in quanto enti cui spetta istituzionalmente la promozione della ricerca Bio-medica di competenza del Servizio Sanitario Regionale - D.Lgs. 502/1992) e del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici di cui alle Intese Stato-Regioni del 21 settembre 2017. Gli enti suddetti, oltre ad aver sviluppato competenze e professionalità nell'ambito della ricerca biomedica, dei servizi sanitari e della valutazione delle tecnologie hanno così messo a disposizione dell'intero SSR anche il Centro di Documentazione Scientifica attualmente gestito da IZSUM che consente, tramite il circuito Bibliosan del Ministero della Salute, l'accesso alla totalità del patrimonio scientifico sanitario pubblicato a livello mondiale (vedasi anche la sezione relativa alla *Ricerca*). A dimostrazione del crescente interesse per la metodologia HTA si segnala che recentemente il Parlamento Europeo ha presentato una risoluzione chiedendo di prevedere- nel processo di health technology assessment - "misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica".

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A8-2018-0289&language=IT>

AREE DI MIGLIORAMENTO

Si evidenziano tre aree principali: il modello organizzativo inerente la tecnostruttura regionale e le sue articolazioni aziendali, il contesto culturale (formazione e informazione) riguardante l'HTA e alcune attività specifiche da implementare

Organizzazione

- Necessità di potenziamento della tecnostruttura regionale e di quelle aziendali valorizzando le diverse professionalità necessarie alla valutazione multidisciplinare per implementare compiutamente il procedimento, a livello regionale e aziendale, necessario al processo decisionale per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie in particolare quelle innovative ed emergenti.
- Percezione in merito alla metodologia HTA, da parte dei policy makers, principalmente come strumento di razionalizzazione della spesa sanitaria e non quale mezzo per garantire una introduzione appropriata di tecnologie nel SSR.

Formazione e Informazione

- Attivazione di formazione specifica a tutti i livelli: clinico, dei policy maker, dei quadri regionali in merito alla funzione dell'HTA e sue potenzialità e limiti.
- Miglioramento della diffusione delle informazioni relative alle opportunità generate dalla metodologia HTA in particolare sul versante decisionale e quale ricaduta sull'acquisizione di beni e servizi sanitari.

Attività specifiche

- Necessità di implementare il Programma nazionale per l'Health Technology Assessment (HTA) dei dispositivi medici”;
- Maggiore coinvolgimento degli stakeholder.
- Maggiore coinvolgimento del settore privato (aziende farmaceutiche e di devices in primis) sia nella fase di introduzione della tecnologia nel SSR che della valutazione del suo impatto (fase post-marketing).

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Realizzare e sviluppare iniziative, progetti e interventi volti a ottimizzare le valutazioni sistematiche delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) nell'ambito del Servizio sanitario regionale. L'obiettivo è quello di effettuare la valutazione di tecnologie e interventi sanitari rilevanti, per garantire una introduzione appropriata di tecnologie nel SSR.

L'obiettivo generale è quello di favorire il processo decisionale per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie in particolare quelle innovative ed emergenti.

Gli obiettivi specifici sono:

- ✓ Potenziare il CRIVAT quale tecnostruttura integrata a supporto del Nucleo regionale di valutazione per l'HTA per la valutazione delle tecnologie da sostituire/introdurre nel SSR
- ✓ Individuare, in ciascuna Aziende Sanitaria, un ufficio che abbia tra le proprie competenze quella di essere di indirizzo e supporto alle attività di HTA a livello aziendale
- ✓ Implementare un Piano di formazione inerente i temi legati alla metodologia HTA sia a livello regionale che aziendale.
- ✓ Potenziare i canali informativi regionali dedicati (es. sito web CRIVAT) all'HTA rivolti a tutti gli stakeholder
- ✓ Incrementare le iniziative di diffusione delle informazioni in ambito HTA in particolare quelle derivanti da AGENAS, EUNetHTA, INAHTA, HTAi

- ✓ Incentivare la partecipazione alle iniziative proposte in ambito nazionale ed internazionale in tema di HTA

2.3.3 RIDEFINIRE L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'accreditamento istituzionale è lo strumento di garanzia della qualità di cui si avvale la Regione per il conseguimento di obiettivi di tutela della salute dei cittadini, individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - per

promuovere un processo di miglioramento continuo dell'efficienza dell'organizzazione (corporate governance) e della qualità delle prestazioni (clinical governance).

STATO DELL'ARTE

L'Accreditamento rappresenta uno strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, nonché nell'uso delle risorse.

Nel nostro sistema, l'accreditamento è stato introdotto con le riforme del Servizio Sanitario Nazionale degli anni '90, allo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La scelta italiana è stata quella di adottare un sistema di accreditamento "istituzionale", per pubblica regolamentazione, affidato alle Regioni/Province Autonome, tenute a individuare i requisiti ulteriori di qualità e stabilire le procedure di rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e il sistema dei controlli.

L'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private della Regione Umbria è il procedimento con il quale si attesta formalmente il possesso dei requisiti ulteriori di qualità di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria pubblica o privata autorizzata. È la condizione propedeutica alla eventuale stipula di un Accordo Contrattuale con le Aziende Sanitarie locali per erogare prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Il processo di accreditamento nella Regione Umbria è iniziato intorno agli anni 1999-2000 con lo attivazione di percorsi formativi e si è strutturato con l'adozione Regolamento e della Check list regionale della D.G.R. n°1991 del 15 dicembre 2004.

La Regione Umbria col Regolamento regionale 26 settembre 2018, n. 10: "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private" pubblicato nel B.U.R. Regione Umbria del 3 ottobre 2018, ha adeguato le procedure ed i requisiti che disciplinano l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private regionali, recependo le indicazioni delle Intese tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015, nonché le raccomandazioni dei Manuali per l'accreditamento istituzionale sviluppati dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) .

Il nuovo sistema di accreditamento recepisce al suo interno i più rigorosi standard internazionali in materia di qualità e sicurezza dei pazienti, mutuati da organizzazioni regolatorie leader mondiali nell'accreditamento di strutture sanitarie, dalle migliori evidenze disponibili in letteratura, dalle raccomandazioni dell'OMS e delle società scientifiche, dagli ulteriori indirizzi normativi nazionali ed europei.

Il modello tende alla definizione di un percorso di sviluppo del sistema qualità progressivo che orienti l'organizzazione verso il miglioramento, perché è ispirato ad una logica di apprendimento continuo, in grado di coinvolgere tutti i professionisti e di consolidare l'impegno dell'organizzazione nel migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza erogata.

Lo sviluppo del processo di accreditamento è quindi una delle linee strategiche prioritarie del PSRS, in quanto rappresenta un potente strumento di "governance" utile a standardizzare l'organizzazione e il modo di lavorare delle strutture, stimolare il miglioramento, riconoscere e valorizzare la qualità delle performance e dei risultati, per rendere conto ai cittadini ed ai decisori dei servizi offerti e degli obiettivi raggiunti, in una logica incrementale di trasparenza e l'accountability delle strutture sanitarie.

I principi dell'accreditamento:

- **Miglioramento continuo della qualità:** i requisiti sono definiti in maniera tale da favorire e incoraggiare le strutture sanitarie a migliorare la qualità e la performance delle prestazioni erogate; l'organizzazione deve continuamente protendere al miglioramento della qualità dell'assistenza, raggiungere e mantenere livelli di qualità che soddisfano i bisogni dei cittadini/pazienti, monitorare i risultati delle cure per migliorare l'assistenza dei cittadini/pazienti.
- **Soddisfazione dei cittadini /pazienti:** migliorare lo sviluppo della qualità organizzativa e della qualità percepita da parte dei pazienti
- **Evidenza dei risultati delle prestazioni:** gli outcome sono individuati e utilizzati per valutare la qualità delle cure: dati e informazioni danno evidenza dei processi implementati e dei risultati.
- **Propensione alle buone pratiche:** le organizzazioni debbono confrontare le loro performance con altre organizzazioni o imparare dagli altri e applicare nel proprio contesto i principi delle buone pratiche per aumentare l'efficacia e l'efficienza dei processi e migliorare gli outcome per i cittadini/ pazienti.
- **Centralità dei pazienti:** i requisiti fanno riferimento alla centralità del paziente e alla continuità delle cure; tale elemento è una componente essenziale nell'erogazione delle cure, comprendere continuamente i bisogni e le aspettative dei cittadini/pazienti e guardare all'erogazione dei servizi in base alla prospettiva dei pazienti
- **Leadership** – responsabilità e commitment a fornire cure eccellenti e a migliorare la qualità e le performance: garantire strategie, sistemi e metodi per raggiungere l'eccellenza; ispirare e motivare i professionisti a lavorare, sviluppare, migliorare e ad essere innovativi e creativi.
- **Pianificazione e valutazione della performance:** i requisiti valutano l'efficienza e l'efficacia della struttura sanitaria;

- **Sicurezza:** i requisiti includono interventi per migliorare e garantire la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e del personale;
- **Evidenza scientifica:** i requisiti sono frutto del consenso nazionale e dell'analisi della letteratura internazionale.

I **requisiti** per l'accreditamento istituzionale della Regione Umbria sono concettualmente organizzati sulla base dei fattori/criteri di qualità individuati dal documento "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", approvato con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e sono strutturati secondo i seguenti capitoli:

1. **Sistema di gestione delle strutture sanitarie:** Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo, gestendo i processi interni e processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno e le informazioni documentate (procedure, protocolli e linee guida)
2. **Prestazioni e Servizi:** È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica di gestione clinico-assistenziale, sui quali fondare le azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e i cittadini e provveda alla gestione della documentazione sanitaria.
3. **Aspetti Strutturali e attrezzature:** L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse.
4. **Competenze del personale:** L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività.
5. **Comunicazione:** Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento.
6. **Appropriatezza clinica e sicurezza:** L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure che devono essere sviluppati e monitorati.
7. **Miglioramento e innovazione:** Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili.
8. **Umanizzazione:** L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Il nuovo regolamento regionale per l'accreditamento istituzionale rafforza quanto previsto dagli atti precedenti e introduce quale novità significativa quanto previsto al successivo punto 4:

1. Per le strutture pubbliche l'accreditamento istituzionale è obbligatorio. I nuovi requisiti di accreditamento, sia generali sia specifici relativi ai principali ambiti organizzativi di tipo sanitario e socio-sanitario, si applicano alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche nella loro interezza
2. Per le strutture private l'accreditamento istituzionale è facoltativo, non consegue automaticamente il diritto alla stipula degli accordi contrattuali di cui al D.Lgs. 502/1992, ma resta condizione necessaria per l'eventuale stipula di accordi contrattuali con le aziende unità sanitarie locali per l'erogazione di prestazioni in regime convenzionato con il servizio sanitario regionale. La struttura privata può richiedere l'accreditamento istituzionale per una o più aree specialistiche.
3. Sono introdotte modifiche al procedimento per il rilascio dell'accreditamento, dettagliate negli appositi articoli del succitato regolamento.
4. È introdotto un nuovo organismo (OTAR - Organismo Tecnicamente Accreditante), che effettua l'istruttoria tecnica per verificare se le strutture pubbliche e private sono conformi ai requisiti del regolamento. Per l'espletamento di tale istruttoria, l'OTAR si avvale di gruppi di Audit, i cui componenti devono possedere i requisiti stabiliti dalla Giunta regionale con apposita deliberazione e che devono essere inseriti in un apposito elenco gestito dalla struttura regionale.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Per garantire la sostenibilità del nuovo sistema di accreditamento regionale sono previsti i seguenti obiettivi di piano, a livello regionale ed aziendale.

- Conseguimento obiettivi di livello regionale:
 - Adeguare il funzionamento dell'OTAR agli standard previsti dalle norme internazionali di certificazione dei sistemi qualità, per quanto applicabili (norma ISO/IEC 17021 1:2015 per l'accreditamento degli organismi di certificazione di sistemi di gestione, norma UNI EN ISO 19011:2012 Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione)
 - Dotare di adeguati sistemi informatici, per garantire la trasparenza e tracciabilità dei procedimenti tecnico-amministrativi, gli uffici e organismi regionali preposti alla gestione dei processi di accreditamento
 - Predisporre un piano formativo triennale per lo sviluppo ed il mantenimento delle competenze del personale regionale e del personale delle aziende sanitarie che svolge funzioni di supporto o di gestione in ambito di accreditamento istituzionale
- Conseguimento obiettivi di livello aziendale per le strutture pubbliche:
 - Definire un programma aziendale complessivo per il conseguimento, entro il triennio di vigenza del piano, dell'accreditamento istituzionale, che comprenda anche

- l'adeguamento ai requisiti del D.P.R. 14 gennaio 1997 di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie delle aziende
- Consolidare, a livello di staff della Direzione, una funzione dedicata alla gestione del Sistema Qualità aziendale, dotata di adeguate risorse umane, per consentire il conseguimento ed il mantenimento dell'accreditamento istituzionale
 - Individuare una rete Qualità nelle strutture aziendali oggetto di accreditamento (Responsabili e/o Facilitatori Qualità di Macrostruttura/Unità Operativa)
 - Dotare le aziende sanitarie di un sistema informatico di gestione dei documenti e delle evidenze del Sistema Qualità, sia a livello aziendale sia a livello delle strutture oggetto di accreditamento)
 - Completare il processo di accreditamento in tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

2.3.4 POTENZIARE GLI STRUMENTI NECESSARI PER IL RISCHIO CLINICO

La gestione del rischio clinico è uno degli ambiti di intervento del governo clinico, si realizza attraverso un processo sistematico comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale ed impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi, al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.



La L. 24 del 8.3.2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, anche in accordo con lo spirito dei codici di deontologia professionale, conferisce un ruolo cardine alla sicurezza delle cure che viene definita come “parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”. La sicurezza delle cure è pertanto una componente fondamentale dell’assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per garantire prestazioni di elevata qualità al fine di prevenire o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali.

Per le Aziende Sanitarie, che rappresentano vere e proprie comunità in interazione col territorio in cui sono inserite, risulta fondamentale analizzare gli scenari che possano inficiare dell’assistenza al cittadino. Tale analisi è funzionale all’individuazione e all’elaborazione delle strategie applicabili e dei piani integrativi atti a prevenire e gestire gli eventi critici, minimizzando le conseguenze e garantendo la continuità assistenziale, quanto questi non siano evitabili.

La definizione di sistemi di controllo interno e la gestione integrata del rischio clinico si configurano come importanti strumenti di controllo gestionale e di management a supporto delle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie.

L'individuazione di un modello organizzativo gestionale permette di adeguare la gestione del rischio alle esigenze e agli obiettivi aziendali, trasformando con un approccio proattivo le criticità in opportunità per un'analisi dinamica dei processi fondamentali dell'Azienda e per il miglioramento dell'assistenza offerta al cittadino.

Un efficace sistema di gestione del rischio clinico richiede l'integrazione nella gestione complessiva dell'organizzazione aziendale e contribuisce ad un progressivo miglioramento nel tempo delle *performance* degli ambiti di riferimento. La riduzione del rischio non riveste quindi solo un valore etico e morale, ma anche un importante ruolo nel miglioramento delle performance aziendale.

La gestione del rischio clinico prevede la comprensione preliminare delle tipologie dei pericoli esistenti e dei rischi conseguenti e l'integrazione della valutazione del rischio nel processo decisionale. Il rischio deve quindi essere percepito come elemento della conoscenza capace di permeare in maniera trasversale ogni azione dei processi aziendali. L'analisi del rischio può essere condotta sia a livello aziendale, sia di singolo servizio, sia in maniera trasversale a livello di percorso assistenziale

STATO DELL'ARTE

In ottemperanza alla L. 24/2017, con DGR n. 1401 del 27/11/2017, la Regione istituisce il Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (C.R.S.S.P.).

Il C.R.S.S.P. svolge le funzioni di coordinamento dei Servizi aziendale cui sono assegnate le attività di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente per tutto il Servizio Sanitario Regionale, a garanzia di equità e omogeneità dei livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

Operativamente, il Centro Regionale monitora e verifica, in termini qualitativi e quantitativi:

- il grado di adempimento previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali per il rischio clinico e altri adempimenti come da questionario LEA, tramite la ricognizione delle attività svolte dalle Aziende Sanitarie Umbre pubbliche e private,
- individua modelli, metodi e strumenti comuni, favorendo lo scambio di esperienze e il cambiamento culturale nei confronti degli eventi avversi, dei quasi-eventi e degli errori che si verificano nei processi di cura.

L'obiettivo dato alle Direzioni Aziendali è quello di favorire la sicurezza delle prestazioni orientando l'attività delle Strutture di Gestione del Rischio Clinico al coinvolgimento e alla partecipazione degli operatori, al decision-making basato su elementi concreti ed attendibili, al miglioramento continuo e alla promozione di una "cultura del rischio" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentino, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e miglioramento continuo. È pertanto necessario sviluppare un approccio strutturato per la gestione del rischio, orientato al controllo della vulnerabilità organizzativa attraverso la progettazione di sistemi che prevengano l'errore clinico.

A livello nazionale la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Riforma Gelli) ha introdotto significative modifiche in tema di responsabilità medica quali l'esclusione della responsabilità penale e civile dei medici. Una delle più rilevanti novità della Legge Gelli è rappresentata dall'obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie, pubbliche e private, al quale tuttavia, non corrisponde alcun obbligo a contrarre a carico delle imprese assicurative in quanto detto obbligo può essere surrogato dall'adozione di altre misure analoghe. In tale complesso ambito, concernente la copertura assicurativa tramite assicurazioni o altre analoghe misure, è prevista l'emanazione di quattro decreti attuativi da parte del Ministero dello Sviluppo Economico con cui dovrebbero essere disposti i requisiti delle polizze assicurative e le eventuali "misure analoghe" alle coperture, che possono adottare le strutture sanitarie.

In proposito la Regione Umbria aveva già provveduto ad introdurre il sistema di "Autotutela Assicurativa" che ha consentito di ridurre i contenziosi grazie a procedure tendenti, in base alla entità del danno risarcibile, a semplificare e facilitare i risarcimenti dei danni subiti.

La Regione Umbria - Legge Regionale 9 aprile 2013, n. 8 – ha istituito un Fondo di autorizzazione regionale per il risarcimento danni da responsabilità sanitaria di ambito sovraziendale, previsto per il risarcimento dei sinistri di gestione diretta sovraziendale, mediante accantonamento di apposita quota a valere sulle risorse finanziarie di parte corrente annualmente destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale. A tal fine viene attualmente autorizzata sul bilancio regionale di previsione la spesa annua di euro 13.500.000,00 che viene soggetta ad apposito accantonamento sul bilancio Regione-Gestione Sanitaria Accentrata da imputare al Fondo di autorizzazione.

La Giunta Regionale - con Deliberazione n. 1775 del 27/12/2012 - ha individuato l'Azienda Ospedaliera di Perugia per organizzare, gestire e coordinare il nuovo sistema di gestione dei rischi sanitari in regime di parziale auto ritenzione (per danni compresi tra 70.001,00-800.000,00) che si avvale di un apposito Comitato di Gestione Sinistri (Co.Ge.Si).

Tabella – Costituzione e Utilizzo Fondo Autorizzazione assicurativa

REGIONE UMBRIA - FONDO AUTORIZZENZIONE ASSICURATIVA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTALE
ACCANTONAMENTI 2013-2018	1.700.000,00	13.500.000,00	13.500.000,00	13.500.000,00	13.500.000,00	13.500.000,00	69.200.000,00
EROGAZIONI EFFETTUATE SULLA BASE DELLE RENDICONTAZIONI PERVENUTE DALL'AZIENDA OSPEDALIERA	1.700.000,00	13.500.000,00	12.908.647,98	-	-	-	28.108.647,98
CONSISTENZA FONDO AL 31/12/2018	-	-	591.352,02	13.500.000,00	13.500.000,00	13.500.000,00	41.091.352,02

AREE DI MIGLIORAMENTO

Sulla base dell'esperienza maturata fino ad oggi in tema di Rischio Clinico e sicurezza delle cure, le aree di miglioramento sono:

- difformità degli assetti organizzativi delle strutture di gestione del rischio nelle Aziende Sanitarie e degli atti istituzionali sulla sicurezza delle cure;
- difformità degli strumenti in uso per costruire il sistema sicurezza nelle organizzazioni sanitarie;
- insufficiente segnalazione degli eventi avversi, dei quasi-eventi e degli errori;
- maggiore integrazione con altre aree aziendali per favorire un miglioramento nella gestione del rischio clinico (Comitato Valutazione Sinistri, Servizi Qualità e Accreditamento, Servizi Prevenzione e Protezione, URP, Servizi Farmaceutici e tutti gli altri servizi/strutture aziendali);
- diffusione della cultura della sicurezza tra gli operatori delle professioni sanitarie e nei confronti dei cittadini;
- uso maggiore di strumenti per la valutazione proattiva del rischio clinico.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente della Regione Umbria promuove la realizzazione dei sistemi di sicurezza nelle Aziende Sanitarie Regionali, cooperando con le Strutture aziendali di Gestione del Rischio Clinico, prefissandosi per il triennio 2019-2021 linee di intervento per il raggiungimento degli obiettivi che si ritengono prioritari:

- promuovere una gestione integrata del rischio clinico fra il livello regionale e il livello aziendale e uniformare le funzioni e l'organizzazione delle Strutture di Gestione del Rischio come da DGR 1401/2017;
- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e monitoraggio del grado di adempimento ai LEA per l'area rischio clinico e sicurezza dei pazienti e per le buone pratiche per la sicurezza delle cure;
- promuovere campagne per il cittadino per la promozione della sicurezza delle cure;
- valutare il rischio ed individuare eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi da implementare;
- promuovere la cultura delle segnalazioni degli eventi sentinella, degli eventi avversi/quasi eventi: attivare sistemi uniformi di "reporting and learning", consolidamento del flusso di segnalazioni SIMES ed implementazione di azioni preventive/migliorative;
- garantire la diffusione di messaggi all'opinione pubblica che diano una rappresentazione trasparente delle attività svolte per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la promozione della sicurezza delle cure per i cittadini e l'opinione pubblica.

Le azioni da intraprendere sia a livello Regionale sia nelle Aziende sanitarie per il raggiungimento degli obiettivi sono:

- consolidare la funzione di governo clinico del Centro Regionale e le relazioni con le Aziende Sanitarie, così da farsi promotore di attività di ricerca e sviluppo, nonché di informazione, formazione e promozione della cultura della sicurezza;
- favorire lo sviluppo dei sistemi di segnalazione (Incident Reporting, Eventi Sentinella, ecc...), l'analisi degli eventi avversi al fine di individuarne le cause e predisporre azioni preventive e di miglioramento finalizzate ad evitarne il riaccadimento;
- predisposizione di linee di indirizzo regionali su temi relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti prevedendo la loro diffusione ed implementazione nelle Aziende Sanitarie Regionali;
- applicazione e monitoraggio di linee guida, Raccomandazioni Ministeriali e di buone pratiche per la sicurezza;
- registrazione dei dati informativi sulla sicurezza, alimentando il flusso informativo nei confronti dell'Osservatorio Nazionale, Ministero della Salute ed Agenas;
- rendicontazione delle attività di pertinenza anche ai fini della trasparenza;
- sostenere un crescente coinvolgimento del cittadino, pazienti nelle attività di informazione e promozione della sicurezza delle cure.

In sintesi l'obiettivo generale è quello di strutturare un'adeguata funzione di valutazione, monitoraggio e prevenzione di Gestione del Rischio Clinico in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate al fine di acquisire un'adeguata funzione di valutazione, monitoraggio e prevenzione di Gestione del Rischio Clinico. Tutti gli operatori, compresi i professionisti che operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti a concorrere alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture al fine di promuovere la realizzazione dei sistemi di sicurezza a tutti i livelli.

2.3.5. DIFFONDERE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA/ORGANIZZATIVA DEL FARMACO

Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e all'interno delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento). Qualsiasi monitoraggio del consumo di medicinali non può prescindere dall'analisi dei profili di appropriatezza attraverso l'individuazione di indicatori idonei a sintetizzare sia le scelte prescrittive del medico, sia le modalità di utilizzazione del farmaco da parte del paziente.

STATO DELL'ARTE

La qualità dell'assistenza sanitaria, condizionata da problemi di sostenibilità e bisogni di salute sempre più complessi, si configura come risultanza di un processo multidisciplinare che non può prescindere da una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, governo dell'innovazione e trasparenza delle informazioni. L'appropriatezza degli interventi non si esaurisce dunque nella competenza dei singoli professionisti o nelle tecnologie innovative rese disponibili dalla ricerca, ma trova fondamento in scelte mirate di politica sanitaria che sappiano: intervenire sugli assetti organizzativi dei servizi favorendone l'integrazione; rendere omogenei e intercomunicanti i sistemi informativi; promuovere l'innovazione terapeutica reale, importante e realmente dimostrata, rispetto alle terapie già in uso; incanalare la capacità prescrittiva entro parametri di costo-efficacia.

Si tratta dunque di introdurre all'interno dei servizi sanitari regionali un metodo che consenta la fusione delle due componenti fondamentali, quella clinica e quella gestionale, spesso ancora separate, quando non competitive, nel concetto di *clinical governance*, intesa come «il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica».⁴ Questo è vero soprattutto in un quadro di marcato contenimento delle risorse che deriva dall'alto costo delle tecnologie biomediche e dall'evoluzione degli scenari epidemiologici caratterizzati da invecchiamento della popolazione, aumento delle condizioni croniche e diffusione di stati pluripatologici. In un'ottica siffatta, in Umbria è stato avviato da tempo un complessivo e progressivo processo di riordino del SSR, che ha dato impulso ad una strategia di riconfigurazione dei modelli organizzativi e delle modalità di erogazione degli interventi, finalizzata al mantenimento di efficacia e appropriatezza attraverso efficientamento e ottimizzazione delle risorse, siano esse materiali, professionali o procedurali.

Con specifico riferimento all'ambito dei Servizi Farmaceutici, nel DEFR 2017-2019 è stato previsto che «La gestione accentrata della domanda di beni farmaceutici e di alcuni dispositivi medici - che partirà dall'analisi dei fabbisogni e arriverà alla stipula dei contratti di fornitura - sarà ulteriormente

⁴ A first class service: Quality in the NHS. Department of Health. Luglio 1998.

ottimizzata attraverso azioni specifiche sulla catena logistica, a partire dall'istituzione di un magazzino unico per la logistica del farmaco e dei dispositivi medici». ⁵ A far seguito a tale disposizione, la Giunta Regionale (DGR n. 136 del 20.02.2017) ha dato indicazioni per la realizzazione del Magazzino Unico Centralizzato del farmaco e dei dispositivi medici necessari alle Aziende Sanitarie, dando mandato alla Centrale Regionale Acquisti in Sanità (CRAS) di indire la relativa gara. ⁶ Inoltre, le misure di contenimento della spesa poste in essere dalla Regione hanno portato alla centralizzazione dell'allestimento delle terapie oncologiche ⁷, consentendo a un tempo di soddisfare i requisiti dei galenici oncologici (qualità, efficacia e sicurezza), di ottemperare a quanto indicato nella Raccomandazione n. 14 del Ministero della Salute e dalla Rete Oncologica Regionale (DGR n. 1535/2014), e di liberare le risorse derivanti dal recupero degli avanzi di lavorazione dei farmaci mediante la diminuzione dei laboratori e l'accorpamento delle attività di allestimento. ⁸

AREE DI MIGLIORAMENTO

Le aree di miglioramento su cui operare sono rappresentate da:

- ✓ Contesto organizzativo
- ✓ Integrazione servizi ospedalieri e servizi territoriali
- ✓ Appropriately prescrittiva soprattutto per alcune categorie farmacologiche

In merito al **contesto organizzativo** è stato avviato il progetto "Servizio farmaceutico umbro: supporto alla revisione dei modelli organizzativi", sviluppato in collaborazione con la SDA Bocconi School of Management ⁹, che ha coinvolto i Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie regionali nell'analisi dei rispettivi assetti logistici ed organizzativi, evidenziandone gli aspetti peculiari e critici, al fine di individuare potenziali leve di miglioramento e ottimizzazione dei percorsi gestionali.

L'analisi si è strutturata attorno ai principali ambiti di cui devono farsi carico i Servizi Farmaceutici:

- A. **Assetto Tecnico, Logistico e Produttivo** dei processi di acquisizione, produzione, stoccaggio e distribuzione di farmaci e dispositivi medici, al fine di individuare spazi ed opportunità per migliorarne le performance;
- B. **Governance** (con un focus sulla programmazione e sul monitoraggio), al fine di individuare le opportunità e necessità di consolidamento della governance unitaria di livello regionale;
- C. Ruolo del **Farmacista Clinico** (con un focus sulla definizione del portafoglio delle pratiche del farmacista clinico come snodo per orientare i clinici verso l'appropriatezza), al fine di sviluppare ed affermare la rilevanza della figura del farmacista clinico capace di presidiare la relazione con il professionista medico, forte della padronanza del relativo settore di competenza, e tramite la

⁵ Deliberazione dell'assemblea legislativa 5 dicembre 2016, n. 133. "Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2017/2019" - Approvazione. Supplemento straordinario al «Bollettino Ufficiale» - Serie Generale - n. 63 del 28 dicembre 2016

⁶ Giunta Regionale Umbria. Relazione sullo stato di attuazione del programma di governo e sull'amministrazione regionale Anno 2017. Giugno 2018.

⁷ Deliberazione della Giunta Regionale n.1084 del22/09/2015.

⁸ Allegato tecnico alla DGR 12084/2014. Efficientamento della spesa sanitaria - Misure di indirizzo alle Aziende sanitarie regionali circa l'applicazione dall'art. 9 e ss. della L. 6 agosto 2015, n. 125.

⁹ Deliberazione della Giunta Regionale n. 240 del 13/03/2017

ricerca di crescenti sinergie con gli altri farmacisti delle diverse Aziende Sanitarie, secondo una logica di “messa in comune” delle specifiche conoscenze a livello regionale

Circa l'**integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali** va innanzitutto rilevato che la spesa farmaceutica e i relativi tetti di spesa, vengono identificati in due raggruppamenti: farmaceutica convenzionata e farmaceutica per gli acquisti diretti. La farmaceutica convenzionata è a carico della ASL; i farmaci per gli acquisti diretti sono composti dalla distribuzione diretta, a carico della ASL, e dai farmaci per il fabbisogno delle strutture interne (sia a carico delle ASL che delle Aziende Ospedaliere). Il mercato dei farmaci è tutto rivolto ai farmaci biologici e per trattamenti domiciliari, in forte crescita, e vengono quasi tutti inseriti nella distribuzione diretta, mentre la spesa dei farmaci per i fabbisogni delle strutture interne rimangono sostanzialmente stabili o subiscono piccoli incrementi. Negli ultimi anni si è consolidato sempre di più un contesto che vede ormai la spesa farmaceutica ricadere per gran parte sulle ASL, mentre la prescrizione viene fatta per gran parte dagli specialisti delle Aziende Ospedaliere. Questo sistema, determina una notevole difficoltà nella governance del sistema farmaceutico e ormai risulta inevitabile avviare un forte processo di integrazione delle politiche nel settore farmaceutico una condivisione della responsabilità tra l'Azienda Ospedaliera e la ASL di competenza territoriale con un dipartimento interaziendale.

In ultimo per quanto attiene all'**appropriatezza prescrittiva** va posta particolare attenzione ad allinearsi agli standard di media nazionale; in particolare per quanto attiene al consumo di antibiotici (cfr. obiettivo MeS C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio) anche in relazione alle resistenze che si stanno generando (vedasi quanto detto nel paragrafo dedicato alle malattie infettive nel profilo epidemiologico e richiamato negli obiettivi del punto E (Attuare il piano dei controlli per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria) nel capitolo dedicato alla Prevenzione.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Obiettivo prioritario del progetto è infatti la definizione di un nuovo modello organizzativo e gestionale, basato sull'apporto sinergico delle competenze professionali esistenti, dettato dalla necessità di:

- Migliorare i rapporti tra livello centrale regionale e aziendale in un'ottica di perfezionamento delle capacità di governo del settore farmaceutico e dei dispositivi medici, in un contesto di continuo cambiamento e che richiede competenze sempre più specialistiche;
- Identificare metodi e strumenti che consentano di gestire adeguatamente l'impatto dell'innovazione sull'evoluzione dei sistemi di cura farmacologica, al fine di garantire ai cittadini equità nell'accesso alle migliori cure disponibili e, nel contempo, assicurare la sostenibilità del SSR.

La capacità di ricognizione dei bisogni di salute sul territorio, l'istituzione di strumenti di raccolta, analisi e valutazione dei dati di *real world*, l'adozione di logiche di HTA per la valutazione degli investimenti e disinvestimenti necessari, la sinergia interdisciplinare tra le figure istituzionalmente coinvolte nell'assistenza, l'identificazione di professionisti sanitari che fungano da riferimento nei processi che coinvolgono farmaci e dispositivi medici, sono tra le soluzioni identificate per riformulare il problema della sostenibilità in termini diversi: qualità e risparmio non sono alternative

tra cui scegliere ma aspetti complementari e reciprocamente validanti all'interno di un'offerta assistenziale appropriata e razionale.

In termini operativi, per dare attuazione alle soluzioni individuate nel progetto, è indispensabile attivare le seguenti azioni:

- Completare l'integrazione fra i diversi sistemi informativi e assicurarne lo sviluppo in sinergia con i modelli organizzativi e assistenziali, per aumentare la capacità di governo del sistema nonché per garantire il pieno assolvimento dei debiti informativi richiesti dagli adempimenti LEA;
- Aumentare la centralizzazione delle funzioni, in un'ottica di economicità ed efficienza, e favorire la costituzione di reti interaziendali e interistituzionali di professionisti per aumentare la capacità di risposta al costante dinamismo scientifico e tecnologico, vincolato da limitate risorse, che caratterizza il settore dei farmaci e dei dispositivi medici
- Valorizzare la figura del farmacista clinico. La funzione del farmacista come consultant clinico deve sostenere l'azienda nello sviluppo dei processi di governance relativi all'utilizzo di farmaci e dispositivi, supportando il comportamento prescrittivo del clinico e l'uso appropriato del farmaco/dispositivo in base al rapporto costo-outcome. Se si assume questa prospettiva, nel ruolo emergente del farmacista sembrano rientrare due linee di attività fondamentali:
 - Sviluppo di un sistema di knowledge management che favorisca l'aggiornamento professionale e la condivisione aziendale delle conoscenze tecniche e farmacologiche. Il farmacista in questa prospettiva diventa il responsabile della manutenzione delle competenze dei clinici in materia di farmaco. Parte di questa attività si esplica all'interno dei processi di acquisto, laddove il farmacista conduce gruppi di lavoro di clinici e professionisti sanitari attraverso cui costruire e veicolare una cultura del farmaco e produrre governo clinico rispetto all'appropriatezza d'uso;
 - Stimolo e gestione dei processi di innovazione nell'uso del farmaco. Sebbene sia opinione comune che il professionista sia naturalmente incline a perfezionarsi e ad aggiornarsi, l'esperienza pratica mostra che la tendenza all'innovazione è presente solo alcuni. Inoltre, essa trova una naturale resistenza nello sforzo interdisciplinare necessario alla sua implementazione.

2.3.6. IMPLEMENTARE AZIONI DI SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE E DI RISPARMIO ENERGETICO NELLE STRUTTURE SANITARIE

L'esigenza di ridurre i consumi energetici è una delle priorità dell'Unione europea, che si è impegnata a elaborare un sistema energetico sostenibile, competitivo, sicuro e decarbonizzato entro il 2050. Per raggiungere tale obiettivo, gli Stati membri e gli investitori devono dotarsi entro il 2050 di misure tese a raggiungere l'obiettivo di lungo termine

relativo alle emissioni di gas a effetto serra e a decarbonizzare il parco immobiliare, cui è riconducibile circa il 36% di tutte le emissioni di CO₂ nell'Unione.

Anche le organizzazioni sanitarie devono dare applicazione al principio della "sostenibilità", che si esprime attuando politiche ambientali e di tipo preventivo, il cui elemento chiave

consiste nel promuovere un'evoluzione economica e sociale equa e duratura che garantisca alle generazioni future l'accesso alle risorse naturali e la tutela dei propri bisogni di salute e benessere.



STATO DELL'ARTE

Gli obiettivi che l'UE si è imposta di raggiungere al 2030 consistono nella riduzione del 40% delle emissioni di CO₂ rispetto al 1990, nell'incremento di almeno il 27% dell'efficienza energetica e del consumo di energia da fonti rinnovabili.

Nel nostro Paese gli edifici rappresentano oltre il 40% dei consumi energetici e circa il 45% delle emissioni di gas serra. Una quota non trascurabile degli edifici è pubblica. Tra questi molte sono strutture sanitarie, che risultano molto energivore, anche in quanto costruite in epoca in assenza di vincoli normativi stringenti e di attenzione alle tematiche di risparmio energetico.

La corretta gestione energetica rappresenta per le Aziende sanitarie un argomento di assoluta attualità, per l'esigenza di contenere la spesa corrente, aumentare i livelli di comfort per i propri assistiti, sostenere gli investimenti, spesso ingenti, volti alla riqualificazione energetica e messa a norma degli edifici e degli impianti. Spesso le strutture sanitarie riescono difficilmente a gestire in modo ottimale la tematica energetica, per la mancanza di risorse finanziarie da destinare ad attività che non rappresentano il cuore dell'offerta sanitaria e a causa delle rigidità connesse con la norma del settore appalti.

Negli ultimi anni il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie si accompagna a scelte che potenzialmente aumentano l'impatto del sistema sanitario sull'ambiente, quali, ad esempio:

- Il crescente ricorso a materiali monouso, che da un lato riducono il rischio di diffusione delle infezioni, ma dall'altro incrementano la produzione di rifiuti;
- l'innalzamento degli standard di qualità alberghiera, che comportano il bisogno di maggiori spazi da costruire, da riscaldare d'inverno e da rinfrescare d'estate;
- l'ampliamento dell'offerta per la diagnostica, che sempre più ricorre a tecnologie complesse ed energivore, comporta anche la produzione di rifiuti da smaltire con tecnologie ad alto impatto ambientale;
- la riduzione dei tempi di ricovero, che aumenta l'intensità delle prestazioni fornite e la produzione di rifiuti per giornata di degenza, riduce i tempi di attesa ma accresce il volume di cure a domicilio complicando il controllo degli impatti e la loro gestione.

L'efficienza energetica è la sfida contemporanea cui non è possibile sottrarsi, soprattutto per le strutture sanitarie/ospedaliere esistenti, al fine di ottenere edifici energeticamente ed economicamente sostenibili, puntando alla realizzazione di strutture dal ridotto impatto ambientale e ad alta efficienza energetica, grazie all'impiego di fonti alternative e rinnovabili di energia e all'applicazione di criteri di sostenibilità ambientale tanto nella costruzione quanto nella gestione degli edifici.

Le spese per l'energia sono spesso inglobate con quelle di manutenzione e di gestione degli impianti e sulla base di studi su scala nazionale sono stimate attorno al 5% delle spese totali.

Le strutture ospedaliere, in particolare, realizzate per durare a lungo, mal si adattano alla continua evoluzione delle tecnologie e dell'organizzazione, che le rendono rapidamente obsolete. In molti casi, l'ampliamento delle strutture avvenuto nel corso degli anni ha portato inevitabilmente a un uso dell'energia non ottimizzato.

Gli ospedali sono strutture sanitarie complesse che offrono importanti opportunità per la realizzazione di interventi di efficienza energetica in quanto:

- sono in funzione tutto l'anno quindi gli investimenti sono facilmente ammortizzabili;
- i fabbisogni energetici risultano pressoché costanti tutto l'anno, quindi sono siti ottimali per la cogenerazione e la trigenerazione;
- gli edifici hanno elevati consumi e gli sprechi di energia sono rilevanti.

Le strutture ospedaliere esigono però, al contempo, elevate garanzie di continuità e affidabilità dei propri servizi energetici. Un'adeguata gestione energetica delle strutture ospedaliere è fondamentale, al fine di garantire la sicurezza e il comfort degli occupanti riducendo al minimo la spesa energetica e beneficiando delle ricadute non energetiche collegate all'efficienza energetica (minori costi di manutenzione, maggiore comfort, minore inquinamento, migliore gestione degli spazi, etc.).

AREE DI MIGLIORAMENTO

Gli interventi volti al miglioramento delle prestazioni energetiche di una struttura sanitaria possono essere molteplici e sono riconducibili ad interventi "strutturali" (ovvero del sistema edificio – impianto) e interventi "gestionali", ovvero dell'importante sistema di gestione, regolazione ed utilizzo degli impianti.

In particolare, quindi, si distingue tra:

1. interventi strutturali, quali:

- edilizio: isolamento termico dei solai, dei pavimenti e delle pareti che confinano con zone esterne non riscaldate, utilizzo di serramenti adeguati come finestre con doppi o tripli vetri, coibentazione delle tubazioni degli impianti di riscaldamento o di condizionamento, corretto orientamento degli edifici rispetto al sole, sfruttamento dell'energia solare passiva tramite vetrate rivolte a Sud ed installazione di schermature solari, etc.;
- impiantistico: cogenerazione (ad alto rendimento), caldaie a condensazione, utilizzo di pannelli fotovoltaici, mini-eolico e collettori solari, sostituzione di condizionatori ed

elettrodomestici obsoleti con impianti ad alta efficienza dotati di dispositivi automatici per il risparmio energetico, recupero del calore nei sistemi di ventilazione e di ricambio dell'aria viziata, installazione di corpi illuminanti più efficienti, etc.;

2. interventi gestionali, quali:

- impianti di telegestione, dispositivi per la regolazione climatica della temperatura, valvole termostatiche, sonde per il risparmio energetico, tecnologie di building automation, etc.;
- manutentivo: pulitura regolare delle superfici interne delle caldaie, controllo dei dispositivi di combustione, taratura dei parametri di combustione, etc.;
- comportamentale: interventi di regolamentazione (protocolli, regolamenti, codici di comportamento...) attraverso azioni formative ed informative di responsabilizzazione ed educazione alla fruizione responsabile degli ambienti rivolte sia agli operatori che ai cittadini utenti;
- monitoraggio: costante rilevazione dei consumi e dei costi energetici, anche ripartita per aree omogenee e/o destinazioni d'uso.

Se gli interventi strutturali sono da ritenersi una prassi consolidata, quelli di tipo gestionale necessitano di una maggiore consapevolezza culturale oltre che di professionalità qualificate in materia di energia. Infatti in sede di progettazione l'intervento gestionale risulta essere meno attenzionato di quello strutturale.

Per monitorare in modo efficace i consumi energetici, ottimizzare l'uso degli impianti, e conseguire benefici di vario genere (sicurezza, comfort, costi di manutenzione, uso energia, riduzione emissioni, etc.) è raccomandata l'adozione di sistemi di building automation.

Spesso la soluzione ottimale per raggiungere buoni risultati di efficienza è intervenire con un mix di tali interventi sulla base di una **accurata diagnosi energetica**, che rappresenta lo strumento di analisi dello stato di fatto della prestazione energetica delle strutture e di studio della fattibilità tecnica ed economica dei possibili interventi migliorativi, propedeutico alla loro selezione e pianificazione.

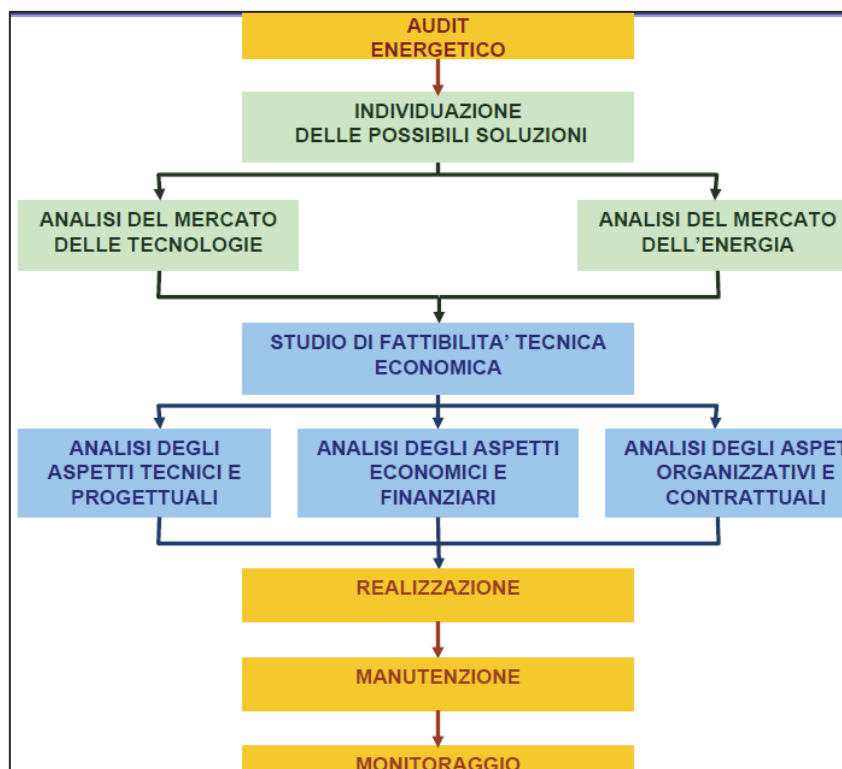
A tal fine sarà necessario valutare l'implementazione delle risorse umane, con il ricorso ad una specifica figura professionale, unica su base regionale, quella dell'Energy manager di cui alla L. 10/1991.

Un intervento di riqualificazione energetica di un edificio richiede la conoscenza approfondita del sistema edificio- impianto su cui si deve intervenire, in quanto l'involucro edilizio e l'impianto contribuiscono in maniera sinergica alla determinazione dei consumi energetici. La diagnosi energetica deve fornire tutti gli elementi riguardanti i consumi energetici e gli eventuali problemi energetici del sistema edificio-impianto in esame, sia per il sistema in generale che per i singoli reparti, in modo da capire quali sono i processi e le situazioni che richiedono i maggiori fabbisogni di energia e se tali fabbisogni sono giustificati.

Il ricorso a contratti innovativi per una riqualificazione energetica spinta tipo EPC (Energy Performance Contracts) possono essere adottati sulla base delle singole esigenze, anche prevedendo forme di aggregazione su base regionale.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Le fasi di un intervento di efficientamento energetico possono essere sintetizzate come nella figura di seguito riportata.



Uno degli obiettivi qualificanti per la gestione delle strutture sanitarie riferiti alla tutela dell'ambiente è sicuramente anche **ridurre la produzione di rifiuti e smaltirli in modo appropriato** secondo criteri di economicità e assicurando la massima sicurezza per i cittadini e gli operatori, nel rispetto della tutela ambientale, mettendo in atto programmi che prevedano azioni di natura diversa:

- attuare la prevenzione con un corretto approvvigionamento di materiali
- definire protocolli/procedure di gestione, attuare la formazione degli operatori e la verifica della loro implementazione
- ridurre al minimo le quantità di rifiuti prodotti per ogni tipologia ed, in particolare, smaltire le tipologie di rifiuti in modo differenziato fin dall'origine nel luogo di produzione con la distinzione appropriata tra rifiuti sanitari e rifiuti assimilabili agli urbani
- definire le possibili azioni di riuso e recupero
- definire e attuare le tecniche di trattamento appropriate a ciascuna tipologia
- organizzare in collaborazione con le amministrazioni locali la raccolta differenziata dei rifiuti assimilabili agli urbani in tutti gli spazi sanitari.

CAPITOLO 2.4

Garantire la riorganizzazione
dei servizi sanitari
e socio-sanitari

2.4 GARANTIRE LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI

2.4.1 L'ASSISTENZA TERRITORIALE: CURE PRIMARIE E CURE INTERMEDIE

Le cure primarie e le cure intermedie garantiscono percorsi assistenziali a domicilio e in strutture/servizi intermedi fra ospedale e territorio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici,

infermieristici, psicologici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

STATO DELL'ARTE

Anche in Umbria, in applicazione alla normativa vigente, è attribuita al Distretto la titolarità dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria attraverso funzioni di produzione, governo, committenza ed integrazione.

Allo stato attuale in Umbria l'assistenza distrettuale è organizzata per livelli assistenziali nel rispetto di quanto previsto dal DPCM dei LEA del 2017 e garantisce:

- l'assistenza sanitaria di base attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute;
- la continuità assistenziale per assicurare l'offerta, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso l'offerta delle prestazioni elencate nello specifico nomenclatore, previa prescrizione da parte di un medico dipendente o convenzionato con il SSR;
- l'assistenza farmaceutica, protesica e integrativa attraverso: le farmacie convenzionate per la fornitura dei medicinali prescritti; la fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo/assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali; le prestazioni che comportano la fornitura dei dispositivi medici monouso, dei presidi indicati nel nomenclatore e dei prodotti destinati a particolari soggetti;
- l'organizzazione dei servizi distrettuali con l'articolazione dei Centri di Salute - CdS, dei Punti di Erogazione Sanitaria - PES e dei Punti Unici di Accesso- UA, al fine di garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e punti di contatto e di accesso unici per il cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che afferiscono al sistema delle cure primarie;
- le cure domiciliari, comprese le cure palliative: le cure domiciliari come percorsi assistenziali e socio-sanitari a domicilio delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e psicologici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita; le cure domiciliari palliative sono offerte a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;

- l'assistenza socio-sanitaria territoriale, residenziale e semiresidenziale rivolta alle donne, alle coppie, alle famiglie, ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, alle persone con disturbi mentali, con disabilità e con disagio psicologico, alle persone con dipendenze patologiche, ai pazienti terminali e per tutta la popolazione, sia a livello di specifici servizi territoriali, sia con inserimento in strutture idonee semiresidenziali.

→ Il contesto normativo

La **Legge n. 189/2012** riforma le attività di assistenza primaria puntando su un ruolo innovativo delle figure professionali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali ed altre professionalità sanitarie, introducendo le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), nuove forme organizzative e tra loro funzionalmente collegate.

Il Patto per la salute 2014/2016 prevede che: *“Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell’ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA”*.

Il Piano Regionale della Cronicità – PRC, riprendendo le strategie del Piano Nazionale della Cronicità–PNC, individua la necessità di nuovi modelli organizzativi che, compatibilmente con le risorse economiche, organizzative e strutturali disponibili, prevedano interventi basati sull’unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati su una miglior organizzazione dei servizi con la piena integrazione e responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza: ciò deve consentire di migliorare la tutela della salute delle persone affette da patologie croniche, riducendo l’onere assistenziale sull’individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione ed assistenza ed assicurando maggior uniformità ed equità di accesso ai cittadini umbri. A tale riguardo bisogna far emergere localmente una “piramide del rischio”, che permetta di articolare il “case mix” della popolazione e che indirizzi le strategie più idonee per sviluppare interventi basati sull’intensità di cura, concentrando prioritariamente gli interventi sulla percentuale di popolazione più fragile, per la quale si rilevano ampi margini di miglioramento sia in termini di risultati di salute e di qualità di vita, sia in termini di costi evitabili.

Il superamento della dicotomia “ospedale/territorio” e della frammentazione dei servizi territoriali potranno essere effettivamente perseguiti con la piena realizzazione dei Percorsi Diagnostico/ Terapeutici Assistenziali – PDTA e delle cure intermedie, operando secondo la logica del “chi è in grado di dare la risposta in modo più appropriato, efficace, efficiente e nel luogo e nei tempi più adeguati”.

E' auspicabile che vengano definiti percorsi che permettano di rispondere efficacemente alla complessità del singolo paziente, più frequentemente portatore di più patologie, che orientati ad una singola patologia.

Si elencano le patologie del PRC cui si rimanda per obiettivi e risultati attesi:

PDTA nel PRC
MALATTIA RENALE CRONICA
INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (SCOMPENSO CARDIACO)
PARCKINSON E PARKINSONISMI
MALATTIE REUMATICHE INFIAMMATORIE AUTOIMMUNI
MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI
PATOLOGIE CRONICHE dell'ETA' EVOLUTIVA (ARTRITI REUMATOIDE E ARTRITI, ASMA, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA, MALATTIE RENALI CRONICHE, MALATTIE ENDOCRINE)
BPCO (PDTA già elaborato)
DIABETE (PDTA già elaborato)
DEMENZE (in aggiunta rispetto al PNC)
MALATTIE TIROIDEE CRONICHE (in aggiunta rispetto al PNC)

Anche il **Piano Nazionale della Prevenzione – PNP 2014/2018** i cui contenuti vengono ripresi da quello regionale, al fine di “ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili”, ha previsto una linea operativa per “aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per Malattie Croniche Non Trasmissibili – MCNT” e, in particolare, l'elaborazione di un “Progetto di fattibilità per un programma di medicina d'iniziativa in una popolazione di età compresa tra 50-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT”. Il PNP prevede la promozione della salute e dei corretti stili di vita nella popolazione e nelle persone a rischio, anche ai fini dell'invecchiamento attivo ed identifica le attività per favorire l'invecchiamento sano e attivo degli ultra 64enni del nostro Paese e il raggiungimento dell'obiettivo europeo per il 2020 di aumentare di due anni in buona salute la vita dei cittadini europei, attraverso la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi, la modifica degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico/assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze.

Nei nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza – LEA**, l'Area “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” prevede che il Servizio Sanitario Nazionale garantisca tra le attività, attraverso i propri servizi, nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, la promozione di stili di vita sani, anche mediante il counseling individuale. È quindi indispensabile sviluppare programmi di prevenzione primaria che promuovano il radicarsi, fin dall'età evolutiva, di stili di vita più corretti. Inoltre, la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo adeguato sono in grado di modificare nettamente la progressione della malattia con

conseguente riduzione della disabilità, miglioramento della prognosi e dell'aspettativa di vita e contenimento dei costi diretti (farmaci, dispositivi, trattamenti chirurgici e riabilitazione) e indiretti (assenza dal lavoro).

Oltre alle direttive sopra riportate anche il **Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015** "Regolamento recante definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera", al paragrafo "Continuità Ospedale/Territorio", riconosce che "La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali...omissis...se, in una logica di continuità dell'assistenza, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale".

IL LIVELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE

Nelle tabelle successive sono dettagliati i livelli organizzativi delle 2 Aziende Sanitarie territoriali.

Articolazione Centri di Salute, PES, AFT e COT/PUA Distretti Azienda USL Umbria n. 1

DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	PUNTI DI EROGAZIONE	AFT	PUNITI UNICI DI ACCESSO	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
Distretto del Perugino	5	10	7	1	1
Distretto dell'Assisano	1	6	2	1	
Distretto della MVT	2	9	3	1	*
Distretto del Trasimeno	2	6	3	1	
Distretto dell'Alto Tevere	2	8	3	1	
Distretto dell'Alto Chiascio	2	8	2	1	
TOTALE (6 Distretti)	14	47	20	6	1

*=al Distretto fa riferimento alla COT del Perugino

Articolazione Centri di Salute, PES, AFT e PUA Distretti Azienda USL Umbria n. 2

DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	PUNTI DI EROGAZIONE	AFT	PUNITI UNICI DI ACCESSO
Distretto Terni	3	9	5	1
Distretto Foligno	4	13	4	1
Distretto Narni Amelia	2	7	2	1
Distretto Spoleto	2	8	2	1
Distretto Orvieto	2	5	2	1
Distretto Valnerina	2	9	1	1
TOTALE (6 Distretti)	15	51	16	6

Di seguito si rappresenta anche l'articolazione complessiva delle strutture e dei servizi territoriali per una visione di insieme; i dettagli sono poi illustrati nei capitoli specifici.

La tabella successiva evidenzia la presenza nei Distretti delle strutture specifiche per l'assistenza a:

- persone con disturbi mentali (CSM);
- minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico (NPI);
- persone con dipendenze patologiche (SERD);
- persone con disabilità (CRT);
- donna, coppie e famiglia (CONSULTORI).

Presenza strutture per l'assistenza ambulatoriale nei Distretti

DISTRETTO	CSM	NPI	SERD	CENTRI RIABILITATIVI TERRITORIALI	CONSULTORI
USL UMBRIA 1					
Distretto dell'Assisano	x	x	x	x	x
Distretto della MVT	x	x	x	x	x
Distretto del Trasimeno	x	x	x	x	x
Distretto dell'Alto Tevere	x	x	x	x	x
Distretto dell'Alto Chiascio	x	x	x	x	x
USL UMBRIA 2					
Distretto Terni	x	x	x	x	x
Distretto Foligno	x	x	x	x	x
Distretto Narni Amelia	x	x	x	x	x
Distretto Spoleto e Distretto Valnerina	x	x	x	x	x
Distretto Orvieto	x	x	x	x	x

Nel Territorio sono presenti strutture a gestione diretta (174 in Usl Umbria 1 e 189 in Usl Umbria 2) e a gestione indiretta (74 in Usl Umbria 1 e 113 In USL Umbria 2) di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale per garantire l'assistenza specialistica e l'assistenza sociosanitaria.

Nella USL Umbria 1 sono presenti anche 6 istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L. 833/78 attivi sia come strutture residenziali che come semiresidenziali.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza offerta sono riassunte nelle tabelle successive.

Assistenza Territoriale - Strutture a gestione diretta – Regione Umbria - 1.1.2018 (Mod. STS 11 e RIA)

Tipo Struttura	Tipo Assistenza												
	Attività clinica	Attività Diagnostica	Attività Laboratorio	Attività Consultorio	Assistenza Psichiatrica	Assistenza tossicodipendenza	Assistenza HIV	Assistenza Termale	Assistenza Anziani	Assistenza Disabili Fisici	Assistenza Disabili Psichici	Assistenza Malati Terminali	Ex Art. 26
Ambulatorio Laboratorio	119	20	15										
Struttura Residenziale					35	1			17	2	1	3	
Struttura Semi Residenziale					20	2			14	8	25		
Altro tipo di Struttura	31	5	1	50	45	23	1					1	

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Assistenza Territoriale - Strutture a gestione indiretta – Regione Umbria - 1.1.2018 (Mod. STS 11 e RIA)

Tipo Struttura	Tipo Assistenza												
	Attività clinica	Attività Diagnostica	Attività Laboratorio	Attività Consultorio	Assistenza Psichiatrica	Assistenza tossicodipendenza	Assistenza HIV	Assistenza Termale	Assistenza Anziani	Assistenza Disabili Fisici	Assistenza Disabili Psichici	Assistenza Malati Terminali	Ex Art. 26
Ambulatorio Laboratorio	22	12	16										
Struttura Residenziale					30	25	1		43	10	9		6
Struttura Semi Residenziale					5	4			2	6	8		
Altro tipo di Struttura	1				2			2					

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Per i dati di attività e performance dell'assistenza distrettuale si rimanda alle tabelle in Appendice.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Le aree di miglioramento, individuate anche dai tavoli tematici, da superare nel triennio si identificano in:

Aspetti organizzativi

- Difficoltà negli assetti organizzativi dei servizi per le cure primarie nell'H12 e nelle prestazioni di assistenza domiciliare.
- Difficoltà di percorsi di presa in carico e per la continuità di cura nell'applicazione PDTA.

Personale e Strutture

- Ridefinizione delle dotazioni infermieristiche per l'assistenza domiciliare integrata, per la cronicità e la medicina d'iniziativa.
- Ridefinizione delle funzioni e attività delle strutture polifunzionali distrettuali e delle strutture intermedie anche per il post-acuzie.
- Valorizzazione di tutte le figure professionali, stabilendone i ruoli per la presa in carico e la gestione del cronico nel suo percorso assistenziale (MMG, Infermiere di famiglia, medici dei centri di salute, assistente sociale, psicologo, farmacista, fisioterapista).
- Attuazione dei contenuti DGR n 364/2015 (vedi al capitolo "Promuovere la valorizzazione degli operatori sanitari") e della risoluzione dell'Assemblea Legislativa Regione Umbria n. 116/2016 per promuovere le attività psicologiche e implementare il progetto "Psicologi nelle Cure Primarie" - PSICUP.

Area Integrazione

- Necessità di ridefinizione dei percorsi di integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali e tra le cure primarie e l'area specialistica per la continuità assistenziale.

Sistema Informativo, Formazione e Informazione

- Ridefinizione dei percorsi formativi di coinvolgimento dei familiari e mancata valorizzazione dell'approccio di empowerment nei percorsi terapeutico/assistenziali/riabilitativi.
- Necessità di produrre informazioni più esaustive sui servizi e percorsi territoriali.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Una delle linee strategiche del PSR è quella di **garantire la rete dei servizi socio/sanitari**, mettendo in atto la costruzione di nuovi modelli di Rete integrati Ospedale-Territorio-Domicilio che partano dall'esigenza della persona e dei familiari e riconoscendo il valore delle relazioni tra le persone, quale elemento fondante del comportamento di ognuno degli attori coinvolti nel percorso di cura, di riabilitazione, di ascolto e di accompagnamento, in ogni luogo ove la Persona si trovi: l'Ospedale, il Territorio o la propria casa.

Il Piano Sanitario Regionale, accanto alla riorganizzazione ospedaliera, intende quindi rivedere criticamente l'organizzazione dei servizi territoriali, la loro struttura operativa e le modalità del loro uso da parte dei cittadini, gettando le premesse per generare innovazione alla luce dei nuovi scenari emergenti dalle recenti norme di riorganizzazione dell'ospedale e del territorio (L. 189/2012, DM 70/2015, Nuovo Patto per la Salute) e implementando un sistema avanzato di cure primarie e di interventi specialistici territoriali mirati agli aspetti preventivi e alla presa in carico delle patologie dell'invecchiamento e delle cronicità.

Le Cure Primarie (CP) devono rappresentare una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera.

Per le CP deve prevalere il cosiddetto paradigma dell'"iniziativa" con il quale si intende una modalità assistenziale orientata alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali

(auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Un adeguato sistema di CP è il mezzo più importante per promuovere in senso globale il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. Le cure primarie, dunque, sono indispensabili per migliorare le condizioni di vita di tutti i paesi, ivi compresi quelli più fortemente industrializzati che, nonostante gli alti livelli di ricchezza globalmente prodotta, possono presentare invece fortissime differenze all'interno dei diversi gruppi sociali ed etnici.

Il loro livello di riferimento è quello più prossimo ai cittadini e cioè il luogo di vita. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale, da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi e si dà attuazione agli istituti della partecipazione dei cittadini. All'interno del distretto un'ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub distrettuali consente che l'offerta dei servizi e delle cure avvenga in prossimità dei cittadini, ivi compreso il livello domiciliare.

La Commissione Europea (Commission Decision 2012/C198/06 del 27 febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un "sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure". La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti psicologici e socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone. Per tali ragioni, appare oggi sempre più valido il concetto secondo il quale non è possibile guardare alla spesa sanitaria e alla sua evoluzione senza considerare nel contempo quella sociale, destinata ad aumentare assai più della prima in relazione all'invecchiamento delle popolazioni, all'andamento del mercato del lavoro ed ai provvedimenti sul sistema pensionistico.

All'interno delle CP occorre quindi realizzare **l'integrazione sociosanitaria**: le prestazioni sociosanitarie sono strumenti indispensabili per i percorsi assistenziali di persone con non autosufficienza; per realizzare tali prestazioni devono essere presenti contemporaneamente condizioni adeguate relativamente agli aspetti ed assetti istituzionali, professionali e finanziari.

Attraverso il Programma delle Attività Territoriali - PAT - e Piani sociali di Zona, Ambito ect. si devono condividere obiettivi di salute per persone con non autosufficienza e cronicità, quindi attività di cura, riabilitazione, reinserimento nella vita sociale, orientati nel senso di una *continuità assistenziale* per le diverse fasi della vita. La presa in carico personalizzata deve essere effettuata attraverso una valutazione almeno delle seguenti dimensioni: patologia, risorse personali, sociali e familiari ed aspetti reddituali. L'elaborazione di un Piano Assistenziale personalizzato, in base all'età e alle condizioni della persona presa in carico, deve divenire anche un "*piano di vita*", per rispondere ai bisogni delle diverse fasi di età. Per le persone con disabilità, assumere come punto di riferimento la *Convenzione ONU per i Diritti dei disabili* che raccomanda il "*pieno accesso alle cure per tutte le persone con disabilità*", rispettando l'approccio *bio-psico-sociale* e la garanzia per il disabile di realizzare il progetto di vita adulta all'interno e all'esterno della famiglia; in particolare sulla

riabilitazione vanno stabiliti percorsi assistenziali che, soprattutto per le patologie neurodegenerative a carattere progressivo, prendano in carico la persona per il recupero funzionale e, nelle fasi stabilizzate, l'assistenza domiciliare fino alle cure palliative, con gli indispensabili collegamenti di carattere socioassistenziale.

Nella parte dedicata alla non autosufficienza vengono esplicitati le politiche del Nuovo Piano Sociale e del PRINA.

I principi ispiratori nell'attività di riorganizzazione dei servizi territoriali sono:

- l'equità e l'uniformità di accesso ai servizi in tutto il territorio regionale;
- l'interoperabilità dei sistemi informativi;
- l'univocità del sistema di monitoraggio e di valutazione delle reti integrate.

Di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

SCHEDE obiettivi/azioni risultati/indicatori

A.1 ORGANIZZAZIONE CURE PRIMARIE

Il Distretto diventa il "regolatore" di un sistema multicentrico integrato nel quale diventano funzioni primarie:

- l'attività di interfaccia e di raccordo tra ambiti, servizi e professionisti diversi
- l'individuazione di strategie di popolazione e di stadiazione del rischio (population management) aderenti alle condizioni epidemiologiche dei diversi contesti, ricorrendo a sistemi di classificazione della popolazione basati anche sui data base dei MMG;
- l'implementazione ed il monitoraggio di PDTA che superino la storica dicotomia ospedale/territorio e la frammentazione dei servizi territoriali.

I "punti di forza" per la riorganizzazione territoriale sono:

- la riorganizzazione della Medicina Generale;
- l'assistenza sociosanitaria: promozione del dialogo tra le istituzioni sanitarie e sociali a tutti i livelli, con particolare riferimento riferita alla non autosufficienza e riabilitazione;
- l'assistenza domiciliare e residenziale;
- la presenza di strutture territoriali deputate alla presa in carico dei pazienti cronici (strutture polivalenti/case della salute ed ulteriori modelli);
- l'integrazione ospedale/territorio ed il monitoraggio del percorso assistenziale del paziente fragile;
- la formazione e aggiornamento professionale del personale anche per le funzioni innovative.

Obiettivo generale	Ridefinire le funzioni del distretto per realizzare la piena valorizzazione dell'assistenza territoriale
Obiettivo specifico 1	Garantire tutte le funzioni primarie in tutti i distretti:

	<ul style="list-style-type: none"> • il Punto Unico di Accesso (PUA), uno per ogni distretto, per fornire risposte integrate sociosanitarie ai bisogni di salute dei cittadini con funzioni di front office (accoglienza e primo orientamento, ascolto e rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi distrettuali e back office: prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con MMG, aggiornamento mappa dei servizi sul territorio); • gli ambulatori per le attività preventive (vaccinazioni etc.); • la medicina d’iniziativa e le AFT dell’Assistenza Primaria previste nell’AIR della Medicina Generale; • l’assistenza specialistica ambulatoriale organizzata in modo da garantire la partecipazione ai Team multiprofessionali di gestione integrata con il personale infermieristico, con la Medicina Generale (e Pediatria di Libera Scelta) e con gli altri attori territoriali (Psicologi, Assistenti Sociali, Terapisti della Riabilitazione, Dietisti e le altre figure professionali); • l’attività di diagnostica strumentale: le prestazioni potranno essere garantite con le strutture pubbliche ma anche attraverso i rapporti con i MMG o Medici della CA e le strutture private accreditate vicine alle strutture polifunzionali; • l’ambulatorio infermieristico della cronicità prevalentemente dedicato ai PDTA dei Pazienti cronici anche con funzioni di medicina d’ iniziativa per attività e prestazioni ricomprese nel piano individuale del paziente condiviso con il medico di medicina generale; • ambulatorio della continuità assistenziale per la somministrazione di terapie iniettive post dimissioni ospedaliere.
<p>Obiettivo specifico 2</p>	<p>Strutturare Moduli aggiuntivi per strutture che ricadono in aree territoriali di vaste dimensioni, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistenza ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale, day service); • area dell’assistenza intermedia ad elevata intensità assistenziale infermieristica/unità di degenza infermieristica – UDI: diffondere il modello UDI già sperimentato nell’ AO di Perugia rivolto ai dimessi ospedalieri che non sono ancora in grado di tornare a domicilio; • servizi residenziali per le cure intermedie; • servizi di riabilitazione territoriale; • servizi di prevenzione e screening; • servizio di farmacia; • centri territoriali per le demenze; • l’rea della Salute Mentale e servizi della neuropsichiatria infantile e degli adolescenti, delle tossicodipendenze, della salute della donna e del bambino, • centri anti violenza, servizi psicologici per le attività di cui alla DGR 364/2015; • l’area della sorveglianza temporanea, laddove siano presenti aree per la gestione delle “urgenze territoriali” (codici bianchi e parte dei verdi”) e l’eventuale presenza o raccordo funzionale con la rete di emergenza/urgenza regionale; • lo spazio per il volontariato.
<p>Obiettivo specifico 3</p>	<p>Strutturare gli elementi organizzativi comuni in tutti i Distretti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CASA della SALUTE o STRUTTURA TERRITORIALE POLIVALENTE (evoluzione del Centro di Salute) per garantire tutte le attività di base e le aree di integrazione con le attività ospedaliere • STRUTTURE TERRITORIALI per garantire gli ambiti specifici di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> ○ CSM (Centro di Salute Mentale); ○ NPIA (Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza); ○ SERD (Servizio per le Dipendenze);

	<ul style="list-style-type: none"> ○ CONSULTORIO; ○ UTR (Unità Territoriali di Riabilitazione). ○ Aree funzionali di Psicologia per le attività non ricomprese nei servizi precedenti
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del PAT in ogni Distretto con la riorganizzazione delle strutture e degli elementi organizzativi di ogni Distretto. 2. Realizzazione delle Strutture indicate per ogni Distretto.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. PAT redatti/N. PAT previsti entro 60 giorni dall'adozione del PSR 2. N. strutture realizzate/N. strutture previsti = 100% nel triennio

In questo paragrafo si prenderà in considerazione l'organizzazione della struttura polivalente, mentre si rimanda la descrizione degli altri elementi soprariportati ai capitoli specifici.

A.1a ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI

Realizzare Case della Salute/strutture polivalenti e funzionali, in rete con tutte le altre strutture e servizi territoriali e con l'ospedale, che ospitano, in uno stesso spazio fisico, funzioni dell'assistenza primaria e specialistica, può garantire al cittadino quell'auspicata continuità assistenziale per offrire risposte assistenziali più appropriate. In tali spazi il lavoro degli operatori presenti sarà strutturato in team multiprofessionali che, utilizzando un approccio esclusivo di medicina di iniziativa, garantiranno la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche e da disabilità con maggiori e diversificate necessità assistenziali. È in tali strutture che è possibile realizzare il più alto livello di integrazione sociosanitaria e, in quanto luoghi di aggregazione ben identificabile, anche percorsi di prevenzione con il coinvolgimento della popolazione di riferimento. In tali strutture dovranno essere garantite un'accessibilità ai servizi e la continuità degli interventi assistenziali: una risposta completa ai bisogni dei pazienti in termini terapeutici, di riabilitazione, di promozione della salute e prevenzione delle malattie. È in queste strutture che il paziente verrà accolto e orientato in collegamento con il PUA.

Contestualmente saranno necessarie ampie sinergie tra ospedale e distretto soprattutto per la presa in carico dei pazienti complessi, mettendo a regime le forme organizzative funzionali e strutturali dell'Assistenza primaria che troveranno nelle strutture polivalenti la loro sede ideale. Infine sarà necessario individuare correttamente il bacino di utenza della struttura sulla base della densità abitativa, del quadro epidemiologico da servire, dell'orografia del territorio e della viabilità, in coerenza con le strutture territoriali presenti e prevedendone un funzionamento sulle 24 ore.

Obiettivo generale	Realizzazione Casa della Salute - Strutture Territoriali Polifunzionali
Obiettivo specifico 1	Individuare e realizzare case della salute - strutture polivalenti sulla base di criteri concordati.
Obiettivo specifico 2	Garantire la presa in carico dei pazienti cronici e della non autosufficienza attraverso una reale integrazione tra professionisti
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mappatura delle strutture esistenti nelle aziende. 2. Definizione dei criteri a livello regionale per la classificazione delle case della salute - strutture polivalenti in considerazione delle peculiarità della realtà regionale. 3. Elaborazione di percorsi formativi “trasversali” dedicati al lavoro in team con il coinvolgimento di tutti gli operatori (dipendenti e convenzionati)
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di case della salute aderenti al modello presentato/ n. case della salute attivate = 100% 2. N. team multiprofessionali attivati /N. Case della salute attivate =100% 3. N. percorsi formativi attivati/ N. di percorsi da realizzare = 100%.

A.1b REALIZZAZIONE DELLE AFT





La Casa della Salute deve rappresentare uno stabile riferimento per tutti i MMG, PLS, singoli, associati in AFT (in futuro integrati nelle UCCP) con la figura di un medico di medicina generale “Coordinatore” (o “Referente”) per i rapporti con la Casa della Salute, con compiti e funzioni definiti dall’Accordo Integrativo regionale.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall’Azienda, promuovendo tra l’altro la medicina di iniziativa. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Sono composte da medici a rapporto di fiducia e a rapporto orario.

L’AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituisce l’unità elementare di erogazione delle prestazioni di medicina generale a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo. In stretta integrazione con i medici della Continuità Assistenziale, che ne fanno parte, dovrà garantire un’assistenza sulle 24 ore su 7 giorni. Per garantire la piena attuazione di tale modello dovranno essere realizzate AFT anche per la popolazione pediatrica coinvolgendo i Pediatri di libera scelta.

Le AFT avranno la propria sede preferenziale nelle strutture polifunzionali che si realizzeranno sul territorio.

È possibile consultare il video di presentazione delle AFT realizzato dalla Regione Umbria al link: https://www.youtube.com/watch?v=arKkSC_4LOM

<p>Obiettivo generale</p>	<p>Istituzione Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)</p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>COSA SONO Sono forme organizzative monoprofessionali per le cure primarie composte da medici a rapporto di fiducia e a rapporto orario</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>ARTICOLAZIONE Popolazione assistita di norma ≤ 30.000 ab. e numero di medici non inferiore a 20 (MMG e C.A.)</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>SEDE E ATTIVITA' Individuazione di una sede di riferimento (studio di medicina di gruppo o sede Usl); attività ambulatoriale garantita H12 con orario 8-20 e 8-14 il sabato in un'unica sede o in due distinte sedi</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>OBIETTIVI Perseguire gli obiettivi di salute della programmazione e condividere percorsi assistenziali, linee guida, audit e strumenti di valutazione della qualità assistenziale</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">     </div>
<p>Obiettivo specifico 1</p>	<p>Garantire un'assistenza ad un bacino di utenza definito 24 ore/die su 7 giorni.</p>
<p>Obiettivo specifico 2</p>	<p>Contribuire alla presa in carico globale del cittadino in stretta sinergia con le strutture e servizi territoriali.</p>
<p>Azioni</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzare la piena operativa delle AFT sulla base di quanto definito negli Accordi Integrativi regionali ed aziendali. 2. Sviluppare e realizzare percorsi formativi trasversali (in accordo con quelli indicati nel capitolo strutture polifunzionali territoriali) per rendere omogenee le modalità operative dei componenti le AFT e contestualmente garantire una stretta integrazione con i servizi territoriali ed ospedalieri. 3. Sviluppare, attraverso percorsi formativi, le competenze e conoscenze per garantire, per ogni paziente complesso, la definizione di un piano assistenziale individuale 4. Partecipazione ai percorsi previsti nei PDTA del Piano Regionale Cronicità anche mettendo in atto interventi di medicina di iniziativa.
<p>Indicatori/Risultati attesi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. AFT attivate /N. AFT previste = 100% 2. % di raggiungimento obiettivi assegnati ai coordinatori AFT >80% 3. N. percorsi formativi attivati/ N. di percorsi da realizzare = 100%.

A1c. PROMUOVERE LA SANITA' DI INIZIATIVA e GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE: COMUNITA' DI PRATICA

Il Piano Regionale Cronicità (PRC) costruito attraverso l'interrelazione di tutti i componenti delle filiere assistenziali esalta l'intervento multiprofessionale ed il valore del contributo di ognuno nella chiarezza dei ruoli e delle responsabilità.

È di piena evidenza che la cronicità ha le stesse variabili significative di un sistema complesso e la necessità di una visione olistica d'intervento che tenga conto dei bisogni assistenziali, sociali e psicologici della persona. A tal riguardo e al fine di rispondere adeguatamente alla complessità multifattoriale, bisogna utilizzare modelli adeguati alla complessità e attivare politiche centrate sulla persona per offrire risposte di qualità, sicure ed economicamente sostenibili.

Nella presa in carico complessa delle cronicità si sta diffondendo la buona prassi della **Comunità di Pratica**, come modello inclusivo e partecipativo, definita come un luogo in cui i componenti, che condividono un obiettivo comune, approfondiscono la conoscenza delle problematiche connesse. Tali componenti sono strettamente interconnessi fra loro con rapporti caratterizzati da una forte reciprocità. Inoltre ogni Comunità di Pratica si struttura e personalizza trovando la propria definizione nella personale modalità di funzionamento.

Nello specifico le dinamiche di interazione delle Comunità di Pratica sono riassumibili in quattro fasi essenziali

- La *comunicazione*: fase in cui ci si scambia domande e risposte supportandosi vicendevolmente nel lavoro quotidiano per sviluppare il senso di “aiuto reciproco”.
- La *condivisione*: fase in cui si hanno interessi comuni (ad es: problema di salute specifico) per i quali si hanno risorse comuni alle quali far riferimento per risolvere ciascuno i propri problemi, interagendo con persone che provengono da ambiti disciplinari simili. In questa fase si sviluppa l’“apprendimento individuale”.
- La *collaborazione*: fase in cui si ha un problema comune da risolvere separatamente (ad es: creare PDTA, percorsi integrati), ma avvalendosi della collaborazione reciproca, si sviluppa il “supporto ai processi aziendali”.
- La *cooperazione*: fase in cui si lavora per produrre un unico “prodotto” (un servizio, un progetto, etc.) che sia il migliore possibile dai vari punti di vista. È la fase in cui si sviluppa l’“apprendimento organizzativo”.

Quanto detto in termini di attuazione operativa si declina nei seguenti livelli attraverso:

- *la persona*: continuità attraverso il team assistenziale multidisciplinare, la popolazione e le sue condizioni;
- *i setting*: continuità assistenziale per i pazienti che passano da un contesto ad un altro;
- *i dati*: continuità ed analisi olistica di tutti i tipi di dati e informazioni;
- *il tempo*: continuità, engagement proattivo per tutto l’arco della vita di una persona.

Come emerge dalla letteratura e come emerge dalla pratica di cura quotidiana la cronicità è nella maggior parte dei casi connotata da pluri-patologia. Tale condizione oltre ad avere delle complicanze sul piano organico, ha delle ricadute notevoli sul piano sociale e psicologico in termini di identità. La persona perde il suo senso unitario e nei casi più gravi diviene il sistema malattia di cui è affetto. La Comunità di Pratica permette di offrire l’unitarietà della cura e quindi l’attivazione di più funzioni psicologiche capaci di stimolare comportamenti per fronteggiare tali difficoltà.

La persona con cronicità non è più solo ad affrontare la sua malattia, ma anzi ha al suo fianco un’intera Comunità dove viene considerato persona e non solo una malattia.

Il Piano Sanitario individua nei Distretti Sanitari i luoghi delle Comunità di Pratica che avranno la funzione di definire i piani di gestione della cronicità/fragilità, avviando modelli di clustering della popolazione, condividendo/implementando i percorsi clinico-assistenziali specifici, organizzando gli accessi tramite i Punti Unici di Accesso, monitorando le attività verso la popolazione fragile e cronica nel tempo.

Le Comunità di Pratica vedranno la partecipazione dei MMG, PLS, Medici Specialisti Ospedale/Territorio, Specialisti della fragilità (Fisiatri e Geriatri), ADI, UVMD ed équipe itineranti, comunità protette, i referenti dei servizi di dimissioni ospedaliere, Assistenti sociali e Psicologi della ASL, rappresentanti delle Associazioni dei malati. Ruolo del Management (Direttori dei Distretti

Sanitari e del Presidio Ospedaliero, gli altri Dirigenti delle strutture aziendali, Formazione, Controllo di Gestione, Farmacisti, e servizi informatici, etc), sarà quella di incoraggiare, supportare, incentivare e indirizzare la Comunità di Pratica verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali, stimolando la creazione di un senso di appartenenza, facilitando la comunicazione e la condivisione di informazioni e conoscenze, incoraggiando l'utilizzo della tecnologia a disposizione per la comunicazione e agendo in collaborazione con i servizi degli Enti Locali per una piena integrazione multidisciplinare finalizzata alla attuazione del Piano delle Cronicità.

La Regione Umbria oggi garantisce tutti i livelli di assistenza distrettuali in tutto il territorio; tuttavia emerge la necessità di una maggiore integrazione ospedale-territorio al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per garantire una continuità assistenziale dell'assistenza domiciliare sulle 12 ore; una semplificazione dei percorsi di accesso ai cittadini, attraverso gli strumenti dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, le Dimissioni Protette e le cure intermedie e domiciliari. L'attuale offerta delle prestazioni evidenzia una dispersione territoriale in alcune prestazioni che potrebbero essere centralizzate a favore di una maggiore qualità e appropriatezza. Nel confermare che alcune prestazioni devono rimanere di prossimità per garantire la capillare presa in carico delle necessità assistenziali, è altrettanto importante centralizzare quelle la cui natura ha subito una ulteriore accelerazione tecnologica e professionale. La gestione delle patologie croniche rappresenta la criticità principale del Servizio Sanitario. Il Piano Regionale della Cronicità individua nel Chronic Care Model, attraverso un approccio di medicina di iniziativa, la risposta più efficace alla gestione della cronicità.

Tale modello organizzativo, attraverso azioni di prevenzione primaria, la valorizzazione delle Cure Primarie, la ricerca attiva dei pazienti o di coloro che sono a rischio di sviluppare una patologia e la condivisione di PDTA tra tutti gli operatori coinvolti permette di garantire una rete di servizi che supporti realmente il paziente nella gestione consapevole ed informata della propria patologia.

La sanità di iniziativa ha inoltre il grande vantaggio di migliorare l'equità di accesso ai servizi, recuperando attivamente quei cittadini che hanno impossibilità o difficoltà ad accedervi.

Le esperienze che sono già state attivate nella Regione Umbria, ad esempio sulla gestione del paziente con Diabete di tipo II, hanno mostrato che è essenziale realizzare politiche che determinino un reale cambiamento strutturale del nostro Servizio Regionale. L'attuale modello assistenziale è ancora prevalentemente incentrato sulla medicina di attesa, tranne sporadiche e limitate esperienze; è necessario avviare un percorso formativo capillare che veda coinvolti tutti gli operatori della sanità umbra e che determini il necessario cambiamento culturale.

Uno degli obiettivi strategici individuato per le AFT umbre, una volta a regime, è sicuramente la realizzazione della medicina di iniziativa e l'attivazione dei percorsi individuati nel Piano Regionale Cronicità, implementando, in tutte le AFT, l'esperienza già sperimentata per la gestione del diabete con le medicine di gruppo.

Un'altra esperienza che potrebbe essere importata, anche in forma sperimentale, è quella delle "microaree" attivate nella città di Trieste, che mette la persona al centro di un intervento caratterizzato da integrazione di servizi, mobilitazione delle risorse del territorio e focus sul sociale. Nonostante le microaree siano state sperimentate nelle zone più disagiate con elevata prevalenza di malati gravi, povertà, deprivazione sociale si è osservato, in studi recenti, un miglioramento di

indicatori proxy di salute (esempio: riduzione dell'ospedalizzazione, della spesa farmaceutica, delle prestazioni sanitarie inappropriate).

Obiettivo generale	Garantire una risposta efficace alla richiesta di gestione delle patologie croniche anche attraverso la Comunità di Pratica
Obiettivo specifico 1	Rendere operativo il Piano della Cronicità attraverso l'applicazione dei PDTA per le patologie individuate con un approccio di Medicina di Iniziativa e di Comunità di Pratica individuando anche il ruolo delle farmacie (vedi paragrafo farmacia dei servizi)
Obiettivo specifico 2	Attivare le AFT pediatriche
Obiettivo specifico 3	Integrare a livello distrettuale nelle attività delle AFT la figura dello per la gestione dei PDTA della cronicità
Obiettivo specifico 4	Attivare le UCCP
Obiettivo specifico 5	Favorire la sperimentazione del modello di microaree per rafforzare il ruolo del Distretto nel territorio e proteggere le fasce di assistiti più fragili valorizzando gli interventi di Comunità.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avviare azioni di formazione multiprofessionale, mirate all'acquisizione sia della metodologia di lavoro in team e degli strumenti di revisioni sistematica, clinica ed organizzativa, sia della metodologia di Comunità di Pratica. 2. Avviare l'applicazione dei PDTA individuati nel Piano Regionale della Cronicità, iniziando a strutturare i percorsi non più per patologia, ma per livello di rischio per meglio rispondere alla presenza di più patologie e quindi di bisogni complessi in singoli pazienti. 3. Attuare appieno quanto indicato nell'Accordo Integrativo per la Medicina Generale traslando sulle AFT quanto fin qui realizzato nelle sperimentazioni messe in atto dai team assistenziali utilizzando il personale infermieristico dedicato alla cronicità. 4. Effettuare campagne di comunicazione e informazione rivolte alla popolazione sul cambiamento strutturale in atto e sui temi della cronicità e degli stili di vita. 5. Individuare a livello regionale un gruppo di monitoraggio che verifichi la realizzazione degli obiettivi indicati. 6. Stesura dell'AIR per le AFT pediatriche 7. Stesura dell'AIR per le UCCP 8. Attivare una microarea nelle zone a più alta densità abitativa
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio degli indicatori per l'applicazione dei PDTA individuati nel PRC. 2. Raggiungimento dei target degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei PDTA elencati nella verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Ministero della Salute (vedi box specifico) 3. N. di Distretti con utilizzo della metodologia della Comunità di Pratica/ n. di Distretti > 80%

A.2 ORGANIZZAZIONE DELLE CURE INTERMEDIE

La gestione della non autosufficienza e più in generale delle disabilità a vario titolo presuppone l'esistenza di una pluralità di opportunità assistenziali di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nonché di contributi economici e di sostegno rivolti alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia.

Il progressivo incremento delle richieste di intervento/presa in carico globale da parte del territorio, soprattutto per situazioni complesse nei diversi ambiti e la crescente difficoltà delle famiglie nel farsi carico delle stesse, oltre alla graduale riduzione delle risorse economiche disponibili, impongono una strategia particolarmente orientata alla dinamicità e flessibilità del sistema sanitario e del sistema integrato socio-

sanitario. Ne consegue la peculiare valenza del momento valutativo multidisciplinare e multidimensionale per la definizione di progetti assistenziali personalizzati, utili a favorire il mantenimento/miglioramento delle autonomie personali e socio-relazionali, oltre alla individuazione del setting assistenziale più appropriato per quella determinata condizione. La condivisione degli strumenti di valutazione a livello regionale, consente inoltre una maggiore omogeneità nella lettura dei bisogni.

Obiettivo generale	Organizzazione delle Cure Intermedie
Obiettivo specifico 1	Definire tutte le tipologie di strutture intermedie residenziali e semiresidenziali per: <ul style="list-style-type: none"> ○ Non autosufficienti ○ Anziani non autosufficienti ○ Minori con disabilità ○ Adulti con disabilità ○ Malati affetti da patologie psichiatriche ○ Malati affetti da dipendenze patologiche ○ Malati terminali (vedi anche paragrafi specifici)
Obiettivo specifico 2	Predisporre una regolamentazione regionale con definizione di standards organizzativi e tecnico-assistenziale per ogni tipologia di struttura.
Obiettivo specifico 3	Determinare e/o revisionare le tariffe regionali per ogni tipologia di struttura individuando le attività ricomprese nelle stesse tariffe con particolare riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> ○ assistenza sanitaria specifica ○ assistenza alberghiera ○ assistenza protesica ed integrativa ○ assistenza farmaceutica ○ consulenze specialistiche
Obiettivo specifico 4	Favorire la massima integrazione con gli altri servizi socio sanitari territoriali e ospedalieri (dimissioni protette) anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatizzati comuni e condivisi.
Obiettivo specifico 5	Sviluppare un sistema di classificazione dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali per stratificare la popolazione inserita come ad esempio l'ICAR (Indice di Carico Assistenziale Residenziale) proposto da AGENAS.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pianificare le tipologie di strutture individuando gli standard di riferimento e la distribuzione territoriale. 2. Adottare le tariffe di riferimento. 3. Completare il percorso di accreditamento delle strutture intermedie (vedi paragrafo specifico). 4. Informatizzare tutte le strutture con utilizzo dei gestionali specifici. 5. Classificare la popolazione inserita nelle strutture residenziali.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero strutture presenti nel territorio/numero strutture previste = 100% nel triennio. 2. Numero strutture accreditate/numero strutture presenti nel territorio = 60%. 3. Numero strutture che utilizzano gestionale specifico/numero strutture presenti nel territorio = 100%. 4. N. pazienti inseriti con classificazione / N. pazienti inseriti nelle strutture residenziali > 100%

A.2b PIANIFICAZIONE POSTI LETTO PER LE STRUTTURE INTERMEDIE

Il costante aumento dell'incidenza della popolazione anziana e delle situazioni di non autosufficienza anche temporanea impone la necessità di definire politiche di promozione del benessere di tale popolazione per prevenire aggravamenti delle condizioni di salute, garantire adeguata assistenza nelle condizioni di fragilità ed il necessario supporto alle famiglie, nel rispetto della centralità della persona e del diritto alla libera scelta.

Risposta prioritaria alla persona anziana in condizione di non autosufficienza è garantire il più a lungo possibile la permanenza presso il proprio domicilio, anche attraverso il ricorso a servizi di supporto alla domiciliarità stessa, quali la semi residenzialità in Centro diurno, la residenzialità di sollievo, l'inserimento temporaneo in RSA.

Altra risposta prioritaria è quella di garantire ricoveri brevi a quelle persone che, in condizioni di non autosufficienza temporanea o permanente, affette da patologie cronico/degenerative anche in fase di riacutizzazione, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e di alta intensità assistenziale infermieristica/tutelare continuativa, anche notturna, non assistibili a domicilio anche in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Obiettivo generale	Pianificazione Posti letto strutture intermedie
Obiettivo specifico 1	Pianificazione dei posti per le strutture residenziali e semiresidenziali: <ul style="list-style-type: none"> ○ RSA ○ RD2 Nuclei Alzheimer ○ RP ○ Centri Diurni Anziani ○ Centri Diurni Alzheimer
Azioni	Attivare tutti i posti letto della pianificazione regionale nel triennio di riferimento.
Indicatori/Risultati attesi	100% dei posti letto attivati. Utilizzo posti letto \geq 80%

B. INTEGRAZIONE TERRITORIO OSPEDALE

Si rimanda al paragrafo 2.4.3

C. ACCREDITAMENTO

Si rimanda al paragrafo 2.3.3

D. SISTEMA INFORMATIVO E INFORMAZIONE

Si rimanda al paragrafo 2.7.1

2.4.2 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA: LA RETE DEGLI OSPEDALI E LA VITA IN OSPEDALE

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.

Nell'ambito dell'attività di ricovero e di Pronto Soccorso sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia o di specifici controlli clinici e strumentali.

La definizione dei percorsi di cura nella rete, la condivisione delle informazioni cliniche, la conquista della consapevolezza da parte del paziente e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, dall'altro, sono i cardini del progetto di revisione dell'assistenza

ospedaliera per garantire la centralità del paziente.



STATO DELL'ARTE

Il Servizio Sanitario Umbro ha sempre dovuto affrontare il problema della "ridondanza" della rete ospedaliera, cercando di superare anche la "cultura ospedalocentrica" attraverso il potenziamento della politica di prevenzione e lo sviluppo delle cure primarie.

Troppi ospedali, anche di piccole dimensioni, indifferenziati con specializzazioni non sempre coerenti con i bisogni di salute della popolazione.

La riconversione di numerosi ospedali, la realizzazione di ospedali unici (Gubbio-Gualdo, Media Valle del Tevere, Perugia) ha permesso di approvare con DGR n. 212/2016 il nuovo assetto della Rete Ospedaliera, in base alle previsioni del DM 70/2015.

IL LIVELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE

Nella tabella sotto riportata sono definite, per ogni Presidio Ospedaliero e relativo Stabilimento, le dotazioni di Posti Letto per acuti adeguate con le disposizioni della DRG 212/2016. Sono anche riportati i Posti letto per Acuti delle strutture private accreditate.

Offerta posti letto massimi per acuti Regione Umbria - Anno 2018 (Mod. HSP 12)

AZIENDA SANITARIA	P.O.	CODICE	STABILIMENTO OSPEDALIERO	POSTI LETTO MASSIMI HSP 12
				ACUTI
AUSL Umbria n.1	P.O. Alto Tevere	10080101	Città di Castello**	175
		10080102	Umbertide*	35
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino**	133
	P.O. Unificato	10080301	Castiglione del Lago*	51
		10080304	Assisi*	50
		10080307	Media Valle Tevere*	75
AUSL Umbria n.2	SPDC	100602	Terni	11
	P.O. Foligno	10080901	Foligno**	293
	P.O. Spoleto	10080501	Spoleto**	133
		10080502	Norcia*	22
	P.O. Narni/ Amelia	10080701	Narni*	79
		10080702	Amelia*	33
	P.O. Orvieto	100806	Orvieto**	147
Azienda Ospedaliera di Perugia	Ospedale Perugia	100901	Ospedale Perugia***	798
Azienda Ospedaliera di Terni	Ospedale Terni	100902	Ospedale Terni***	516
TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PUBBLICHE				2.551
Case di Cura	Casa di cura Villa Fiorita	100701	Casa di cura Villa Fiorita	44
	Casa di cura Porta Sole	100702	Casa di cura Porta Sole	71
	Casa di cura SAGISC	100703	Casa di cura SAGISC	50
	Casa di cura Liotti	100704	Casa di cura Liotti	60
	Casa di cura Villa Aurora	100705	Casa di cura Villa Aurora	30
TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE				255
TOTALE OFFERTA POSTI LETTO PER ACUTI				2.806

* Ospedale di Base; ** Ospedale sede di DEA I livello; *** Ospedale sede di DEA II livello (Fonte HSP 12 NSIS)

La Regione, inoltre, ha dato disposizioni (DGR 389 del 11.04.2016) per l'attivazione di posti letto tecnici di OBI non solo nei Pronto Soccorso, ma anche nelle Unità Operative specialistiche per favorire la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati sia di tipo medico, che chirurgico.

Per la casistica e le performance ospedaliere si rimanda alle tabelle in Appendice.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Dopo una prima fase attuativa si rende necessario stabilire le azioni e le innovazioni organizzative da mettere in atto nel triennio, per integrare quanto previsto nella sopracitata DGR 212/2016, in modo da rendere coerente la specificità della rete ospedaliera umbra con il DM 70/2015. Per le parti non modificate dal presente documento di programmazione rimangono valide le previsioni della DGR 21/2016, quale parte integrante del Piano Sanitario Regionale 2019/2021.

Infatti il DM 70/2015 oltre ad enfatizzare in modo eccessivo il parametro “posto letto”, prevede “bacini di utenza” per le funzioni ospedaliere di alta specialità e di base che mal si conciliano con le dimensioni demografiche e con l’assetto orografico dell’Umbria.

E’ altresì innegabile il carattere innovativo del decreto medesimo per l’importanza data ai volumi ed esiti delle cure ospedaliere in termini di sicurezza, efficacia ed efficienza.

Inoltre ha messo in risalto la necessità della presa in carico dei cittadini attraverso una migliore integrazione ospedale-territorio, sia riguardo alle dimissioni protette, sia per rendere operativo il Piano della cronicità.

Tenendo conto di quanto evidenziato dall’analisi dei dati relativi agli indicatori descritti ed anche di quanto emerso in esito alla consultazione dei Tavoli tematici prima della stesura del PSR, sono emerse una serie di criticità, che si ritiene di dover superare.

A tal fine sono individuati gli obiettivi da perseguire nel triennio di vigenza del PSR e le azioni da porre in essere per il loro raggiungimento con relativo cronoprogramma.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

L’evoluzione delle nosologie con il forte aumento delle patologie croniche, l’invecchiamento della popolazione, il rapporto volumi/esiti delle cure ospedaliere, gli indicatori di efficacia/efficienza anche rispetto ai bacini di utenza rendono irrinunciabile la ridefinizione della rete ospedaliera attraverso un forte processo di integrazione così come di seguito definito:

- Una migliore integrazione tra l’Azienda Ospedaliera di Perugia e Terni per rispettare gli standards dei DEA di II° livello.
- Una migliore integrazione tra gli Ospedali sede di DEA di I° livello e tra questi e le Aziende Ospedaliere di riferimento per rispettare gli standard del DM 70/15.
- Una migliore integrazione degli Ospedali di base e sedi di Pronto soccorso avanzati con le Aziende Ospedaliere di riferimento per la gestione ottimale dei ricoveri per acuti.
- Una maggiore integrazione fra l’Ospedale di Orvieto e l’Azienda Ospedaliera di Terni per rispettare gli standard di DEA di I° livello.

Di seguito vengono definiti gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

A. PROCESSI DI INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Ridefinito l'assetto degli Ospedali umbri (funzioni, numero di posti letto, assetti organizzativi etc.) secondo i parametri del DM 70/2015 con la DGR 212/2016, il presente Piano, concentra il suo intervento sulle azioni necessarie a stabilire una forte integrazione tra le Aziende Ospedaliere e tra queste e gli Ospedali di base. Gli obiettivi sono quelli di mettere in rete in maniera incisiva le "risorse", soprattutto dei professionisti, evitando duplicazioni diseconomiche, prevalentemente nelle discipline di alta specialità e di valorizzare con una sempre più adeguata specializzazione le vocazioni di ogni singola struttura. Le azioni da mettere in atto dovranno quindi tenere conto, oltre a quelli standards, degli indicatori quali/quantitativi adottati a livello nazionale per la misurazione delle performance delle attività ospedaliere quali:

- Indicatori di attività e di utilizzo;
- Indicatori Programma Nazionale Esiti (PNE) Agenas;
- Indicatori MES Scuola S. Anna di Pisa;
- Indicatori di qualità ed efficienza IQE del Ministero della Salute.

Verranno altresì monitorati tutti gli indicatori relativi agli adempimenti LEA dei Ministeri della Salute e delle Finanze. Il presente documento programmatico tiene conto anche dei parametri necessari allo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca svolte dai Dipartimenti di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia.

I processi di integrazione tra ospedali e territorio (cure primarie, strutture per le cure intermedie, unità di degenza infermieristica), così come la presa in carico del cittadino, le dimissioni protette, il piano regionale della cronicità, l'accesso appropriato alla specialistica ambulatoriale (liste di attesa) vengono affrontate nei capitoli dedicati.

Obiettivo generale	Integrazione tra le strutture della rete ospedaliera
Obiettivo specifico 1	Completare le azioni pianificate nella DGR 212/2016.
Obiettivo specifico 2	Stesura di un protocollo di integrazione tra le due Aziende Ospedaliere.
Obiettivo specifico 3	Valorizzare con una sempre più adeguata specializzazione le vocazioni di ogni singola struttura.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare le integrazioni. 2. Misurazione delle performance delle attività ospedaliere integrate. + lea
Indicatori/Risultati attesi	Attività realizzate /attività da realizzare in relazione alla DGR 212/2016 =100% Adozione del Protocollo di integrazione fra le due Aziende entro il 2019

B. INTEGRAZIONE TRA LE AZIENDE OSPEDALIERE DI PERUGIA E DI TERNI

I processi di integrazione funzionale riguardano l'attuazione dell'assetto dipartimentale previsto dal Protocollo Generale d'Intesa, siglato con l'Università degli Studi di Perugia in data 20.04.2015 e le ss.mm..

Tale modello per le aziende ospedaliere universitarie costituisce lo strumento utile ad assicurare l'esercizio integrato ed inscindibile delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Obiettivo generale	Integrazione tra le Aziende Ospedaliere
Obiettivo specifico 1	Implementazione dell'assetto dipartimentale.
Azioni	Strutturazione di tutti i Dipartimenti previsti.
Indicatori/Risultati attesi	N. Dipartimenti attivati/N. Dipartimenti previsti = 100%

C. DEFINIZIONE DEGLI STANDARD OPERATIVI

Riorganizzare le attività ospedaliere tenendo presente gli standard del PNE; migliorare la dimensione equitativa del Servizio sanitario umbro, garantendo al cittadino, soprattutto per interventi chirurgici elettivi complessi, i medesimi standards qualitativi

Obiettivo generale	Definizione degli standard operativi
Obiettivo specifico 1	<p>DISCIPLINE DI ALTA SPECIALITA'</p> <p>Le discipline di alta specialità (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia toracica, oncoematologia con trapianti ecc.) devono essere progressivamente accorpate in Strutture complesse a valenza interaziendale. La tipologia di interventi, prevalentemente chirurgici, deve essere differenziata per singolo Presidio ospedaliero, in modo da rispettare il volume previsto dal monitoraggio nazionale del PNE dell'Agenas e dagli altri indicatori di performance.</p> <p>L'attività di Chirurgia Oncologica deve essere riorganizzata tenendo conto del PNE che come noto valuta la qualità delle cure in termini di efficacia e sicurezza. Gli indicatori misurano il risultato del processo assistenziale nei termini di esiti clinici (es. mortalità, morbosità, ospedalizzazioni). A seguito di recenti revisioni delle evidenze disponibili si conferma l'impegno delle comunità scientifiche ad evitare di effettuare interventi chirurgici complessi da parte di strutture con volumi di attività molto basse.</p> <p>La Chirurgia Oncologica dovrà essere riorganizzata secondo le seguenti linee:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Chirurgia Oncologia pancreatica può essere svolta in una unica sede, da una unica équipe (centri di riferimento regionale) la sede va individuata in base alla locazione (presidio dove si sono effettuati il numero maggiore di interventi negli ultimi tre anni). • Gli interventi di chirurgia oncologica dello stomaco e del colon devono essere svolti da una unica équipes integrata anche dai professionisti degli ospedali di base, nelle Aziende Ospedaliere e negli Ospedali DEA di 1° livello. I professionisti degli ospedali di base dovranno avere a tal fine posti letto e sedute operatorie dedicate nel rispetto dei volumi di attività. • Dovrà essere effettuato un monitoraggio annuale di volumi in modo da rispettare i parametri del PNE. • Stessa modalità organizzativa viene prevista per le Breast-Unit. <p>Per le équipes itineranti devono essere previste modalità organizzative che mettano in sicurezza le procedure assistenziali, prevedendo sedute operatorie e posti letto dedicati in base ai volumi di attività.</p>

<p>Obiettivo specifico 2</p>	<p>AREA MEDICA</p> <p>Le Aziende Ospedaliere dovranno garantire le funzioni di alta specialità ed elevata complessità assistenziale in tutte le discipline di area medica, evitando ridondanze nel medesimo presidio.</p> <p>Le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni dovranno integrarsi con gli Ospedali di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azienda Ospedaliera di Terni con Narni ed Amelia; • Azienda Ospedaliera di Perugia con Assisi, Castiglione del Lago e Media Valle del Tevere. <p>Gli ospedali di base devono garantire la prosecuzione delle cure ed il follow-up per i cittadini del bacino di riferimento.</p> <p>Le Aziende Ospedaliere devono svolgere la funzione di ospedale di base limitatamente al bacino di utenza di riferimento al fine di evitare l'eccessivo afflusso di ricoveri.</p> <p>Per un corretto utilizzo dei posti letto su base regionale viene allestita una centrale di Bed Management (a conduzione infermieristica).</p> <p>Gli obiettivi sono quelli di raggiungere una più razionale gestione dei posti letto, ridurre il fenomeno dei "letti aggiunti" specie nei periodi di epidemia influenzale o delle "ondate di calore" ed un miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche.</p> <p>La gestione integrata dei posti letto può consentire anche l'ottimizzazione del tasso di utilizzo dell'intera rete ospedaliera.</p> <p>Per garantire di centrare l'obiettivo dell'integrazione si prevede l'attribuzione funzionale della direzione igienico-organizzativa per le funzioni di ricovero per acuti e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali degli ospedali di base ad un dirigente medico individuato congiuntamente dai due Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali</p>
<p>Obiettivo specifico 3</p>	<p>AREA EMERGENZA</p> <p>L'integrazione delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni con gli Ospedali di riferimento come detto al punto precedente coinvolge anche la rete dell'emergenza e la gestione dei ricoveri acuti da Pronto Soccorso che andranno gestiti anche attraverso la funzione di bed management.</p> <p>Una migliore integrazione degli Ospedali di base e sedi di Pronto soccorso avanzati con le Aziende Ospedaliere di riferimento per la gestione ottimale dei ricoveri per acuti.</p> <p>Obiettivi specifici sono inseriti nel paragrafo dedicato alle reti cliniche (rete territoriale dell'emergenza).</p>
<p>Obiettivo specifico 4</p>	<p>ATTIVAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA DI RICOVERO</p> <p>La frattura di femore nell'anziano rappresenta una delle cause più importanti di incremento di mortalità e di perdita di autosufficienza a livello mondiale.</p> <p>Le evidenze consolidate dimostrano che un intervento effettuato entro le 48 ore riduce la probabilità di decesso e aumenta la capacità di recupero funzionale, diminuendo altresì la disabilità.</p> <p>Al fine di migliorare l'equità del trattamento della frattura di femore nella popolazione anziana a livello regionale (vedi anche dati MES 2018) si rende necessario attivare 12/14 posti letto ortogeriatrics in un presidio di base integrato con l'Azienda Ospedaliera di Perugia (Presidio Media Valle del Tevere)</p>
<p>Azioni</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione delle casistiche di alta specialità da garantire nelle 2 Aziende Ospedaliere. 2. Effettuazione Chirurgia Oncologica con equipe integrate e definizione delle relative sedi di attività. 3. Integrazioni delle Breast Unit.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Integrazione delle Aziende Ospedaliere con gli Ospedali di base. 5. Realizzazione della Centrale di Bed Management a livello regionale. 6. Attivazione della Struttura di Ortogeriatría nell’Ospedale della MVT 7. Attivazione PS avanzati in integrazione con AO
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto dei volumi ed esiti del PNE e degli obiettivi di performance 2. Integrazione delle Breast Unit 3. Utilizzo ottimale dei posti letto della rete ospedaliera - Tasso di utilizzo dei posti letto > 80% in tutti gli ospedali della rete 4. Conseguimento degli standard del PNE e degli obiettivi di performance assegnati alle Aziende 5. Riduzione dei letti aggiunti nei DEA di I e II livello

D. PROGETTI QUALITÀ IN OSPEDALE

Il progetto OMS Ospedali e servizi sanitari che promuovono la salute - WHO “HEALT PROMOTING HOSPITALS END HEALT SERVICES” ha lo scopo di incorporare i concetti, i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell’ospedale, a beneficio degli operatori, dei pazienti e delle loro famiglie, sostenendo un ambiente sano. La promozione della salute, che comprende l’attenzione alla sicurezza e alla qualità della vita del paziente e il perseguimento dell’efficacia e dell’efficienza dei servizi, è oggi considerata, a livello europeo, uno degli elementi che maggiormente influenzano la qualità dei servizi ospedalieri. In questo contesto vanno anche realizzate le indicazioni della DGR 364/15 per le attività psicologiche in ospedale.

Obiettivo generale	Progetti di Qualità in Ospedale
Obiettivo specifico 1	<p>“OSPEDALE SICURO”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettere in atto la sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza – ICA con un coordinamento regionale di tutti i Comitati per le Infezioni Ospedaliere - CIO e la stretta collaborazione con la struttura di Microbiologia dell’Azienda Ospedaliera di Perugia che con il sistema robotico avanzato permette la sorveglianza attiva dei batteri multiresistenti e la diagnosi rapida di sepsi. ▪ Completare in tutti gli ospedali Umbri l’informatizzazione della Cartella Clinica Elettronica con l’utilizzo del braccialetto identificativo che permette di rendere sicuri le modalità per la prescrizione/somministrazione del farmaco e della trasfusione. • Completare il percorso per l’accreditamento di tutti gli ospedali umbri al fine di standardizzare le procedure assistenziali, elevando la qualità e la sicurezza delle cure.
Obiettivo specifico 2	<p>“OSPEDALE ECOSOSTENIBILE”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettere in atto in tutti gli ospedali umbri lo smaltimento sicuro dei rifiuti con la diffusione della raccolta differenziata in tutte le aree ospedaliere assistenziali e non. • Realizzare in tutti gli ospedali umbri impianti fotovoltaici e di trigenerazione per ridurre i consumi e contribuire a ridurre l’inquinamento ambientale.
Obiettivo specifico 3	<p>“OSPEDALE DONNA E DI GENERE”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere in tutti gli ospedali umbri la medicina di genere e la qualità dei servizi dedicati alla donna in particolare mettendo in atto quanto raccomandato per la medicina di genere dai PDTA, del Piano di Cronicità Regionale, nel percorso ospedaliero.

	<ul style="list-style-type: none"> • Attuare il completamento del percorso di umanizzazione del parto favorendo il parto naturale, l'allattamento al seno e l'offerta gratuita del partoanalgesia; • Attuare il miglioramento del comfort e dell'umanizzazione di tutti i servizi dedicati alle patologie femminili con i requisiti anche indicati dal network nazionale degli ospedali con i Bollini rosa.
Obiettivo specifico 4	<p>“OSPEDALE APERTO”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementare il processo di umanizzazione del percorso di accoglienza e della vita in ospedale secondo i requisiti anche indicati dall'indagine per la “Valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” promossa da Agenas. • Diffondere le “terapie intensive e le rianimazioni aperte”, la pet therapy, spazi di multiculturalità e tutte le attività socializzanti delle associazioni di volontariato.
Obiettivo specifico 5	<p>“OSPEDALEDOPOLEVENTI”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attuare il progetto regionale per la “Riduzione delle liste d'attesa” con particolare riferimento all'appropriatezza della prestazione mettendo in atto la scelta dello specialista e la effettuazione unicamente delle prestazioni ritenute appropriate per il quesito diagnostico richiesto; • Attuare la presa in carico della persona con il progetto “Ospedalepoleventi” con l'apertura degli ambulatori specialistici anche il sabato pomeriggio, la domenica e la sera dopo le venti.
Obiettivo specifico 6	<p>“OSPEDALE SENZADOLORE”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffondere in tutti gli ospedali umbri la rilevazione routinaria del dolore per tutti i degenti e la giornata indice per la misurazione della prevalenza del dolore in tutte le degenze del singolo ospedale. • Diffondere in tutti gli ospedali umbri l'implementazione dei protocolli per i differenti tipi di dolore in particolare di quello legato agli interventi chirurgici e procedure operative.
Azioni	Realizzare i Progetti di qualità in tutti gli Ospedali
Indicatori /Risultati attesi	N. Progetti realizzati / N. progetti previsti dal PSR > 80%

E. ACCREDITAMENTO

Si rimanda al paragrafo 2.3.3

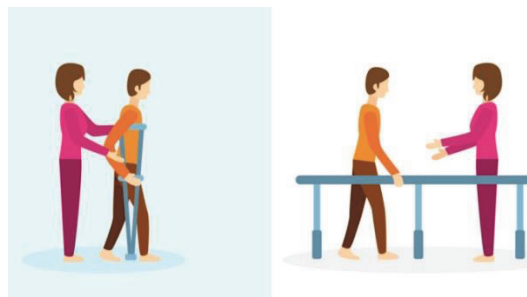
F. SISTEMA INFORMATIVO E INFORMAZIONE

Si rimanda al paragrafo 2.7.1

2.4.3 LA RETE DELLA RIABILITAZIONE

Negli ultimi anni la riabilitazione si è sempre più posta l'obiettivo di trattare la Persona con le sue possibilità e potenzialità di partecipazione rispetto al danno d'organo che ne ha determinato la limitazione. Indipendentemente dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, lo scopo della riabilitazione risiede nella tempestività della presa in carico individuando una modalità appropriata di intervento nei diversi e specifici setting e in relazione alla

multimorbilità finalizzato al recupero dell'autonomia della persona nel suo contesto di vita.



STATO DELL'ARTE

In passato i Piani Sanitari Regionali hanno permesso di ristrutturare la rete riabilitativa regionale portando alla parziale istituzione dei dipartimenti di riabilitazione articolati in una rete di strutture di riabilitazione ospedaliera (con strutture di alta specializzazione) ed extraospedaliera integrati in una rete costituita dai Centri di riabilitazione territoriale (CTR).

Questa organizzazione deve intervenire sul miglioramento funzionale soprattutto nei casi di malattie acute ma assume altresì un ruolo fondamentale nella gestione della disabilità in fase cronica (vedi piano regionale della cronicità) favorendo il mantenimento del livello funzionale raggiunto e contrastando il progressivo decadimento funzionale.

Dal punto di vista epidemiologico le patologie che esprimono bisogni riabilitativi assumono numeri rilevanti. Ad esempio in Umbria ci sono oltre 2000 casi ogni anno di ictus, 1600 casi di sclerosi multipla che richiedono un puntuale intervento riabilitativo in base alla fase di evoluzione della malattia, le patologie muscoloscheletriche, le fratture di vario tipo, il notevole numero di patologie disabilitanti della colonna con ricadute di produttività lavorativa; si contano altresì le patologie cardiologiche e respiratorie che costituiscono numeri importanti rispetto alle necessità riabilitative. Infine le gravi cerebrolesioni e le mielolesioni, pur essendo in numero minore, costituiscono condizioni di estrema complessità per le quali necessita una specifica competenza esercitata dalle strutture riabilitative di alta specializzazione.

IL LIVELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE

La riabilitazione territoriale

I Servizi di riabilitazione territoriale sono strutture organizzative, già presenti in Umbria da diversi anni, dirette dal Medico Specialista in Riabilitazione con un'equipe di professionisti della riabilitazione di riferimento per l'area distrettuale. I servizi di riabilitazione territoriale sono articolati operativamente in uno o più Centri di riabilitazione territoriale (CRT), che trovano una naturale

collocazione nelle costituenti Case della Salute per promuovere una sempre maggiore integrazione con i Medici di Medicina Generale.

Lo scopo dei CRT è la presa in carico della persona disabile sia nella fase della post acuzie che nella fase della cronicità. La visita ambulatoriale rappresenta il momento di definizione del progetto riabilitativo, laddove necessario, o dell'indicazione di altri percorsi come quello socio-sanitario o socio-assistenziale. A questo livello si esplicano i programmi di fisioterapia, logopedia, riabilitazione cognitiva e terapia occupazionale. All'interno di essi si svolge anche l'addestramento delle assistenze e la definizione degli ausili necessari nell'ambito del progetto riabilitativo. L'attività si svolge in stretta integrazione con quella distrettuale.

I livelli della riabilitazione territoriale sono:

- ambulatoriale, in specifici ambienti specializzati e attrezzati, di norma all'interno del CRT;
- domiciliare con programmi di breve durata mirati alla riacquisizione dell'autonomia della persona e all'addestramento del caregiver;
- residenziale con specifici Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

La riabilitazione ospedaliera si fonda sul modello di riferimento bio-psico-sociale di cui alla classificazione internazionale della disabilità e del funzionamento (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e sul "Disability action plan 2014-2021" dell'OMS che stabilisce le politiche sulla disabilità e riabilitazione, che individuano come obiettivi:

- rimuovere le barriere e migliorare l'accesso ai servizi e ai programmi sanitari;
- rinforzare ed estendere la riabilitazione, abilitazione, gli ausili tecnologici, i servizi assistenziali e di supporto alla riabilitazione territoriale;
- migliorare la raccolta di dati sulla disabilità, rilevanti e confrontabili a livello internazionale, supportare la ricerca sulla disabilità e servizi correlati.

Lo scenario di prospettiva ospedaliera è caratterizzato da un intervento precoce in tutte le forme di disabilità nei reparti per acuti e in un passaggio tempestivo, laddove appropriato, nei reparti di riabilitazione ospedaliera. La riabilitazione ospedaliera deve sviluppare una presa in carico riabilitativa tempestiva, appropriata ed intensiva anche per migliorare il turnover dei reparti per acuti, fortemente integrata con la riabilitazione territoriale che si sviluppa a sua volta in diversi setting con regime residenziale, ambulatoriale e domiciliare, come sopra descritto.

Nella tabella sotto riportata sono definite, per ogni Presidio Ospedaliero e relativo Ospedale, le dotazioni di Posti Letto di riabilitazione adeguate con le disposizioni della DGR 212/2016. Sono anche riportati i Posti letto di riabilitazione delle strutture private accreditate.

Offerta posti letto massimi per riabilitazione Regione Umbria - Anno 2018 (Mod. HSP 12)

AZIENDA SANITARIA	P.O.	CODICE	STABILIMENTO OSPEDALIERO	POSTI LETTO MASSIMI HSP 12
				RIABILITAZIONE
AUSL Umbria n.1	P.O. Alto Tevere	10080101	Città di Castello**	4
		10080102	Umbertide*	114
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino**	2
	P.O. Unificato	10080301	Castiglione del Lago*	4
		10080303	Passignano****	32
		10080304	Assisi*	2
		10080307	Media Valle Tevere*	13
AUSL Umbria n.2	P.O. Foligno	10080901	Foligno**	30
		10080902	Trevi****	48
	P.O. Spoleto	10080501	Spoleto**	14
		10080503	Cascia****	20
	P.O. Narni/ Amelia	10080701	Domus Gratie****	32
		10080702	Amelia*	17
	P.O. Orvieto	100806	Orvieto**	28
Azienda Ospedaliera di Perugia	Ospedale Perugia	100901	Ospedale Perugia***	25
Azienda Ospedaliera di Terni	Ospedale Terni	100902	Ospedale Terni***	31
TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PUBBLICHE				416
Case di Cura	Casa di cura Villa Fiorita	100701	Casa di cura Villa Fiorita	10
	Casa di cura Porta Sole	100702	Casa di cura Porta Sole	0
	Casa di cura SAGISC	100703	Casa di cura SAGISC	15
	Casa di cura Liotti	100704	Casa di cura Liotti	6
	Casa di cura Villa Aurora	100705	Casa di cura Villa Aurora	0
TOTALE POSTI LETTO STRUTTURE PRIVATE				31
TOTALE OFFERTA POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE				447

* Ospedale di Base; ** Ospedale sede di DEA I livello; *** Ospedale sede di DEA II livello (Fonte HSP 12 NSIS)

****Ospedale solo Riabilitativo

Si riporta la dotazione dei posti letto (pubblici e privati) che rispetta lo standard dello 0,7x1.000ab per la riabilitazione con la presenza di tutte e 4 le discipline riabilitative (codici 28, 75, 56 e 60).

Offerta posti letto massimi per riabilitazione Regione Umbria distinti per disciplina - Anno 2018 (Mod. HSP 12)

POSTI LETTO MASSIMI	N. POSTI PUBBLICI	N. POSTI PRIVATI	N. POSTI TOTALI
UNITA' SPINALE (COD. 28)	13	0	13
NEURORIABILITAZIONE (COD. 75)	37	0	37
RIABILITAZIONE INTENSIVA (COD. 56)	293	31	324
LUNGODEGENZA (cod. 60)	73	0	73
TOTALE	416	31	447

Per i dati di attività della riabilitazione si rimanda alle tabelle in Appendice .

AREE DI MIGLIORAMENTO

Il Piano assume il compito di sviluppare ulteriormente la rete riabilitativa indicando elementi organizzativi innovativi relativi sia agli aspetti territoriali che ospedalieri nonché di integrazione socio sanitaria.

L'obiettivo generale di salute correlato alla riabilitazione è quello dell'aumento degli anni vissuti senza disabilità e di limitare la gravità della disabilità per le patologie sopra descritte.

Sulla base di prove di efficacia e esperienze consolidate si delineano alcune linee di intervento:

- ✓ razionalizzazione e miglioramento degli interventi in rete
- ✓ rafforzamento del modello multidisciplinare e multiprofessionale
- ✓ riconversione dell'intervento per prestazioni in una globale presa in carico della persona disabile
- ✓ riorganizzazione della rete regionale delle residenze a sostegno della disabilità con individuazione precisa di prestazioni sanitarie, con definizione di standard clinico assistenziali, per ogni tipologia di struttura e determinazione delle tariffe regionali

Per la definizione e la pianificazione dei posti nelle strutture per persone con disabilità si rimanda al paragrafo specifico sulla disabilità.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito viene definito l'obiettivo generale da perseguire nel triennio, con lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/ risultati attesi.

Obiettivo generale	Riordino della rete riabilitativa
Obiettivo specifico 1	Miglioramento la presa in carico globale della persona con disabilità tenendo conto del suo contesto ambientale favorendo l'empowerment del paziente e del caregiver al fine di facilitare strategie di contrasto al peggioramento della disabilità.
Obiettivo specifico 2	Miglioramento della qualità della rete regionale delle strutture riabilitative
Obiettivo specifico 3	Innovazione della gestione riabilitativa
Azioni	<p>1 Redigere il format del PRI (misura la disabilità, stabilisce gli obiettivi a breve e a medio termine e le azioni, e valuta l'outcome) che deve prevedere gli interventi specifici da parte dei vari professionisti per rafforzare il modello multidisciplinare e multiprofessionale</p> <p>2a. A livello Territoriale: Potenziare i Centri di riabilitazione territoriale (CRT), per la presa in carico della persona disabile sia nella fase della post acuzie che nella fase della cronicità (vedi piano regionale della cronicità).</p> <p>2b. A livello Ospedaliero: Implementare il coordinamento tra aziende ospedaliere e strutture territoriali di riabilitazione intensiva per facilitare il percorso dalla fase acuta alla fase riabilitativa anche con l'inserimento della figura del terapeuta della riabilitazione nelle COT per le dimissioni protette</p> <p>3a. Sviluppo delle nuove tecnologie in riabilitazione previa HTA, per migliorare il trattamento riabilitativo e la disponibilità di ausili moderni</p> <p>3b. Estensione dell'informatizzazione dei processi riabilitativi</p>
Indicatori /Risultati attesi	<p>1. Utilizzo del PRI nel 100% dei pazienti presi in carico dalle strutture riabilitative</p> <p>2. Informatizzazione dei percorsi riabilitativi in tutte le strutture ospedaliere e territoriali</p> <p>3. Attivazione dimissioni protette integrate anche con le strutture riabilitative</p>

2.4.4 LE RETI CLINICHE ED ORGANIZZATIVE

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

STATO DELL'ARTE

La storia delle reti sanitarie in Umbria, con l'obiettivo di rendere omogenei gli strumenti di coordinamento e di integrazione dei servizi, comincia con il PSR 2009/2011, nel quale era previsto la formazione di reti secondo tre direttrici

A. RETE AD INTEGRAZIONE VERTICALE (HUB AND SPOKE)

che prevede la concentrazione della assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (hub), supportati da una rete di servizi (spoke) cui compete il primo contatto con i pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

B. RETE AD INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

le reti ad integrazione orizzontale sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso setting assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative.

C. RETE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE

Il modello con presenza di uno o più Centri di Riferimento clinico-assistenziale è strutturato per l'erogazione di particolari prestazioni il cui percorso-clinico assistenziale può esaurirsi in un unico presidio indipendentemente dalla tipologia di ospedale.

Si definisce quindi un sistema di centri che, per l'expertise professionale di alto livello e di alta qualificazione, sviluppato nel tempo in un rapporto sinergico tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Perugia, costituisce riferimento per patologie ad impatto epidemiologico basso e quindi trattabili in un numero ridotto di centri che esauriscono al loro interno il percorso diagnostico terapeutico.

Con DGR 212/2016 è stato adottato il "Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale" in attuazione del regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", di cui al D.M. 70 del 2 aprile 2015.

Il Decreto 70/2015 ha previsto che all'interno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia (che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale) di seguito riportate:

- rete infarto;
- rete ictus;
- rete traumatologica;
- rete neonatologica e punti nascita;
- rete medicine specialistiche;
- rete oncologica; breast unit
- rete pediatria;
- rete trapiantologica;
- rete terapia del dolore;
- rete malattie rare.

Dall'esperienza maturata sinora emerge come la Regione Umbria si sia posta all'avanguardia nella ricerca di modelli di governance finalizzati a rafforzare la presa in carico globale degli assistiti attraverso la messa in rete delle risorse umane e strumentali a disposizione. Tutto ciò premesso, le reti regionali attualmente esistenti, costituite dal 2008 ad oggi, con le relative Delibere istitutive sono:

- **la Rete Territoriale dell'Emergenza**
- **la Rete per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare**
- **la Rete per i Trapianti**
- **la Rete delle cure palliative e terapia del dolore**
- **la Rete infarto del miocardio**
- **la Rete ictus**
- **la Rete del politrauma**
- **la Rete trasfusionale**
- **la Rete dell'oncologia** che contempla anche l'istituzione dei centri di senologia.
- **la Rete materno infantile e dell'età evolutiva.**

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Pur nel quadro molto positivo di sviluppo precoce e progressivo delle reti sanitarie in Regione Umbria, vanno tuttavia evidenziate una serie di criticità rilevate nel corso dell'esperienza, che possono riassumersi in una serie di questioni "aperte" quali l'assetto geografico, la governance e la gestione.

Per quanto riguarda la "**questione geografica**" il tema si riconduce alla reale possibilità di sviluppare reti ospedaliere su territori e popolazioni di dimensioni limitate quale il nostro territorio. In questa prospettiva il tema è l'adeguatezza o meno dei confini regionali quale perimetro attorno al quale disegnare le reti per soddisfare il bisogno di assistenza ospedaliera della popolazione residente considerando la fisiologica mobilità del 10% in relazione a patologia specialistiche che trovano

soluzione in centri di rilievo nazionale o regionale. Tali aree potrebbero quindi essere identificate a scavalco degli attuali confini istituzionali delle regioni e delle singole ASL, dato che sono pensate in relazione ai flussi di mobilità della popolazione e non sui confini amministrativi (come nel caso di Terni e Rieti).

Da questo punto di vista l'Umbria, stante la sua conformazione fisica, rappresenta un territorio naturalmente portato a costituirsi come perimetro di una rete complessiva che tuttavia potrebbe "collegarsi" strutturalmente in modo più coeso e sistematico con altri sistemi per alcune reti come ad es. per la rete del politrauma, la rete emergenza, la rete trapianti. Anche considerando il tema-problema dell'individuazione e consolidamento di alte specialità su volumi di attività minimi che guardando alla sola popolazione dell'Umbria (circa 900.000 ab.) potrebbero non essere raggiunti. Quindi sarebbe possibile individuare dei Nuclei Interregionali (NI) per la programmazione condivisa degli sviluppi delle reti ospedaliere che insistono a scavalco e dentro i territori regionali, rafforzando ulteriormente gli sforzi già in atto di cooperazione tra Regioni.

Per quanto riguarda la questione della "**governance**" i temi emersi nel tempo riguardano l'influenza politica, in territori piccoli, in cui la sanità ancora di più svolge un ruolo di volano economico, fattore di consenso, e dimensione di identità territoriale, per cui le scelte "tecniche" sono inevitabilmente contaminate in modo profondo dalle "esigenze" ed aspettative generate dalle dinamiche politico-istituzionali. Questa situazione porta a scelte che non necessariamente sono il first-best tecnico ma che rispondono alla più ampia prospettiva della ricerca di equilibri e soluzioni win-win nella prospettiva dei sub-territori e gruppi politici che rappresentano il territorio regionale.

Per quanto concerne invece l'attenzione che i sistemi aziendali hanno posto sul tema dello sviluppo ed attuazione delle reti, il tema-problema riguarda il tempo "dedicato" alla costruzione delle reti interaziendali da parte delle Direzioni Generali e Sanitarie. Da un lato fenomeno ben conosciuto, diffuso e dovuto all'evidente e comprensibile interesse che ogni Direzione ha nel "proteggere" gli interessi della propria azienda nella misura in cui la rappresenta, ne costruisce l'identità e si legittima conseguentemente agli occhi dei professionisti. In questa prospettiva la mancata applicazione delle indicazioni provenienti dalle reti, può essere anche interpretata probabilmente come presunta intrusione delle reti nell'attività di direzione aziendale.

Da qui l'esigenza di rafforzare il modello già in essere che prevede il coinvolgimento della regione, che agisca da "holding" del sistema per avviare percorsi reali di integrazione strutturale e comportamentale tra realtà aziendali diverse, come nel caso della possibile, ed auspicabile, integrazione tra le aziende di Perugia e Terni.

Infine, per quanto riguarda la questione della "**gestione**", i temi da tener in considerazione riguardano sia gli aspetti di coordinamento che quelli collegati alle risorse per sostenere lo sviluppo organizzato e strutturato delle reti. La necessità di avere delle risorse dedicate, almeno per parte del tempo (supporto segretariale, coordinamento gruppi di progetto, supporto allo sviluppo dei contenuti, quali linee guida, protocolli, accordi interaziendali, ecc.), è un problema-tema comune a qualsiasi esperienza di rete da cui una "dipendenza" quasi personale della rete da singoli professionisti, il cui pensionamento o venir meno di energia e motivazione da dedicare alla rete rischia di minarne sviluppo e continuità.

Le criticità sopra illustrate si devono affrontare con un modello più snello e flessibile che consenta di garantire un forte coordinamento per un'armonica integrazione, interazione, cooperazione e

collaborazione fra strutture ospedaliere e strutture territoriali delle Aziende Sanitarie regionali, favorendo percorsi di programmazione concertata tra le Direzioni Aziendali, l'Università e la Regione. La revisione del modello organizzativo dovrebbe consentire di rendere più efficiente del sistema ed il superamento delle problematiche, che hanno compromesso in alcuni casi funzionalità ed efficacia delle reti. Il nuovo sistema di governance dovrà costituire uno schema di base che implichi **la possibile configurazione di modelli diversi a seconda della vocazione della rete o in ottemperanza a quanto previsto da fonti normative che disciplinino in modo rigoroso la struttura.** Il modello organizzativo di base dovrà tuttavia essere coerente con gli standard definiti dalla normativa nazionale vigente, con particolare riferimento a quanto previsto dal DM 70. In conclusione il modello organizzativo regionale, di cui alla DGR 1501/2012, di fatto, non si discosta molto da quanto evidenziato nelle redigende linee guida di AGENAS sulla struttura di base delle reti secondo un modello di clinical governance.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito vengono definiti gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

A.Rete Territoriale dell'Emergenza

È stata istituita, con DGR n. 1586 del 16/12/2011, la Centrale Operativa Unica regionale 118 di Perugia. La CO 118 Unica Regionale attiva per i diversi interventi sul territorio le varie postazioni mobili dislocate nelle varie sedi, ospedaliere e non, del territorio regionale a mezzo telefonia fissa, mobile o radio. Le varie postazioni mobili del territorio dipendono quindi dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, dalla ASL Umbria 1 e ASL Umbria 2 a seconda delle sedi di intervento. La Centrale unica coordina le funzioni operative relative all'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie etc. Essa, infine, raccoglie i dati di attività secondo il percorso Ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Ad oggi il Sistema regionale dell'Emergenza Urgenza risulta in linea con gli standard previsti dal DM 70/20015. Infatti esso risulta costituito da un'unica C.O. regionale 118; 14 postazioni di mezzo di soccorso avanzato in servizio H24 e 3 in H12; dispone di un servizio di elisoccorso diurno in integrazione con la Regione Marche (eliambulanza di Fabriano) dato il modesto numero di interventi richiesti dalla CO 118 mentre non risultano attivi Punti di Primo Intervento – PPI.

La rete territoriale di soccorso dispone di:

- Postazioni mobili “ospedaliere” - Hanno sede all'interno delle strutture ospedaliere, dei DEA di I e II livello e dei PS con personale, che opera, a volte, anche in Pronto Soccorso garantendo in parte la copertura dei turni degli stessi. L'équipe presente assiste i pazienti ed utilizza le tecnologie e le consulenze eventualmente presenti (radiologia, laboratorio analisi, cardiologia, ecc.).
- Postazioni mobili “territoriali” hanno sede presso una struttura fisica, solitamente un distretto, un presidio del servizio sanitario locale o una pubblica assistenza (CRI, Misericordia, ANPAS...) messe comunque a disposizione per il sistema 118.

La dislocazione e il numero dei mezzi rispondono a quanto previsto dall' "Atto di intesa del 17 maggio 1996 tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza

sanitaria”. Tali parametri sono finalizzati al rispetto dei tempi di intervento per i codici a maggior gravità (rossi e gialli) ovvero entro 8 minuti in area urbana e 20 minuti in area extraurbana

Il Sistema ospedaliero dell'emergenza è articolato nel suo complesso all'interno delle singole Aziende Sanitarie secondo il seguente modello:

A. Dipartimenti di emergenza-urgenza (DEA) di I livello:

- Azienda Unitaria Sanitaria Locale Umbria 1: DEA interdipartimentale unico, articolato su due sedi, corrispondenti a due Ospedali dell’Emergenza quali quelli di Città di Castello (PG) e Branca (PG);
- Azienda Unitaria Sanitaria Locale Umbria 2: DEA interdipartimentale, articolato su due sedi, corrispondenti a due Ospedali dell’Emergenza quali quelli di Foligno (PG) e Spoleto (PG) a cui va aggiunto il DEA istituito presso l’Ospedale dell’Emergenza di Orvieto (TR).

B. Dipartimenti di emergenza-urgenza (DEA) di II livello:

- Azienda Ospedaliera “S.Maria della Misericordia” di Perugia: DEA II livello;
- Azienda Ospedaliera “S.Maria ” di Terni: DEA II livello.

C. Presidi ospedalieri NON sede di DEA, comunque in integrazione con gli Ospedali dell’Emergenza.

La verifica dei requisiti dei punti della rete dell'emergenza- urgenza ha evidenziato che i Presidi con DEA di II livello e i Presidi con DEA di I livello soddisfano i requisiti richiesti salvo, per alcuni di questi ultimi, relativamente ai bacini di utenza e ai volumi di accesso ma ciò è connesso con la situazione orografica e di distribuzione della popolazione regionale ed in particolare con l’individuazione delle aree interne (DGR 213/2015).

Per gli Ospedali non sede di DEA, laddove la verifica dei requisiti dimostra la necessità di una riorganizzazione individuando le sedi di P.S., le sedi di P.P.I. e dei PS avanzati in coerenza con la riorganizzazione dell’intera rete ospedaliera.

Obiettivo generale	Mantenimento e sviluppo della rete territoriale dell'emergenza
Obiettivo specifico 1	Individuazione delle sedi di PS, dei PPI e dei Pronto Soccorso avanzati per adeguare la rete dell'emergenza
Obiettivo specifico 2	Rispetto dei tempi Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti).
Obiettivo specifico 3	Miglioramento obiettivi di performance dei PS
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione dei PPI e dei PS avanzati nelle due Aziende territoriali come da pianificazione 2. Formazione degli operatori per un miglioramento della raccolta dati e del debito informativo
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempi di Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso < 18 minuti 2. Raggiungimento nel triennio dei valori ottimali di performance dei PS: <ul style="list-style-type: none"> - tempi di attesa in Pronto Soccorso - tasso di accesso - percentuale di abbandoni - tassi di ospedalizzazione

B. Rete per le Patologie Tempo Dipendenti

La Rete regionale per il trattamento dell’ICTUS, i cui standard derivano dall’Accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005 concernente “Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai

pazienti con ictus cerebrale”, è stata istituita con DGR n. 158 del 24/02/2014 e prevede la seguente organizzazione:

I presidi ospedalieri presso cui sono istituite le Stroke Unit di I livello sono i seguenti:

- Ospedale di Città di Castello - Azienda USL Umbria n. 1;
- Ospedale di Gubbio/Gualdo Tadino - Azienda USL Umbria n. 1;
- Ospedale di Foligno - Azienda USL Umbria n. 2;
- Ospedale di Orvieto - Azienda USL Umbria n. 2.

I presidi ospedalieri presso cui sono istituite le Stroke Unit di II livello sono i seguenti:

- Ospedale di Perugia - Azienda Ospedaliera “S. Maria della Misericordia”;
- Ospedale di Terni - Azienda Ospedaliera “S. Maria”.

La rete per il **Trauma**, istituita con DGR n. 159 del 24/02/2014, ha declinato su base regionale gli standard previsti dall’Accordo Stato-Regioni del 4/4/2002 “Linee-guida per l’organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi” in base ai quali sono state identificate le strutture in cui inquadrare il Sistema Integrato per l’Assistenza al Trauma (SIAT) in base alle loro caratteristiche strutturali, organizzative e geografiche in modo da organizzare il percorso extra ed intraospedaliero secondo una logica funzionale ed assistenziale integrata dal momento del trauma maggiore a quello della dimissione dalla riabilitazione.

La rete prevede la seguente organizzazione:

Centro Traumi ad alta Specializzazione (CTS): dotato tra l’altro di una UO funzionale di gestione del trauma (Trauma Team o Trauma Service), gestita da una figura professionale di competenza specifica che coordini le risorse necessarie ad identificare e trattare H24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale. I presidi ospedalieri individuati a costituire i CTS di riferimento regionale sono rappresentati dagli ospedali:

- Ospedale di Perugia - Azienda Ospedaliera “S. Maria della Misericordia”;
- Ospedale di Terni - Azienda Ospedaliera “S. Maria”.

Centro Traumi di Zona (CTZ): dotato di una UO Trauma Team, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare H24 in modo definitivo tutte le lesioni come nel CTS, tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità peculiari dei CTS. I presidi ospedalieri individuati a costituire i CTZ sono rappresentati dagli ospedali:

- Ospedale di Città di Castello - Azienda USL Umbria n. 1;
- Ospedale di Foligno - Azienda USL Umbria n. 2.

La Rete regionale per l’**Infarto Miocardico Acuto con sopraslivellamento (IMA-STEMI)**, istituita con la DGR n. 978 del 09/09/2013, si impernia sul modello di rete Hub (Perugia, Terni e Foligno dotate di Laboratorio di Emodinamica/H24 ed UTIC) and Spoke (Città di Castello, Gubbio/Gualdo Tadino e Spoleto dotate di UTIC). Tale scelta è in linea con gli standard previsti dal Regolamento (DM 70/2015): una struttura di Emodinamica ogni 0,3 milioni di ab. e 1 UTIC ogni 0,15 milioni di abitanti. Tale scelta ha tenuto conto della dispersione territoriale della popolazione e della tipologia di DEA presenti nei diversi territori.

Altro aspetto fondamentale della rete è rappresentato dal fatto che tutte le postazioni mobili del 118, presenti in ogni sede Hub e Spoke, sono dotate di teletrasmissione dell’ECG per il teleconsulto cardiologico presso l’UTIC di riferimento.

<p>Obiettivo generale</p>	<p>Sviluppo delle reti per le Patologie Tempo Dipendenti: Rete ICTUS, Rete Trauma e Rete Cardiologica</p>
<p>Razionale</p>	<p>La Rete regionale per il trattamento dell'ICTUS, i cui standard derivano dall'Accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005 concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale", è stata istituita con DGR n. 158 del 24/02/2014 e prevede la seguente organizzazione: I presidi ospedalieri presso cui sono istituite le Stroke Unit di I livello sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedale di Città di Castello - Azienda USL Umbria n. 1; • Ospedale di Gubbio/Gualdo Tadino - Azienda USL Umbria n. 1; • Ospedale di Foligno - Azienda USL Umbria n. 2; • Ospedale di Orvieto - Azienda USL Umbria n. 2. <p>I presidi ospedalieri presso cui sono istituite le Stroke Unit di II livello sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedale di Perugia - Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia"; • Ospedale di Terni - Azienda Ospedaliera "S. Maria". <p>La rete per il Trauma, istituita con DGR n. 159 del 24/02/2014, ha declinato su base regionale gli standard previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 4/4/2002 "Linee-guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi" in base ai quali sono state identificate le strutture in cui inquadrare il Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT) in base alle loro caratteristiche strutturali, organizzative e geografiche in modo da organizzare il percorso extra ed intraospedaliero secondo una logica funzionale ed assistenziale integrata dal momento del trauma maggiore a quello della dimissione dalla riabilitazione.</p> <p>La rete prevede la seguente organizzazione: Centro Traumi ad alta Specializzazione (CTS): dotato tra l'altro di una UO funzionale di gestione del trauma (Trauma Team o Trauma Service), gestita da una figura professionale di competenza specifica che coordini le risorse necessarie ad identificare e trattare H24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale. I presidi ospedalieri individuati a costituire i CTS di riferimento regionale sono rappresentati dagli ospedali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedale di Perugia - Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia"; • Ospedale di Terni - Azienda Ospedaliera "S. Maria". <p>Centro Traumi di Zona (CTZ): dotato di una UO Trauma Team, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare H24 in modo definitivo tutte le lesioni come nel CTS, tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità peculiari dei CTS. I presidi ospedalieri individuati a costituire i CTZ sono rappresentati dagli ospedali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedale di Città di Castello - Azienda USL Umbria n. 1; • Ospedale di Foligno - Azienda USL Umbria n. 2. <p>La Rete regionale per l'Infarto Miocardico Acuto con soprasslivellamento (IMA-STEMI), istituita con la DGR n. 978 del 09/09/2013, si impernia sul modello di rete Hub (Perugia, Terni e Foligno dotate di Laboratorio di Emodinamica/H24 ed UTIC) and Spoke (Città di Castello, Gubbio/Gualdo Tadino e Spoleto dotate di UTIC). Tale scelta è in linea con gli standard previsti dal Regolamento (DM 70/2015): una struttura di Emodinamica ogni 0,3 milioni di ab. e 1 UTIC ogni 0,15 milioni di abitanti.</p>

	Tale scelta ha tenuto conto della dispersione territoriale della popolazione e della tipologia di DEA presenti nei diversi territori. Altro aspetto fondamentale della rete è rappresentato dal fatto che tutte le postazioni mobili del 118, presenti in ogni sede Hub e Spoke, sono dotate di teletrasmissione dell'ECG per il teleconsulto cardiologico presso l'UTIC di riferimento.
Obiettivo specifico 1	Rete ICTUS Ogni punto della rete deve possedere i requisiti e gli standard previsti dal DM 70/2015 e indicati nella DGR 212/2016 (neuroradiologia interventistica di II livello h24 nelle Aziende Ospedaliere e teleradiologia h24 in tutta la rete)
Obiettivo specifico 2	Rete TRAUMA Ogni punto della rete deve possedere i requisiti e gli standard previsti dal DM 70/2015 e indicati nella DGR 212/2016
Obiettivo specifico 3	Rete CARDIOLOGIA Ogni punto della rete deve possedere i requisiti e gli standard previsti dal DM 70/2015 e indicati nella DGR 212/2016
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica di organizzazione della rete ICTUS sia per gli HUB che per gli SPOKE con adeguamento agli standard 2. Verifica di organizzazione della rete TRAUMA sia per i CTS che per i CTZ con adeguamento agli standard 3. Verifica di organizzazione della rete Cardiologia sia per gli HUB che per gli SPOKE con adeguamento agli standard 4. Attivazione dello Spoke per la rete Cardiologia presso il Presidio ospedaliero di Orvieto.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto degli indicatori del PDTA "Percorso clinico-organizzativo integrato del paziente con ictus. Approvazione" (DGR n. 158 del 24/02/2014). 2. Rispetto degli indicatori del PDTA "Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione" (DGR n. 159 del 24/02/2014). 3. Rispetto degli indicatori del PDTA "Protocollo operativo per la gestione dell'infarto acuto del miocardio (IMA)" (DGR n. 978 del 09-09-2013).

D.Rete Trapianti

La Regione Umbria ha istituito, con DGR 98/2013, la Rete Regionale per i Trapianti (Re.Re.T.) Tale Rete, in ottemperanza alle indicazioni contenute nella DGR n. 1501 del 26/11/2012 "Reti cliniche e sanitarie regionali", deve garantire la sostenibilità del sistema trapianti regionale e individuare gli interventi da attuare nel medio e nel lungo periodo finalizzati al contenimento dei costi e alla razionalizzazione del sistema, assicurando nel contempo qualità, sicurezza, numerosità ed efficienza delle prestazioni. Con DRG 634/2017 è stata riorganizzata la Rete Regionale per i Trapianti ed è stato nominato il coordinatore del Centro regionale per i Trapianti. Sono poi intervenute le successive disposizioni: CSR n.225 del 14 dic. 2017 "Programma Nazionale Donazioni 2018-2020", CSR n.16 del 24 gennaio 2018 "Requisiti Minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate" che sono di riferimento per la Regione. Si distinguono pertanto due iter di sviluppo:

- Organizzazione regionale per la donazione di organi e tessuti
- Organizzazione regionale per il trapianto di organi e tessuti

Organizzazione regionale per la donazione di organi e tessuti

La Donazione e il trapianto di organi costituiscono il presupposto irrinunciabile necessario a dare risposta ai tanti cittadini interessati da una terminale disfunzione d'organo. Il procurement e i trapianti di cellule e tessuti rappresentano a loro volta una soluzione terapeutica per il recupero di una funzione d'organo, come nelle terapie cellulari, e come supporto o cura definitiva nel trattamento dei fenomeni degenerativi o lesionali nel caso dei tessuti. Il raggiungimento di livelli di procurement adeguati agli standard di qualità nazionali, rappresenta un indicatore di efficienza dell'intero sistema sanitario regionale.

Il processo di donazione e il trapianto di organi è parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): per attuare a livello regionale e nazionale il controllo e la misura di efficienza del processo, il CNT promuove l'utilizzo di criteri ed indicatori di qualità ad hoc anche nei sistemi di monitoraggio dei LEA vigenti.

I due criteri di qualità essenziali per la donazione di organi sono:

- 1) la donazione di organi è attività istituzionale delle strutture sanitarie e obiettivo essenziale dei SSR.
- 2) tutti i soggetti che presentano i criteri di ME devono essere sottoposti ad accertamento con criteri neurologici (il sistematico accertamento di morte con criteri neurologici di tutti i soggetti in ME non costituisce solo un fattore di aderenza alla norma di legge ma, altresì, un indice di "best practice" e di qualità dell'assistenza ospedaliera).

Gli indicatori di qualità individuati nell'Allegato II saranno sottoposti a periodica verifica, integrazione e miglioramento in relazione alla possibilità di acquisizione dei dati da parte della Regione Umbria. In particolare, sarà tenuta in considerazione la possibilità di comparazione dei dati a livello europeo. La Regione Umbria, in modo sistematico, raccoglie dati prospettici con lo scopo di individuare percorsi per l'attivazione, ovunque sia possibile, anche di programmi di donazione a cuore fermo.

Vengono distinti due livelli organizzativi:

1. livello regionale.
 - Centro Regionale Trapianti
 - Comitato Regionale Trapianti
2. Livello ospedaliero/aziendale
 - Coordinamento Ospedaliero per il procurement
 - Il Comitato Aziendale Ospedaliero per la Donazione di Organi e Tessuti

I Requisiti funzionali del processo di "donazione di organi" in Ospedale, come riportato CSR 225 del 14 dic. 2017 prevedono:

- Sostenibilità economica - la Donazione di organi è obiettivo sostenibile dei SSR sulla base di un sistema di remunerazione omogeneo e indicatori di attività.
- Supporto regionale alle attività di Accertamento Morte Encefalica - la Regione Umbria al fine di sostenere i processi all' Accertamento Morte Encefalica, quale atto moralmente etico, nei pazienti con lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio (DM 11 aprile 2008), dispone una Equipe Regionale di Valutazione di Morte Encefalica costituita da un Neurologo esperto in EEG ed un Tecnico di Neurofisiopatologia.
- Supporto regionale alle attività di Donazione di Organi e Tessuti -la Regione Umbria al fine di sostenere i processi di donazione di organi e tessuti di cui sopra, costituisce il Gruppo Infermieristico Inter-Aziendale (GIIA) per il supporto delle rianimazioni sede di donazione.

Organizzazione regionale per il trapianto di organi e tessuti

Si fa riferimento a quanto espresso nel CSR n.16 del 24 gennaio 2018 “Requisiti Minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l’autorizzazione e l’accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate.”

La Regione Umbria ritiene strategico il Piano Regionale per la Donazione e Trapianto.

La Regione Umbria ha adottato la DGR 792 del 18/7/2018 “Convenzione per la Collaborazione nei Programmi di Trapianto di Rene e di Fegato tra Regione Umbria e Regione Marche. Approvazione” In data 8 agosto 2018 è stata stipulata la convenzione con la Regione Marche, prevedendo il coinvolgimento dei Centri di Trapianto di rene di Ancona e quello di Perugia, il Centro di Trapianto di fegato di Ancona, i Centri di Riferimento per i Trapianti dell’Umbria e delle Marche, le strutture specialistiche per le patologie epatiche e nefrologiche dell’Umbria e la Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, in merito ai Programmi per il trapianto di fegato e di rene secondo le modalità previste nello schema di convenzione . La durata della Convenzione è determinata in anni 3 (tre) ed è operativa dal 12 agosto 2018.

Obiettivo generale	Sviluppo della rete trapianti
Obiettivo specifico 1	Riorganizzazione della rete regionale trapianti in aderenza alle ultime disposizioni normative con organizzazione del livello regionale e del livello ospedaliera/ aziendale
Obiettivo specifico 2	Piena operatività della Convenzione con la Regione Marche per i trapianti di rene e di fegato
Obiettivo specifico 3	Raggiungimento degli standard nazionali di donazione organi/tessuti nelle aziende sanitarie.
Obiettivo specifico 4	Assicurare il processo di accertamento morte encefalica e di donazione organi e tessuti in tutte le strutture ospedaliere della regione
Obiettivo specifico 5	Garantire l’organizzazione dei Centri Trapianto per assicurarne i requisiti minimi secondo le ultime disposizioni normative.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione nuovo atto di riorganizzazione della rete trapianti 2. Stesura dei protocolli operativi necessari alla realizzazione delle attività previste dalla Convenzione adottata con DGR 792 del 18/7/2018 e verifica del bilancio tra organi ceduti e pazienti umbri trapiantati. 3. Stesura del Piano Regionale Trapianti con relativi indicatori di qualità e sostenibilità economica 4. Attivazione Equipe Regionale di Valutazione di Morte Encefalica 5. Attivazione Gruppo Infermieristico Inter-Aziendale 6. Verifica del raggiungimento degli obiettivi di donazione e trapianto
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione della donazione di tessuti in tutti i casi di decesso in regime di ricovero in tutti gli ospedali sede di Coordinamento Locale Ospedaliero/Aziendale. 2. Il processo di donazione e il trapianto di organi è parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tale che la donazione diventi una routine ospedaliera/aziendale. 3. Raggiungimento degli obiettivi regionali/aziendali di donazione e trapianto

E. Piano Regionale Sangue e Plasma

Con DGR 889 del 01/08/2016 "Piano Regionale Sangue e Plasma 2016-2018; Approvazione" la Regione Umbria ha approvato il Piano Regionale Sangue e Plasma 2016-2018. Tale Piano prevede, in particolare, la centralizzazione della lavorazione del sangue presso i SIT dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e di Terni (sedi Hub), la conferma del Centro di riferimento regionale per gli emocomponenti ad uso topico presso il SIT di Foligno (AUSL Umbria, di recepire, infine, l'Accordo Stato-Regioni del 14 aprile 2016 "Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 20 marzo 2008, relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province Autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue", di coinvolgere l'Associazione AVIS per rendere efficaci ogni azione tendente a migliorare il Piano Regionale Sangue; di prevedere un monitoraggio periodico (trimestrale) dei risultati raggiunti da parte delle Aziende Sanitarie regionali.

In Umbria sono previsti 4 Servizi Immuno-Trasfusionali, uno per ciascuna Azienda Sanitaria (modello HUB e SPOKE) e con le seguenti articolazioni a costituire la Rete Regionale per la Medicina Trasfusionale:

- SIT dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (Ospedale di Perugia) (Centro HUB);
- SIT dell'Azienda Ospedaliera di Terni (Ospedale di Terni) (Centro HUB);
- SIT dell'ASL Umbria 1 (Ospedale di Città di Castello e Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino) (Centri SPOKE) e sue articolazioni organizzative (Assisi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Pantalla, Passignano e Umbertide);
- SIT dell'ASL Umbria 2 (Ospedale di Foligno, Ospedale di Spoleto e Ospedale di Orvieto) (Centri SPOKE) e sue articolazioni organizzative (Amelia, Cascia, Narni, Nocera Umbra e Norcia).

Tale articolazione rispetta i requisiti minimi per i DEA di I e II livello come previsto dal D.M. 2 aprile 2015 n. 70 e dalla DGR 212/2016.

La Regione Umbria ha adottato la DGR 1135 del 15/10/2018 Recepimento Accordi Stato-Regioni del 25 maggio 2017 concernente "Schema tipo di convenzione tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, prive di servizi trasfusionali, per la fornitura di sangue e suoi prodotti e di prestazioni di medicina trasfusionale" e del 21 dicembre 2017 concernente "Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue.

L'Accordo ha stabilito lo schema tipo e le modalità per la stipula delle convenzioni tra le strutture sanitarie pubbliche provviste di servizi trasfusionali e le strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate o non accreditate, prive di Servizio trasfusionale per la fornitura di prodotti del sangue, tra i quali sono compresi gli emocomponenti per uso non trasfusionale.

Il nuovo schema tipo di convenzione è proposto alla luce dell'evoluzione del sistema trasfusionale nazionale conseguente agli interventi legislativi, nazionali e di derivazione europea, nonché agli interventi normativi, in materia di federalismo fiscale, coerentemente ai principi di programmazione sanitaria in materia di attività trasfusionale e nel rispetto dell'autonomia regionale nella programmazione e organizzazione delle attività sanitarie.

Obiettivo generale	Ottimizzazione dell'impiego del sangue e del plasma
Obiettivo specifico 1	Mantenimento dell'autosufficienza regionale di sangue ed emocomponenti secondo i relativi piani nazionali di autosufficienza in particolare l'incremento delle donazioni di plasma in ciascun SIT (aferesi produttiva) finalizzato all'uso industriale (produzione emoderivati in conto lavoro) secondo le disposizioni previste dalla farmacopea europea
Azioni obiettivo specifico 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ridefinizione del nuovo modello organizzativo del Sistema Trasfusionale regionale 2. Mantenimento della certificazione di conformità (Accreditamento) secondo quanto previsto dagli Accordi Stato-Regione del 10 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012 3. Valorizzazione di specifiche competenze e professionalità presenti sul territorio regionale 4. Miglioramento della sicurezza trasfusionale ed in particolare l'implementazione di tecniche innovative per l'inattivazione dei patogeni negli emocomponenti labili 5. Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso degli emocomponenti, plasma e plasma derivati ed in particolare l'implementazione del cosiddetto "Patient Blood Management"
Obiettivo specifico 2	Si rimanda a quelli previsti dalla DGR 1135/2018 circa le modalità per la stipula delle convenzioni tra le strutture sanitarie pubbliche provviste di servizi trasfusionali e le strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate o non accreditate, prive di Servizio trasfusionale per la fornitura di prodotti del sangue, tra i quali sono compresi gli emocomponenti per uso non trasfusionale.
Azioni obiettivo specifico 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione e protocolli operativi relativi alla modalità di produzione/ applicazione per la fornitura di prodotti del sangue, tra i quali sono compresi gli emocomponenti per uso non trasfusionale 2. Aggiornamento e Costituzione Comitati per il buon uso del sangue 3. Monitoraggio delle attività svolte e dei risultati raggiunti dai Comitati per il buon uso del sangue
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione nuovo modello organizzativo del Sistema Trasfusionale regionale 2. Adozione nuovo modello di convenzione tra le strutture sanitarie pubbliche provviste di servizi trasfusionali e le strutture sanitarie pubbliche e private 3. Monitoraggio dell'appropriatezza d'uso degli emocomponenti, plasma e plasma derivati

Gli obiettivi per le altre reti regionali:

- la Rete per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare
- la Rete delle cure palliative e terapia del dolore
- la Rete dell'oncologia che contempla anche l'istituzione dei centri di senologia.
- la Rete materno infantile e dell'età evolutiva

sono definite nei capitoli specifici.

2.4.5 L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: LE DIMISSIONI PROTETTE

La *Continuità delle Cure* è uno dei principali obiettivi del SSN e viene intesa sia come continuità terapeutica ed assistenziale tra i diversi professionisti integrati (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico/terapeutici condivisi), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Uno degli aspetti più critici, connessi con l'offerta di un'assistenza di elevata qualità, è rappresentato infatti da un miglior coordinamento e da una più stretta integrazione Ospedale/Territorio in una logica di rete, al fine di garantire la presa in carico del paziente fragile in un percorso assistenziale di continuità delle cure e di appropriatezza.

STATO DELL'ARTE

In Umbria l'impegno verso i cittadini deve essere rivolto soprattutto a garantire la continuità terapeutica ed assistenziale nei confronti della persona presa in carico dal Territorio nel momento stesso in cui è dimessa dall'Ospedale, attraverso l'adozione di modalità e procedure aziendali condivise tra i Presidi Ospedalieri, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Strutture Territoriali e Servizi di Assistenza Sociale, in grado di garantire a livello dei servizi territoriali *la continuità del percorso terapeutico/riabilitativo più appropriato*, assicurando uno standard aziendale di assistenza infermieristica H12 nei giorni feriali e pronta disponibilità nei giorni festivi diurni per Cure Domiciliari e Cure palliative/Terapia del Dolore in tutti gli ambiti distrettuali.

Con il termine "dimissione protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo del passaggio dell'assistito da un ambito di cura ad un altro e che si applica a persone "fragili", prevalentemente anziani, affetti da quadri clinici complessi per assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza. La persona dimissibile in regime protetto è quella:

- a. clinicamente stabile e/o stazionaria nel proprio continuum salute-malattia,
- b. che non necessita di assistenza ospedaliera di elevata intensità,
- c. che non è in grado di essere accolta al proprio domicilio in rapporto al fabbisogno assistenziale di media/bassa intensità, e/o ad ostacoli riconducibili a fattori di varia natura attribuibili a problematiche socio-economiche ed ambientali.

Nel nuovo "Piano Nazionale della Cronicità", recepito in Umbria nel 2017 con il Piano Regionale della Cronicità, viene sottolineata l'importanza di individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità delle cure fra il territorio e l'ospedale, e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura. Viene altresì riconfermata la centralità del Distretto per garantire la reale presa in carico, la continuità delle cure e la prevenzione per il contenimento delle patologie cronico/degenerative.

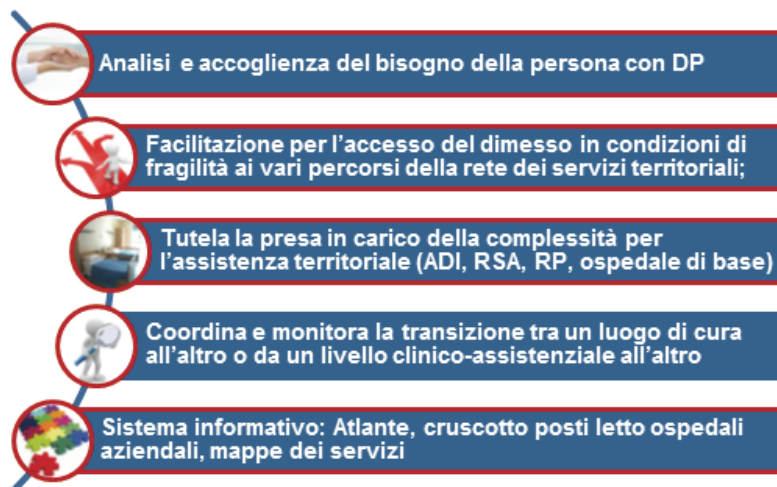
Anche in linea con quanto ribadito dal Decreto del Ministero della Salute n.70/2015, che al paragrafo "Continuità Ospedale/Territorio", riconosce che "l'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale" e ancora "Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una **centrale della continuità**... posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero.."; la Regione Umbria sul Recepimento

dell'Accordo sulle modalità di riparto tra le regioni relativamente all'incremento sperimentale della quota di premialità per l'anno 2017 del Programma annuale di miglioramento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, ha inserito la sperimentazione del distretto del Perugino della Centrale Operativa Territoriale – COT, che permetterà di valutare correttamente la domanda, individuare i bisogni prioritari e indirizzare verso il setting assistenziale più appropriato della persona con dimissione protetta. Si sperimenta quindi un modello che garantisca la continuità assistenziale ospedale/territorio, l'integrazione con il medico di medicina generale e l'assistenza territoriale. La centrale operativa si avvale di un software gestionale messo a punto attraverso il Sistema Atl@nte.

Al momento è stata attivata sperimentalmente la COT nel Distretto del Perugino che nel percorso di dimissioni protette con l'Ospedale di Perugia utilizza modalità organizzative riportate nello schema sottostante:



Le **funzioni** della COT sono graficamente riportate nella figura sottostante

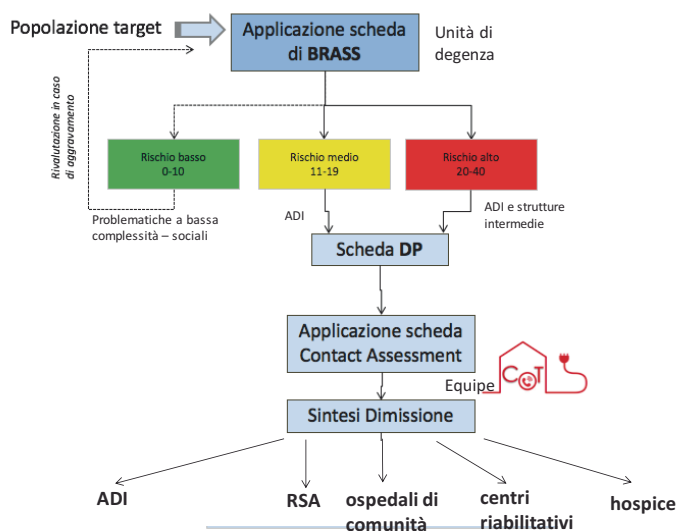


L'attivazione del percorso per attivare la COT inizia con l'Equipe Dimissione Protetta dell'ospedale che effettua il più precocemente possibile la compilazione della scheda BRASS (Blaylock Risk

Assessment Screening) che identifica l'indice di rischio di dimissione difficile, inviandola alla COT, attraverso il sistema ATL@NTE, da 72 a 48 ore prima della dimissione per tutti gli assistiti che rispondono a determinati criteri presenti all'ingresso o che si sviluppino nel corso della degenza. L'equipe territoriale di dimissione protetta, dopo aver ricevuto la scheda BRASS (tramite il sistema Atl@nte) programma entro 72 ore dalla segnalazione la Valutazione Multidimensionale congiunta con l'Equipe Ospedaliera Dimissione Protetta. La valutazione viene effettuata tramite la Scheda Contact Assessment e successivamente viene eseguita la stesura del verbale di chiusura del processo di dimissione protetta. La scheda viene trasmessa attraverso il Sistema Atl@nte con assegnazione al setting assistenziale più appropriato, condiviso anche con i familiari, per assicurare la presa in carico dall'ospedale al territorio, dall'ADI alle strutture intermedie.

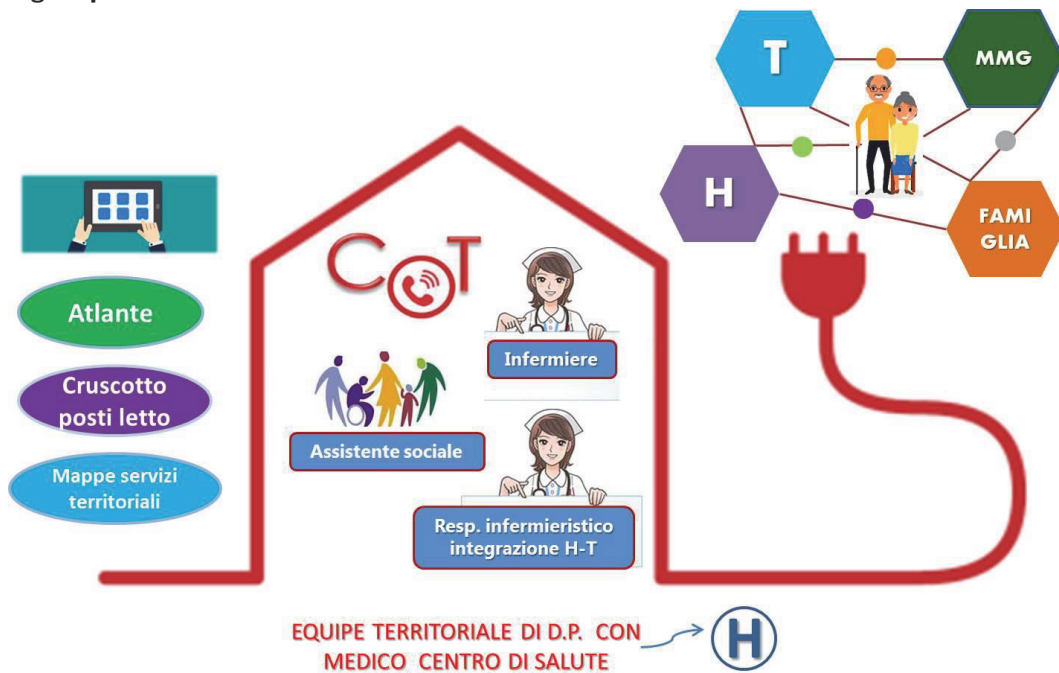
Il **percorso informatizzato** delle dimissioni protette è graficamente riportato nella figura sottostante

**IL PERCORSO INFORMATIZZATO DELLE DIMISSIONI PROTETTE
SU SOFTWARE ATLANTE REGIONE UMBRIA**



La **COT** viene quindi intesa come punto di ricezione e di triage del bisogno assistenziale territoriale della persona e cabina di regia in cui viene individuata ed organizzata l'offerta integrata dei servizi dei ricoverati con dimissione protetta e facilitato l'accesso di quest'ultimi ai vari percorsi della rete degli ospedali e servizi territoriali non compresi nell'area dell'emergenza. Il nuovo modello operativo permette una più rapida e corretta gestione della presa in carico e della continuità assistenziale sul territorio con una migliore individuazione dei livelli assistenziali territoriali più appropriati, facilitando anche i flussi informativi tra azienda ospedaliera ed azienda USL.

Di seguito gli **Operatori della COT**:



Dal 1.1.2019 il percorso informatizzato per la gestione delle dimissioni protette è attivo in tutti gli Ospedali e Distretti umbri.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito viene definito l'obiettivo generale da perseguire nel triennio con lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

PIENA ATTIVAZIONE DELLA COT IN TUTTA LA REGIONE

Nell'Accordo Integrativo regionale per la MG viene prevista l'attivazione di 1/2 COT per ogni azienda territoriale con doppia funzione:

nelle ore notturne di:

- Centrale di ascolto: ricevere e filtrare le richieste ed attivare il medico di Continuità Assistenziale del relativo territorio di residenza dell'assistito

nelle ore diurne di:

- Centrale per le Dimissioni protette: ricevere e filtrare i bisogni e facilitare l'inserimento dei pazienti fragili in dimissione protetta dall'ospedale in strutture intermedie, Hospice e ADI territoriali.

La COT potrà rispondere al numero 116-117, per le risposte assistenziali della non emergenza, quando verrà attivato a livello regionale.

Obiettivo generale	Attivazione della COT
Obiettivo specifico 1 /azioni	Strutturare le COT nelle due Aziende Territoriali.
Obiettivo specifico 2/azioni	Acquisire le tecnologie per il funzionamento della centrale di ascolto (come in uso alla centrale 118) e per le dimissioni protette.
Obiettivo specifico 3/azioni	Adeguare la dotazione di risorse umane e la riorganizzazione del servizio di CA per il pieno funzionamento della COT.
Obiettivo specifico 4/azioni	Attivazione numero regionale unico 116-117.
Indicatori /Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. COT attivate/N. COT previste = 100% 2. N. Prese in carico COT per dimissioni protette/ N. richieste = 100% nel 2021 3. Riduzione tempi di attesa per la presa in carico territoriale delle dimissioni protette rispetto ai tempi del 2018. 4. Riduzione punti di CA = < 50% nel 2021. 5. Operatività del numero unico regionale nel 2021

2.4.6 IL RUOLO DELLE FARMACIE: LA FARMACIA DEI SERVIZI

Le farmacie pubbliche e private convenzionate sono sempre state considerate, negli atti della programmazione sanitaria regionale, una rete di presidi sanitari territoriali funzionalmente ed organizzativamente integrati nel SSR, in posizione di centralità nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e integrativa, in

relazione alla loro capillare diffusione sul territorio, alla qualifica professionale degli operatori addetti, alla continuità del servizio attraverso i turni. La "farmacia dei servizi" vede impegnate le farmacie in un processo di potenziamento dei servizi offerti ai cittadini per garantire sempre più prestazioni di qualità sta diventando una realtà sempre più diffusa.

Particolare rilevanza assume anche la funzione sociale di presidio sanitario che le farmacie rurali, in particolare, svolgono nelle aree disagiate, a tutela della popolazione ed in particolare degli anziani. A questo si aggiunge la qualità dei servizi resi al cittadino, quali il servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche (Farmacup), la cosiddetta "distribuzione per conto" dei farmaci ad alto costo acquistati dalla ASL, nonché la partecipazione attiva alle campagne di informazione e ai programmi di screening promossi dalla SSR, come anche previsto nel vigente Piano Regionale di Prevenzione.

Tali servizi, assicurati ormai da anni nella nostra Regione, hanno avuto formale riconoscimento nei Livelli Essenziali di Assistenza, aggiornati con D.P.C.M. 12 gennaio 2017, laddove è stato previsto (art. 8) che "attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'articolo 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari e nei limiti delle risorse rese disponibili in attuazione del citato articolo 11, comma 1, lettera e)".

Pertanto, è ribadita la volontà del SSR di continuare ad avvalersi della "Farmacia dei Servizi", in continuità con il Piano Sanitario Regionale 2009/2011 e con i conseguenti atti adottati dalla Giunta

Regionale per l'aggiornamento dell'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'art. 8, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i..

STATO DELL'ARTE E AREE DI MIGLIORAMENTO

In regione Umbria con la sottoscrizione degli accordi di riferimento sono stati programmati i seguenti servizi:

- ✓ **Distribuzione per Conto** - Sono oggetto di distribuzione categorie di farmaci raggruppati secondo le modalità distributive ritenute più idonee in base alle condizioni di impiego clinico e di setting assistenziale.
- ✓ **Distribuzione Ossigeno Terapeutico** – Le Farmacie si faranno carico della distribuzione di ossigeno in base al fabbisogno di ossigeno dal MMG all'assistito, sulla base del Piano Terapeutico redatto dallo specialista con l'obiettivo di ridurre del 20%, per l'ossigeno liquido, e del 10%, per l'ossigeno gassoso, le condizioni di tariffazione, al netto dell'IVA, indicate nell'accordo di cui alla DGR 759/2013.
- ✓ **Fornitura Telematica dei dati di prescrizione e dematerializzazione** - Le farmacie, all'atto della consegna mensile delle ricette e della Distinta Contabile Riepilogativa alla ASL competente, assicurano la fornitura gratuita in formato elettronico del documento contabile, recante il dettaglio di ogni singola ricetta spedita in regime SSN, con riferimento sia all'assistenza farmaceutica che integrativa, secondo le specifiche tecniche vigenti. Le farmacie si impegnano ad aderire a progetti sperimentali, avviati a livello regionale e/o nazionale, per la de materializzazione dei processi di lettura ottica per il controllo delle Distinte Contabili Riepilogative.
- ✓ **Prestazioni Di Assistenza Integrativa** - L'art. 2, comma 3) del DPR 371/98, stabilisce che le Regioni, nell'ambito di accordi stipulati a livello locale, per erogare ausili, presidi e prodotti dietetici utilizzano, in via prioritaria (e quindi non esclusiva), il canale distributivo delle farmacie convenzionate a condizione che i costi e la qualità delle prestazioni rese al cittadino siano complessivamente competitivi con quelli delle ASL. Già con i precedenti Accordi sono state individuate forme diversificate di distribuzione in relazione alle sottoelencate categorie di prodotti: 1) Prodotti per diabetici 2) Prodotti dietetici 3) Dispositivi protesici monouso per assorbenza e stomie. Considerato che permane la necessità di assicurare una distribuzione capillare e qualificata delle diverse forme di assistenza integrativa in favore dei cittadini aventi diritto, anche in considerazione delle caratteristiche orografiche del territorio regionale, si è ritenuto necessario proseguire la collaborazione con le farmacie, e con gli altri soggetti in convenzione con le ASL, per l'erogazione dell'assistenza integrativa, introducendo alcuni elementi utili alla razionalizzazione e al contenimento della relativa spesa, al fine di consentire che i costi continuino ad essere complessivamente competitivi.
- ✓ **Farmacia dei Servizi** – di seguito le aree di intervento:
 - 1) Servizio di **prenotazione delle prestazioni specialistiche** il c.d. FARMACUP che opera con le stesse regole e modalità del CUP regionale
 - 2) Il **ruolo delle farmacie nel Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018** Con il Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018, adottato con la DGR 746...del 28.05.2015, è stata

stabilita la partecipazione delle farmacie ai programmi di prevenzione definiti su scala regionale. In particolare con il **Progetto 2.1 “Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione”**, si è stabilito che le farmacie parteciperanno, assieme ai Centri di Salute, alla attuazione del cosiddetto “screening cardiovascolare”, rivolto alla popolazione di ambo i sessi, nella fascia di età 45-59 anni, con l’obiettivo di individuare la popolazione a rischio di sviluppare una patologia cardiovascolare. Con il **Progetto 7.1 “Le farmacie come vetrina della prevenzione”**, si intende cogliere l’opportunità del ruolo, degli spazi e delle attività del farmacista per promuovere i contenuti dei progetti del Piano della Prevenzione e in particolare per veicolare informazioni scientificamente corrette rispetto ad alcuni temi strategici per la prevenzione: vaccinazioni, screening e stili di vita. Naturalmente, non si tratta semplicemente di mettere a disposizione spazi per la distribuzione di materiale informativo, ma al contrario di far assumere al farmacista, attraverso una continua attività di formazione/informazione da parte sia del livello regionale, che di quello territoriale, un ruolo decisamente proattivo rispetto alle attività preventive.

- 3) **Lo screening colon-retto** - Le farmacie già partecipano allo “Screening colon retto” sin dalla sua attivazione
- 4) **Progetti innovativi** - Tra le farmacie rispondenti ai requisiti verranno individuate le farmacie nelle quali sperimentare o estendere la sperimentazione di progetti innovativi per la farmacia dei servizi, come per esempio quello per il controllo della terapia anticoagulante orale (TAO). Tale progetto è stato attivato in via sperimentale nel Distretto dell’Alto Chiascio della Usl Umbria 1 come progetto pilota per saggiare il modello organizzativo e le successive fasi di integrazione informatica per il monitoraggio della TAO attraverso la determinazione del PT-INR, che consente la formulazione di un’adeguata terapia. Il progetto prevede che il cittadino, sulla base della prescrizione medica, possa recarsi in farmacia per l’automonitoraggio del PT-INR con la tecnica del prelievo capillare. La farmacia può rendere il dato direttamente al paziente, qualora il monitoraggio sia stato richiesto dal Medico di Medicina Generale, ovvero può inviare telematicamente il dato al centro TAO di riferimento, per la successiva prescrizione terapeutica. Visti i positivi risultati del progetto pilota, si ritiene opportuno estendere l’iniziativa anche ad altre aree del territorio regionale, individuate tra quelle particolarmente disagiate per i cittadini per l’assenza o la lontananza dei Servizi aziendali.
- 5) **Altre attività** svolte nelle farmacie - Le attività erogate presso le farmacie devono essere effettuate nel rispetto dei decreti attuativi, nei limiti dei rispettivi profili professionali, nonché nel rispetto delle altre disposizioni di legge, e sotto la vigilanza degli organi preposti. A tale riguardo, si precisa che l’attività di controllo, verifica e valutazione periodica della corretta applicazione delle prestazioni erogate ai sensi decreti attuativi di seguito richiamati è demandata ai competenti Servizi delle ASL:
 - i. **Prestazioni analitiche** di prima istanza rientranti nell’ambito dell’autocontrollo (D.M. Salute 10/12/2010)

- ii. **Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali:** 1. Attività erogata da infermiere in farmacia (D.M. 16/12/2010) 2. Attività erogata da fisioterapista in farmacia (D.M. 16/12/2010). Le attività erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente, previste dal Decreto, devono essere effettuate esclusivamente da infermieri e da fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso di tali requisiti.

Infermiere - L'infermiere in farmacia può, anche eventualmente con l'ausilio di altri operatori socio-sanitari che lavorino in farmacia: provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; offrire supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo; effettuare medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo; svolgere attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato; partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie. L'infermiere può inoltre, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale.

Fisioterapista - Su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, il fisioterapista può erogare all'interno della farmacia e a domicilio del paziente le seguenti prestazioni professionali: definizione del programma prestazionale per gli aspetti di propria competenza, volto alla prevenzione, all'individuazione ed al superamento del bisogno riabilitativo; attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psico motorie e cognitive e viscerali utilizzando terapie manuali, massoterapiche ed occupazionali; verifica delle risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

- ✓ **Partecipazione delle Farmacie al Progetto Regionale di Farmacovigilanza** - Nell'ambito del programma regionale di farmacovigilanza, approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 26/09/2013 (Rep. Atti n. 138) che ha definito le linee di indirizzo per la realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva, attraverso la stipula di convenzioni tra l'AIFA e le singole regioni, è stato previsto il coinvolgimento delle 14 farmacie nello svolgimento del seguente progetto: "Il farmacista territoriale nella promozione delle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci da parte del cittadino". Le farmacie territoriali infatti, per la loro ampia diffusione e per la tipologia di rapporto che usualmente si instaura tra farmacista e cittadino rappresentano un luogo fondamentale al monitoraggio ed alla gestione della terapia farmacologica con importanti potenzialità nei confronti della segnalazione delle ADR. L'obiettivo principale dello studio, prendendo spunto anche da alcune esperienze pilota svoltesi in Italia (Drug Saf (2013) 36:267-276), è quello di incrementare la segnalazione di ADR da parte dei cittadini e dei farmacisti attraverso un intervento nelle farmacie territoriali. Parte integrante di questo progetto è la identificazione di una figura di "farmacista facilitatore" che sensibilizzi il cittadino

sull'importanza della Farmacovigilanza, lo coadiuvi nella segnalazione delle ADR e, nel contempo, diventi egli stesso segnalatore di eventuali ADR di cui venga a conoscenza durante l'esercizio della propria funzione. Le farmacie partecipanti al progetto saranno individuate in accordo con le associazioni di categoria.

- ✓ Un **ruolo** ulteriore da riservare alle Farmacie è **nei PDTA delle patologie croniche**. Il PNC dedica un'intera sezione al ruolo delle farmacie in cui vengono definiti le motivazioni, il ruolo e i compiti della farmacia nella gestione della cronicità: *"Le farmacie, presidi del SSN sul territorio, sono uno dei punti di riferimento per la persona con cronicità e dei suoi familiari perché rappresentano il più agevole e frequente punto di accesso. Le relazioni di prossimità del farmacista e il suo ruolo professionale gli permettono di instaurare un rapporto di confidenza con gli utenti abituali e di svolgere una funzione potenzialmente attiva nell'educazione, informazione e assistenza personalizzata. In particolare, le farmacie possono conseguire significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria nel rispetto di protocolli condivisi con il team specialistico e il MMG/PLS, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti a lungo termine."* Un ruolo fondamentale che la farmacia può svolgere nella presa in carico dei pazienti cronici con multimorbidità è rappresentato proprio dal monitoraggio, dalla verifica e dall'incremento dell'aderenza alla terapia, in collaborazione con i MMG, riducendo in maniera significativa ed economicamente rilevante gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso ed i ricoveri ospedalieri evitabili.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito viene definito l'obiettivo generale da perseguire nel triennio con lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

Obiettivo generale	Potenziamento del ruolo della farmacia dei servizi
Obiettivo specifico 1	Mantenimento dei servizi già attivi: <ul style="list-style-type: none"> • Distribuzione per Conto • Distribuzione Ossigeno Terapeutico • Fornitura Telematica dei dati di prescrizione e dematerializzazione • Prestazioni Di Assistenza Integrativa
Obiettivo specifico 2	Potenziamento aree di intervento della farmacia dei servizi: <ul style="list-style-type: none"> • Servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche il c.d. FARMACUP che opera con le stesse regole e modalità del CUP regionale • Avvio dello screening per il rischio cardiovascolare • Avvio del Progetto "Le farmacie come vetrina della prevenzione", si intende cogliere l'opportunità del ruolo, degli spazi e delle attività del farmacista per promuovere i contenuti dei progetti del Piano della Prevenzione • Partecipazione alle attività dello "Screening colon retto" • Estendere la sperimentazione di progetti innovativi per la farmacia dei servizi, come per esempio quello per il controllo della terapia anticoagulante orale (TAO). • Altre attività svolte nelle farmacie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo (D.M. Salute 10/12/2010) ○ Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali: 1. Attività erogata da infermiere in farmacia (D.M.

	<p>16/12/2010) 2. Attività erogata da fisioterapista in farmacia (D.M. 16/12/2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione delle Farmacie al Progetto Regionale di Farmacovigilanza
Obiettivo specifico 3	<p>Un ruolo ulteriore da riservare alle Farmacie è nei PDTA delle patologie croniche. Le attività che la farmacia potrebbe svolgere nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici possono essere le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definizione delle modalità di accesso da parte della farmacia alla gestione dei pazienti cronici mediante il fascicolo sanitario elettronico; • monitoraggio in collaborazione con i medici della aderenza alla terapia dei pazienti cronici; • monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci (farmacovigilanza), delle interazioni farmacologiche incluse le interazioni con i farmaci da banco e con i farmaci di fascia C non rimborsati; • distribuzione di tutti i farmaci prescritti sul territorio dai medici delle Reti Cliniche Integrate e Strutturate, secondo criteri di prossimità e di efficienza logistica; • partecipazione della Farmacia alla Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); • partecipazione della Farmacia ai corsi di formazione sulla Cronicità realizzati dalle Regioni e dalle ASL; • partecipazione della Farmacia ai Programmi di educazione sanitaria e di prevenzione primaria e secondaria dei pazienti cronici secondo protocolli condivisi con lo specialista e il MMG/PLS.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio delle attività connesse con il programma dello screening cardiovascolare 2. Attivazione delle Farmacie come vetrine della Prevenzione 3. Estensione delle attività di controllo delle terapie 4. Avvio delle attività inerenti l'implementazione dei PDTA delle patologie croniche
Indicatori/Risultati attesi	<p>N. Farmacie con programmi attivati/ n. Farmacie presenti nel territorio =100% alla fine del triennio</p>

CAPITOLO 2.5

Estendere i programmi di prevenzione in tutte le fasi della vita

2.5 ESTENDERE I PROGRAMMI DI PREVENZIONE IN TUTTE LE FASI DELLA VITA

2.5.1 DECLINARE LE AZIONI PREVISTE DAL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE: DALLA TUTELA AL BENESSERE

Negli ultimi anni la programmazione nell'ambito dell'area prevenzione è stata in gran parte delineata dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 che ha tradotto a livello regionale gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.

Il Piano ha rappresentato una sfida, sia nella sua costruzione, attraverso la modalità della progettazione partecipata con tutti gli stakeholder, sia per lo sforzo di declinare alcune idee forti (ad esempio inter-settorialità, equità ed efficacia) in una progettualità vasta e innovativa.

Accanto alle azioni di Piano i Servizi hanno garantito le prestazioni e le attività previste dai LEA.



STATO DELL'ARTE

La Legge 18/2012 ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende sanitarie con l'istituzione delle quattro macro-aree nei Dipartimenti di Prevenzione anche allo scopo di favorire l'integrazione tra servizi diversi: *sanità pubblica, prevenzione nei luoghi di lavoro, sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare*.

La valutazione delle attività previste dai progetti del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, formalmente utile per la certificazione ai fini della verifica degli adempimenti LEA da parte del Ministero della Salute, è stata l'occasione per evidenziare punti di forza e criticità sia dal punto di vista dei processi che dei risultati.

Il Piano della Prevenzione ha avviato un processo, anche culturale, che ha evidenziato molti punti di forza, quali:

- la promozione del benessere dei bambini dai primi giorni di vita fino all'adolescenza grazie alle azioni di supporto alla genitorialità, attraverso la collaborazione con i pediatri di famiglia, ma anche con altre figure come gli insegnanti durante tutto il percorso scolastico;
- l'attenzione a mantenere in buono stato di salute gli adulti fino alla terza età, attraverso la promozione di stili di vita attivi e con l'idea di integrare saperi e competenze tra generazioni;
- l'aver indirizzato molte azioni del Piano al potenziamento delle competenze individuali per orientare i cittadini verso comportamenti salutari;
- lo sforzo di costruire azioni spiccatamente intersettoriali, progettate per essere applicate su scala regionale, con la volontà di trasformare interventi locali dimostratisi efficaci in interventi sistemici;

- la messa in campo di un processo di miglioramento della qualità per molte attività di sanità pubblica, dalle vaccinazioni ai programmi di screening, dai corsi di accompagnamento alla nascita fino alla vigilanza negli ambienti di lavoro o alla sicurezza alimentare.

Per le performance della prevenzione si rimanda alle tabelle in Appendice.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Le aree di miglioramento, legate in parte al modificarsi, nel tempo, dei **contesti normativi, organizzativi** e degli **strumenti di comunicazione** sono da individuare nella:

- Implementazione della prevenzione primaria che ancora stenta ad essere percepita come servizio dal cittadino e dai decisori istituzionali, sia perché non ha una immediata ricaduta della sua efficacia, sia perché la stessa non è facilmente valutabile e misurabile a breve termine;
- Potenziamento del ruolo di “stewardship”, al fine di attivare o rafforzare le collaborazioni esterne al sistema sanitario che deve svolgere funzioni di consulenza, coordinamento e supporto nei confronti degli stakeholders, quali le Istituzioni (es. Comuni, ARPA, INAIL etc.), la scuola, le imprese, le associazioni e il volontariato per raggiungere obiettivi comuni e condivisi e creare condizioni favorevoli alle scelte “salutari” da parte dei cittadini. In questa logica vanno i progetti già attivati con la scuola: **“Pensiamo positivo”**, rivolto alle scuole dell’infanzia e primarie e prevede attività a sostegno del processo di costruzione dell’identità individuale e dello sviluppo delle competenze personali e relazionali (life skills), secondo la metodologia dell’educazione socioaffettiva; **“Unplugged”** da esperienze di livello europeo è finalizzato alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, quali fumo, alcol e cannabis nelle scuole secondarie di primo grado; **YAPS – “Young and peer school”**, che prevede interventi di “educazione tra pari” per la promozione di stili di vita salutari, nelle scuole secondarie di secondo grado. Sono progetti ampi che si dispiegano nell’arco di tutta la vita scolastica del bambino/ragazzo, diversificati a seconda dell’età e che hanno l’obiettivo generale di favorire il processo di costruzione dell’identità individuale e lo sviluppo delle competenze personali e relazionali e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell’empowerment che facilitano le scelte di salute. Si pensi a droghe, sessualità, bullismo, ma anche a stili di vita, fumo, alimentazione, attività fisica. In questa logica la sanità sta sviluppando specifiche iniziative di alta formazione rivolta agli insegnanti, per diffondere metodologie di approccio alla promozione della salute e contenuti sui temi di Guadagnare Salute.

E’ inoltre importante lavorare nella direzione della creazione, come in altre regioni italiane, della **“Rete delle scuole che promuovono salute”**, (all’interno della SHE Network - promossa e supportata dall’Ufficio regionale per l’Europa dell’OMS, dal Consiglio d’Europa e dalla Commissione Europea), grazie alle quali le scuole si impegnano formalmente su alcuni obiettivi di salute.

Per quanto riguarda alcuni temi legati alla **salute globale** (disuguaglianze, malattie infettive emergenti e riemergenti, cambiamenti climatici e fenomeni migratori,

antibiotico-resistenza) è fondamentale il **rapporto fra tutti i soggetti istituzionali** che si occupano dell'interazione fra uomo-animale-ambiente; deve essere quindi rafforzata l'attività del Centro formazione e ricerca per la salute unica e l'alimentazione (CERSAL).

- Promozione della comunicazione con il cittadino: l'avvento massiccio dei social network sta rendendo sempre più difficile il processo di comunicazione fra sistema sanitario e il cittadino, che risulta particolarmente delicato negli interventi di prevenzione che vanno a modificare atteggiamenti, conoscenze, consapevolezza e come conseguenza i comportamenti; al Servizio Sanitario è richiesto pertanto di utilizzare strategie di comunicazione sempre più sofisticate per raggiungere il cittadino e la comunità.

Altri aspetti del miglioramento sono invece da individuare nella **capacità di intervento e di risposta** proprie del servizio sanitario:

- Proseguire la progettualità spostando il focus sugli ambienti sanitari, che vanno individuati non solo come luoghi di diagnosi e cura, ma anche come *luoghi di promozione della salute*; tutti gli operatori sanitari devono diventare *testimonial per la promozione di stili di vita salubri e sviluppare l'abilità di una comunicazione efficace* (counseling breve informativo) per contribuire a raggiungere gli obiettivi di salute del triennio.

Infine, il miglioramento deve intervenire sull'**assetto dei Dipartimenti di Prevenzione** al fine di dare unitarietà organizzativa e operativa nel territorio regionale, in particolare con:

- Potenziamento della struttura per evitare di lasciare scoperte nell'arco dei prossimi anni alcune aree "strategiche. E' necessario inoltre dare nuovo impulso alle organizzazioni più "fragili", quali le reti per la promozione della salute e l'epidemiologia, eventualmente prevedendo la costituzione di "nucleo operativo regionale" costituito da personale dedicato di entrambe le Aziende che possa operare superando i limiti di competenza territoriale delle ASL;
- la predisposizione dei "Piani aziendali per la promozione della salute" finalizzati a dare organicità alle azioni nei confronti dei quattro fattori di rischio di Guadagnare salute;
- il completamento del percorso di miglioramento della qualità delle prestazioni e di accreditamento dei servizi, con l'attivazione degli AUDIT previsti dal PRP (es. audit sui servizi vaccinali e della prevenzione luoghi di lavoro);
- la definizione di adeguati percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari e di raccordo tra diverse istituzioni (Regione, Università, Istituto Zooprofilattico, Aziende Sanitarie).

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

In relazione alle Aree di miglioramento individuate anche con la collaborazione degli stakeholder, di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, relativamente ai principali problemi di salute e per ognuno di essi si riporta lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi:

- A. Promuovere la salute e prevenire le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT).
- B. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti.

- C. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.
- D. Ridurre la frequenza delle malattie trasmissibili.
- E. Attuare il piano dei controlli per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.
- F. Prevenire le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.
- G. Gestire le emergenze.

A. PROMUOVERE LA SALUTE E PREVENIRE LE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI (MCNT).

Il primo obiettivo del SSR dovrà essere quello di diminuire il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità dovuto alle MCNT, riducendo l'influenza negativa dei fattori comportamentali di rischio, identificando precocemente i soggetti a rischio di MCNT e implementando i programmi di screening oncologici.

Per i dati relativi all'incidenza e prevalenza si rimanda al paragrafo 1.2 "Il profilo epidemiologico".

Di seguito gli obiettivi riguardano 3 aree di interesse:

- Programma nazionale "**Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari**". L'obiettivo primario è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come veri e propri fenomeni sociali. È per questo che la strategia di Guadagnare Salute, partendo dai fattori di rischio, identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici): promozione di comportamenti alimentari salutari, lotta al tabagismo, contrasto ai consumi rischiosi di alcol, promozione dell'attività fisica.
- Programma per la prevenzione delle malattie croniche.
- Programma per la diagnosi precoce delle malattie oncologiche.

A 1a Promozione di comportamenti alimentari salutari

Nel prossimo triennio, al fine di ridurre la percentuale di persone in eccesso ponderale nella popolazione umbra e quindi prevenire le patologie correlate, si intendono continuare le azioni avviate con il PRP 2014-2019.

Per quanto riguarda i **bambini/adolescenti** le strategie sono:

- Sostegno alla **genitorialità e alla famiglia**, quale primo contesto educativo; genitori consapevoli, informati e sensibilizzati, possono creare in famiglia un ambiente favorevole a promuovere la salute dei propri figli. In questo senso si dovrà ampliare l'intervento dei **Pediatri di Libera scelta**, con il rafforzamento delle azioni del *Progetto "Salute Infanzia" che prevede che gli stessi debbano veicolare, anche con materiali informativi ad hoc, nel corso dei bilanci di salute le informazioni e i suggerimenti relativi alla promozione dell'allattamento al seno e all'alimentazione, sia nei primi mesi di vita, che in età successive.*
- **Intervento nelle scuole**: la scuola va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio che sia in grado di favorire lo

sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e traducendosi in benefici effettivi sulla salute.

Nella **popolazione adulta/anziana** si individuano le seguenti strategie:

- Azione proattiva del sistema sanitario, sia attraverso i MMG che devono svolgere un ruolo più rilevante rispetto al counselling motivazionale, che attraverso l'avvio dello **screening cardiovascolare**, che comporterà la selezione di gruppi di soggetti con fattori di rischio fra i quali il sovrappeso;
- Maggiore attenzione del servizio sanitario al miglioramento della qualità nutrizionale dei pasti offerti agli anziani nelle strutture socio-assistenziali

Obiettivo generale A1a	Promozione di comportamenti alimentari salutarì
Obiettivo specifico 1	Promuovere le corrette abitudini alimentari nei bambini/adolescenti
Azioni obiettivo 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mantenere a regime il Progetto "Salute Infanzia" in collaborazione con i PLS b. Migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche c. Proseguire/sviluppare i Progetti <i>Pensiamo positivo</i> e <i>YAPS</i> d. Promuovere l'attivazione della <i>rete delle scuole che promuovono salute</i>
Obiettivo specifico 2	Promuovere le corrette abitudini alimentari nella popolazione adulta e anziana
Azioni obiettivo 2	<ul style="list-style-type: none"> a. Formare e stimolare i MMG a svolgere il <i>counseling nutrizionale</i> e a registrare le informazioni sulla cartella sanitaria elettronica b. Garantire, nelle Aziende Sanitarie, l'offerta di adeguate strutture di riferimento per la gestione dei soggetti in sovrappeso o obesi, reclutati attraverso l'avvio dello screening cardiovascolare c. Sperimentare, approvare e diffondere a tutte le strutture socio/sanitarie e socio-assistenziali del territorio le linee di indirizzo regionale finalizzate al miglioramento della qualità nutrizionale nelle RSA/RP
Indicatori/Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del 15% della prevalenza di soggetti di età 18-69 in eccesso ponderale (dal 45% del 2017 al 38% entro il 2021, sistema di sorveglianza PASSI). 2. Riduzione del 15% della prevalenza di bambini in eccesso ponderale (dal 29% del 2016 al 25% entro il 2021, sistema di sorveglianza OKkio). 3. Incremento almeno del 30% della prevalenza di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto dal medico il consiglio perdere peso (dal 54% del 2016 al 70% al 2021).

A 1b Promozione dell'attività fisica

"Camminando ogni giorno, raggiungo uno stato di benessere e mi lascio alle spalle ogni malanno. I pensieri migliori li ho avuti mentre camminavo, e non conosco pensiero così gravoso da non poter essere lasciato alle spalle con una camminata. Ma stando fermi si arriva sempre più vicini a sentirsi malati. Perciò basta continuare a camminare e andrà tutto bene". Søren Kierkegaard

Molti e indiscutibili sono i benefici che può dare una vita fisicamente attiva. Muoversi è una delle chiavi per prendersi cura di sé, un modo per migliorare, sin da subito, la qualità della propria vita. L'esercizio fisico è anche uno degli strumenti migliori per prevenire e curare molte patologie: potenzia il funzionamento di cuore e polmoni; migliora l'agilità e l'equilibrio aiutando a sviluppare (nel caso dei bambini) o a rafforzare (nel caso di adulti e anziani) l'apparato osteoarticolare e muscolare; concorre al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione e senso di solitudine;

aiuta a prevenire e a trattare il sovrappeso perché regola l'appetito e aumenta il numero di calorie bruciate ogni giorno; contribuisce a prevenire malattie cardiovascolari, abbassando i valori della pressione arteriosa e quelli dell'ipercolesterolemia; riduce il rischio di malattie croniche come il diabete e osteoporosi; diminuisce il rischio di alcuni tipi di cancro, come per esempio quello al seno o al colon.

Obiettivo generale A1b	Promuovere l'attività fisica nella popolazione
Obiettivo specifico 1	Promuovere l'attività fisica nei bambini/adolescenti
Azioni obiettivo 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mettere a regime il Progetto <i>"Salute Infanzia"</i> in collaborazione con i PLS che nel corso dei bilanci di salute abbinano domande e suggerimenti sull'attività fisica svolta dai bambini e sull'utilizzo delle tecnologie che peraltro impongono, nel loro utilizzo, condizioni di inattività. b. Promuovere e supportare l'attività dei <i>"Piedibus"</i> c. Sviluppare i Progetti <i>Pensiamo positivo e YAPS</i>. d. Promuovere l'attivazione della <i>rete delle scuole che promuovono salute</i>
Obiettivo specifico 2	Promuovere l'attività fisica nella popolazione adulti/anziani
Azioni obiettivo 2	<ul style="list-style-type: none"> a. Diffondere in tutti i distretti sanitari il progetto già sperimentato <i>"Più movimento meno farmaci: l'attività motoria come un farmaco"</i> con il coinvolgimento dei MMG nell'ambito dell'attività di prescrizione medica dell'attività fisica in una popolazione selezionata in collaborazione con Associazione di Volontariato. b. Promuovere e supportare l'attività dei "Gruppi di cammino per tutti", avviata e dimostratosi efficace, rivolti alle persone sane di ogni età e classe sociale che costituiscono anche occasioni di riflessione ed informazione/educazione su temi legati al benessere, al mantenimento dello stato di salute, all'ambiente di vita. c. Rafforzare la campagna di comunicazione sull' "invecchiamento attivo" per promuovere il benessere delle persone anziane e valorizzare il loro ruolo nella comunità, rivolta in particolare agli over 65 anni e finalizzata a sostenere la loro partecipazione alla vita sociale e culturale per favorirne l'inclusione, la salute e l'autonomia, anche monitorando la realizzazione dei progetti già attivati volti alla promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo. d. Stimolare e formare i MMG a svolgere il counselling motivazionale e a registrare le informazioni sulla cartella sanitaria elettronica.
Indicatori/Risultati attesi	Riduzione dei sedentari in tutte le fasce di età con miglioramento di almeno il 10% per categoria.

A 1c Lotta al tabagismo

Come evidenziato nell'analisi di contesto storicamente l'abitudine al fumo è un problema rilevante fra gli umbri; è quindi necessario che il Servizio Sanitario, attraverso un'azione di sistema che coinvolga tutti gli operatori sanitari, svolga appieno il suo ruolo trainante e strategico nei confronti delle comunità, per la sua innegabile responsabilità nel proporre modelli positivi e ambienti "esemplari" che promuovono la salute.

Un ruolo preponderante spetta ai **Medici di medicina generale**, che rappresentano il principale punto di contatto tra la popolazione e il Servizio Sanitario e possono raggiungere i singoli assistiti con messaggi personalizzati fornendo un supporto continuato nel tempo al fumatore che prova a

smettere; anche i **Pediatrati di Libera Scelta** possono influenzare positivamente i comportamenti dei genitori, il cui esempio gioca un ruolo fondamentale per la promozione di comportamenti sani e nell'iniziazione dei figli al fumo; l'abitudine al fumo dei genitori triplica infatti la probabilità dei figli maschi di divenire fumatori e quadruplica quella delle figlie femmine.

Ma è solo sensibilizzando ogni operatore sanitario rispetto al proprio ruolo, sia come testimonial di comportamenti salutari, sia come promotore di stili di vita sani in ogni occasione di contatto con il paziente, che si costruisce un intervento più strutturato e corale di lotta al tabagismo. Con questa finalità l'Università, sulla base di specifici accordi, dovrebbe garantire all'interno dei percorsi formativi di base e specialistici rivolti al personale sanitario moduli specifici per potenziare le conoscenze sugli effetti dell'abitudine al fumo, le competenze rispetto al counseling, ma anche per responsabilizzare tali figure rispetto al ruolo di testimoni e promotori di salute.

Alcune indagini dimostrano che nelle strutture sanitarie il divieto di fumo non è adeguatamente rispettato e la percentuale di operatori sanitari che fumano (sia donne che uomini) è più alta di quella rilevata per la popolazione generale italiana.

In un ambiente di lavoro in cui si fuma si vengono a creare i seguenti rischi:

- rischio di incendio;
- rischio infortunistico;
- danni a macchine e attrezzature;
- rischio di interazione tra fumo di sigaretta ed altre sostanze tossiche;
- rischio da esposizione fumo passivo.

Di seguito sono elencati alcuni dei benefici che derivano dalla creazione di un ambiente libero dal fumo per tutti i soggetti coinvolti:

Nel prossimo futuro le aziende sanitarie (comprese le strutture convenzionate) dovranno portare avanti concretamente le azioni previste dal piano, non solo all'interno degli ospedali, ma in tutte le strutture sanitarie realizzando **“Ospedali e strutture sanitarie libere dal fumo”**.

Contrastare il fumo di tabacco significa inoltre adottare un approccio intersettoriale e multi-stakeholder che, in linea con il percorso avviato da Guadagnare Salute, mira a creare forti alleanze con la scuola, con le aziende e le realtà produttive, con gli ambienti sportivi, ecc. Tale approccio è la chiave per convergere e fare sistema sull'obiettivo comune di promuovere ambienti di vita liberi dal fumo, che facilitino scelte salutari. Dovrà quindi essere rafforzata la collaborazione del Servizio sanitario con la Scuola affinché venga promossa sinergicamente la stessa politica contro il fumo anche in setting “sensibili” quale gli istituti scolastici.

Obiettivo generale A1c	Lotta al tabagismo
Obiettivo specifico 1	Operatori sanitari impegnati contro l'abitudine al fumo
Azioni obiettivo 1	Gli operatori sanitari (MMG, PLS, Medici Specialisti, professioni sanitarie) devono:

	<p>a. Contribuire ad allestire “servizi sanitari liberi dal fumo” dotando ambulatori e sale di attesa di materiale informativo specifico e differenziato per target e promuovendo la salute attraverso l’adozione di corretti comportamenti;</p> <p>b. Partecipare ad iniziative formative, svolte dalle Aziende sanitarie e Ospedaliere) volte ad aumentare le proprie competenze rispetto a: counseling breve anti-fumo differenziato per target, uso dei farmaci sostitutivi (in particolare MMG e medici specialisti), informazione sulla disponibilità dei servizi per la disassuefazione dal fumo e collaborazione con i centri antifumo per il follow up del fumatore e la prevenzione delle eventuali ricadute;</p> <p>c. Eseguire l’attività di counseling breve antifumo con i propri assistiti fumatori e registrare nel fascicolo elettronico il dato sul fumo, il counseling effettuato, gli interventi di disassuefazione consigliati, il risultato ottenuto anche al fine di sostenere indagini ad hoc;</p> <p>d. Inserire nei diversi bilanci di salute una specifica sezione riguardante l’abitudine dei genitori rispetto al fumo (PLS);</p> <p>L’Università deve:</p> <p>e. Garantire che, all’interno dei percorsi formativi di base e specialistici rivolti al personale sanitario, venga affrontata la tematica del tabagismo e della disassuefazione dal fumo.</p>
Obiettivo specifico 2	Ospedali e strutture sanitarie libere dal fumo
Azioni obiettivo 2	<p>Le Aziende USL e Ospedaliere devono:</p> <p>a. Definire e attuare la policy antifumo formalizzata</p> <p>b. Garantire il monitoraggio e una valutazione annuale della policy, anche attraverso report relativamente ai processi avviati e ai risultati ottenuti</p> <p>c. Collaborare alla attuazione della campagna di comunicazione contro il fumo</p>
Obiettivo specifico 3	Centri antifumo
Azioni obiettivo 3	<p>Le Aziende USL e Ospedaliere devono:</p> <p>a. Garantire almeno un centro antifumo per distretto e per azienda ospedaliera;</p> <p>b. Garantire, anche in base alla domanda derivante dall’attivazione dello screening cardiovascolare, l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni offerte dai Centri Antifumo secondo le linee guida espresse dalla comunità scientifica e produrre report periodici;</p> <p>c. Curare l’aggiornamento e la formazione continua degli operatori dei Servizi sulle problematiche cliniche del paziente tabagista;</p> <p>d. Realizzare protocolli e procedure operative tra il Centro antifumo, AFT e medici specialisti, per la gestione integrata dei pazienti;</p> <p>e. Favorire l’accesso dei fumatori ai programmi di disassuefazione attraverso attività di informazione sul tabagismo e sui servizi disponibili</p>
Obiettivo specifico 4	Scuola impegnata contro il fumo
Azioni obiettivo 4	<p>Le Aziende USL devono:</p> <p>a. implementare le attività dei progetti con le scuole: <i>Pensiamo positivo, Unplugged, YAPS</i>;</p> <p>b. introdurre nei corsi di formazione già previsti dai progetti del PRP un modulo specifico per sensibilizzare gli insegnanti ad essere esempio di comportamenti sani e promotori di stili di vita corretti;</p> <p>c. Promuovere l’attivazione della <i>rete delle scuole che promuovono salute</i> e condividere con l’Ufficio Scolastico Regionale e i dirigenti scolastici la necessità di predisporre ed attuare una “policy antifumo” nei singoli istituti, al fine di liberare dal fumo tutti gli ambienti scolastici interni ed esterni.</p>

Risultati attesi /Indicatori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione della formazione al counselling degli operatori sanitari 2. Attuazione della policy aziendale sul fumo e rendicontazione annuale dello stato di avanzamento 3. Piena operatività dei CAF nelle Aziende (almeno 1 per Distretto e 1 per azienda ospedaliera) 4. Incremento del 30% della proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere (dal 48% del 2017 al 62% entro il 2021, sistema di sorveglianza PASSI). 5. Riduzione del 15% della prevalenza di fumatori di età 18-69 (dal 30% del 2017 al 25% entro il 2021, sistema di sorveglianza PASSI).
-------------------------------------	---

A 1d Contrasto ai consumi rischiosi di alcol

Il consumo di alcool ancora oggi non è percepito come dannoso: a favorire questa distorta percezione l'ampia disponibilità e accessibilità delle bevande alcoliche e la normalizzazione sociale di attività che legano all'alcool eventi culturali, sportivi o musicali e propongono un modello di "bere felice". Per i dati relativi all'incidenza e prevalenza si rimanda al paragrafo specifico ne "Il profilo epidemiologico".

La sfida centrale è riuscire a innalzare i livelli di consapevolezza nella popolazione, non solo dei rischi del consumo elevato o fuori pasto o binge, ma anche dell'impatto di quantità che rientrano nell'abitudine al bere percepito come "moderato", con interventi mirati agli specifici target. In primis devono essere potenziate le collaborazioni delle Aziende Sanitarie con la Scuola, portando a completa realizzazione i tre progetti differenziati a seconda dell'età, finalizzati all'adozione di sani stili di vita: *Pensiamo positivo -Unplugged Umbria*; *YAPS*. In particolare l'Unplugged, pensato per i ragazzi delle scuole secondarie di primo grado, ha lo scopo di ritardare o prevenire la sperimentazione delle sostanze psicoattive come l'alcool.

I giovani vanno raggiunti anche in contesti extrascolastici, per es. discoteche: le Aziende sanitarie devono proseguire la collaborazione con i Comuni umbri (capofila il Comune di Perugia) per la realizzazione del progetto "*Spazio ai giovani: dal reale al virtuale*", incluso nel PRP 2014-19, che prevede attività continuative, peer to peer, di informazione, comunicazione ed ascolto su tematiche diverse fra cui le dipendenze, curate attraverso il web e i social network. Gli operatori sanitari debbono fornire un supporto informativo/supervisione e indicazione sui servizi offerti dal sistema sanitario.

Per quanto riguarda le azioni nei confronti della popolazione adulta vanno stimolati i MMG a eseguire l'attività di counseling con i propri assistiti e potenziare le azioni volte a informare la popolazione sul tema.

Obiettivo generale A1d	Contrasto ai consumi rischiosi di alcol
Obiettivo specifico 1	Ridurre la prevalenza di consumatori a rischio

Azioni obiettivo 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Proseguire le attività a supporto dei progetti: <i>Pensiamo positivo -Unplugged Umbria; YAPS</i>, anche fornendo indicazioni per accedere ai Servizi aziendali dedicati b. Proseguire la collaborazione con i Comuni umbri (capofila il Comune di Perugia) per la realizzazione del progetto <i>“Spazio ai giovani: dal reale al virtuale</i> c. Collaborare alle attività della Consulta regionale per la sicurezza stradale in particolare per il monitoraggio della incidentalità stradale connessa all’uso di sostanze, ma anche per promuovere la conoscenza e l’informazione sul fenomeno e la diffusione di buone pratiche e comportamenti virtuosi alla guida d. Collaborare con le autoscuole per una adeguata formazione degli istruttori e insegnanti di scuola guida (nell’ambito dell’attività della Consulta regionale) e. Garantire l’applicazione delle nuove procedure sanitarie da attivare nei casi di sospensione della patente di guida e valutarne l’esito f. Garantire la partecipazione dei MMG ad iniziative formative volte ad aumentare le loro competenze per affrontare il tema dell’eccessivo consumo di alcol con i propri assistiti g. Garantire da parte dei MMG la registrazione dell’attività di counseling nel fascicolo elettronico in uso e l’indicazione all’uso dei servizi sanitari dedicati
Indicatori/Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del 15% della prevalenza di soggetti di età 18-69 con consumo ad alto rischio (dal 20% del 2017 al 16% entro il 2021, sistema di sorveglianza PASSI). 2. Incremento del 50% della prevalenza di consumatori a maggior rischio che hanno ricevuto dal medico il consiglio di bere meno (dal 4% del 2016 al 6% entro il 2021).

A 2 Prevenzione malattie croniche

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 individua come strategia da perseguire l’identificazione precoce e la valutazione integrata dei soggetti in condizioni di aumentato rischio per MCNT. Per tali argomenti si rimando al Piano Regionale della Cronicità.

Si riporta unicamente il programma per lo screening cardiovascolare.

Obiettivo generale A4	Programma di screening cardiovascolare
Obiettivo specifico 1	Per il triennio di vigenza del piano l’obiettivo sarà quello di mettere a regime lo screening per il rischio cardiovascolare su tutto il territorio regionale.
Azioni obiettivo 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Pianificare e realizzare la campagna informativa; b. Avviare gli inviti della popolazione eligibile; c. Effettuare la valutazione intermedia del processo di screening.
Indicatori/Risultati attesi	Invitata almeno il 60% della popolazione eligibile entro il 2021.

A 3 Programma per la diagnosi precoce delle malattie oncologiche

L’attivazione del Laboratorio Unico di Screening su scala regionale nell’attuale Azienda USL Umbria 1, attraverso la centralizzazione delle attività di patologia clinica riferite allo screening cervicale e coloretale, assicura qualità e appropriatezza alle prestazioni di primo livello dello screening.

E’ stato, inoltre, di fondamentale importanza, da un punto di vista organizzativo l’istituzione dei Centri Screening aziendali, ha portato all’individuazione formale dei coordinatori aziendali degli

screening e dei referenti per il secondo livello dei tre programmi di screening attivi. Questo ha determinato un notevole miglioramento del percorso con la garanzia della manutenzione degli aspetti gestionali del primo livello (es. pianificazione degli inviti) e dei rapporti tra questo e il secondo livello.

Con il Piano regionale della Prevenzione 2014/2018 sono state avviate ulteriori azioni tese a risolvere alcune importanti e persistenti criticità riguardanti sia il sistema informativo sia l'applicazione dei protocolli diagnostici e dei percorsi di presa in carico della persona con diagnosi di probabile carcinoma.

La valutazione di efficienza del processo e di efficacia in termini di risultati dei programmi di screening si basa sull'analisi di una serie di indicatori, definiti appunto «di processo» (estensione degli inviti, tasso di richiamo, proporzione di positivi, valore predittivo positivo e tasso di identificazione o detection rate) e «precoci di impatto» (tasso di partecipazione della popolazione invitata o adesione corretta all'invito, adesione alla colposcopia, adesione alla colonscopia, proporzione di tumori in situ, di tumori invasivi ≤ 1 cm e di tumori di stadio \geq II).

Per lo **screening mammografico**, i principali indicatori di esito evidenziano un buon livello di anticipazione diagnostica; tuttavia rimane critico il tasso di richiamo per primi esami, nettamente al di sopra dello standard accettabile del Gruppo Italiano Screening Mammografico - GISMa.

Per quanto riguarda i tempi di attesa, critici sono i tempi per l'intervento chirurgico: solo il 27% lo effettua entro 60 giorni dalla mammografia di screening, il 41% lo effettua tra 60 e 90 giorni e il 39% lo effettua oltre i 90 giorni (il 21% oltre i 120 giorni).

Riguardo allo **screening cervicale**, l'adesione all'invito presenta valori sopra la media italiana, con un trend stabile. L'adesione alla colposcopia, uno degli indicatori precoci di impatto per lo screening cervicale, è molto buona nelle donne che effettuano un test HPV primario di screening, mentre rimane sotto lo standard accettabile (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma - GISCI $\geq 80\%$), anche se con un trend in crescita negli ultimi anni, nelle donne più giovani che effettuano un Pap-test di screening. I valori umbri relativi al Valore Predittivo Positivo (VPP) nelle donne che hanno effettuato un Pap-test di screening sono tra i più alti a livello nazionale probabilmente per l'adozione di sistemi di triage nelle donne con citologia con metodologie ASCUS e LSIL. Nelle donne che hanno effettuato un test HPV primario di screening il VPP è in linea con gli standard suggeriti dal GISCI. I tempi di attesa mostrano valori buoni sia per quanto riguarda il primo livello sia per l'approfondimento in caso di test di screening positivo.

Per lo **screening coloretale**, dalla valutazione regionale, emergono diverse criticità relative soprattutto al secondo livello diagnostico. L'adesione all'invito nel 2017 è sopra la media italiana ma con un trend in lieve flessione; tuttavia l'adesione all'approfondimento, che è un indicatore precoce di impatto, mostra un trend in lieve calo negli ultimi anni con valori che scendono sotto lo standard accettabile ($>85\%$ Gruppo Italiano Screening Coloretale - GISCoR). Complessivamente, nel 2017 i valori di Detection Rate risultano accettabili nel confronto con gli standard GISCoR, mentre restano critici i tempi di attesa per l'esecuzione degli approfondimenti.

Obiettivo specifico 1	Uniformare i protocolli diagnostici per il passaggio dal primo al secondo livello per lo screening mammografico
Obiettivo specifico 2	Migliorare i percorsi tra i diversi livelli degli screening, in particolare per lo screening mammografico e coloretale
Obiettivo specifico 3	Garantire alle donne con rischio eredo-familiare per carcinoma della mammella un percorso di diagnosi e sorveglianza appropriato
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> a. Definire un protocollo diagnostico unico e condiviso a livello regionale per lo screening mammografico e uniformare la formazione dei radiologi b. Ridurre i tempi di attesa relativi all'intervento chirurgico per tumore della mammella (PDTA unico regionale per il tumore della mammella) c. Ridurre i tempi di attesa relativi alle colonscopie di approfondimento d. Far adottare a tutti i centri di endoscopia che operano nello screening lo stesso programma informatico e integrarlo con il sistema di gestione degli screening e. Avviare un follow up attivo dei cittadini che hanno fatto una colonscopia diagnostica, attivando un sistema di invito e creando agende di prenotazione dedicate per l'esecuzione di questo tipo di esami f. Definire le Linee di indirizzo per la gestione del rischio eredo-familiare per carcinoma della mammella.
Indicatori/Risultati attesi	Migliorare i livelli di adesione per raggiungere le migliori performance

B. PREVENIRE LE DIPENDENZE DA SOSTANZE E COMPORTAMENTI.

Per quanto attiene a tali argomenti si rimanda al Capitolo dedicato alle Dipendenze.

C. PROMUOVERE LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO.

Per i dati epidemiologici si rimanda a capitolo specifico: "Il profilo epidemiologico".

L'Umbria ha da sempre garantito un controllo del territorio più che adeguato, ampiamente superiore al 5% delle aziende con dipendenti, fissato come Livello Essenziale di Assistenza per la prevenzione nei luoghi di lavoro, con un'attenzione particolare alla vigilanza nei settori più a rischio come l'edilizia e l'agricoltura in attuazione dei piani di intervento nazionali.

In questi anni si è poi lavorato al miglioramento della qualità dell'attività di controllo, rendendola più omogenea a livello regionale attraverso la proceduralizzazione di molti dei principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL e la verifica dei servizi con la metodologia dell'audit. Da sottolineare che nel prossimo triennio, con l'avvio della ricostruzione post sisma 2016, sarà richiesto di intensificare le azioni di controllo nelle zone della ricostruzione.

Dovendo utilizzare in maniera sempre più efficiente le risorse disponibili la programmazione regionale e locale dovrà essere più concretamente guidata dal **criterio della priorità di intervento** (ovvero maggiore è il rischio più alta è la priorità); attraverso una più approfondita analisi del patrimonio informativo dei diversi enti che si occupano di prevenzione nei luoghi di lavoro, anche attraverso il confronto fra Istituzioni, si dovranno individuare non solo i comparti più rischiosi e i fattori di rischio prioritario, ma arrivare a definire liste di aziende da controllare sulla base di indicatori di rischio.

D'altra parte è ormai evidente che per contrastare gli infortuni e le malattie professionali, accanto alla ispezione "tradizionale", vanno affiancati altri strumenti che permettano la **valorizzazione e**

diffusione di buone pratiche per le imprese e la promozione dell'adesione delle stesse a percorsi virtuosi di autocontrollo, con una attenzione particolare al coinvolgimento delle piccole e medie imprese. In attuazione delle indicazioni nazionali, già con il PRP 2014-2019 si è cercato di andare oltre l'approccio esclusivamente repressivo, con l'intento di far crescere tutto il sistema della prevenzione nei luoghi di lavoro. Vanno in questa direzione i progetti di applicazione della metodologia dell'audit con le imprese, il coinvolgimento delle aziende in percorsi formativi di autovalutazione della sicurezza, il miglioramento della qualità delle attività di prevenzione svolte sia dal sistema delle imprese e dei suoi consulenti. In alcuni casi tali interventi sono stati favoriti dalla facilitazione per le imprese virtuose ad accedere a meccanismi di premialità come le agevolazioni tariffarie INAIL. In linea con quanto si sta pianificando a livello nazionale, i **Piani Mirati di Prevenzione (PMP)** costituiscono una metodologia più moderna che cerca di coniugare le azioni di promozione di buone prassi e di assistenza alle imprese con l'attività di vigilanza propria dei Servizi di Prevenzione. Questi si basano sulla capacità dei servizi di coinvolgere contemporaneamente molte aziende del territorio, accumulate da un identico profilo di rischio, in percorsi strutturati di prevenzione (percorso informativo/formativo, processi di autovalutazione e valutazione dei rischi collegiale) che consentono alle stesse di conoscere ed applicare autonomamente quelle misure tecniche, organizzative e procedurali che riducono il rischio di nuovi infortuni e nuove malattie professionali e che verranno poi monitorate e verificate attraverso azioni di vigilanza. La pianificazione di tali complessi interventi necessiterà di confronto, condivisione e collaborazione con tutte le istituzioni che partecipano al Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza sul lavoro ex art. 7 e in particolare con le Associazioni datoriali e sindacali e con gli organismi paritetici.

Sul versante della tutela della salute, così come evidenziato nell'analisi di contesto, le malattie muscoloscheletriche e i tumori professionali sono i due grandi problemi di salute dei lavoratori, le prime per le ricadute in termini di idoneità al lavoro in un periodo storico in cui la forza lavoro è sempre più anziana; i secondi per la importante sottostima del fenomeno e quindi del rischio. In continuità con quanto avviato con il PRP, si dovranno pertanto affrontare con progetti mirati da attivare nei comparti più rischiosi il **rischio ergonomico e il rischio chimico/cancerogeno**, monitoraggio inteso sia come studio estemporaneo di singole unità produttive, che come costante analisi dell'andamento nel tempo dei livelli di esposizione nella realtà lavorativa territoriale. Ed in tal senso le situazioni che presentano rischi residui da amianto dovranno vedere i servizi PSAL in prima linea per assicurare un adeguato controllo delle imprese e delle condizioni di esposizione dei lavoratori. Lo stesso dicasi per l'organizzazione della sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto che dovrà garantire metodologie e prestazioni omogenee su tutto il territorio regionale.

La medesima attenzione dovrà essere dedicata al tema del **rischio da stress lavoro correlato** anche questo largamente sottostimato dalle imprese, pur in presenza di una domanda di attenzione da parte dei lavoratori; domanda che non può essere ignorata dai servizi PSAL rinviando ad una attività di controllo specifica e che sappia cogliere le tante peculiarità dell'argomento. Ciò anche tenendo conto delle apposite indicazioni regionali emanate sul tema.

Infine mantenere un buono stato di salute deve essere un obiettivo da perseguire anche nei luoghi di lavoro. Con il progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa gli effetti del lavoro si sommano agli effetti di scorretti stili di vita, con un carico di patologia che in molti casi compromette

la stessa idoneità al lavoro. Si deve investire in **programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro**, anche coinvolgendo nei progetti di attività dei servizi istituzionali figure cardine come i medici competenti delle aziende, in particolare sul tema della lotta all'alcol, alle droghe ed al fumo di sigaretta e più in generale della prevenzione delle MCNT.

Infine va potenziata **l'epidemiologia occupazionale**, perfezionando tutti gli strumenti di conoscenza del contesto, quindi dei rischi e dei danni da lavoro: ciò sia utilizzando flussi informativi già attivi (INFORMO, MALPROF, OCCAM, RENAM, RENATUNS), sia proponendo l'approfondimento di situazioni locali di particolare interesse epidemiologico anche in relazione al contesto sociale di riferimento, in collaborazione con altri servizi dipartimentali.

Obiettivo generale	Promuovere la salute e la sicurezza sul lavoro
Obiettivo specifico 1	Garantire una adeguata attività di vigilanza sulle aziende migliorando appropriatezza, qualità ed efficacia
Azioni 1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mantenere livelli di copertura del territorio adeguati e comunque superiori a livello indicato nei LEA, pianificando la vigilanza secondo priorità di rischio e secondo le indicazioni dei Piani Nazionali, in particolare in edilizia nei territori del sisma e in agricoltura. b. utilizzare la metodologia dell'AUDIT sperimentata con il PRP per effettuare il controllo in una quota parte delle imprese da controllare. c. controllare la qualità della sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti applicando gli indicatori sperimentati con il PRP.
Obiettivo specifico 2	Favorire la crescita delle imprese e l'applicazione delle buone prassi valorizzando la funzione assistenziale e di sostegno, rivolta soprattutto alle piccole e medie imprese.
Azioni 2	<ul style="list-style-type: none"> a. Attivare una progettualità specifica che vada nel senso del sostegno assistenza, informazione alle imprese e ai professionisti in particolare rivolto alle piccole e medie imprese in collaborazione con parti sociali e organismi paritetici in seno al Comitato ex art. 7 D.lvo 81/2008. b. Applicare il modello generale di Piano mirato di prevenzione (PMP) per affrontare i rischi prioritari.
Obiettivo specifico 3	Affrontare il rischio ergonomico, lo stress lavoro- correlato e il rischio chimico/cancerogeno.
Azioni obiettivo 3	<ul style="list-style-type: none"> a. Affrontare la tematica del rischio da sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico e da stress lavoro in comparti selezionati effettuando indagini valutative dirette, proporre interventi di riprogettazione dei posti di lavoro al fine di ridurre il rischio. b. Monitorare, attraverso programmi di igiene industriale, il rischio da esposizione ad agenti chimici e cancerogeni nelle aziende a rischio con il fine di evidenziare criticità e attuare misure di miglioramento per la riduzione del rischio. c. Garantire il controllo rispetto all'applicazione del regolamento REACH e CLP elaborando e attuando il Piano Regionale di Controllo annuale in coerenza con il Piano Nazionale di Controllo annuale. d. Garantire l'attività di controllo ufficiale sull'utilizzazione dei prodotti fitosanitari.

Obiettivo specifico 4	Rafforzare le attività di epidemiologia occupazionale e gli strumenti informativi gestionali e di conoscenza dei rischi, delle patologie ad essi correlati e del contesto produttivo.
Azioni 4	<p>a. Implementare il sistema gestionale/informativo del Servizio PSAL al fine di programmare le attività di controllo e prevenzione attraverso le informazioni che si possono ricavare dall'integrazione di tutte le banche dati disponibili rispetto al contesto produttivo del territorio e anche di monitorare le azioni intraprese.</p> <p>b. Utilizzare le banche dati disponibili a supporto della pianificazione degli interventi di controllo, per definire non solo le priorità di comparto e di rischi, ma anche le aziende da sottoporre a controllo.</p> <p>c. Migliorare i sistemi di sorveglianza degli infortuni e della patologia professionale (COR per mesotelioma e tumore naso sinusale, tumori a bassa frazione eziologica, INFORMO, MAL PROF) anche potenziando l'attività dell'osservatorio infortuni e malattie professionali.</p>
Obiettivo specifico 5	Promuovere la salute e i corretti stili di vita nei luoghi di lavoro
Azioni 5	Avviare programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro finalizzati al contenimento di diversi fattori di rischio
Indicatori/Risultati attesi	Attività di vigilanza nel 6,5% delle aziende con dipendenti del territorio. Attivazione di almeno un PMP ogni due anni.

D. RIDURRE LA FREQUENZA DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI.

Per i dati di prevalenza e incidenza si rimanda al paragrafo sul profilo epidemiologico.

Obiettivo generale	Ridurre la frequenza delle Malattie Trasmissibili
Obiettivo specifico 1	Migliorare le sorveglianze, al fine di poter rispondere in modo tempestivo, coordinato ed efficace al verificarsi degli eventi infettivi.
Obiettivo specifico 2	Attivare e/o mantenere efficienti sistemi di risposta adeguati, con protocolli di intervento differenziati, da attivare sia nel caso in cui si verificano piccoli cluster epidemici o malattie che possono dare origine e vere e proprie epidemie, sia nel caso in cui vengano registrati casi di malattie da vettori o di zoonosi.
Obiettivo specifico 3	Mettere in atto interventi formativi/informative/educativi, rivolte agli operatori e alla popolazione, al fine di evitare il diffondersi di infezioni prevenibili non abbastanza conosciute o di cui non si parla più come un tempo, o che coinvolgono particolari categorie di persone a rischio.
Obiettivo specifico 4	Migliorare la qualità dell'offerta vaccinale, al fine di mantenere costanti le coperture vaccinali e impedire il crearsi di gruppi di popolazione suscettibile.
Azioni	a. Adeguare il sistema di notifica delle malattie infettive, rendendo sempre più agevole l'effettuazione delle segnalazioni da parte di MMG, PLS, medici ospedalieri, per mettere a disposizione tempestivamente le informazioni indispensabili per attivare misure preventive e/o di contenimento.

	<ul style="list-style-type: none"> b. Attivare la collaborazione, migliorando anche la comunicazione, di tutte le strutture sanitarie e gli operatori che entrano in contatto con i singoli casi di TBC o di Infezioni Tuberculati Latenti; anche coinvolgendo i mediatori culturali e i leader delle diverse comunità straniere presenti sul territorio regionale per promuovere interventi informativi e ridurre i contagi. c. Promuovere l'adesione da parte degli Ospedali, di MMG e dei PLS, ai Sistemi di sorveglianza speciali (per malattie batteriche invasive, morbillo e rosolia, legionellosi, epatiti virali, HIV e AIDS, malattie da vettori, ecc..) attivati da Ministero della Salute e ISS, che costituiscono fonti di informazioni più specifiche molto utili per gli interventi di sanità pubblica. d. Definire protocolli operativi, da parte dei DIP per una adeguata attività di prevenzione, vigilanza e controllo "in sinergia" con i diversi servizi interni allo stesso DIP come nel caso delle malattie trasmesse da alimenti o veicolate da artropodi, o con altre strutture della Azienda USL (servizi e ambulatori territoriali, MMG o A.A.O.O.) per la diagnosi e la cura della TBC, o con soggetti esterni al SSR, in caso di rischio biologico ambientale o di bioterrorismo. e. Verificare periodicamente l'attualità e il funzionamento di procedure/protocolli aziendali di risposta ad emergenze di tipo infettivo, anche sulla base delle pregresse esperienze (MIB, Ebola, Pandemia, ecc). f. Attuare campagne informative finalizzate alla conoscenza e alla prevenzione dei comportamenti a rischio al fine di ridurre significativamente l'incidenza di alcune malattie trasmissibili con particolare attenzione alle malattie sessualmente trasmesse (MST), all'infezione da HIV, alle epatiti. g. Attivare una campagna informativa, da veicolare attraverso i MMG, ma anche gli specialisti e le Ostetriche, rivolta alle donne sulle vaccinazioni da effettuare prima, durante e dopo la gravidanza h. Assicurare elevati standard qualitativi dei Servizi Vaccinali attraverso le attività di AUDIT anche attivando la formazione continua, con particolare attenzione al counseling e alla collaborazione con i PLS, per i quali è in corso di definizione anche la modalità di accesso all'anagrafe vaccinale. i. Attivare campagna di promozione per le vaccinazioni con l'offerta diretta agli operatori sanitari con particolare attenzione a coloro che assistono i soggetti più a rischio.
<p>Indicatori/Risultati attesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Definire protocolli operativi tra i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, i Presidi Ospedalieri territoriali, le Aziende Ospedaliere, l'IZSUM, per stabilire procedure condivise da seguire in caso di Malattie Trasmesse da Alimenti, zoonosi e malattie da vettori. 2. Mantenere al 95% le coperture vaccinali già raggiunte nel 2017 per esavalente (Polio) e Trivalente (Morbillo) ed implementare gradualmente quelle relative vaccini introdotti ex novo dal PNPV.

E. ATTUARE IL PIANO DEI CONTROLLI PER LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA.

In **sanità pubblica veterinaria** e **sicurezza alimentare** la pianificazione delle attività è definita in un unico Piano Nazionale Integrato (PNI); le attività di controllo vengono inquadrare in una visione

d'insieme che consente un migliore coordinamento delle azioni, aumentando l'efficacia dei controlli e degli interventi a favore della sicurezza dei cittadini.

A fronte di questo scenario, è necessario programmare l'attività dei servizi (Regione, ASL, IZSUM) per rispondere in maniera più organica ed efficace a questa necessità informativa. L'analisi critica dello stato attuale conferma infatti la parziale possibilità di utilizzare i dati già disponibili nelle banche esistenti per una pianificazione strategica, necessaria per delineare le politiche di sviluppo sanitario, zootecnico e produttivo del nostro territorio.

Quindi il PNI, fornendo un approccio coerente, completo e integrato ed individuando criteri comuni per consentire di orientare i controlli ufficiali in funzione dei rischi, è un punto di riferimento fondamentale per tutte le amministrazioni coinvolte a vario titolo nella gestione della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. Il PNI è un documento ufficiale diretto a tutte le componenti del Sistema dei controlli ufficiali comprendente: *la salute ed il benessere animale; la sicurezza alimentare nei suoi innumerevoli aspetti; l'alimentazione zootecnica e la sicurezza dei mangimi; l'uso appropriato del farmaco veterinario; la gestione corretta dei sottoprodotti; la sanità delle piante, oltre ad alcune tematiche relative alla tutela dell'ambiente.*

Il PNI descrive il "Sistema Italia" per il controllo ufficiale degli alimenti lungo l'intera filiera produttiva, in modo da consentire alle Autorità comunitarie di verificarne la coerenza col dettato normativo, e fornire alle Autorità nazionali gli elementi necessari al miglioramento del sistema stesso. Per tale ultimo fine, il Piano promuove un approccio coerente, completo e integrato ai controlli ufficiali; individua le priorità in funzione dei rischi, i criteri per la categorizzazione del rischio e le procedure di controllo più efficaci; incoraggia l'adozione delle migliori pratiche a tutti i livelli del sistema di controllo.

In particolare, nel PNI, possiamo identificare le seguenti fasi:

- fase di pianificazione complessiva, da cui scaturiscono le specifiche programmazioni di settore;
- la fase di attuazione;
- la verifica del Sistema avviene sia durante la fase attuativa, mediante lo svolgimento degli Audit sulle autorità competenti e sugli organismi di controllo, sia a consuntivo, attraverso l'analisi critica dei dati di attività raccolti nella Relazione annuale al PNI;
- le attività di verifica da cui scaturisce la fase di miglioramento del Sistema, sia a livello generale, attraverso le indicazioni del Nucleo Valutatore per il PNI, sia a livello particolare, ad opera delle singole amministrazioni.

A fronte di successi sanitari raggiunti che vanno mantenuti, vanno rafforzate le azioni volte all'acquisizione di status sanitari nei confronti di altre patologie: malattie zoonotiche (sia quelle a trasmissione diretta che indiretta) e malattie non zoonotiche ma di forte impatto economico. In questi ambiti, per esempio, rientrano la sorveglianza nei confronti della Malattia di Aujeszky e le azioni per il controllo della leishmaniosi canina.

L'approccio sanitario è ormai inevitabilmente interdisciplinare e globale riguardando il benessere delle persone e degli animali in un'ottica di *One health*.

La componente di Sanità Pubblica Veterinaria che si inserisce all'interno del piano triennale sanitario regionale non può che nascere da una visione, ormai internazionalmente condivisa e consolidata, di One Health, intesa come "l'approccio per sviluppare e mettere in atto programmi, politiche normative e ricerche nelle quali settori multipli comunicano e lavorano insieme per giungere a migliori risultati per la salute pubblica" (WHO).

Attraverso un'interazione ed integrazione delle funzioni delle diverse componenti della sanità, intesa appunto come salute unica (One Health), è possibile pianificare ed attuare interventi che, nel medio periodo, permettano con efficacia di raggiungere obiettivi sostanziali di protezione della

popolazione umana ed animale, nonché dell'ambiente, in particolare attraverso lo sviluppo di programma di sorveglianza, la raccolta ed analisi di informazioni affidabili, l'elaborazione di programmi di valutazione del rischio scientificamente sostenibili dai quali far derivare misure di controllo "risk based".

I sistemi e le reti di sorveglianza epidemiologica, essenziali anche per la valutazione e la gestione dei rischi, hanno assunto un ruolo indispensabile nella gestione di nuovi strumenti di lotta delle malattie animali, progettati e realizzati negli ultimi anni per facilitare il commercio internazionale degli animali e dei loro prodotti. Nell'ambito di un *sistema sanitario/zootecnico/alimentare* assume un ruolo chiave la figura del veterinario aziendale o di fiducia dell'allevatore.

Tali problematiche si riflettono in modo particolare sulla gestione del farmaco (farmacovigilanza, farmacovigilanza, ricetta elettronica). Il farmaco veterinario è da tempo oggetto di particolare attenzione essenzialmente per la possibile presenza di residui nelle derrate alimentari ma anche come elemento di potenziale rischio in caso di uso inappropriato.

Le conseguenze sull'ambiente derivanti dall'uso del farmaco, e specificatamente dell'antibiotico, rappresentano una criticità soprattutto per quei settori zootecnici nei quali i trattamenti di massa sono ancora ampiamente adottati nella pratica. Tra questi l'acquacoltura, particolarmente rilevante in Umbria, che rappresenta uno dei settori maggiormente implicati in virtù dello stretto legame esistente tra ambiente circostante e allevamento ittico. Un altro settore zootecnico nel quale viene ampiamente utilizzato l'antibiotico è quello suinicolo, anch'esso caratterizzato da un largo uso di mangimi medicati contenenti antibiotici.

Il **Registro Tumori Animale** - RTA rappresenta l'esempio di una rete informativa trasversale già in parte realizzata e che ha le potenzialità per connettersi con altre reti attive nel territorio umbro fornendo informazioni sanitarie preziose, per esempio nell'ambito dell'Osservatorio ambiente e salute. Un modello di "sanità in rete" che vede le nuove tecnologie informatiche come fattore chiave, viene concretizzato nel sistema informativo regionale SIVA, fornendo supporto agli operatori sanitari per migliorare l'efficacia del Sistema Sanitario Regionale.

Sul fronte della sicurezza alimentare va proseguito il processo di miglioramento dei controlli ufficiali sia con una migliore sinergia tra i servizi del Dipartimento di Prevenzione sia con azioni formative mirate per alzare il livello di conoscenza degli addetti ai controlli. Va sicuramente rafforzato il Piano Integrato dei controlli con azioni mirate ad una migliore tutela del consumatore.

Ma aspetto importantissimo è prevedere un tavolo di coordinamento dei controlli tra i vari Enti coinvolti nel tema della sicurezza alimentare.

1. Le malattie infettive

Per quanto concerne la Sanità veterinaria, l'Umbria ha conquistato e saputo mantenere, nel corso degli anni, un ottimo livello sanitario degli allevamenti di animali produttori di alimenti per l'uomo, con prevalenze pari o prossime allo zero rispetto alle principali malattie del bestiame, comprese le zoonosi. In particolare, con Decisione della Commissione 2005/28/CE del 12.1.2005, la Regione ha ottenuto la qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenne da brucellosi bovina, da brucellosi ovicaprina e da leucosi bovina enzootica (ai sensi della Direttiva 64/432/CEE e ai sensi della Direttiva 91/68/CEE) mentre con Decisione di esecuzione (UE) 2017/888 della Commissione del 22 maggio 2017, ha ottenuto la qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenni da tubercolosi bovina, ai sensi della Direttiva 64/432/CEE del Consiglio del 26.6.1964.

Inoltre il cambiamento delle condizioni climatiche ed ambientali registrato a livello globale negli ultimi decenni ha fortemente influenzato la diffusione delle malattie infettive trasmesse da vettori. Per monitorare adeguatamente la circolazione di queste infezioni nel territorio regionale umbro è necessario implementare una sorveglianza integrata, entomologica, veterinaria ed umana (come

suggerito dal Piano Nazionale Integrato di Sorveglianza della West Nile e dal Piano Nazionale di Sorveglianza e risposta alle Arbovirosi trasmesse da zanzare invasive).

L'approccio integrato avrà l'obiettivo di rilevare precocemente la circolazione di virus patogeni e dei vettori che li trasmettono.

2. Antibiotico resistenza

L'antimicrobicoresistenza - AMR ha un rilevante impatto epidemiologico ed economico e rappresenta oggi una delle maggiori minacce per la salute pubblica all'attenzione di Organismi, Enti e Istituzioni a livello internazionale e nazionale che hanno intrapreso delle azioni di sensibilizzazione per affrontare la problematica delle infezioni correlate. La relazione tra impiego di antibiotici e lo sviluppo di infezioni da AMR nel settore zootecnico, così come il rischio di trasmissione di batteri resistenti all'uomo, sono dimostrati. Meno conosciuti e documentati sono i meccanismi di trasmissione attraverso il consumo di alimenti di origine animale. Un utilizzo non corretto degli agenti antimicrobici in medicina veterinaria, oltre ad avere ripercussioni nella salute umana può comportare anche un rischio per la salute animale, un aumento potenziale di rischio sanitario per gli allevatori ed essere responsabile di riduzioni delle produzioni e dell'efficienza degli allevamenti. Tale fenomeno che è stato parzialmente affrontato nell'ambito del Piano regionale della Prevenzione, tenuto conto dell'emanazione del "Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020", basato sull'approccio multisettoriale "One Health", necessita, di ulteriori azioni di tutti i settori interessati: umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale.

3. Reti della sorveglianza epidemiologica

Disporre di un efficace sistema di gestione informatizzata delle informazioni sanitarie degli animali allevati consente una adeguata gestione del territorio, una pronta reazione in caso di allarmi sanitari ed una adeguata informazione per i consumatori nonché, per quanto attiene le funzioni di governo, permette di garantire la definizione di indicatori di salute e sicurezza alimentare indispensabili per la programmazione e la rendicontazione degli interventi relativi ai piani integrati di sicurezza alimentare. L'implementazione e l'utilizzo di sistemi informatizzati rappresenta pertanto un obiettivo strategico.

4. Sviluppare il coordinamento con altri Enti e Servizi impegnati nei controlli del settore agroalimentare

Per ottenere alimenti sani e sicuri non solo la catena di produzione alimentare va considerata come un unico processo su cui intervenire ma è altrettanto fondamentale ottimizzare il funzionamento delle autorità competenti che hanno il compito di verificare l'attuazione delle disposizioni volte a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente.

Vi è infatti l'esigenza di armonizzare i controlli di tutti gli organi di vigilanza e di evitare inutili sovrapposizioni nei controlli individuando forme di collaborazione e di coordinamento.

Nel Piano Nazionale Integrato per la sicurezza alimentare si prevede tale coordinamento che a livello nazionale questa funzione viene svolta dal Nucleo di Valutazione del Piano che esamina e discute congiuntamente le criticità del sistema nazionale dei controlli ed avanza proposte di miglioramento, tenuto conto dei vincoli organizzativi, delle specificità di intervento e delle differenze di approccio tra controlli amministrativi ed attività di inchiesta.

Il nuovo Piano Nazionale Integrato prevede in modo esplicito l'allineamento dei Piani regionali ai criteri del Piano Nazionale, inclusa l'istituzione di un tavolo regionale analogo a quello istituito per il Nucleo di Valutazione Nazionale.

La costituzione del tavolo di collaborazione e coordinamento tra autorità competenti, così come, definite dal D. Lgs 193/2007, e gli altri organi di controllo che, a vario titolo, intervengono lungo la filiera agroalimentare è demandata alle strutture competenti della Direzione regionale Sanità.

Vi sono inoltre altri organi di controllo che pur non essendo direttamente identificabili quali Autorità Sanitaria in materia di Sicurezza Alimentare ai sensi del D. Lgs. 193/2007 svolgono la loro attività finalizzata alla tutela degli interessi dei consumatori e/o alla correttezza delle transazioni commerciali (libera circolazione di beni e servizi, fiducia nelle organizzazioni di controllo, contrasto alle frodi commerciali ecc.) e che vanno coinvolti in questo processo di armonizzazione.

Obiettivo generale	Attuare il piano dei controlli
Obiettivo specifico 1	Rafforzare le misure del Piano regionale integrato dei controlli.
Obiettivo specifico 2	Mantenere gli status sanitari degli allevamenti di animali produttori di alimenti per l'uomo.
Obiettivo specifico 3	Acquisire nuovi status sanitari degli allevamenti di animali produttori di alimenti per l'uomo nei confronti di malattie infettive (Malattia di Aujeszky).
Obiettivo specifico 4	Acquisire informazioni relative a zoonosi (leishmaniosi canina).
Obiettivo specifico 5	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza e migliorare i livelli di consapevolezza e di informazione/educazione rispetto al fenomeno dell'antibiotico resistenza.
Obiettivo specifico 6	Verificare il corretto uso del farmaco veterinario lungo tutta la filiera per assicurare la salubrità degli alimenti destinati al consumo umano.
Obiettivo specifico 7	Implementare il sistema informativo veterinaria e alimenti (SIVA).
Obiettivo specifico 8	Predisporre e condividere informazioni relativamente al RTA (anche nell'ambito dell'Osservatorio Ambiente e Salute).
Obiettivo specifico 9	Migliorare il livello di tutela del consumatore.
Obiettivo specifico 10	Armonizzare e migliorare l'attività di controllo lungo tutta la filiera produttiva.
Obiettivo specifico 11	Migliorare le conoscenze sui risultati raggiunti e sulle criticità da affrontare.
Obiettivo specifico 12	Elevare il livello qualitativo dei controlli.
Obiettivo specifico 13	Potenziare il sistema informativo SIVA
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre piani di controllo degli animali destinati al consumo umano tesi alla conferma o al raggiungimento di qualifiche sanitarie del territorio regionale. 2. Attuare piani di controllo in tutte le fasi della filiera che vanno dalla produzione all'impiego del farmaco fino alla ricerca di residui negli alimenti destinati al consumo umano. 3. Condurre campagne di comunicazione e diffusione di dati e delle informazioni sul corretto utilizzo del farmaco veterinario e relativi aspetti dell'antimicrobico resistenza. 4. Informatizzare la ricetta del medicinale veterinario.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attribuire il livello di rischio degli allevamenti nei confronti dell'antibiotico resistenza e successivi Interventi nell'ambito del piano regionale di farmacosorveglianza attraverso l'uso di indicatori specifici. 2. Migliorare la qualità del dato per le fonti anagrafiche informatizzate già disponibili in SIVA. 3. Produrre e divulgare report sulle informazioni scaturite dal RTA. 4. Aggiornare e sviluppare le conoscenze degli operatori del Servizio sanitario Regionale verso specifiche tematiche di sanità veterinaria e sicurezza alimentare realizzando percorsi formativi.

F. E ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE.

La tematica del rapporto fra inquinamento ambientale e salute è di grande rilevanza, anche per le preoccupazioni delle persone che, in ben precisi contesti territoriali, tendono a collegare episodi di insorgenza di patologie (di varia natura) all'esposizione ad inquinanti presenti nelle varie matrici ambientali. Con la DGR 452/2017 è stato costituito l'Osservatorio Ambiente e Salute inteso quale strumento di supporto alla programmazione regionale. L'obiettivo dell'Osservatorio è quello di approfondire i collegamenti fra condizione ambientale, fonti di inquinamento ambientale e salute al fine di fornire elementi di conoscenza utili a ridurre gli effetti avversi collegati a fattori ambientali e in ultimo proteggere la popolazione, con particolare riguardo ai gruppi più vulnerabili della società (neonati, bambini, donne in gravidanza, persone anziane, portatori di patologie cardiache e/o respiratorie, ecc.). In particolare all'Osservatorio sarà chiesto di predisporre un piano di informazione e comunicazione verso la popolazione del rischio ambientale presente nei territori umbri.

Obiettivo generale	Prevenire le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
Obiettivo specifico	Aumentare il livello delle conoscenze in tema di rapporto fra inquinamento ambientale e salute, al fine di definire le priorità da seguire negli eventuali interventi di prevenzione e fornire una equilibrata informazione alla popolazione rispetto ai fattori di rischio ambientali.
Azioni	L'Osservatorio Ambiente e Salute deve: <ul style="list-style-type: none"> a. Aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale in particolare sulla relazione tra ambiente e salute, realizzando percorsi formativo-informativi integrati. b. Raccogliere la documentazione prodotta da ognuno dei soggetti partecipanti in tema di "salute e malattia della popolazione" e di "ambiente e fonti di inquinamento" anche integrandola con analogo materiale documentale di livello internazionale, nazionale e regionale. c. Valutare la produzione scientifica derivante da più fonti al fine di definire in maniera più completa possibile il profilo di rischio presente nella nostra regione. d. Promuovere la implementazione ed il monitoraggio e la diffusione di studi e ricerche tesi a fornire dati scientificamente significativi in materia di valutazione d'impatto degli inquinanti ambientali sulla salute delle persone e degli animali.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convocazione di almeno un incontro all'anno dell'Osservatorio regionale "Salute Ambiente". 2. Affidamento ad ARPA Umbria e implementazione sistematica delle pagine web destinate alle tematiche attinenti a "Salute/Ambiente". 3. Realizzazione di almeno un incontro formativo/informativo sulla relazione tra ambiente e salute destinato agli operatori del Servizio Sanitario Regionale. 4. Adozione delle linee regionali di indirizzo per la redazione di Valutazioni di impatto dei determinanti ambientali sulla salute delle persone (VIS).

G. GESTIRE LE EMERGENZE

Il PRP 2014-2018 con il progetto "Progettare le emergenze" intendeva migliorare la capacità di risposta della sanità pubblica ad una emergenza, nelle fasi di valutazione del problema, controllo e gestione dello stesso, a partire dall'individuazione del referente Sanitario Regionale per le emergenze, soggetto che deve essere dotato di ampia conoscenza dei sistemi di emergenza ed urgenza del servizio sanitario regionale.

In Umbria la Protezione Civile ha sviluppato un importante know-how, in particolare nel coordinamento operativo nell'attività di gestione delle emergenze a partire dal terremoto del 1996. In conseguenza degli eventi sismici dell'agosto e dell'ottobre 2016, ai sensi e per le finalità della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 agosto 2016 inerente "Individuazione della Centrale remota operazioni soccorso sanitario per il coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti nonché dei Referenti sanitari regionali nel caso di emergenza nazionale", la Giunta Regionale ha rinominato il Referente Sanitario Regionale per le emergenze (RSR) e le 2 Aziende USL hanno provveduto ad istituire due Unità di Crisi Emergenza Terremoto (UCET).

E' necessario tuttavia procedere alla strutturazione di una rete operativa che possa intervenire per ogni tipo di emergenza (che sia legata a catastrofi naturali o ai rischi rischio chimico, biologico, radiologico) in maniera tempestiva e coordinata, con l'identificazione puntuale delle figure da coinvolgere, in grado di assumere decisioni ciascuno per il proprio ruolo (secondo la logica della catena di comando) e, contemporaneamente, di rispondere ad una organizzazione multisetoriale oltre che, talora, sovra-aziendale.

Obiettivo generale	Gestire le emergenze
Obiettivo specifico 1	Formare gli operatori di sanità pubblica (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti) a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e tra queste le attività di comunicazione con la popolazione, nonché rispetto alle modalità della gestione degli eventi calamitosi e catastrofici da parte della Protezione Civile.
Obiettivo specifico 2	Costituire un modello strutturato di rete aziendale e regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva, in grado di rappresentare concretamente il "punto di contatto" con la protezione civile.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costruire e attuare il percorso formativo in collaborazione con la Protezione Civile rivolto agli operatori di Sanità Pubblica (Distretti e Dipartimenti di Prevenzione). 2. Costituire una rete aziendale multidisciplinare in ciascuna azienda territoriale per fronteggiare le emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento a quelle infettive dell'uomo e degli animali
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piena attivazione delle reti aziendali territoriali entro il 2020 2. N. operatori formati/n. operatori da formare=100%

2.5.2 LA MEDICINA DI GENERE E LA VIOLENZA SULLE DONNE

LA MEDICINA DI GENERE

L'impostazione androcentrica della medicina ha relegato a lungo l'interesse per la salute femminile solo agli aspetti specifici riferiti alla sfera riproduttiva. È recente il mutamento di approccio consistente nello studio dell'impatto di variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socio-economiche legate al "genere", sulla fisiologia, la patologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie.

Il "genere" diventa determinante di salute.

La medicina di genere nasce con l'obiettivo di comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sugli outcomes delle terapie.

STATO DELL'ARTE

I risultati degli studi basati sul genere potranno avere nel prossimo futuro profonde implicazioni, sia nelle politiche sanitarie, sia nella ricerca, sia nella pratica clinica. I medici avranno la necessità di orientare i percorsi diagnostici/terapeutici sulla base delle differenze biologiche tra i due sessi, ma dovranno anche considerare un differente profilo di severità clinica in presenza di fattori di rischio simili tra uomini e donne, nonché una potenziale differenza di genere dell'efficacia e degli effetti collaterali dei farmaci o degli stessi trattamenti chirurgici.

Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione di malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro. Da qui la necessità di porre particolare attenzione allo studio del genere inserendo questa "nuova" dimensione della medicina in tutte le aree mediche. In quest'ottica, quindi, lo studio sulla salute della donna non è più circoscritto alle patologie esclusivamente femminili che colpiscono mammella, utero e ovaie, ma rientra nell'ambito della medicina genere-specifica che, parallelamente al fattore età, tiene conto del fatto che il bambino non è un piccolo adulto, che la donna non è una copia dell'uomo e che l'anziano ha caratteristiche mediche ancora più peculiari. Solo procedendo in questa direzione sarà possibile garantire a ogni individuo, maschio o femmina, l'appropriatezza terapeutica, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione della terapia".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera da tempo il "genere" come uno dei fattori strutturali che determinano la salute e nel 2009 ha organizzato un Dipartimento per la salute delle donne e di genere. In anni più recenti l'OMS ha stabilito il "genere" come tema base della programmazione 2014-2019.

I medici avranno la necessità di orientare i percorsi diagnostici/terapeutici sulla base delle differenze biologiche tra i due sessi

In Italia il tema è stato da qualche anno “attenzionato” da numerosi attori istituzionali della sanità (ISS, AGENAS, AIFA ecc.), ma solo di recente ha trovato spazio in una legge.

Con l’approvazione della L. 3/2018 (*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*) per la prima volta viene introdotto specificamente il riferimento al “genere” tra i parametri da seguire nella emanazione dei decreti legislativi per la riforma delle disposizioni vigenti in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano e viene stabilita la predisposizione da parte del Ministero della Salute di un piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere, attualmente in corso di perfezionamento.

Secondo l’Istat le donne rappresentano attualmente il 58% della popolazione di ultra 65enni e il 70% degli ultra 85enni, con una speranza di vita pari a 84,6 anni rispetto ai 79,1 degli uomini.

Ma questi dati indicano un privilegio e un vantaggio soprattutto in termini di qualità di vita?

Secondo i dati dell’Istat, l’8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Anche la disabilità risulta più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini). Vivono di più, ma con una peggiore qualità di vita.

Molte le differenze di genere anche nella cronicità, evidenti soprattutto nelle età più avanzate.

Un esempio per tutte riguarda il **rischio cardiovascolare**.

Mediamente, infatti, la donna sviluppa le patologie cardiovascolari 10 anni dopo l’uomo, ma la malattia cardiovascolare resta il killer numero uno per la donna e supera di gran lunga tutte le cause di morte. La diagnosi di questa patologia è sottostimata e avviene in uno stadio più avanzato rispetto agli uomini, la prognosi è più severa per pari età ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia. Nonostante ciò, è sempre stata considerata una malattia maschile e questo ha creato un pregiudizio di genere che riguarda l’approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l’intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che a lungo hanno esposto le donne ad altri fattori di rischio.

Nelle donne vi è un’elevata frequenza di presentazione della cardiopatia ischemica con sintomi atipici (ansia, dispnea, affaticabilità) e questo è causa di frequente ritardo diagnostico. Una ricerca svolta nel setting della medicina generale ha dimostrato che nei pazienti con scompenso cardiaco seguiti ambulatorialmente l’esame principale – l’ecocardiogramma – viene richiesto sensibilmente di meno nelle donne che negli uomini.

In ultimo si cita lo studio statunitense appena pubblicato su “Pnas” che ha analizzato i dati raccolti dai Pronto Soccorso della Florida e in cui si evidenzia che se trattate da cardiologhe le pazienti in fase acuta, ma non solo, potrebbero avere maggiori possibilità di sopravvivere. È un ulteriore tassello alla cura delle malattie cardiovascolari al femminile e alla medicina di genere.

Altri settori in cui la valenza di un approccio basato sul genere è comprovato da evidenze cliniche riguardano tra l’altro:

le malattie neurologiche, psichiatriche, dell’osso, respiratorie, autoimmuni, dermatologiche, metaboliche, oncologiche, ma anche l’utilizzo, l’efficacia e gli eventi avversi per l’utilizzo di farmaci, vaccini e dispositivi medici, ecc.

La Medicina di Genere riguarda quindi ogni branca e specialità e l'approccio clinico che la caratterizza è soprattutto pluridimensionale: il mantenimento dello stato di buona salute o l'erogazione di cure appropriate presuppongono **la presa in carico della persona valutata in tutte le caratteristiche biologiche e cliniche e in tutti quegli elementi personali, sociali e culturali che ne caratterizzano il vissuto**. La centralità del/della persona/paziente, l'acquisizione della consapevolezza di sé nei percorsi di tutela della salute rappresentano il salto culturale da compiere per consentire una assistenza sempre più appropriata e di qualità.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno di essi si riporta lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

A. PERCORSI CLINICI

Obiettivo generale	Garantire la prevenzione, diagnosi e cura della persona con un approccio che tenga conto della differenza di genere in ogni fase della vita e in tutti gli ambienti di vita e di lavoro.
Obiettivo specifico n. 1	Promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un approccio di "genere".
Obiettivo specifico n. 2	Attivare nuovi percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di "genere" per favorire la personalizzazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione del cittadino.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratificazione della popolazione per stato di salute e per genere. 2. Revisione dei PDTA in base all'approccio della Medicina di Genere per tutte le patologie croniche e per quelle tempo-dipendenti. 3. Attivazione di percorsi di sanità di iniziativa per la medicina di genere.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prima stratificazione della popolazione per patologia e genere 2. Revisione PDTA già adottati. 3. Avvio di programmi di sanità di iniziativa nelle AFT.

B. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Obiettivo generale	Garantire adeguati livelli di formazione ed aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario in materia di medicina di genere.
Obiettivo specifico n. 1	Costruire, validare e utilizzare strumenti efficaci dedicati alla formazione in Medicina di genere.
Obiettivo specifico n. 2	Promuovere l'aggiornamento dei medici e degli altri operatori sanitari e la diffusione dell'approccio clinico basato sul "genere" come determinante di salute.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costruzione, in collaborazione con Il Centro unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane, di pacchetti formativi dedicati ai vari target di medici e operatori sanitari. 2. Formazione dei MMG/PLS, dei medici specialisti e degli altri operatori sanitari.

Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilità di pacchetti formativi validati, da implementare e perfezionare. 2. Formazione del 100% dei MMG/PLS, del 100% degli specialisti e dell'80% degli operatori sanitari.
------------------------------------	--

C. COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Obiettivo generale	Promuovere la conoscenza della medicina di genere presso tutti gli operatori della sanità e presso la popolazione, coinvolgendo i media.
Obiettivo specifico n. 1	Individuare strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione in base ai diversi target di riferimento (professionisti della sanità, ricercatori, popolazione).
Obiettivo specifico n. 2	Informare e sensibilizzare, in base ai diversi messaggi da veicolare: <ul style="list-style-type: none"> • gli operatori della sanità e i ricercatori sull'importanza dell'approccio basato sul genere in ogni settore della medicina; • la popolazione attraverso adeguate campagne informative con l'ausilio dei media.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione di convegni e incontri di sensibilizzazione al nuovo approccio basato sul genere. 2. Progettazione di campagne informative destinate ai diversi destinatari.
Indicatori/ Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione di convegni e incontri di sensibilizzazione al nuovo approccio basato sul genere. 2. Realizzazione di campagne informative destinate ai diversi destinatari.

LA VIOLENZA SULLE DONNE

La violenza di genere rappresenta in Europa, la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i 16 e i 50 anni. In Italia si ritiene che ogni tre morti violente, una riguardi donne uccise da un marito, un convivente o un fidanzato

Con Decreto del Presidente del Consiglio Dei Ministri, 24 novembre 2017, revia Intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano,

sono state adottate le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.



STATO DELL'ARTE

Nel nostro Paese sono quasi sette milioni le donne che subiscono violenze fisiche e psicologiche: praticamente una donna su tre, nella fascia tra i 16 e i 70 anni, in massima parte tra le mura domestiche; nel 42% dei casi le violenze avvengono durante la gravidanza, due volte su tre in

presenza dei figli che, in un caso su quattro, sono coinvolti direttamente, con tracce che restano indelebili nella loro vita. Ma il 90% delle donne non denuncia le violenze subite (ISTAT 2015). In Umbria, dai dati disponibili presso i Centri antiviolenza e il Servizio Telefono Donna del Centro per le pari opportunità della Regione Umbria emerge che la violenza sulle donne è un fenomeno diffuso e, ancora in tanta parte, sommerso. Si caratterizza prevalentemente come violenza in ambito familiare (89% dei casi) e si manifesta sotto più forme contemporaneamente: violenza fisica, psicologica, economica, sessuale. Le donne che la subiscono appartengono ad ogni classe sociale ed ad ogni fascia di età; hanno difficoltà a denunciare le violenze che subiscono per vergogna, perché le umiliazioni subite e la paura che la violenza si ripeta annientano l'autonomia e l'autostima, per timore del giudizio sociale, perché ancora oggi agisce culturalmente una legittimazione della violenza sulle donne, soprattutto quella domestica, che rimane circondata da omertà, silenzio e luoghi comuni.

Ogni genere di violenza e di maltrattamento ha un costo sociale e sanitario molto alto: una donna abusata rischia di entrare in un vortice che, molte volte, ha effetti pesanti sulla propria salute e sulla crescita dei figli.

Obiettivo delle Linee guida summenzionate è quello di fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna. Destinatario sono le donne, italiane e straniere, che abbiano subito una qualsiasi forma di violenza e che accedono ad un qualsiasi Pronto soccorso. Il provvedimento prevede, dopo il triage infermieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), che alla donna sia riconosciuta una codifica di urgenza relativa (codice giallo o equivalente) per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

Le linee guida prevedono, inoltre, l'aggiornamento continuo delle operatrici e operatori, indispensabile per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione.

Gli operatori sanitari sono infatti le prime figure professionali con cui le donne entrano in contatto, che forniscono il primo soccorso, accolgono le loro richieste (più o meno esplicite) e favoriscono l'emersione della violenza. Per questo motivo l'OMS ritiene fondamentale la formazione dei professionisti sanitari: per accogliere e prendere in carico le vittime di violenza sono necessarie competenze— almeno quelle di base - di tipo psicologico-relazionale, legale e forense, e clinico-assistenziale.

AREE DI MIGLIORAMENTO

In Umbria, anticipando le Linee nazionali, si è compreso che i Pronto soccorso degli Ospedali rappresentavano veri e propri “luoghi strategici” per intercettare la violenza e per avviare un percorso che fornisse, tramite il raccordo con gli altri referenti della rete territoriale antiviolenza, interventi integrati e multidisciplinari in un’ottica di genere.

è importante formare gli operatori sanitari che sono coloro che per primi accolgono le donne che hanno subito violenza

Dopo la sottoscrizione, nell'aprile 2015, di un Protocollo di intesa tra la Regione, i Comuni, le Aziende sanitarie, i CAV, e le Forze dell'ordine, la Giunta regionale, ha promosso Il progetto sperimentale "Servizio codice rosa" che, con la presenza dei Centri antiviolenza nei Pronto Soccorso delle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni e degli ospedali di Città di Castello, Foligno, Spoleto e Orvieto, ha garantito alle donne vittime di violenza un'accoglienza di tipo specialistico attraverso interventi mirati e specializzati. Si è sperimentato, cioè, un percorso speciale contrassegnato da un codice rosa, uno spazio protetto, detto stanza rosa, in grado di offrire assistenza dal punto di vista fisico e psicologico e informazioni sotto il profilo giuridico, nel fondamentale rispetto della riservatezza. In attuazione della legge regionale 25 novembre 2016, n. 14 e del "Protocollo unico regionale per la realizzazione del Sistema regionale di prevenzione e contrasto della violenza di genere" la Regione Umbria sta definendo le Linee guida regionali per promuovere politiche ed interventi in materia di prevenzione e contrasto della violenza di genere e, contemporaneamente, definire un modello di funzionamento del Sistema regionale dei servizi di contrasto della violenza.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definisce l'obiettivo generale da perseguire nel triennio, con lo schema degli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

Obiettivo generale	Fornire un intervento adeguato e integrato nella prevenzione della violenza di genere nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza produce sulla salute della donna
Obiettivo specifico n.1	Sviluppare la rete dei servizi per la gestione della violenza di genere per mettere a disposizione di tutte le donne, italiane e straniere, una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, socio-sanitari e socio-assistenziali al fine di assicurare un modello integrato di intervento.
Obiettivo specifico n.2	Porre attenzione alla violenza di genere in tutte le aree e in tutti i servizi distinguendo la situazione di emergenza, rilevata principalmente nei Pronto soccorso, e la situazione sanitaria "cronica"
Obiettivo specifico n.3	Sviluppare competenza per conoscere e riconoscere il problema e promuovere le azioni di prevenzione coinvolgendo in modo strutturale, tutte le figure sanitarie e profili medici, con particolare attenzione a: Operatrici/tori dei pronto soccorso, Operatrici/tori dei reparti ginecologici, Operatrici/tori dei centri di salute mentale, Operatrici/tori dei consultori, Medici di base
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione in ogni presidio di "servizi dedicati". 2. Adozione di procedure omogenee per i servizi coinvolti. 3. Aggiornamento continuo delle operatrici/operatori, indispensabili per sviluppare interventi preventivi e per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione servizio dedicato nel 100% dei servizi previsti. 2. Adozione ed implementazione delle procedure specifiche. 3. Utilizzo del codice rosa nel 100% dei casi. 4. Formazione di tutti gli operatori coinvolti.

CAPITOLO 2.6

Tutelare fasce di popolazione

2.6 TUTELARE FASCE DI POPOLAZIONE

2.6.1 L'ASSISTENZA NELL'ETÀ EVOLUTIVA

Lo stato di benessere dell'infanzia è uno degli obiettivi principali del Piano. Le azioni volte a migliorare le condizioni di salute della popolazione in età evolutiva e la qualità della vita rivestono una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria che deve garantire ai minori con disturbi in ambito

neuropsichiatrico la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata.

STATO DELL'ARTE

I Servizi di Neuropsichiatria Infantile sono unità operative multidisciplinari che si occupano della promozione e prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi psicologici e dei disturbi psichiatrici, neurologici, neuropsicologici e sensoriali dell'età evolutiva.

I Servizi di Neuropsichiatria Infantile devono garantire la precocità dell'intervento e devono essere dotati di una metodologia operativa che consenta di accogliere ed esaminare la complessità dei problemi che il minore presenta, evitando la frammentazione e la parzialità delle risposte.

Una prospettiva che prende in carico il minore nella sua globalità ed unitarietà costituisce un momento cardine della metodologia di lavoro da cui ne deriva la necessità di un approccio multidisciplinare con l'integrazione di diverse figure professionali (neuropsichiatri infantili, psicologi, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti, assistenti sociali, educatori ed eventuali altre figure professionali). Fondamentale è anche la presenza di un sistema di rete ampio ed efficace per garantire una integrazione operativa con i principali ambiti sanitari che si occupano della salute del bambino (pediatria ospedaliera, neonatologia, terapia intensiva neonatale, neuropsichiatria infantile, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale), con i servizi di salute mentale e con i servizi di riabilitazione degli adulti, con i servizi per le tossicodipendenze, con i servizi sociali, ecc. Indispensabile per il pieno espletamento dei propri compiti è la collaborazione con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore.

Modalità concordate con PLS e MMG permettono l'accesso a questi Servizi e l'informazione della diagnosi e del programma di trattamento.

Allo stato attuale il Servizio dell' Età Evolutiva (Neuropsichiatria Infantile) rappresenta il fulcro organizzativo del sistema della rete dei Servizi Integrati per l'Età Evolutiva; è il luogo principale per la presa in carico del bambino e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della sua famiglia ed è la sede operativa per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuromotorie e muscolari, sensoriali, psicologiche, dei disturbi della sfera cognitiva e neuropsicologica.

I Servizi dell'età evolutiva sono strutture deputate alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza e di tutti i disordini dello sviluppo, del bambino nelle sue varie forme di espressione (psicomotoria, cognitiva, intellettiva e relazionale). Hanno quindi come competenza specifica lo studio dello sviluppo complessivo del bambino e la competenza del servizio che si esprime in una presa in carico complessiva e longitudinale che comprende sia le prestazioni diagnostiche che l'attuazione e il monitoraggio di interventi terapeutici, riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi e che include famiglia e contesti di vita.

La rete dei servizi territoriali dell'età evolutiva si completa con le Strutture Residenziali e Semiresidenziali per le quali si rimanda all'atto specifico in cui vengono individuate le tipologie e delle strutture per il trattamento a medio e lungo termine.

In sintesi gli obiettivi già realizzati e le attività in essere si riassumono in:

- Attivazione di una progettazione Tecnico-Scientifica su minori e giovani adulti, tramite DGR n. 888/2017 recante: "Sperimentazione di interventi innovativi in ambito sociosanitario nei confronti di adolescenti e giovani adulti. Determinazioni"; percorsi conseguenti alla progettazione, di cui alla DD n.2295 del 08/03/2018 e DD n.2771 del 20/03/2018, relative al trasferimento a ciascuna delle Aziende USL dell'Umbria di risorse finanziarie complessivamente previste in € 100.000,00 ai fini dell'avvio delle suddette sperimentazioni
- Regolamento Regionale n.7 del 2017: "Disciplina in materia di servizi residenziali per minorenni", con particolare riferimento all'inserimento nel suddetto regolamento delle strutture residenziali terapeutiche per disturbi in ambito neuropsichiatrico, a bassa e media intensità terapeutico riabilitativa
- Nell'ambito della partecipazione ai lavori del Tavolo interistituzionale "Minori e famiglie", attivazione percorso formativo con oggetto "La tutela dei minori nel rapporto tra sistema sociale, sociosanitario, sanitario e giustizia" e, attraverso la DD n. 647 del 27/01/2017, finanziamento delle Aziende Sanitarie Territoriali dell'Umbria con risorse pari a complessivi € 200.000,00 per il potenziamento delle Equipe multidisciplinari integrate col compito di valutare le capacità genitoriali all'interno dei percorsi giurisdizionali.
- In fase di revisione la DGR N. 1622 DEL 29/12/2015 "Classificazione delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per persone disabili in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e all'intensità assistenziale"

AREE DI MIGLIORAMENTO

Alla luce delle indagini epidemiologiche sulla popolazione assistita e delle analisi sui bisogni emergenti, scaturiscono alcune considerazioni principali:

- Sempre più marcate e complesse sono le problematiche afferenti all'area dei minori, sia per quanto attiene a corretti percorsi di cura ed all'integrazione tra le varie professionalità coinvolte, sia per quanto attiene all'area dell'acuzie con assenza di risposte specifiche in quest'ambito, che si integrino funzionalmente con le risposte già attivate in ambito socio-riabilitativo.

- È forte e critica la richiesta proveniente dalla popolazione giovanile: in marcato aumento, con elevata complessità clinico assistenziale ed una fascia d'età sempre più allargata. Il sistema dei Servizi non appare oggi in grado di cogliere pienamente questa problematica, né di fornire un approccio che possa essere precoce e, soprattutto, fortemente integrato.
- È necessario giungere ad una omogeneizzazione organizzativa per tutto l'ambito Regionale dei servizi di NPIA per l'infanzia e l'adolescenza
- Il disagio psichico e la psicopatologia in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico
- Le patologie neuropsichiatriche (paralisi cerebrali infantili, epilessia, ritardo mentale, disturbi specifici dell'apprendimento, ecc..) oltre a richiedere interventi terapeutici e strumentali immediati e continuativi nel tempo, possono evolvere in handicap ingravescenti con rilevanti ricadute sociali e assistenziali
- Bisogna porre attenzione su nuovi bisogni a cui dare risposte: nuovi cittadini provenienti da paesi terzi e da culture altre, disturbi alimentari, minori abusati e maltrattati, disturbi autistici, DSAS, ADHD, dipendenze
- La riabilitazione in età evolutiva può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto
- La necessità della presa in carico del passaggio dall'età evolutiva all'età adulta per assicurare la continuità terapeutico assistenziale nel passaggio all'età adulta
- La necessità di un approccio precoce alle psicosi giovanili, con particolare riguardo al rapporto con le nuove dipendenze e alle forme d'integrazione con i SerD
- La necessità di riorganizzazione i Servizi, allo stato diversificati e frammentati nel territorio, per garantire la continuità delle cure, i percorsi di transizione, i percorsi integrati attraverso protocolli condivisi
- La necessità di una maggiore integrazione e collegamento tra i servizi delle varie aree assistenziali (acuzie, territorio, residenzialità; età evolutiva vs. adulti) con adozione di procedure omogenee nelle varie aree territoriali
- La necessità della gestione di situazioni di acuzie per pazienti minori e per la gestione delle emergenze psichiatriche adolescenziali
- La qualificazione delle strutture riabilitative specificamente deputate all'età evolutiva (residenziali e semiresidenziali)
- L'esigenza di percorsi di formazione e approfondimento per gli specialisti del settore in tutti gli ambiti di attività

Tenendo conto di quanto evidenziato dall'analisi effettuata ed anche di quanto emerso in esito alla consultazione dei Tavoli tematici prima della stesura del PSR, vengono definite le aree di intervento migliorative.

Considerata la complessità e la criticità dei compiti descritti che richiedono una alta competenza specialistica ed un elevato livello di integrazione con altre strutture, è necessaria una articolazione dei servizi e un modello organizzativo che permetta di coniugare l'unitarietà di programmazione e

l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale e la forte integrazione sociosanitaria.

Per garantire l'unitarietà e la qualità degli interventi è necessaria la presenza omogenea sul territorio regionale di Servizi di Neuropsichiatria Infantile organizzati secondo modalità multidisciplinari in grado di assicurare valutazione, diagnosi, presa in carico, cura e riabilitazione dei disturbi psicologici, neurologici, neuropsicologici, psichiatrici e sensoriali dei soggetti in età evolutiva superando le differenze attualmente esistenti.

I Servizi devono occuparsi di norma unitariamente della fascia d'età 0-18 anni e le attività devono essere articolate per rispondere in maniera specifica alle diverse esigenze delle varie fasce d'età con interventi integrati e continuativi fino al raggiungimento dell'età adulta. L'obiettivo è comunque quello di lavorare in maniera integrata con il CSM a partire dai 14 anni per gestire al meglio il passaggio dal servizio adolescenza al servizio adulti non creando discontinuità della presa in carico.

Per quanto attiene al passaggio dall'adolescenza all'età adulta numerose evidenze scientifiche individuano in questo il rischio di sviluppare un disturbo mentale, soprattutto in concomitanza di un ritardo del trattamento o di interventi inappropriati. La fase di transizione da un servizio che offre cure orientate all'età evolutiva verso un servizio rivolto all'adulto non va considerato come un semplice "trasferimento" del giovane, ma deve essere inteso come un passaggio dinamico che garantisca continuità, coordinamento, flessibilità, sensibilità in una dimensione multidisciplinare rivolta ad affrontare non solo le necessità cliniche, ma anche le esigenze psicosociali, educative e professionali dell'adolescente. I bisogni evidenziati sono:

- Forte aumento della richiesta, sia di presa in carico ai servizi che quella ancora dispersa.
- Complessità e multifattorialità delle problematiche espresse.
- Necessità d'intercettazione precoce del disagio e garanzia della continuità terapeutica (per evitare lo sviluppo delle forme meno reversibili di patologia).

A tal fine i servizi in aderenza ai nuovi LEA 2017 vengono denominati **Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di riferimento (NPIA)** e devono essere strutturati in tutti i distretti regionali.

Dal punto di vista operativo come previsto dai nuovi LEA devono garantire ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico:

- nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività (art.25) quali:
 - individuazione precoce e proattiva del disturbo e valutazione diagnostica multidisciplinare;
 - definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia;
 - visite neuropsichiatriche e colloqui psicologico-clinici;
 - psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) e colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici;

- abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida;
- interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore
- gruppi di sostegno per i familiari e interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;
- collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità e progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

- nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, previa valutazione multidimensionale, la definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali e semiresidenziali. I trattamenti residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidimensionale emerga che i trattamenti domiciliari o semiresidenziali risulterebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare del minore. I trattamenti terapeutico-riabilitativi includono le prestazioni necessarie ed appropriate in diversi ambiti di attività come indicato nei LEA (art. 32) fra le quali si evidenziano:
 - attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento e con la famiglia;
 - colloqui psicologico-clinici, psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo) e interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);
 - abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida;
 - interventi sulla rete sociale, formale e informale e attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore e collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione

nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

- collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale e adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità e progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

In relazione al livello di intensità riabilitativa e assistenziale l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.
- b) trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.
- c) trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale vengono garantiti interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati, rivolti a minori per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.

Inoltre il PSR sottolinea oltre all'importanza dell'unitarietà dei Servizi NPIA anche la loro messa in rete rappresentando un importante strumento per realizzare gli obiettivi della politica regionale in questo settore e si devono integrare nella loro attività con le altre strutture territoriali (CdS, CSM, SeRD, CRT...) anche con le strutture ospedaliere per rispondere a tre tipi di bisogni:

- a) diagnosi e cura di patologie neurologiche e psichiatriche acute e di elevata complessità
- b) situazioni di emergenza-urgenza, soprattutto in relazione alla psicopatologia dell'età evolutiva
- c) approfondimenti diagnostici, valutazioni ed interventi terapeutici che necessitano del ricovero anche in regime di Day Hospital e Day Service per minori già in carico ai Servizi Territoriali

In considerazione delle dimensioni della nostra Regione e al fine di operare in modo omogeneo in tutti i Servizi della nostra Regione, tali esigenze possono trovare risposta nell'ambito di strutture pediatriche ospedaliere già esistenti per gli approfondimenti diagnostici e per le situazioni di elevata complessità. Inoltre va verificata la fattibilità di stipulare accordi con Strutture Ospedaliere di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza presenti in altre Regioni anche specifici per rendere accessibili e tempestivi gli interventi di alta specializzazione.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Si intende porre al centro della futura programmazione Regionale l'area delle problematiche giovanili (infanzia, adolescenza e giovani adulti). Mettere queste aree al centro della programmazione significa infatti affermare l'esigenza di un cambiamento forte sia nell'approccio clinico che, soprattutto in quello organizzativo, nella prospettiva d'una rete dei servizi che va adeguata, in modo omogeneo, alle mutate esigenze operative.

Questa strategia si fonda su alcuni principi essenziali: la capacità di formulare una diagnosi accurata e di fornire interventi precoci (per evitare lo sviluppo delle forme meno reversibili di patologia), la continuità terapeutica (in tutte le diverse fasi di vita, nei percorsi personalizzati di cura), l'offerta di una gamma vasta e diversificata di servizi, una sempre più forte relazione di collaborazione e di partnership con gli utenti e le loro famiglie, la capacità di coinvolgimento attivo della e nella comunità locale attraverso reali percorsi di inclusione sociale, scolastica e lavorativa, l'integrazione con la medicina generalistica e specialistica di I livello. Un rapporto forte con i Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è elemento essenziale della rete d'intervento e va ulteriormente sviluppato per rendere più funzionali i percorsi di accesso ai servizi specialistici, favorire una diagnosi precoce.

Di seguito si definisce l'obiettivo generale da perseguire nel triennio con lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

Obiettivo generale	Consolidare le azioni per lo sviluppo della rete dei servizi NPIA
Obiettivo specifico 1	Riorganizzazione dei Servizi denominati Servizi NPIA. Tali servizi devono essere presenti in tutti i Distretti e devono essere in rete fra loro in ambito aziendale e individuazione delle strutture residenziali e semiresidenziali di riferimento
Obiettivo specifico 2	Necessità d'intercettazione precoce del disagio e garanzia della continuità terapeutica
Obiettivo specifico 3	Definizione dei protocolli operativi per l'integrazione dei servizi NPIA e gli altri servizi territoriali
Obiettivo specifico 4	Definizione dei protocolli operativi per l'integrazione sei servizi NPIA e le strutture ospedaliere
Obiettivo specifico 5	Definizione dei protocolli operativi per la presa in carico nel passaggio dai Servizi di NPIA a quelli per adulti. Bisogna migliorare l'organizzazione dei percorsi di transizione delle cure e le modalità di comunicazione e collaborazione tra NPIA, CSM, SERD, MMG, PLS e l'identificazione precoce e la presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico.
Obiettivo specifico 6	Migliorare le procedure connesse alla gestione della emergenza / urgenza psichiatrica ed al rapporto ospedale – territorio, oltre all'adeguamento del numero dei posti letto specifici
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione dei Servizi di NPIA. 2. Attenzione operativa e progettuale nell'area della "Transizione" attraverso la costituzione di Unità per l'Adolescenza all'interno di ogni CSM a conduzione di dirigenti medici o psicologi per la gestione del percorso di transizione dalle NPIA e di presa in carico da parte dei CSM dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenti dai 14 anni in poi. Sarà compito di tali Unità relazionarsi con i tribunali dei minori, le comunità socio/educative e socio/sanitarie ed i Servizi Sociali di competenza e PLS/MMG (Distretto). 3. Individuazione delle strutture semiresidenziali e residenziali di riferimento anche per patologie specifiche

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Creazione di, almeno, un centro regionale per le acuzie psichiatriche riservate ai minorenni. Attivazione di 4/6 posti letto ospedalieri specificamente dedicati al trattamento delle situazioni di acuzie della salute mentale dei minori riconvertendo parte della degenza pediatrica dell’Ospedale di Foligno. 5. Potenziamento dei Centri di Riferimento Regionali. 6. Portare a regime l’organizzazione di uno “spazio giovani”, destinato ad adolescenti e giovani adulti con problemi di salute mentale e di abuso di sostanze in linea con quanto previsto dalla DGR 888 del 28/07/2017 al fine di garantirei un nuovo e maggiore spazio alle problematiche attinenti a minori e giovani adulti, con la predisposizione di nuove ed adeguate forme organizzative, di presa in carico e trattamentali, strutturazione di percorsi integrati per la popolazione giovanile con l’area della Salute Mentale territoriale, l’Università, i Dipartimenti per le Dipendenze ed i Consultori. Strutturazione di un percorso integrato di approccio e valutazione in tre fasi: intercettazione basato sull’attività sociosanitaria di territorio, fase della valutazione, fase del trattamento. 7. Formalizzazione di un percorso aziendale integrato tra NPIA, DSM, MMG, PLS per la definizione della fase di transizione delle cure con le modalità di interazione e trasmissione dei dati/informazioni. Al fine di definire tale percorso vengono costituite le Unità di Valutazione per i passaggi di cura. Tali Unità composte da operatori afferenti a diversi servizi (NPIA, CSM, SERD, MMG e PLS) individuano i pazienti compresi nella fascia di età 14-18 che devono transitare dai servizi dell’età evolutiva ai servizi dell’età adulta attraverso la condivisione di criteri diagnostici e di gravità clinica. Il passaggio potrà avvenire con la modalità della presa in carico, dell’assunzione in cura e/o della consulenza. L’esito conclusivo di tale processo di condivisione sarà la stesura di uno specifico PTI 8. Strutturazione di percorsi specifici per il trattamento dei disturbi neuropsichici e del neurosviluppo, in collaborazione con tutti i vari Servizi coinvolti, compresa l’Università 9. Promozione di programmi aziendali di formazione rivolti a PLS, MMG, insegnanti per ottimizzare il sistema di identificazione precoce dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico. 10. Programmi di formazione intersettoriale e di sperimentazione su scala regionale
<p>Indicatori/Risultati attesi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorganizzazione dei servizi territoriali con istituzione nei Distretti dei Servizi NPIA 2. Attivazione dell’Unità per l’Adolescenza nelle Aziende Usl, uno per ogni CSM regionale 3. Nuova classificazione regionale delle strutture semiresidenziali e residenziali con programmazione dei posti da attivare 4. Completamento rete dei servizi con adeguamento posti letto 5. Adozione dei protocolli a livello regionale per la presa in carico di adolescenti/giovani per la gestione del passaggio all’età adulta. I protocolli devono contenere gli indicatori di processo e di risultato per il loro monitoraggio. - Adozione numero protocolli/numero protocolli individuati = 100% 6. Implementazione dei protocolli gestione emergenza / urgenza nelle aziende con monitoraggio indicatori individuati 7. Attivazione percorsi formativi. - N. professionisti con formazione integrata = 100% di quelli che lavorano in questo ambito 8. % di adolescenti dai 14 anni in poi presi in carico dai CSM su gli adolescenti con disturbi psichiatrici dei NPIA 9. Completa attuazione sistema informativo per i servizi di NPIA

2.6.2 L'ASSISTENZA ALLA DONNA E TUTELA MATERNO INFANTILE

Per Percorso Nascita si intende un modello organizzativo e assistenziale partecipato che garantisca l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno alla donna/coppia bambino durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il dopo parto, nel contesto del suo ambiente di

vita; permette altresì di affrontare le criticità e di porsi degli obiettivi di salute concreti per la coppia uomo-donna in età riproduttiva, per la coppia mamma- bambino nel periodo di gestazione e nascita ma anche, per entrambi, nelle età successive.

STATO DELL'ARTE

La programmazione del percorso di assistenza alla nascita è finalizzata a realizzare i livelli essenziali e appropriati di prevenzione, di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica oltre che di sostegno psico-sociale, sull'intero territorio regionale, attraverso il collegamento funzionale, secondo un'organizzazione in rete, fra servizi e risorse umane dedicate, con l'obiettivo di implementare il rispetto della fisiologia, l'efficacia dell'assistenza durante tutte le fasi che caratterizzano il percorso e la qualità della relazione del nucleo familiare.

La Regione Umbra, adempiendo alle indicazioni dell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", persegue obiettivi che prevedono, oltre alla ridefinizione della rete dei punti nascita, anche l'individuazione della rete dei servizi coinvolti nell'assistenza, le modalità di accesso ed il collegamento tra gli stessi, garantendo la continuità nella presa incarico dell'intero ciclo della gravidanza, del parto e del puerperio.

In linea con quanto riportato in letteratura, il percorso offre alle aziende sanitarie e A.O. regionali, le indicazioni per promuovere l'avvio e/o il potenziamento di azioni che salvaguardano la dimensione naturale dell'evento nascita, la riduzione dell'eccessiva medicalizzazione delle pratiche assistenziali, nel rispetto delle condizioni di sicurezza, garantendo appropriatezza degli interventi e fruibilità dei servizi.

La rete dei servizi coinvolti nell'assistenza all'evento nascita, garantisce la promozione della salute secondo la dimensione bio-psico-sociale, la prevenzione, la presa in carico della gravidanza/parto/nascita/puerperio/ nei primi giorni di vita del neonato, secondo determinati principi:

- Condivisione del modello assistenziale che, secondo il principio definito dall'OMS, promuova "massima sicurezza garantita con il livello più basso di medicalizzazione compatibile con ogni singolo caso" nel massimo rispetto della fisiologia degli eventi.
- Condivisione dei criteri di selezione del rischio e gestione dei casi clinici secondo il livello assistenziale appropriato. La gravidanza con elementi di rischio o di patologia richiede profili assistenziali specifici che si inseriscono nel percorso nascita generale.

- Continuità assistenziale: le varie fasi del percorso non possono essere trattate singolarmente ma nel loro continuum, di cui il momento parto/nascita rappresenta la parte terminale non estrapolabile da quanto succede prima e dopo, è necessario pertanto organizzare i servizi in modo che nelle fasi di raccordo tra essi, il percorso della donna/coppia sia facilitato e garantisca sempre appropriatezza di interventi.
- Promozione dell'offerta attiva" come modalità operativa per aumentare le capacità dei singoli di "cercare salute", e quindi promuovere la capacità di chiedere aiuto quale presupposto per poter offrire un aiuto reale.
- Integrazione tra livelli assistenziali: intesa come sinergie di intervento tra i servizi coinvolti a vario titolo nelle fasi del percorso, realizzata secondo modalità operative chiare e condivise, basate sulla trasparenza e tracciabilità delle prestazioni. Un servizio definito di livello assistenziale superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per quelli di livelli inferiori.

Il livello organizzativo attuale

Da tempo, la Regione Umbria ha avviato una serie di azioni volte alla razionalizzazione dell'assetto istituzionale, della rete ospedaliera ivi compresa l'articolazione territoriale dei Punti Nascita (PN) con l'obiettivo di garantire la capacità di fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti. Questo processo ha subito un'accelerazione prima con la legge regionale del 12 novembre 2012, n. 18 recante "Ordinamento del servizio sanitario regionale", successivamente con la DGR 970/2012 "Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti" ed infine con le DGR 1344/2013 e DRG 1040/2014 si è definita la "Riorganizzazione area materno-infantile e razionalizzazione della rete dei punti nascita della Regione Umbria" e la presa d'atto dei processi di riordino realizzati dalle Aziende Sanitarie.

Le dichiarazioni dell'OMS, sulla base di un'accurata analisi dei dati epidemiologici esistenti a livello internazionale, riconoscono nella salute materno infantile un tema di enorme importanza sanitaria che deve impegnare notevolmente le autorità sanitarie.

In Umbria molto si è fatto per garantire la sicurezza e la qualità delle prestazioni, in base a quanto disposto dall'Accordo già citato "Promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", che ha comportato la disattivazione di 3 punti nascita: Assisi, Castiglione del Lago e Narni, che non rispondevano ai requisiti minimi disposti dall'Accordo.

In sintesi attualmente è stata riorganizzata la rete dei servizi per la salute materno infantile con 8 Punti nascita e due Aree funzionali omogenee interaziendali (AFOI) che integrano punti Hub e Spoke fra di loro e lo Sistema Trasporto Assistenza Materna (STAM); nel corso del 2018, è stato anche attivato un unico Sistema Trasporto Emergenza Neonatologia (STEN) regionale.

Dal punto di vista del livello organizzativo in Umbria esistono quindi:

- n. 2 strutture di II° livello, ossia unità operative che assistono gravidanza e parto con più di mille parti anno e con presenza di Terapia Intensiva Neonatale (l'Accordo Stato-Regioni prevede di denominare tali unità come Unità di II° livello, in quanto il terzo non è più previsto);
- n. 1 struttura di I° livello con più di mille parti/anno, senza presenza di TIN;
- n. 5 punti nascita di I° livello, ossia unità operative che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale ≥ 34 settimane, in situazioni che non richiedono interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato.

Sono stati attivati:

- lo STAM regionale
- lo STEN regionale coordinato dall'UTIN di Perugia
- le AFOI.

L'obiettivo è mantenere la rete così definita perseguendo tutti gli obiettivi dell'Accordo Stato Regioni fino all'accreditamento di tutte le sedi.

Per quanto attiene invece alle strutture di Pediatria presenti negli ospedali regionali al momento non si prevede una loro revisione numerica ma una loro migliore integrazione al fine di promuovere i cambiamenti rivolti ad una qualificazione dell'assistenza in età pediatrica e ad una migliore gestione delle emergenze pediatriche.

Per la casistica trattata e le performance del materno – infantile si rimanda alle tabelle in Appendice.

AREE DI MIGLIORAMENTO

La programmazione del percorso di assistenza alla nascita è finalizzata a garantire, durante la gravidanza, il parto e il puerperio, livelli essenziali e appropriati di prevenzione, di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, sull'intero territorio regionale, attraverso una organizzazione in rete, articolata per diversi livelli di intensità assistenziale con differenti caratteristiche strutturali e tecnologiche dei presidi e competenze professionali.

I dati di riferimento portano in evidenza come in questi ultimi anni sono progressivamente cambiate le caratteristiche delle madri (sono sempre più numerosi i parti di donne con età superiore ai 40 anni e di donne extracomunitarie).

Il cambiamento quindi di scenario, comporta una riorganizzazione di servizi, confermando per l'Umbria la necessità di scelte prioritarie che tengano sempre presente oltre alla qualità e sicurezza della gestione della gravidanza fisiologica, anche la promozione continua dell'allattamento al seno e l'assistenza su tutto il territorio regionale al post-partum e al puerperio.

Un modello assistenziale che si basa sul rispetto della fisiologia degli eventi, nell'ambito del percorso nascita, induce a riflettere sull'individuazione delle prestazioni necessarie che identificano le varie tappe e quindi sul ruolo e le responsabilità dei servizi e dei professionisti coinvolti, al fine di ridurre gli interventi inappropriati e identificare precocemente le condizioni di rischio, stabilire i livelli più appropriati di assistenza costruiti su percorsi differenziati, nonché garantire la continuità delle prestazioni.

L'OMS, che ha sviluppato per primo il concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio", ha negli ultimi anni ulteriormente ridefinito questo sistema di classificazione. Attualmente quella proposta è di:

- "assistenza prenatale e di base", offerta a tutte le donne e bambini;
- "assistenza addizionale" per donne e nascituri con patologie e complicanze moderate;
- "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" per le donne e nascituri con patologie e complicanze severe.

L'assistenza sanitaria nel periodo pre-, peri- e post natale dovrebbe essere condotta da una équipe pluridisciplinare, secondo modalità proprie di ogni organizzazione, che comprenda ostetrica, ginecologo, neonatologo/pediatra, PLS, MMG e altri professionisti dei servizi territoriali e ospedalieri che condividano un modello di assistenza che privilegi la continuità assistenziale, incentrata sul lavoro di équipe e l'integrazione dei servizi.

La **gestione dell'assistenza alla gravidanza fisiologica** viene garantita attraverso le azioni previste nel "profilo assistenziale per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio" che, in linea con quanto raccomandato dalle Linee Guida Ministeriali e dal modello di assistenza proposto da WHO (descritto, nel manual Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model), include solo quegli interventi che si sono dimostrati efficaci in studi clinici controllati randomizzati. Secondo le evidenze contenute in entrambi i documenti, l'ostetrica è la figura professionale più indicata all'applicazione del profilo assistenziale della gravidanza fisiologica e a basso rischio.

Occorre prevedere, al fine di garantire l'umanizzazione del parto e la sua demedicalizzazione, l'estensione a tutti i punti nascita dell'esperienza "Stanze di Lucina", già attivata presso L'Azienda Ospedaliera di Perugia per la gestione, a responsabilità della figura dell'ostetrica, delle gravidanze fisiologiche.

Il profilo assistenziale della **gravidanza a basso rischio** viene condiviso ed adottato dalle équipe consultoriali, all'interno degli ambulatori di monitoraggio della gravidanza fisiologica e dai professionisti ospedalieri per le fasi che prevedono il loro coinvolgimento.

Sul piano organizzativo le Aziende Sanitarie, devono procedere al potenziamento delle attività del consultorio, attraverso un processo di riorganizzazione delle sedi attualmente presenti con redistribuzione di risorse e adeguamento degli organici delle équipe. Una ridefinizione delle attività garantite dal consultorio, alla luce della normativa più recente, ha l'obiettivo di: superare la parcellizzazione della risposta e garantire la continuità del processo diagnostico/terapeutico, aumentare l'appropriatezza degli interventi per la quale sono necessari professionisti con specifiche competenze ma anche modalità di lavoro e tecnologie avanzate.

Per realizzare una reale presa in carico ed una fattiva **continuità assistenziale**, le attività della rete di assistenza perinatale, sottesa al Percorso Nascita, devono essere realizzate secondo appositi profili assistenziali condivisi a seconda del livello di operatività, dai servizi e dagli operatori coinvolti, anche per recuperare quella quota di domanda privata, che nella gestione della gravidanza appare eccessiva.

Per favorire il **rientro a domicilio** della puerpera e del suo bambino e salvaguardare lo stato di benessere psico-fisico di entrambi, è necessario individuare la modalità operativa che garantisca interventi adeguati in tal senso e stabilisca quindi i contatti e i nodi di raccordo tra il PN e i consultori familiari, la Pediatria di libera scelta, i MMG e i servizi sociali, per la totale presa in carico. Per avere efficacia maggiore è di fondamentale importanza che l'informazione dell'esistenza di questo percorso-servizio sia fornito alla coppia già durante il periodo della gravidanza, prima del ricovero ospedaliero per il parto, anche attraverso l'offerta attiva dei Corsi per Accompagnamento alla Nascita (CAN). E' altrettanto importante che il progetto sia noto e condiviso da tutti gli operatori e che la definizione delle funzioni, delle competenze, delle integrazioni e delle attività venga esplicitata in documenti di riferimento, quali Carta dei servizi, apposite pagine nei siti aziendali. Lungo tutto il percorso è opportuno sia attivabile la **rete di sostegno psicologico** attraverso la realizzazione di sinergie tra servizi, istituzioni, iniziative presenti nel territorio, al fine di intercettare precocemente le situazioni di criticità.

In relazione a quanto esposto le aree di miglioramento sono rappresentate da:

- Qualificazione della rete assistenziale regionale con identificazione dei Professionisti e dei loro ruoli
- Organizzazione delle attività di sostegno alla maternità con protocolli appropriati

Altra area di miglioramento è quella che riguarda la **gestione delle emergenze pediatriche**.

Le emergenze pediatriche devono costituire a tutti gli effetti una rete di patologia complessa tempo-dipendente che, come tale, va integrata con quelle già esistenti per l'adulto. E' importante definire che per Rete Pediatrica dell'emergenza-urgenza si intende un sistema integrato di servizi che devono rispondere a livello ospedaliero e territoriale ai bisogni di salute in condizioni di emergenza e/o urgenza del bambino lungo tutta l'età evolutiva.

Nel sistema dell'emergenza-urgenza, un ruolo determinante è svolto dal trasporto. Il trasporto del paziente pediatrico richiede competenze ed organizzazione differenti dal trasporto dell'adulto. Tali peculiarità sono specialmente evidenti nei primi due anni di vita. Per tale fascia di età non è ancora presente una integrazione con il Trasporto Neonatale e una chiara definizione dei compiti e dei ruoli. Inoltre, gli operatori del 118 spesso non sono specificamente formati alla gestione del trasporto del bambino critico.

L'attività di soccorso primario nelle emergenze in età evolutiva deve avvenire, di norma, con le procedure ed i mezzi di soccorso ordinari, ma con protocolli specifici per le varie fasce di età.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

A. Aspetti organizzativi e assistenziali

I servizi pubblici della rete che garantiscono il percorso nascita si individuano nei Consultori Familiari (CF), MMG, PLS, negli Ambulatori specialistici, nei Punti Nascita dei Presidi Ospedalieri Territoriali di competenza delle due Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere a cui afferiscono le Terapie

Intensive Neonatali (TIN), Dipartimenti Salute mentale e Servizi Sociali. A tale rete afferiscono anche il Tavolo Permanente per le attività consultoriali e il Comitato di Coordinamento regionale per il percorso nascita.

La rete regionale, come sopra definita, garantisce alle donne/neonati, il Percorso Nascita, a seconda della complessità dei casi, nella salvaguardia dei principi di libera scelta dei cittadini, di sicurezza degli interventi.

Le regole di funzionamento della rete dei servizi sono relative a:

1. presa in carico degli assistiti nella rete;
2. definizione e distribuzione delle competenze tra i vari servizi con identificazione del livello di intervento;
3. collegamento tra i livelli di intervento attraverso azioni atte a privilegiare l'accesso ai servizi secondo percorsi e facilitazioni che portino a ridurre i tempi di attesa e i disagi per la gestante/coppia;
 - passaggio di informazione rapido che coniughi l'efficienza della trasmissione delle informazioni essenziali con la necessaria umanizzazione e personalizzazione delle informazioni in sanità.

Obiettivo generale	Strutturazione della rete assistenziale regionale																						
Obiettivo specifico 1	Realizzazione del modello dello schema																						
	RETE ASSISTENZIALE REGIONALE MATERNO-INFANTILE																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>LIVELLO</th> <th>NODO</th> <th>ATTIVITA'</th> <th>SERVIZI TRASVERSALI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">I</td> <td>SERVIZIO CONSULTORIALE</td> <td>Accoglienza, colloquio informativo, inquadramento diagnostico e presa in carico, consegna libretto della gravidanza, assistenza alla gravidanza fisiologica o a basso rischio. Eventuale invio al P.N. per le gravidanze a rischio.</td> <td>Attivazione della rete dei servizi socio assistenziali</td> </tr> <tr> <td>AMBULATORIO MMG</td> <td>Presenza in carico in puerperio e/o nei casi di dimissione concordata e protetta.</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">II</td> <td>AMBULATORI CON SPECIALISTI GINECOLOGI</td> <td>Presenza in carico in base al grado e al tipo di rischio</td> <td>Attivazione: <ul style="list-style-type: none"> • di medici di altre specialità • della rete dei servizi socio assistenziali </td> </tr> <tr> <td>TUTTI I PUNTI NASCITA REGIONALI</td> <td>Presenza in carico gravidanza a termine Definizione percorso clinico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>OSPEDALI DI II° LIVELLO CON T.I.N. AOSP. PERUGIA AOSP. TERNI</td> <td>Presenza in carico di gravidanze e parti identificati come alto rischio.</td> <td>Attivazione della rete dei servizi consultoriali, socio assistenziali</td> </tr> </tbody> </table>	LIVELLO	NODO	ATTIVITA'	SERVIZI TRASVERSALI	I	SERVIZIO CONSULTORIALE	Accoglienza, colloquio informativo, inquadramento diagnostico e presa in carico, consegna libretto della gravidanza, assistenza alla gravidanza fisiologica o a basso rischio. Eventuale invio al P.N. per le gravidanze a rischio.	Attivazione della rete dei servizi socio assistenziali	AMBULATORIO MMG	Presenza in carico in puerperio e/o nei casi di dimissione concordata e protetta.		II	AMBULATORI CON SPECIALISTI GINECOLOGI	Presenza in carico in base al grado e al tipo di rischio	Attivazione: <ul style="list-style-type: none"> • di medici di altre specialità • della rete dei servizi socio assistenziali 	TUTTI I PUNTI NASCITA REGIONALI	Presenza in carico gravidanza a termine Definizione percorso clinico		II	OSPEDALI DI II° LIVELLO CON T.I.N. AOSP. PERUGIA AOSP. TERNI	Presenza in carico di gravidanze e parti identificati come alto rischio.	Attivazione della rete dei servizi consultoriali, socio assistenziali
	LIVELLO	NODO	ATTIVITA'	SERVIZI TRASVERSALI																			
	I	SERVIZIO CONSULTORIALE	Accoglienza, colloquio informativo, inquadramento diagnostico e presa in carico, consegna libretto della gravidanza, assistenza alla gravidanza fisiologica o a basso rischio. Eventuale invio al P.N. per le gravidanze a rischio.	Attivazione della rete dei servizi socio assistenziali																			
AMBULATORIO MMG		Presenza in carico in puerperio e/o nei casi di dimissione concordata e protetta.																					
II	AMBULATORI CON SPECIALISTI GINECOLOGI	Presenza in carico in base al grado e al tipo di rischio	Attivazione: <ul style="list-style-type: none"> • di medici di altre specialità • della rete dei servizi socio assistenziali 																				
	TUTTI I PUNTI NASCITA REGIONALI	Presenza in carico gravidanza a termine Definizione percorso clinico																					
II	OSPEDALI DI II° LIVELLO CON T.I.N. AOSP. PERUGIA AOSP. TERNI	Presenza in carico di gravidanze e parti identificati come alto rischio.	Attivazione della rete dei servizi consultoriali, socio assistenziali																				
Obiettivo specifico 2	Identificazione professionisti e definizione dei ruoli.																						

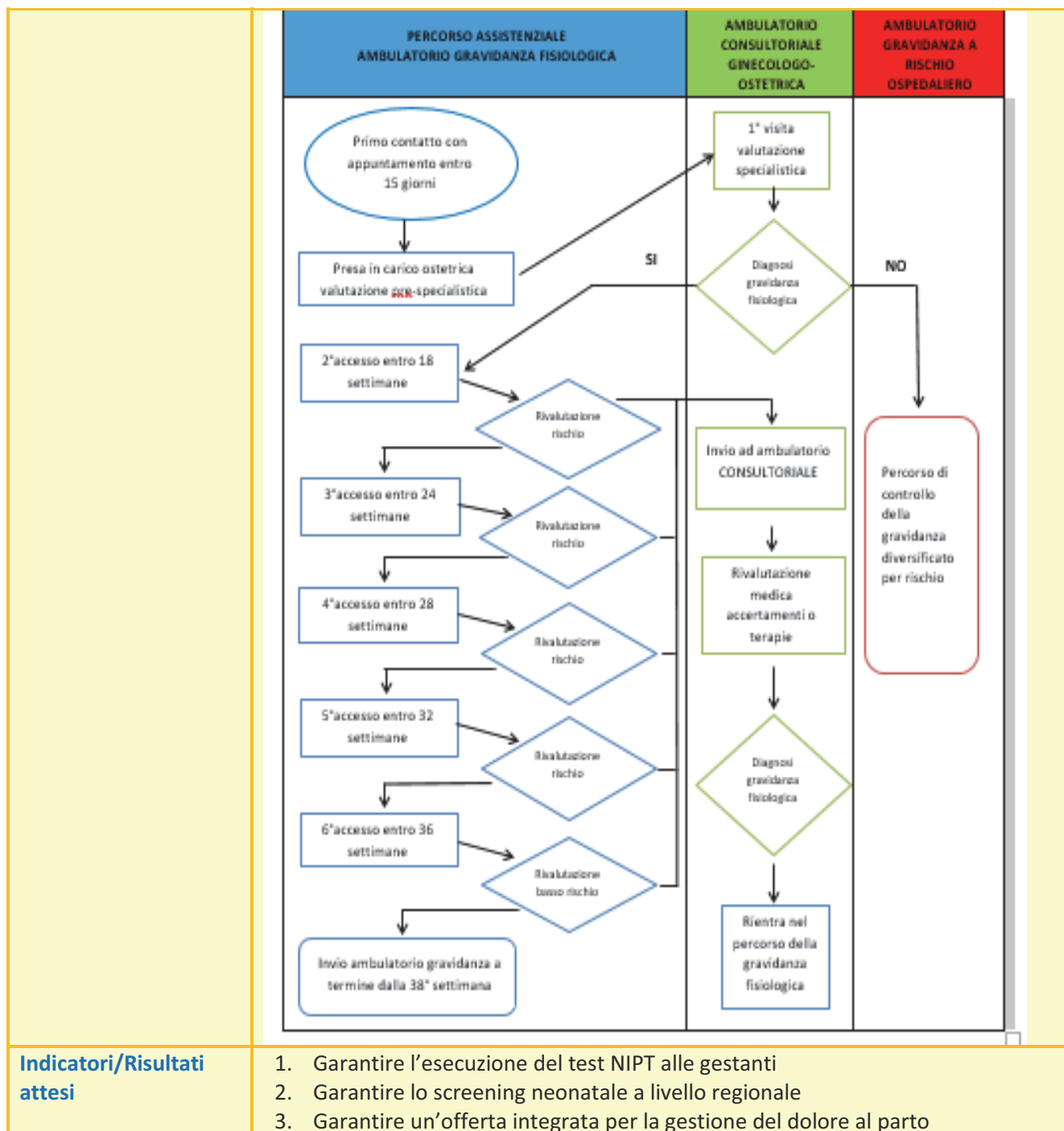
	<p>L'assistenza al percorso nascita è garantita dalle competenze di diversi professionisti (ostetriche, ginecologi, medici di Medicina Generale, neonatologi, pediatri), integrati quando necessario da altri operatori (psicologo, assistenti sociali, specialisti di varie discipline).</p> <p>Il modello assistenziale che si basa sul rispetto della fisiologia degli eventi prevede l'ostetrica come figura di riferimento e trova il suo fondamento nel concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici basati sulle naturali competenze della donna nell'affrontare l'esperienza della nascita accompagnata dalla quantità minima di interventi necessari. A questo modello assistenziale è associato anche l'obiettivo di assicurare la continuità delle cure attraverso la presa in carico da parte di un'ostetrica o di un team di ostetriche che condividono la gestione dello stesso caso per tutto il percorso nascita. In caso di scostamento dalla fisiologia, la gravidanza verrà presa in carico dal ginecologo in base ai setting assistenziali di cui trattasi.</p> <p>L'équipe multidisciplinare che garantisce l'assistenza nel percorso nascita condivide un modello basato sulla continuità assistenziale e l'integrazione dei servizi, attraverso l'adozione di condotte e procedure uniformi</p>
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strutturazione della rete come da schema precedente in tutte le Aziende 2. Strutturazione del modello assistenziale
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto degli adempimenti dell'Accordo Stato Regioni 2. Rispetto dei volumi e indicatori del PNE

B. Organizzazione delle attività di sostegno alla maternità

Una corretta organizzazione delle attività di sostegno alla maternità con appropriati protocolli ed ove necessario adeguati interventi in gravidanza e nel puerperio, migliora il livello di salute materna e neonatale e riveste un'importante rilevanza sociale. Essa deve prevedere la possibilità di raggiungere tutta la popolazione interessata, non solo quella che ne fa richiesta, poiché di frequente l'utenza più bisognosa, per motivi sociali e/o culturali presenta difficoltà di accesso. Con questa finalità nella gestione della fisiologia della gravidanza, l'ostetrica può diventare il punto di riferimento territoriali per la donna e, allo stesso tempo, garantire la continuità verso il momento del parto in ospedale o altre strutture presenti in Umbria, attraverso tutti gli strumenti possibili, tecnici ed organizzativi. L'attuale legislazione individua l'ostetrica come figura competente ad assistere la donna in tutte le situazioni di fisiologia del percorso nascita (DM 740/1994, legge 251/2000, D. Lgs 206/2007 Direttiva europea e la possibilità di prescrizione esami come da LEA). Naturalmente attraverso un lavoro di equipe multi professionale, con ruoli definiti entro protocolli condivisi in collaborazione con il ginecologo, il medico di medicina generale, i consultori e altre strutture territoriali che costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza come da percorso indicato

Obiettivo generale	Organizzazione delle attività di sostegno alla maternità
Obiettivo specifico 1	Alla luce della più recente letteratura e delle sperimentazioni attivate si riconosce pertanto anche la necessità di curare costantemente l'aggiornamento dei protocolli assistenziali per la gravidanza fisiologica sotto il profilo degli accertamenti previsti. In questo ambito si inserisce l'attenzione all'offerta di test di screening prenatali non invasivo con un elevato valore predittivo (Non Invasive Prenatal Testing NIPT) che consentano di selezionare le gravidanze ad alto rischio di anomalie cromosomiche, in modo da indirizzarle a percorsi di diagnostica prenatale e di assistenza per gravidanza a rischio. Va verificata la fattibilità dell'offerta regionale di tali test.

<p>Obiettivo specifico 2</p>	<p>Valutare attraverso un'analisi costi-benefici un'organizzazione regionale autonoma relativamente la gestione degli screening neonatali estesi di cui alla legge 167/2016 e al DM 13 ottobre 2016 e le modifiche introdotte dalla legge di bilancio 145/2018 e nello specifico a garantire l'intero percorso dello screening neonatale dal test di screening, alla conferma diagnostica, alla presa in carico e al trattamento del neonato, con un coordinamento regionale, prevedendo un laboratorio di screening neonatale; un laboratorio per i test di conferma diagnostica, un centro clinico ed un coordinamento regionale del sistema di screening, attraverso un processo graduale di autonomia.</p>
<p>Obiettivo specifico 3</p>	<p>Altro punto fondamentale è quello della gestione del dolore al parto in gravidanza fisiologica e non che non deve essere legato alle convinzioni degli operatori o della struttura, ma deve garantire un ventaglio di opportunità mettendo a disposizione delle donne tutte le informazioni necessarie per poter scegliere consapevolmente il percorso che più corrisponde loro. Il dolore in corso di travaglio è certamente un'esperienza sulla quale influiscono molti fattori, e per questo la presa in carico di questo aspetto richiede la possibilità di un'offerta molteplice e che devono diventare nei prossimi anni parte integrante del percorso assistenziale. Garantire quindi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) un ambiente accogliente con riduzione delle esplorazioni vaginali; 2) promuovere il movimento; 3) promuovere supporto emotivo da parte dell'ostetrica e favorito dal rapporto "one to one" in grado di ridurre il ricorso a farmaci per il controllo del dolore e il ricorso all'analgesia; 4) utilizzo dell'acqua, dei massaggi, delle posizioni e supporto delle terapie non convenzionali.
<p>Azioni</p>	<p>Sviluppo del PDTA di seguito illustrato</p>



C. Assistenza pediatrica e gestione delle emergenze pediatriche

Affinché vi sia una adeguata presa in carico e continuità assistenziale è fondamentale una attività coordinata e sinergica fra i tre ambiti assistenziali, ovvero, il territorio, l'emergenza-urgenza, e l'ospedale. Tale integrazione rappresenta una soluzione organizzativa orientata a garantire qualità, sicurezza ed appropriatezza dell'assistenza per rispondere ai bisogni dei soggetti in età evolutiva (neonato, bambino e adolescente), anche attraverso un utilizzo più razionale ed efficiente delle risorse, in questi tre ambiti per raggiungere gli obiettivi ritenuti prioritari.

Obiettivo generale c1	Assistenza pediatrica
Obiettivo specifico 1	Garantire a bambini e adolescenti l'offerta di assistenza pediatrica nell'ambito del rapporto fiduciario tramite la pediatria di libera scelta, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale di settore
Obiettivo specifico 2	Assicurare, ai fini della corretta erogazione dei LEA, che i pediatri di libera scelta vengano supportati in modo funzionale e condiviso da altri operatori di area infermieristica e/o educativa con formazione specifica
Obiettivo specifico 3	Garantire il ricovero di bambini e adolescenti (da 0 a 17 anni) in ambiente pediatrico, riducendo i ricoveri impropri e ottimizzando il tasso di utilizzo dei posti letto della disciplina di pediatria.
Obiettivo specifico 4	Garantire che la diagnosi e cura di patologie ad alta complessità avvenga in Centri specialistici, prevedendo la transizione dalle cure pediatriche a quelle per l'adulto una volta che il paziente raggiunge i 18 anni
Obiettivo specifico 5	Garantire l'organizzazione multidisciplinare e coordinata delle cure specialistiche
Obiettivo specifico 6	Garantire l'utilizzo di strutture e operatori dotati delle competenze specifiche
Obiettivo specifico 7	Garantire livelli assistenziali di qualità adeguata anche al fine di limitare la necessità ed il disagio della mobilità extra-Regione
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementare i PDTA delle Patologie Croniche in età evolutiva previste dal PRC 2. Definire i percorsi di ricovero per le patologie acute per accogliere i pazienti con età fino a 17 anni nelle strutture di pediatria
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ridurre il tasso di ospedalizzazione per le patologie croniche 2. Ridurre i ricoveri inappropriati in età pediatrica 3. Ridurre la mobilità passiva pediatrica per le casistiche gestibili in ambito regionale 4. Ottimizzare il tasso di utilizzo dei posti letto nei Reparti di Pediatria

Il Sistema di emergenza territoriale 118 ha un ruolo centrale come per l'emergenza dell'adulto. Ad esso afferiscono le richieste di intervento e ad esso spetta la decisione relativa al tipo di intervento da adottare, ai mezzi di soccorso da inviare ed anche all'eventuale coordinamento in caso di interventi complessi o multipli. Il personale operante sui mezzi di soccorso deve avere una specifica formazione mirata anche all'intervento di tipo pediatrico. Tutti i mezzi di soccorso devono essere dotati di dispositivi e farmaci adatti all'intervento di tipo pediatrico nel rispetto dei protocolli e degli standard condivisi tra 118, i DEA e le Terapie Intensive Pediatriche.

Il trasferimento deve avvenire verso strutture facenti parte della rete ospedaliera pediatrica, tenendo prioritariamente conto delle necessità assistenziali e seguendo criteri di appropriatezza, sicurezza ed efficienza. Nel caso la centralizzazione primaria verso il centro competente non fosse possibile per motivi clinici od organizzativi, la sede ospedaliera di primo soccorso deve essere in grado di effettuare la stabilizzazione primaria del paziente per un successivo trasporto secondario definitivo (centralizzazione secondaria), secondo protocolli strutturati e condivisi.

Uno degli aspetti qualificanti di un sistema strutturato per l'emergenza-urgenza pediatrica è quello di garantire un'assistenza più appropriata rispetto alle sue condizioni anche assicurando il tempestivo trasferimento in un ospedale dotato di una Terapia intensiva pediatrica e di tutte le specialità necessarie, laddove non presenti. Saranno definiti con il 118 percorsi e protocolli relativi ai problemi dell'urgenza pediatrica con la formazione pediatrica degli operatori dedicati al trasporto e l'identificazione nei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione di un'area pediatrica.

Obiettivo generale c2	Gestione delle urgenze/emergenze pediatriche
Obiettivo specifico 1	Rispetto dei protocolli e degli standard condivisi tra 118, i DEA e le Terapie Intensive Pediatriche per la gestione delle urgenze e delle emergenze pediatriche
Obiettivo specifico 2	Gestione del trasporto pediatrico primario (centralizzazione primaria) e secondario (centralizzazione secondaria) nel rispetto dei protocolli di riferimento
Obiettivo specifico 3	Identificazione di un'area pediatrica nei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione delle Aziende Sanitarie
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguare i mezzi di soccorso dotandoli di dispositivi e farmaci adatti all'intervento di tipo pediatrico 2. Stesura dei protocolli di gestione dei trasporti pediatrici primari e secondari 3. Individuazione delle strutture regionali competenti per la gestione delle urgenze/emergenze pediatriche 4. Formazione degli operatori della rete dell'emergenza-urgenza e delle pediatrie coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze pediatriche
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. mezzi di soccorso adeguati al trasporto pediatrico = 100% di quelli previsti 2. N. trasporti primari =100% in linea con il protocollo adottato 3. N. trasporti secondari =100% in linea con il protocollo adottato

2.6.3. L'ASSISTENZA A PERSONE CON DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENTI: INVECCHIAMENTO SANO

La Regione Umbria, nel fare propri, con DGR n. 876 del 26 luglio 2011, i principi affermati nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ha istituito, ai sensi dell'ar.41 bis della LR 26/2009 (ora art. 352 della legge regionale 11/2015 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali") l'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità presso la Giunta Regionale.



STATO DELL'ARTE

L'Osservatorio svolge funzioni di promozione e sostegno alle politiche inclusive in materia di disabilità nel rispetto dei principi sanciti in materia a livello nazionale ed europeo, di interlocuzione e concorso nelle azioni interistituzionali sui temi della disabilità, nonché di confronto con le azioni attivate con le altre regioni.

L'Osservatorio ha i seguenti compiti:

- studio e analisi sulla condizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie e le conseguenti azioni volte a garantire i diritti sanciti dalla Convenzione ONU;
- rilevazione dei servizi e degli interventi a favore delle persone con disabilità ed analisi della corrispondenza dei medesimi con la piena soddisfazione dei diritti della Convenzioni ONU;
- studio e analisi della qualità dei servizi erogati a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie sulla base degli standard definiti;
- formulazione di pareri e proposte agli organi regionali in materia di disabilità;
- promozione della conoscenza dei diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie anche promuovendo l'attivazione di forme di collaborazione con il mondo della scuola e del lavoro e azioni di sensibilizzazione della società civile.

Coerentemente con una visione bio-psico-sociale della disabilità si riconosce l'importanza cruciale della tutela della salute delle Persone con Disabilità. Il Sistema Sanitario Nazionale necessita di ulteriori interventi per garantire pieno accesso alle cure, qualità dei servizi dedicati alle Persone con Disabilità.

Anche la Regione Umbria deve individuare in modo migliore un percorso che, con azioni specifiche, possa consolidare e arricchire i Livelli Essenziali di Assistenza e l'integrazione sociosanitaria.

Si constata come le politiche sanitarie risultano ancora fortemente centrate su modelli di cura che mettono al centro la malattia e non la persona con disabilità nel suo contesto di vita e le sue progettualità di inclusione e partecipazione alla comunità, con una forte carenza di integrazione di policy in particolare socio-sanitaria, una accentuata carenza di collegamento tra Ospedale e Territorio, percorsi non ancora compiuti di riqualificazione delle cure intermedie e del livello delle

cure primarie. Non può dirsi pienamente realizzato il processo di integrazione socio-sanitaria e permangono in molte aree della Regione forte difficoltà nel costruire progetti personalizzati che mettano effettivamente al centro la persona con disabilità assicurando la pienezza ed effettività dei principi di autodeterminazione e “empowerment”. Prevale poi un approccio basato sulla singola patologia o condizione (es. anziano, non autosufficiente, invalido) con il ricorso a categorie inappropriate e non corrispondenti ai principi e indicazioni della Convenzione ONU.

Quando si parla del ruolo attivo della persona, si intende in particolare riferire ai concetti di “empowerment”, ossia il pieno coinvolgimento delle persone nelle scelte che riguardano la loro vita o aspetti di essa; e di “mainstreaming” nella programmazione e nell’erogazione dei servizi. Ciò vale anche per i servizi, interventi, trasferimenti che non riguardano direttamente la disabilità, ma che devono garantire attenzione e flessibilità tali da essere fruibili e accessibili anche a tutte persone con disabilità.

L’Integrazione socio-sanitaria

Come dichiarato nel Nuovo Piano Sociale Il modello d'integrazione socio-sanitaria riprende e sviluppa l'esperienza positiva maturata nell'ambito della non autosufficienza con il PRINA (Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza), che ha riconosciuto il ruolo fondamentale delle organizzazioni e delle formazioni sociali che tutela noi cittadini nella costruzione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, assumendo il confronto e la concertazione come metodi di relazione connesse. La non autosufficienza, considerata come un'area di welfare e autonoma e trasversale rispetto alla sanità e al sociale, ha assunto una sua specificità con l'introduzione del Fondo per la non autosufficienza; il conseguente aumento complessivo delle risorse ha a Mito un effetto di trascinamento verso un generale accrescimento delle prestazioni e degli interventi soprattutto nell'area della disabilità, degli adulti e dei minori, in tutte le Zone/Distretti. L'integrazione socio-sanitaria in Umbria è attualmente articolata su tre livelli d'intensità (si veda tabella):

1. un livello alto rappresentato dall'integrazione di sistema che si è realizzata nell'area della non autosufficienza. È un sistema integrato che, sebbene presenti ancora delle criticità dovute a una disomogeneità territoriale, ha consentito di ristrutturare completamente le modalità di accesso, di valutazione e di presa incarico della popolazione non autosufficiente, facendo fronte sia ai nuovi bisogni dei cittadini e delle famiglie, sia alle necessità di rivalutazione e di riprogettazione degli interventi già in essere;
2. un livello mediano di integrazione nell'area della tutela minorile, strutturato per equipe specialistiche di intervento.
3. un livello basso rappresentato dai servizi e interventi su specifici progetti individuali o su azioni che, sebbene di più ampio respiro, hanno una valenza limitata.

LIVELLI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	AREE DI INTERVENTO	TARGET	SERVIZI
ALTO O INTEGRAZIONE DI SISTEMA	AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	Anziani NA Disabili adulti NA Disabili minori NA Persone con patologie mentali NA Famiglie	UDC/Centri di Salute PUA/UVM
MEDIO O INTEGRAZIONE DI SERVIZIO	AREA DELLA TUTELA MINORILE	Minori e famiglie	EQUIPE ABUSO EQUIPE AFFIDO EQUIPE ADOZIONI SERVIZIO MEDIAZIONE FAMILIARE
BASSO O INTEGRAZIONE DI PROGETTO	AREA DELLE PATOLOGIE E DEI DISORDINI COMPORTAMENTALI	Tossicodipendenti Alcol dipendenti Ludopatici Persone con patologie mentali	DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE E DIP. DELLA SALUTE MENTALE, CONSULTORI
	AREA DELLA FRAGILITÀ E DELLA VULNERABILITÀ	Anziani fragili e loro caregiver Disabili adulti e minori e loro caregiver Famiglie Persone ristrette in carcere Donne vittime di violenza Adolescenti e giovani adulti	UDC, SAL CONSULTORI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ CENTRO ANTIVIOLENZA

Con il Piano Sociale si intende raggiungere il livello d'integrazione di sistema, quello più elevato, estendendo quanto già realizzato nell'area della non autosufficienza anche alle altre aree. Un modello che coinvolge il livello istituzionale, quello organizzativo e gestionale (fra i servizi dello stesso ente e di enti diversi) e quello professionale (fra operatori di diversa formazione e competenza). Gli assi su cui si basa l'integrazione socio-sanitaria sono:

- il Piano di Zona e il Piano Attuativo Locale (sanitario), i quali, per la parte relativa ai servizi e agli interventi socio-sanitari, oltre ad avere uno stesso oggetto, seguono un iter di approvazione assai simile;
- la coincidenza territoriale tra Distretto sanitario e Zona sociale e tra Centro di salute e Ufficio della cittadinanza, il che facilita il processo di definizione e gestione degli atti di programmazione;
- livelli di responsabilità della programmazione definiti con precisione, il che consente l'elaborazione trasparente e partecipata di piani e programmi;
- la strutturazione di livelli operativi integrati, dall'accesso alla presa in carico, il che consente di minimizzare il rischio dell'incertezza decisionale e di duplicazione degli interventi.

Si riporta di seguito quanto dettagliato nel Nuovo Piano Sociale Regionale in tema di **Programmazione Integrata per la Non Autosufficienza (PRINA)** in relazione a quanto realizzato per le politiche e gli interventi a livello regionale.

L'introduzione del Fondo regionale per la non autosufficienza ha rappresentato l'occasione per ridisegnare le politiche di settore: nel primo periodo (2008-2013) di applicazione del PRINA- Piano regionale integrato per la non autosufficienza- in quasi tutte le realtà territoriali vi è stata una complessa riorganizzazione delle politiche sociali, socio-sanitarie e di assistenza continuativa, che ha ridisegnato il sistema articolando l'offerta dei servizi (domiciliari, semiresidenziali e residenziali)

il più vicino possibile ai bisogni dei cittadini. Nella Regione è stato sperimentato un modello di integrazione sociosanitaria che tiene insieme i diversi livelli: istituzionale (fra diverse politiche ed enti di governo), organizzativo e gestionale (fra servizi dello stesso ente e di enti diversi) e professionale (fra operatori di diversa formazione e competenza). Gli assi su cui si basa l'integrazione socio sanitaria sono:

- un'azione programmatoria fortemente integrata: le risorse sanitarie sono state integrate con quelle sociali provenienti dal livello nazionale;
- il consolidamento del metodo del confronto e della concertazione;
- la coincidenza territoriale tra Distretto sanitario e Zona sociale e Centro di salute e Ufficio della cittadinanza, la quale facilita la definizione degli atti di programmazione, l'attuazione degli stessi e garantisce il sistema del doppio accesso (Centri di Salute e Uffici della Cittadinanza), assicurandone al contempo ai cittadini percorsi unici di accesso (PUA);
- il rafforzamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari integrate in modo permanente anche dal personale dei Comuni;
- il consolidamento dei servizi e degli interventi per le diverse aree (come da "Nomenclatore tariffario "di cui alla DGR 1708/2009);
- il sistema di monitoraggio annuale (previsto dalla DGR1853/2008) teso a verificare l'utilizzo delle risorse in corrispondenza agli obiettivi della nuova programmazione triennale, oltretutto ai vincoli posti dal livello nazionale (DM 7maggio2014);
- il Sistema Informativo Nazionale per il monitoraggio della non autosufficienza (SINA);
- la sinergia con l'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Di seguito si riportano le aree di miglioramento:

- Definizione del Nomenclatore tariffario delle protesi
- Implementazione dei servizi di diagnosi precoce e screening neonatale per le disabilità;
- Sviluppo di sistemi di diagnosi e cura dei problemi psichiatrici e comportamentali necessari a incontrare i bisogni specifici delle persone con disabilità intellettive e/o relazionali a basso funzionamento;
- Piena attuazione della Legge sull'autismo che prevede percorsi diagnostico terapeutici non segreganti e legati alle linee guida certificate dall'Istituto Superiore di Sanità;
- Adeguamento dell'organizzazione dei servizi sanitari, inclusi i presidi ospedalieri, alla fruibilità da parte delle persone con disabilità intellettive e/o relazionali a basso funzionamento;
- Ricognizione nelle strutture Ospedaliere e Ambulatoriali della presenza di barriere sia architettoniche che di orientamento per le persone con disabilità.

Le strategie per il prossimo futuro per l'integrazione socio-sanitaria (già inserite nel Nuovo Piano Sociale)

L'applicazione del PRINA ha prodotto un modello integrato, sia sul versante della programmazione che su quello della gestione, connotabile come un'area di welfare autonoma e trasversale.

Gli obiettivi del nuovo PRINA, definiti in continuità con la programmazione precedente, sono:

- l'avvio di una nuova fase di programmazione territoriale (Piano attuativo triennale e Programmi Operativi annuali, quali parti integranti del Programma delle attività territoriali del Distretto socio-sanitario e del Piano di zona) di tipo partecipato, così come previsto dagli strumenti di pianificazione sanitaria e sociale, oltreché dalla DGR342/2014, con la quale è stato approvato uno schema di protocollo di Intesa sugli interventi 88 del PRINA, poi siglato tra Regione Umbria, ANCI regionale, SPI, FNP e UILP, che pone fortemente l'accento sulla necessità della concertazione;
- un maggior sostegno alle famiglie nel lavoro di cura verso i propri componenti più deboli (anziani non autosufficienti, disabili, ecc.) attraverso l'erogazione di un sostegno economico denominato "assegno di sollievo". L'assegno di sollievo rappresenta una delle opportunità all'interno della rete dei servizi e dei presidi assistenziali e socio-sanitari previsti dal PRINA, da corrispondere a seguito della presa in carico, della definizione del Programma Assistenziale Personalizzato (PAP) e della stipula del Patto per la cura e il benessere. La finalità è quella di sostenere le famiglie che si occupano dell'assistenza direttamente o mediante assistenti familiari individuati dalle stesse;
- la conferma della rete integrata degli Uffici della Cittadinanza e dei Centri di Salute, quali "porte territoriali" per facilitare l'accesso del cittadino al sistema, così come disposto dall'art.2, c. 1, lett. a) del decreto interministeriale del 7/5/2014, adottato di concerto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la formulazione, sulla base di una valutazione unitaria dei bisogni, di un progetto individuale finalizzato alla sua piena inclusione nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché della scuola e del mondo del lavoro, in coerenza con la normativa in vigore (L.328/2000, TUI.r.11/2015, DMdel7/5/2014, Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità). Tutto ciò avviene tramite:
 - la conferma del modello di accesso alla rete dei servizi fino ad oggi sperimentato nel territorio regionale;
 - la conferma del ruolo dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare);
 - il pieno utilizzo degli strumenti di valutazione già in essere: VAOR per l'area anziani e SVAMDI per l'area disabilità e delle scale HONOS, BPRS 0 FPS per la psichiatria, la cui mancata informatizzazione rappresenta una criticità;
- la predisposizione del Programma Assistenziale Personalizzato (PAP) sulla base del progetto globale, integrando la valutazione con una ponderazione di tutte le risorse che possono essere messe a disposizione, sulla base del principio dell'accomodamento ragionevole;
- la continuità assistenziale, intesa come sistema integrato di accompagnamento della persona non autosufficiente nelle diverse fasi del bisogno e rete integrata di servizi non più centrata sulla prestazione;
- una revisione dei percorsi assistenziali, residenziali e semiresidenziali al fine di indirizzare maggiori risorse al sostegno alla domiciliarità, attraverso una strutturazione diversa del semiresidenziale e prevedendo anche una riconversione dei posti residenziali in semiresidenziali ed in ricoveri di sollievo;

- la presenza in ciascuna Zona/Distretto di centri diurni per minori con disabilità, per minori affetti da autismo e per anziani affetti da Alzheimer;
- un maggior sostegno alle famiglie nel lavoro di cura verso i propri componenti più deboli (anziani non autosufficienti, disabili, ecc.), attraverso la qualificazione dell'assistenza domiciliare tutelare e l'accompagnamento nella ricerca di personale qualificato per l'assistenza a domicilio;
- un maggior supporto, con percorsi definiti nel PAP e nel Patto di Cura, alla rete familiare attraverso i ricoveri di sollievo per tutte le forme di non autosufficienza, al fine di favorire la permanenza dell'utente all'interno della propria abitazione;
- un consolidamento del modello organizzativo declinato nel Disciplinare del percorso di accesso ai benefici di cui al TU l.r.11/2015;
- il rafforzamento delle azioni e degli interventi che garantiscono il pieno rispetto dei diritti sanciti dai LEA, di cui alla legge 289/2002, al fine di tutelare la salute delle persone non autosufficienti;
- il monitoraggio annuale dell'attuazione del PRINA attraverso un percorso partecipato con i distretti e le zone sociali, con particolare riferimento agli esiti di carattere sociale e di salute e all'impatto in termini di sostenibilità economico-finanziaria delle differenti tipologie di intervento.

Con DGR 1524/2013 la Giunta regionale, sulla base dei report di monitoraggio effettuati annualmente, ha ribadito la necessità di concentrare maggiormente gli sforzi verso la riduzione delle diversità di approccio tra i territori, affinché tutto il sistema sia orientato a sostenere i livelli conseguiti di domiciliarità e di semiresidenzialità, anche attraverso la riorganizzazione complessiva degli interventi attivati. In attuazione di quanto previsto dal TU l.r. 11/2015, viene ribadita la centralità del ruolo delle organizzazioni e delle formazioni sociali che rappresentano i cittadini nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Per le disabilità gravissime è prevista l'implementazione e il rafforzamento di specifici interventi, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, con l'assistenza continuativa a domicilio nelle 24 ore.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

CONSOLIDARE I LEA E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Le politiche regionali per le persone con disabilità devono prevedere un modello organizzativo intersettoriale e una offerta di servizi diversificata, ancorata ai luoghi e ai tempi di vita, aperta a tutta la comunità locale a partire dai quattro pilastri fondamentali della salute, della formazione, del lavoro e della cittadinanza attiva, come specificato nel Piano sociale regionale 2017/2019, cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Più che in altri ambiti di intervento, un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, nonché l'apporto fondamentale dei soggetti della società civile organizzata e, in particolare, delle realtà del terzo settore, possono essere fondamentali per garantire alle persone con disabilità la piena

realizzazione delle personali potenzialità nel proprio contesto di vita e le progettualità di inclusione attiva e partecipazione alla comunità.

Di seguito gli obiettivi e le azioni proposti per il PSR che si integrano con quanto già contenuto nel Piano Sociale in tema di Non Autosufficienza e a persone in condizioni di fragilità.

Obiettivo generale	Consolidare i LEA e l'integrazione socio-sanitaria
Obiettivo specifico 1	Garantire qualità della diagnosi e intervento a favore della popolazione con disabilità.
Obiettivo specifico 2	Sviluppo di servizi di diagnosi precoce e screening neonatale per tutte le disabilità sull'intero territorio regionale
Obiettivo specifico 3	Valorizzazione dell'approccio di empowerment
Obiettivo specifico 4	Migliore fruibilità dei servizi sanitari, inclusi i presidi ospedalieri, da parte delle persone con disabilità per favorire l'accesso ai servizi intervenendo proprio sull'organizzazione sanitaria, migliorando al contempo le risposte ai bisogni di salute e benessere
Obiettivo specifico 5	Annullamento delle barriere architettoniche per facilitare l'orientamento per le persone con disabilità
Obiettivo specifico 6	Piena applicazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) di "vita indipendente".
Obiettivo specifico 7	Superare un approccio alla disabilità separato e frammentato per singole patologie e tenere conto della natura trasversale del fenomeno
Obiettivo specifico 8	Favorire un invecchiamento sano e attivo
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione delle strutture semiresidenziali e residenziali per non autosufficienti con programmazione dei posti da attivare 2. redazione condivisa e promozione di linee guida per l'elaborazione del progetto personale (superando il concetto di progetto individualizzato previsto dall'articolo 14 della Legge 328/2000) inteso come un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione o di chi lo rappresenta; 3. elaborazione di modelli allocativi di "budget personalizzati" (budget di cura, budget di salute o comunque denominati) che consentano la definizione delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato; 4. sostenere e promuovere la ricerca in materia di disabilità utile a favorirne la prevenzione, la diagnosi precoce e nel caso la cura tempestiva; 5. messa in rete delle buone prassi esistenti a livello regionale e nazionale; 6. sostegno e promozione sia della formazione degli operatori sanitari e non per una reale e adeguata presa in carico, che della ricerca in materia di disabilità, utile a favorirne la prevenzione, la diagnosi precoce e le cure; 7. sostegno alle politiche sul dopo di/durante noi e sulla vita indipendente per favorire la domiciliarità e l'autonomia delle persone con disabilità; 8. revisione delle modalità di approvvigionamento ed erogazione degli ausili per favorire la personalizzazione e il diritto di scelta (in accordo con il Piano Riabilitativo Individualizzato previsto dalle norme); 9. assicurare il coordinamento ed integrazione delle politiche sanitarie con le altre politiche di interesse della persona con disabilità (sociale, abitativa, educativa e occupazionale, ecc.) attraverso accordi tra Regione, Comuni e Az USL; 10. applicazione della recente legge 18 agosto 2015, n. 134, Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di

	<p>assistenza alle famiglie” per gli specifici percorsi diagnostico terapeutici e sul “dopo di noi” (Legge 112/2016) in ottica di deistituzionalizzazione in ambito sanitario e sociosanitario e l’attivazione di analoghi percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per altre condizioni di disabilità complesse;</p> <p>11. realizzazione di indagini per misurare l’effettiva attuazione dei principi di non discriminazione nell’offerta dei servizi tutela materno infantile;</p> <p>12. strutturazione e applicazione di un sistema di raccolta dati per il monitoraggio e valutazione dell’applicazione dell’integrazione socio-sanitaria prevista dal Patto della Salute 2014-2016 e nei documenti di pianificazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, a partire dalla identificazione di indicatori chiave in grado di misurare non solo i processi ed i volumi ma gli esiti ed i livelli di coinvolgimento delle persone con disabilità (“empowerment”) anche con riferimento al modello dei “budget personalizzati.</p>
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantire alle persone con disabilità l'autonomia possibile per una "Vita indipendente" 2. Nuova classificazione regionale delle strutture semiresidenziali e residenziali con programmazione dei posti da attivare 3. Migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti 4. Aumentare la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti 5. Realizzazione obiettivi inseriti nel Piano Sociale in tema di non autosufficienza 6. Formazione degli operatori coinvolti 7. Realizzazione di campagne informative rivolte alle persone con disabilità al fine di potenziarne la partecipazione attiva a ciò che le riguarda, l’inclusione sociale ed il sostegno tra pari

2.6.4 L’ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI: LE CURE PALLIATIVE E IL FINE VITA

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell’ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure

sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell’ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

STATO DELL’ARTE

La Regione Umbria con la DGR 1772/2012 ha dato piena attuazione alla L 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” definendo l’articolazione della rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore, con l’obiettivo di aumentare la conoscenza, l’efficacia e la diffusione omogenea dei relativi servizi sul proprio territorio.

Anche l’Intesa di luglio del 2012 relativa agli standard minimi di qualità e sicurezza e modalità organizzative per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore ha contribuito a dare una nuova dimensione organizzativa atta a distinguere nettamente l’ambito disciplinare delle cure palliative da quello della

terapia del dolore e ad estendere il concetto di malato terminale non più riferito esclusivamente ai pazienti con patologia oncologica.

La rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore è stata formalmente istituita nel corso dell'anno 2014 con la DGR 943/2014 e ne sono stati definiti i rispettivi modelli.

L'art. 23 del DPCM del 12 gennaio 2017 - "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 - al comma 1 lettera a), indica i livelli di prestazione che le regioni devono garantire per le Cure palliative e rispettivamente un livello di base costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta secondo quanto previsto e disposto dalla legge 15 marzo 2010 n. 38 che garantisce un approccio palliativo attraverso un ottimale controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Tale livello base è erogato da medici ed infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articola in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale (PAI).

Inoltre la lettera b) del comma di cui trattasi individua il livello specialistico costituito da interventi della équipe multiprofessionale e multidisciplinare dedicata, rivolti a malati con bisogni complessi quando quelli di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo.

Tali interventi di cui alla lettera a) e alla lettera b) sono garantiti in Umbria dalla rete di cure palliative mentre i posti letto sono stati definiti con la DGR 1481/2004 che ha programmato un fabbisogno di residenzialità stimato basato sulla domanda di assistenza ai malati terminali pari a 32-33 posti letto

IL LIVELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE

Cure Palliative

Le Cure Palliative sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni, a volte di alta complessità, definite nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto in base ad una valutazione multidimensionale ed alla presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare.

A livello regionale opera il "Coordinamento Regionale per le cure palliative" di supporto alla programmazione sanitaria di settore.

In ogni Azienda sanitaria, opera una o più Unità di Cure palliative - UCP, ovvero un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative composta da varie figure professionali che operano a livello ospedaliero, in struttura residenziale dedicata (hospice), a domicilio e in altre strutture residenziali (per anziani, disabili).

Nella regione sono presenti 3 Hospice che garantiscono 30 posti letto che risultano insufficienti rispetto allo standard previsto di 47 posti letto.

Posti letto Hospice. Regione Umbria

Hospice	Posti letto totali
Hospice "La casa nel parco" Perugia	10
Hospice Spoleto "La Torre sul Colle"	7
Hospice "Le Grazie" Terni	11
Totale posti letto Regione Umbria	28

Terapia del dolore

A livello regionale opera il "Coordinamento Regionale per la terapia del dolore", quale supporto alla programmazione sanitaria di settore, e di cui fanno parte anche i Referenti Aziendali per la terapia del dolore individuati dalle Aziende Sanitarie Regionali. Sempre a livello regionale è istituito il "Sistema Regionale di sorveglianza e monitoraggio sulla terapia del dolore" con il compito, tra l'altro, di trasmettere al Ministero della Salute tutti i dati relativi agli interventi in materia di terapia del dolore.

Il modello organizzativo a livello aziendale, definito in base a quanto previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza dei malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore", si caratterizza per essere suddiviso in tre livelli territoriali a loro volta integrati con l'ospedale e differenziati per grado di complessità di intervento:

- o Ambulatorio territoriale del Medico di Medicina Generale - I Livello;
- o Ambulatorio di terapia antalgica (Centro SPOKE) - II Livello;
- o Centro di riferimento regionale di terapia del dolore (Centro HUB) - III Livello;
- o Ospedale senza dolore (dolore acuto post-operatorio, post-traumatico, da prestazione diagnostico-terapeutica per adulti e bambini, analgesia del parto...).

L'articolazione funzionale delle strutture e dei servizi sopra riportati costituisce la Rete Regionale per la Terapia del Dolore ed è caratterizzata dal Sistema Hub and Spoke.

Per ogni presidio ospedaliero è prevista la presenza di un APS (Acute Pain Service) con personale infermieristico dedicato e finalizzato a garantire la corretta gestione del dolore acuto post operatorio secondo protocolli condivisi.

AREE DI MIGLIORAMENTO**Cure Palliative**

La Rete di Cure Palliative si rivolge alla persona affetta da malattie croniche complesse a persone in fase avanzata di malattia oncologica e non oncologica.

Gli attuali profili assistenziali dovrebbero assicurare la presa in carico personalizzata del paziente e della sua famiglia da parte dell'UCP e garantire ha i seguenti livelli assistenziali e d'integrazione sui quali si articola la Rete delle Cure Palliative:

- residenziale: hospice
- cure palliative domiciliari e specialistiche
- assistenza a ciclo diurno: day hospital (o day hospice)
- ambulatorio ospedaliero e/o territoriale,
- integrazione con le strutture ospedaliere
- Integrazione con le altre strutture/servizi territoriali

La presa in carico della persona e della sua famiglia da parte dell'UCP ha il fine di:

- Garantire una valutazione globale e multidimensionale delle problematiche del paziente non solo di natura clinica e assistenziale ma anche legata a condizioni di fragilità sociale, familiare ed economica;
- Promuovere la dignità della persona e la qualità della vita;
- Umanizzare le cure;
- Fornire sicurezza e sostegno al paziente e al familiare;
- Evitare ricoveri inappropriati;
- Evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso.

Tenendo conto di quanto emerso si identificano le aree di miglioramento del sistema:

- L'esigenza di strutturare un coordinamento regionale i coordinamenti aziendali per garantire anche equità di accesso in maniera omogenea nei territori aziendali. Nei coordinamenti vanno coinvolte le Associazione dei Volontariati nel rispetto delle Convenzioni sottoscritte dalle Aziende con le Associazioni stesse (DGR n. 53 del 25.1.2016 avente ad oggetto "DGR n. 1772 del 27.12.2012 legge 15 marzo 2010 n. 38 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.)
- L'attuale dotazione di 30 posti letto rispetto al valore standard che indica 47 posti letto indica la necessità di un aumento di posti letto da attivarsi entro il triennio di vigenza del Piano sanitario così da poter garantire standard adeguati.
- L'Umbria ha iniziato un percorso di riclassificazione delle "strutture sanitarie e socio sanitarie residenziali e semiresidenziali per post acuti e per persone non autosufficienti, disabili adulti e minori e malati terminali che ricomprende anche gli Hospice regionali.
- La ridefinizione delle cure palliative domiciliari in aderenza ai nuovi LEA 2017, tenendo presente che le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) e sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Le cure palliative domiciliari sono organizzate su due livelli:
 - a) livello base: costituito da interventi che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia;

sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Vanno potenziate i servizi di cure palliative domiciliari e degli Hospice attraverso individuazione di équipe dedicate in grado di garantire pronta disponibilità h24. A tal fine vanno anche strutturati corsi di formazione e di aggiornamento professionale per migliorare le competenze specifiche.

Terapia del Dolore

- Adeguamento della rete di terapia del dolore nei 3 livelli territoriali e nel livello ospedaliero.

A tal fine sono individuati gli obiettivi da perseguire nel triennio di vigenza del PSR e le azioni da porre in essere per il loro raggiungimento.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

A. Cure Palliative

L'obiettivo regionale è quello di qualificare ulteriormente la rete di cure palliative già esistente al fine di una migliore presa in carico delle persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita e delle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, promuovendo:

- l'estensione della applicazione delle cure palliative a tutte le malattie croniche degenerative
- l'attivazione delle Cure palliative precoci lungo tutto il corso della malattia
- l'applicazione delle cure palliative in tutti i setting di cura

Obiettivo generale	Riorganizzazione e riqualificazione della rete delle cure palliative
Obiettivo specifico 1	Strutturare un coordinamento regionale i coordinamenti aziendali per garantire anche equità di accesso in maniera omogenea nei territori aziendali. Nei coordinamenti vanno coinvolte le Associazione dei Volontariati.
Obiettivo specifico 2	Adeguamento posti letto Hospice passando dagli attuali 30 a 50 strutturando anche due nuove strutture una nell'area nord e una nell'area sud-est della Regione
Obiettivo specifico 3	Definizione dei requisiti aggiuntivi per gli Hospice

Obiettivo specifico 4	Attivazione delle cure domiciliari nei due livelli previsti dai nuovi LEA potenziando i servizi di cure palliative domiciliari e degli Hospice attraverso individuazione di equipe dedicate in grado di garantire pronta disponibilità h24.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione Coordinamenti 2. Strutturazione nuovi 20 posti letto di Hospice a livello regionale 3. Adozione requisiti aggiuntivi per gli Hospice 4. Potenziamento delle cure domiciliari con attivazione equipe dedicate con h24 5. Adeguamento del sistema informativo secondo quanto previsto dai LEA.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto degli standard e soddisfazione degli adempimenti LEA 2. Tasso utilizzo PL Hospice 3. N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste pervenute all'UCP 4. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di Cure Palliative sul numero deceduti per causa di tumore 5. Numero di pazienti che accedono al PS assistiti dalla Rete di Cure Palliative 6. Numero deceduti a domicilio per causa di tumore assistiti dalla Rete di Cure Palliative sul numero deceduti per causa di tumore 7. Numero di ricovero in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricovero in Hospice di malati con patologia oncologica 8. Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore

B. Terapia del dolore

L'obiettivo regionale è quello di adeguare la rete della terapia del dolore nei 3 livelli territoriali e nel livello ospedaliero con la piena operatività del Comitato ospedaliero/territoriale "senza dolore".

Obiettivo generale	Riorganizzazione e riqualificazione della rete della terapia del dolore
Obiettivo specifico 1	<p>Adeguamento del livello territoriale nelle aziende sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio territoriale del Medico di Medicina Generale - I Livello; • Ambulatorio di terapia antalgica (Centro SPOKE) - II Livello; • Centro di riferimento regionale di terapia del dolore (Centro HUB) - III Livello
Obiettivo specifico 2	<p>Adeguamento del livello ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedale senza dolore con attivazione APS (Acute Pain Service) (dettagliato nel paragrafo della rete ospedaliera) • Misurazione del dolore in ogni Unità di degenza • Offerta istituzionale del Parto indolore in tutti i PN • Monitoraggio con giornata-indice annuale del livello della scala del dolore in tutte le degenze ospedaliere • Monitoraggio del consumo di farmaci oppiacei.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione di ambulatori territoriali di MMG 2. Definizione degli ambulatori di terapia antalgica in tutte le Aziende con identificazione dei percorsi di presa in carico
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi annuali del Comitato ospedaliero/territoriale "senza dolore" 2. Riduzione del livello del dolore nelle Unità di degenza 3. Aumento del consumo di farmaci oppiacei

2.6.5 LA SALUTE MENTALE

Nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto, domiciliare e ospedaliera viene assicurata la tutela e l'assistenza sanitaria e sociale alle persone affette da disturbi mentali, al fine di **“Garantire alle persone con sofferenza mentale la più ampia presa in carico e inclusione sociale”**.

La rilevanza di tale finalità assistenziale è stata già affermata con il PSR 2009-2011 e ulteriormente ribadita da successivi Atti Nazionali e Regionali.

STATO DELL'ARTE

Allo stato attuale in Umbria l'assistenza territoriale ad accesso diretto e domiciliare alle persone affette da patologie psichiatriche è garantita dai Centri di Salute Mentale – CSM, articolati nei Dipartimenti di Salute Mentale – DSM delle Aziende Sanitarie Territoriali. In tali servizi viene assicurata la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individuale, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le varie tipologie di prestazioni, anche domiciliari, specialistiche, diagnostico/terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio/assistenziale emerso dalla valutazione.

L'assistenza si completa con il ricovero ospedaliero psichiatrico garantito nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC attualmente in numero di 3.

IL LIVELLO ORGANIZZATIVO ATTUALE

A livello delle Aziende Sanitarie Locali sono presenti i Dipartimenti di Salute Mentale che, organizzati in maniera diversa, si articolano nelle seguenti strutture specifiche - CSM e SPDC per i diversi ambiti di assistenza della salute mentale:

USL UMBRIA 1 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE USL UMBRIA 1

AMBITO DI RIFERIMENTO	STRUTTURA	LIVELLO DI STRUTTURA
Distretto Alto Tevere	Salute Mentale Alto Tevere e Alto Chiascio (CSM Alto Tevere e CSM Alto Chiascio)	Struttura Complessa
Distretto Alto Chiascio		
Distretto Assisi	Salute Mentale Assisano e Media Valle del Tevere (CSM Bastia, CSM Marsciano)	Struttura Complessa
Distretto Media Valle del Tevere		
Distretto Trasimeno	Tutela salute mentale penitenziaria e CSM Trasimeno	Struttura Semplice Dipartimentale
Distretto del Perugino	Salute Mentale del Perugino (CSM Perugia Centro, CSM Bellocchio, CSM Ponte San Giovanni)	Struttura Complessa

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

AMBITO DI RIFERIMENTO	STRUTTURA	LIVELLO DI STRUTTURA
Ospedale di Perugia	SPDC (componente AO di Perugia)	Struttura Complessa
	SPDC (componente USL Umbria1)	Struttura Semplice Dipartimentale

USL UMBRIA 2 - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE UMBRIA 2

AMBITO DI RIFERIMENTO	STRUTTURA	LIVELLO DI STRUTTURA
Distretto Terni	CSM Terni	Struttura Complessa
Distretto Foligno	CSM Foligno	Struttura Semplice Dipartimentale
Distretto Narni Amelia	CSM Narni Amelia (sede Narni e Amelia)	Struttura Semplice Dipartimentale
Distretto Spoleto - Valnerina	CSM Spoleto Valnerina (sede Spoleto, Norcia e Cascia)	Struttura Semplice Dipartimentale
Distretto Orvieto	CSM Orvieto	Struttura Semplice Dipartimentale
Area Nord	Riabilitazione Psichiatrica Area Nord	Struttura Semplice Dipartimentale
Area Sud	Riabilitazione Psichiatrica Area Sud	Struttura Semplice Dipartimentale
Aziendale	Psicologia Salute Mentale	Struttura Semplice Dipartimentale
Ospedale di Foligno	SPDC Foligno	Struttura Complessa
Ospedale di Terni	SPDC Terni	Struttura Semplice Dipartimentale

L'ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI

L'articolazione dei servizi di Salute Mentale in Umbria è rappresentata dalle seguenti tipologie di strutture:

USL UMBRIA 1 – Azienda Ospedaliera di Perugia

LIVELLO DI STRUTTURA	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	STRUTTURA	N.
Territoriale	Psichiatria territoriale	CSM n.7	8
		Tutela salute mentale penitenziaria e CSM n. 1	
	Residenziale	CTR 2	7
		CTR 1	7
		Unità di Convivenza	11
		Gruppo Appartamento	6
		DCA	2
	Semiresidenziale	Centri diurni	7
		Centri autismo	0
		DCA/DAI	3
Ospedaliera	SPDC	Degenza ordinaria	1
		DH	
		Ambulatoriale	

USL UMBRIA 2 – Azienda Ospedaliera di Terni

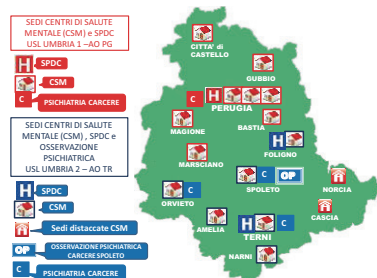
LIVELLO DI STRUTTURA	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	STRUTTURA	N.
Territoriale	Psichiatria territoriale	CSM n.2	5
		CSM e Psichiatria in Carcere n.3	
	Residenziale	CTR 2	7
		CTR 1	6
		Unità di Convivenza	14
		Gruppo Appartamento	9
		Osservazione Psichiatrica	1
	Semiresidenziale	Centri diurni	8

		Centri autismo	2
		DCA/DAI	2
Ospedaliera	SPDC	Degenza ordinaria	2
		DH	
		Ambulatoriale	

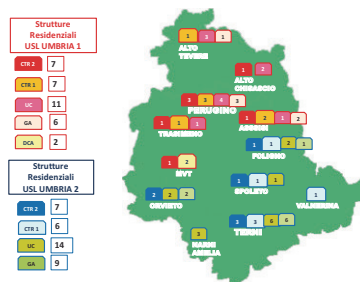
L'assetto organizzativo dei 2 Dipartimenti di Salute Mentale, USL Umbria 1 integrato con Azienda Ospedaliera di Perugia e USL Umbria 2, evidenzia una disomogeneità organizzativa che va superata al fine di garantire equità di accesso ai servizi di salute mentale.

Di seguito la visione della distribuzione geografica delle strutture indicate nelle tabelle precedenti

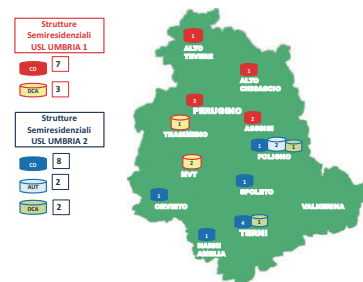
DISTRIBUZIONE TERRITORIALE CSM, SPDC E OSSEERVAZIONE PSICHIATRICA



DISTRIBUZIONE TERRITORIALE STRUTTURE RESIDENZIALI



DISTRIBUZIONE TERRITORIALE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI



Per i dati di attività della Salute Mentale si rimanda alle tabelle in Appendice.

I PROGETTI REGIONALI 2017/2018

- Sperimentazione di interventi innovativi in ambito sociosanitario nei confronti di adolescenti e giovani adulti.
- Implementazione di risorse economiche dedicate a servizi residenziali per minorenni con particolare riferimento all'inserimento nelle strutture residenziali terapeutiche per disturbi in ambito neuropsichiatrico, a bassa e media intensità terapeutico riabilitativa.
- Predisposizione di modelli organizzativi anche interistituzionali per fornire risposte residenziali) a soggetti autori di reato in conseguenza della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Questi posti residenziali possono essere attivati in Comunità Terapeutico-Riabilitative di tipo 2 in moduli separati per struttura e organizzazione o sperimentare altre forme di struttura in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria.
- Potenziamento delle équipes multidisciplinari integrate con il compito di valutare le capacità genitoriali all'interno dei percorsi giurisdizionali (Tavolo interistituzionale "Minori e famiglie").

AREE DI MIGLIORAMENTO

All'interno del percorso significativo che ha caratterizzato l'area della Salute Mentale nella Regione Umbria occorre oggi affrontare e governare una fase di profondo cambiamento che prenda origine dai problemi emergenti e dalla necessità di risposte sempre più adeguate ai nuovi bisogni. Alla luce delle recenti indagini epidemiologiche sulla popolazione assistita emergono alcune considerazioni principali:

- è evidente l'aumento del disagio nella popolazione giovanile, con elevata complessità della domanda clinico/assistenziale, riferita a una fascia d'età sempre più ampia. Il sistema organizzativo dei Servizi non appare oggi in grado di cogliere pienamente questa problematica, né di fornire un approccio che possa essere precoce e, soprattutto, fortemente integrato.
- L'organizzazione dei Servizi è strutturata per assistere una popolazione con età media più elevata, affetta da patologie cronicizzate con assorbimento di gran parte delle risorse a disposizione. Per tale motivo è necessario strutturare percorsi per prevenire precocemente la prospettiva di cronicizzazione futura in tutti i settori, compresa l'area della sanità penitenziaria.
- Esiste altresì una popolazione di lungodegenti psichiatrici, con problematiche prioritarie di salute fisica che necessitano di risposte più ampie che non possono provenire esclusivamente dalla Salute Mentale.
- Inoltre si evidenzia il fenomeno del "dopo di noi" in Salute Mentale, con la necessità di prevedere interventi progettuali che tutelino le famiglie ed i soggetti rimasti soli; rendendo più funzionali, agili e concreti i percorsi di reinserimento e risocializzazione.

Le aree di miglioramento, individuate anche dai tavoli tematici, verso cui indirizzare gli obiettivi nel triennio si identificano in:

Aspetti organizzativi

- Diffomità negli assetti organizzativi tra le due Aziende USL, con necessità di creare un'unica organizzazione regionale per i servizi che assistono la salute mentale per adulti.
- Diffomità di percorsi di accesso alle cure psicologiche e/o psichiatriche, da superare per garantire equità di accesso.
- Necessità di percorsi di continuità di cura e trattamento tra servizi dell'età evolutiva e servizi dell'età adulta finalizzata alla presa in carico di adolescenti/giovani per la gestione del passaggio all'età adulta.

Personale e Strutture

- Ridefinizione delle dotazioni di risorse nei servizi in base all'utenza trattata e agli standard per tipologia di servizio.
- Necessità di ampliamento dei posti letto SPDC e di miglioramento gestione emergenze/urgenze.
- Riqualficazione della rete delle strutture residenziali e di quelle semiresidenziali

Area Integrazione

- Necessità di migliore integrazione tra i servizi delle varie aree assistenziali (assistenza primaria vs servizi psichiatri territoriali; ospedale vs territorio; salute mentale vs altre aree assistenziali territoriali; età evolutiva vs età adulta; età adulta vs età anziana).
- Necessità di migliore integrazione socio-sanitaria con maggior attenzione alla fragilità del contesto socio-ambientale della persona con patologie psichiatriche.

- Necessità di migliore collaborazione con la Magistratura per la gestione e la presa in carico con percorsi integrati per gli autori di reato.
- Necessità di ridefinizione dei percorsi integrati con i servizi per le Dipendenze e con i servizi per l'infanzia.

Sistema Informativo, Formazione e Informazione

- Necessità di percorsi formativi per migliorare le informazioni sullo stato di salute della popolazione.
- Necessità di percorsi strutturati di coinvolgimento dei familiari e mancata valorizzazione dell'approccio di empowerment nei percorsi terapeutico/assistenziali/riabilitativi.
- Necessità di campagne d'informazione e di educazione sulla salute mentale.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

In relazione alle Aree di miglioramento individuate anche con la collaborazione degli stakeholder, di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

A.1 ASPETTI ORGANIZZATIVI

La tutela della salute mentale nella comunità locale assume il significato di rispetto e crescita dei diritti delle persone che soffrono di disturbi mentali. Ciò si deve tradurre nello sviluppo graduale di una rete di servizi nelle singole aree geografiche locali, rete di cui il Dipartimento di Salute Mentale è la modalità organizzativa irrinunciabile, garantendo una sempre più forte relazione di collaborazione e di partnership con le persone con patologie psichiatriche e le loro famiglie, la capacità di coinvolgimento attivo della e nella comunità locale attraverso reali percorsi di inclusione sociale, scolastica e lavorativa, l'integrazione con la medicina generalista e specialistica di I livello. È necessario sviluppare un'organizzazione omogenea su base aziendale dei servizi per la salute mentale, strutturando il Dipartimento della Salute Mentale in cui si articolano, in rete fra loro, tutti i servizi specifici.

Tale logica organizzativa, che esclude altre forme di raggruppamento, risponde alla centralità dell'attività del CSM come da normativa di riferimento nazionale e regionale e consente di non separare l'attività clinica, da quella gestionale/organizzativa del servizio, che è parte integrante dell'azione della salute mentale su un determinato ambito territoriale (distretto) e di definire con chiarezza ruoli e responsabilità clinico/organizzative.

Obiettivo generale	Creare un'unica organizzazione omogenea su base aziendale per i servizi che assistono la salute mentale
Obiettivo specifico 1	Strutturare un Dipartimento della Salute Mentale per ogni Azienda Territoriale anche integrato con l'Azienda Ospedaliera del proprio territorio, dotato dei seguenti servizi in rete: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Centro di Salute Mentale - CSM distrettuale struttura organizzativa di gestione afferente al DSM (articolato in struttura complessa o semplice dipartimentale) con almeno un centro diurno e una struttura residenziale anche con quelle per minori ed eventuale sanità penitenziaria di pertinenza, funzionalmente collegati. ➤ Attivazione di strutture territoriali residenziali a degenza breve e ad elevata assistenza per inserimento di pazienti in dimissione dagli SPDC o inviati con PTRI dai CSM che necessitano di riabilitazione psichiatrica intensiva.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione di una struttura residenziale territoriale di 6/8 posti letto con le modalità organizzative di cui sopra in uno degli Ospedali dell'area Nord della Usl Umbria 1 (art. 33 comma 2 lettera a) LEA 2017) ➤ Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC e spazi di degenza dedicati per giovani adulti, laddove previsti. ➤ Osservazione psichiatrica per sanità penitenziaria e sua integrazione con i CSM. ➤ Riclassificazione delle strutture psichiatriche semiresidenziali e residenziali in aderenza all'art.33 dei nuovi LEA 2017.
Obiettivo specifico 2	Definire a livello regionale i protocolli per l'accesso ai servizi della rete della Salute Mentale, che tenga presente il principio della libera scelta del cittadino.
Obiettivo specifico 3	Definire a livello regionale i protocolli per la presa in carico di adolescenti/giovani per la gestione del passaggio all'età adulta.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione atto deliberativo di organizzazione del Dipartimento della Salute Mentale in ognuna delle due Aziende Territoriali integrato con le Aziende Ospedaliere, che insistono nel territorio della ASL territoriale, secondo i criteri soprariportati 2. Individuazione gruppo di lavoro con il coinvolgimento di professionisti aziendali per la stesura a livello regionale dei protocolli individuati per l'accesso ai servizi della rete della Salute Mentale 3. Individuazione gruppo di lavoro con il coinvolgimento di professionisti aziendali per la stesura a livello regionale dei protocolli individuati per la presa in carico di adolescenti/giovani per la gestione del passaggio all'età adulta 4. Implementazione e monitoraggio indicatori dei protocolli di cui al punto 2 e al punto 3.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione dei due Dipartimenti di Salute Mentale ognuno dei quali deve risultare costituito da almeno un CSM per ogni Distretto, dai 3 SPDC individuati a livello regionale, dalle strutture residenziali a degenza breve e ad elevata assistenza per la post-acuzie, dalla Struttura di Osservazione Psichiatrica nella USL Umbria 2. Nell'atto di organizzazione deve essere evidente anche l'organizzazione delle strutture semiresidenziali e residenziali presenti nelle ASL territoriali, sia a gestione diretta, che indiretta. - Atto di organizzazione dei 2 Dipartimenti entro 31.07.2019 2. Adozione dei protocolli a livello regionale per l'accesso ai servizi della rete della Salute Mentale. I protocolli devono contenere gli indicatori di processo e di risultato per il loro monitoraggio. - Adozione numero protocolli/numero protocolli individuati entro 31.12.2019 = 100% 3. Adozione dei protocolli a livello regionale per la presa in carico di adolescenti/giovani per la gestione del passaggio all'età adulta. I protocolli devono contenere gli indicatori di processo e di risultato per il loro monitoraggio. - Adozione numero protocolli/numero protocolli individuati entro 31.12.2019 = 100% 4. Implementazione nelle due Aziende protocolli/numeri protocolli adottati entro il 2021 =100%

A.2 PERSONALE E STRUTTURE

Dal confronto nazionale emerge che i servizi psichiatrici umbri devono ridisegnare la rete, sia in termini di strutture, che di dotazione del personale. Gli standard di personale dei DSM, relativi ai CSM e ai Servizi afferenti ed alle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali e di ricovero ospedaliero vanno adeguati in modo da rendere la rete omogenea e rispondente ai bisogni dei

territori, implementando nei servizi le figure di infermiere ed di OSS anche in relazione all'attivazione dei nuovi servizi.

Obiettivo generale	Definire la rete dei servizi/strutture della Salute Mentale e individuare lo standard di Personale dei servizi/strutture
Obiettivo specifico 1	Ridefinizione delle dotazioni di risorse umane nei servizi in base all'utenza trattata e agli standard per tipologia di servizio, tenendo in considerazione i tetti di spesa o la necessità di esternalizzare i servizi secondo quanto specificato nel paragrafo dedicato alle risorse umane.
Obiettivo specifico 2	Ampliamento dei posti letto nel SPDC di Foligno. Individuazione per l'ambito regionale di 4/6 posti letto ospedalieri specificamente dedicati al trattamento delle situazioni di acuzie della salute mentale dei minori riconvertendo parte della degenza pediatrica dell'Ospedale di Foligno. Individuazione di strutture residenziali a degenza breve e ad elevata assistenza per la post-acuzie.
Obiettivo specifico 3	Riqualificazione della rete delle strutture residenziali e di quelle semiresidenziali in base ai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017).
Obiettivo specifico 4	Accreditamento Istituzionale regionale dei CSM e degli SPDC.
Obiettivo specifico 5	Formazione di tutti i professionisti/operatori dell'area psichiatrica in stretta integrazione Università/ rete dei servizi per garantire apporto qualitativo al sistema di salute mentale territoriale (psichiatria di comunità)
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione atti deliberativi conseguenti per adeguamento delle strutture e del personale. 2. Individuazione gruppo di lavoro con il coinvolgimento di professionisti aziendali per la revisione a livello regionale della tipologia di strutture residenziali e semiresidenziali in base ai nuovi LEA (DPCM 2017). 3. Avvio e completamento del percorso per l'Accreditamento Istituzionale regionale dei CSM e degli SPDC e delle strutture psichiatriche territoriali.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguamento delle dotazioni del personale nei servizi/strutture della Salute Mentale Ampliamento di 6 posti letto di SPDC nell'Ospedale di Foligno. 2. Attivazione per l'ambito regionale di 4/6 posti letto ospedalieri specificamente dedicati al trattamento delle situazioni di acuzie della salute mentale dei minori riconvertendo parte della degenza pediatrica dell'Ospedale di Foligno 3. Nuova classificazione regionale delle strutture semiresidenziali e residenziali con programmazione dei posti da attivare. 4. Accreditamento istituzionale dei 3 SPDC regionali e degli CSM regionali. 5. Attivazione dei Centri diurni e delle Strutture residenziali comprese quelle a degenza breve ed elevata assistenza per la post-acuzie nelle 2 Aziende Territoriali nel rispetto della pianificazione regionale.

C. AREE di INTEGRAZIONE

C.1 DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI A LIVELLO REGIONALE PER L'INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI DELLE VARIE AREE ASSISTENZIALI

C.1a Integrazione Assistenza Primaria e Servizi Psichiatrici

La diffusione e la gravità dei disturbi mentali sono in costante aumento in tutto il mondo e le proiezioni dell'OMS stimano che la depressione, che è annoverata tra quelli più comuni, è la prima causa di disabilità e concorre, in maniera significativa, all'impatto totale di tutte le patologie a livello mondiale. È nota l'alta prevalenza di disturbi psichici, di ogni livello di gravità, tra i pazienti che

afferiscono agli ambulatori dei MMG, dei quali poi solo una minima parte giunge alla consultazione da parte dello psichiatra. Dalla letteratura si desume che qualora messe in condizioni idonee, le cure primarie per la salute mentale dimostrano di poter essere efficaci, accessibili, convenienti sotto il profilo costo-benefici. Dall'analisi dei dati si evidenziano specifiche criticità che riguardano l'uso e la prescrizione dei farmaci antidepressivi e del tasso per suicidi nella popolazione umbra.

Obiettivo generale	Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche per percorsi di cura condivisi con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali "comuni"
Obiettivo specifico 1	Definire le linee di indirizzo e gli strumenti di lavoro per una comune collaborazione, anche tenuto conto della nuova organizzazione delle Cure primarie in AFT che hanno anche funzioni di medicina di iniziativa, in modo da costruire relazioni stabili e diffuse tra gli operatori dei CSM e i MMG, nonché la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale e la valorizzazione dell'esperienze di coinvolgimento delle famiglie.
Obiettivo specifico 2	Migliorare l'efficacia della gestione dei disturbi mentali nell'assistenza primaria (competenze relazionali, capacità e tempestività di riconoscimento dei disturbi e dei bisogni, scelta delle strategie terapeutiche, appropriatezza prescrittiva). Implementare percorsi di cura integrati tra cure primarie e specialistiche, con particolare riferimento ai disturbi mentali comuni, per livelli di complessità assistenziale ed omogenei sul territorio regionale, istaurando un rapporto forte con i Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta come elemento essenziale della rete d'intervento che va ulteriormente sviluppato per rendere più funzionali i percorsi di accesso ai servizi specialistici, favorire una diagnosi precoce e, soprattutto, per una migliore appropriatezza prescrittiva e trattamentale nei disturbi affettivi comuni. A tal fine saranno definite linee guida regionali volte per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci in ambito psichiatrico. Una certa attenzione va posta anche all'Area della multiculturalità, che appare sempre più caratterizzata da: incremento e complessità delle richieste; integrazione con le Istituzioni e Agenzie del settore; necessità di risposte specifiche in ambito clinico (territorio, SPDC), sociale ed assistenziale; percorsi di formazione condivisi.
Obiettivo specifico 3	Migliorare le modalità di scambio di informazioni sui pazienti trattati congiuntamente dai DSM e dalle Cure primarie.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare un coordinamento tecnico regionale per l'integrazione tra le Cure primarie ed i Servizi di salute mentale con il compito di redigere linee di indirizzo e individuare strumenti di lavoro per la comune collaborazione. 2. Individuare modalità condivise per l'accesso, la valutazione e l'eventuale presa in carico di persone che presentano problemi di salute mentale tra cure primarie e specialistiche in particolare nell'ambito dei disturbi comuni e dei disturbi in età giovanile. 3. Individuazione gruppo di lavoro con il coinvolgimento di professionisti aziendali per la stesura a livello regionale di linee guida per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci in ambito psichiatrico. 4. Definire anche con la collaborazione dell'Università degli Studi di Perugia ricerche finalizzate per l'analisi delle aree critiche (uso farmaci antidepressivi e tasso suicidi).
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione di percorsi codificati di cura integrati tra l'area delle cure primarie e l'area della salute mentale, con particolare riferimento ai disturbi mentali comuni e anche alla salute fisica dei pazienti psichiatrici e di procedure formalizzate per il miglioramento della comunicazione tra professionisti. 2. Analisi e risultati ricerche finalizzate.

- | | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Aumento dei casi seguiti in collaborazione (2019-2021). 4. Riduzione del consumo di antidepressivi con allineamento nel triennio alla media nazionale |
|--|---|

C.1b Integrazione Ospedale e Territorio e gestione delle emergenze in salute mentale

I CSM sono indicati a livello regionale quali struttura cardine preposta all'accoglimento e alla presa in carico delle persone con problemi di salute mentale nel territorio di competenza (almeno una sede per Distretto), garantendo attività preventive, terapeutiche e riabilitative. Allo stato attuale i CSM regionali sono complessivamente 13 anche con sedi multiple. Il numero appare adeguato a costituire una rete territoriale di servizi di prossimità con le persone e la comunità di pertinenza che si deve integrare con gli SPDC regionali. Al fine di garantire continuità del modello di lavoro, omogeneità di intervento a livello regionale ed equità di risposte ai bisogni dell'utenza, è necessario definire requisiti organizzativi e di funzionamento.

È altresì necessario definire il percorso in urgenza/emergenza della salute mentale. I DSM governano i percorsi della domanda che può evolvere in urgenza ed emergenza psichiatrica e le relative risposte. Il documento di riferimento è quello della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale – art. 33,34,35 legge 23 dicembre 1978, n. 833".

Occorre anche migliorare le procedure connesse alla gestione della emergenza / urgenza psichiatrica ed all'integrazione ospedale / territorio, oltre all'adeguamento del numero dei posti letto negli SPDC regionali.

Obiettivo generale	Migliorare la qualità di cura nei CSM e renderla omogenea a livello regionale, migliorare l'integrazione ospedale-territorio con gestione delle emergenze in salute mentale
Obiettivo specifico 1	Definizione di Linee di Indirizzo per gli interventi di emergenza / urgenza psichiatrica per tutto il territorio regionale con stesura di protocolli a livello regionale e aziendale per la gestione delle emergenze/urgenze che prevedano l'integrazione CSM e SPDC e CSM Pronto Soccorso nei DEA di I livello, dove non insiste un SPDC, come da DGR 212/2016. Va garantito il percorso di presa in carico del paziente dalle strutture ospedaliere compreso SPDC alle strutture per post-acuzie, al CSM ed anche fra un CSM ed un altro in relazione alla territorialità e alla libera scelta del cittadino.
Obiettivo specifico 2	Definire linee e modalità di intervento per quanto riguarda i TSO e gli ASO, omogenee in tutto il territorio regionale in coerenza con il documento nazionale.
Obiettivo specifico 3	Prevedere l'engagement di familiari, esperti, volontari delle associazioni per la costruzione di percorsi innovativi di intervento, nell'ottica della recovery, ovvero inserimento nel contesto di vita reale e mantenimento delle competenze sociali. Tali percorsi vengono infatti riconosciuti dalla Letteratura internazionale come qualificanti per ridurre la cronicizzazione delle problematiche psichiatriche.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione del modello organizzativo e di funzionamento del CSM per migliorarne la qualità delle funzioni cardine: <ul style="list-style-type: none"> ○ accoglienza ed orientamento alla domanda; ○ continuità terapeutica con integrazione a rete distrettuale e intersettoriale (in tutte le diverse fasi di vita, nei percorsi personalizzati di cura); ○ definizione di percorsi differenziati per tipologia di pazienti; ○ adozione di linee guida basate su prove di efficacia.

	<p>2. Costituzione di un tavolo interistituzionale regionale per la stesura protocolli gestione delle emergenze psichiatriche e dei TSO e indicazioni per le procedure operative locali.</p> <p>3. Iniziative di formazione/informazione per tutti gli operatori interessati.</p>
Indicatori/Risultati attesi	<p>1. Approvazione documento regionale su organizzazione/funzionamento dei CSM.</p> <p>2. Implementazione dei protocolli gestione emergenza / urgenza nelle aziende con monitoraggio indicatori individuati</p> <p>3. Attivazione percorsi formativi. - N. professionisti con formazione integrata = 100% di quelli che lavorano in questo ambito</p>

C.1c Integrazione Salute Mentale e Altre Aree Assistenziali

A livello regionale lo sviluppo dei processi di integrazione tra i Servizi per le dipendenze, i Servizi per la salute mentale in età adulta e quelli per l'età evolutiva appare molto differenziato ed emerge la carenza di percorsi più strutturati e formalizzati, idonei a garantire risposte quali/quantitativamente omogenee in favore della popolazione. Appare particolarmente importante l'individuazione di percorsi di presa in carico congiunta degli adolescenti e dei giovani adulti con problematiche di tipo psichico e da uso di sostanze, dove occorre individuare procedure condivise tra i Servizi di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA), i DSM, le aree materno infantili dei Distretti e i Servizi per le dipendenze. A questo proposito possono essere sperimentati modelli organizzativi unici per le due tipologie di servizi psichiatrici e tossicodipendenze, soprattutto ove insiste la medicina penitenziaria, come avviene in altre regioni o in ogni caso vanno attivati gruppi di lavoro congiunti, formati dai referenti di entrambi i servizi, per monitorare l'applicazione dei protocolli, al fine di implementare progetti ed équipe integrati per la presa in carico congiunta.

Appare necessario definire i percorsi di cura relativi alla comorbidità, andando verso la costruzione di una "rete di patologia", che preveda una valutazione multidimensionale e multiprofessionale, al fine di consentire la condivisione di un progetto di cura personalizzato.

Obiettivo generale	Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici in comorbidità con l'uso di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza
Obiettivo specifico 1	Definizione della rete di patologia in tema "comorbidità tra disturbi psichiatrici e dipendenze" con attenzione particolare alla situazione emergente di poliabusi di sostanze, al fine di migliorare la collaborazione tra Servizi per le dipendenze, DSM e NPIA nella gestione della crisi (Servizio di Emergenza Urgenza e SPDC).
Obiettivo specifico 2	Sperimentazione in ambito distrettuale di aggregazioni organizzative tra CSM e SERD al fine di favorire progettazioni di nuovi modelli per l'intervento integrato. Sperimentazione di progetti/equipe funzionali integrati per la presa in carico dei minori e dei giovani adulti con problematiche di comorbidità (NPIA, DSM e aree materno-infantili dei Distretti).
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione di un documento di rete di patologia da parte di un gruppo tecnico di lavoro integrato fra servizi. 2. Messa in atto delle sperimentazioni di progetti/equipe funzionali integrati per la presa in carico dei minori e dei giovani adulti con problematiche di comorbidità, in ciascuna Azienda, secondo modalità adeguate al contesto territoriale ed alla cornice organizzativa, e loro valutazione di esito. 3. Formazione congiunta degli operatori delle dipendenze, della salute mentale (età adulta ed età evolutiva), del pronto soccorso, SPDC e dell'area Cure

	primarie, sulle comorbidità in questione, con particolare riguardo agli adolescenti e ai giovani adulti.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. di progetti di cura personalizzati condivisi fra i 2 servizi interessati/N. di utenti che lo necessitano = 100%. 2. N. professionisti formati congiuntamente= 100% di quelli che lavorano in questo ambito.

C.1d Percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'Età Evolutiva a quelli per l'Età Adulta e i percorsi di presa in carico integrata dall'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico

Numerose evidenze scientifiche individuano nell'età di passaggio dall'adolescenza all'età adulta il rischio di sviluppare un disturbo mentale, soprattutto in concomitanza di un ritardo del trattamento o di interventi inappropriati. La fase di transizione da un servizio che offre cure orientate all'età evolutiva verso un servizio rivolto all'adulto non va considerato come un semplice "trasferimento" del giovane, ma deve essere inteso come un passaggio dinamico che garantisca continuità, coordinamento, flessibilità, sensibilità in una dimensione multidisciplinare rivolta ad affrontare non solo le necessità cliniche, ma anche le esigenze psicosociali, educative e professionali dell'adolescente.

Bisogni evidenziati

- Forte aumento della richiesta, sia di presa in carico ai servizi che quella ancora dispersa.
- Complessità e multifattorialità delle problematiche espresse.
- Necessità d'intercettazione precoce del disagio e garanzia della continuità terapeutica (per evitare lo sviluppo delle forme meno reversibili di patologia).

Obiettivo generale	Definizione dei percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta e percorsi di presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico
Obiettivo specifico 1	Migliorare l'organizzazione dei percorsi di transizione delle cure e le modalità di comunicazione e collaborazione tra NPIA, CSM, SERD, MMG, PLS.
Obiettivo specifico 2	Migliorare l'identificazione precoce e la presa in carico integrata dell'adolescente/giovane adulto con esordio psicotico.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di un percorso aziendale integrato tra NPIA, DSM, MMG, PLS per la definizione della fase di transizione delle cure con le modalità di interazione e trasmissione dei dati/informazioni. Al fine di definire tale percorso vengono costituite le Unità di Valutazione per i passaggi di cura. Tali Unità composte da operatori afferenti a diversi servizi (NPIA, CSM, SERD, MMG e PLS) individuano i pazienti compresi nella fascia di età 14-18 che devono transitare dai servizi dell'età evolutiva ai servizi dell'età adulta attraverso la condivisione di criteri diagnostici e di gravità clinica. Il passaggio potrà avvenire con la modalità della presa in carico, dell'assunzione in cura e/o della consulenza. L'esito conclusivo di tale processo di condivisione sarà la stesura di uno specifico PTI. 2. Costituzione di Unità per l'Adolescenza all'interno di ogni CSM a conduzione di dirigenti medici o psicologi per la gestione del percorso di transizione dalle NPIA e di presa in carico da parte dei CSM dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenti dai 14 anni in poi. Sarà compito di tali Unità relazionarsi con i tribunali dei minori, le comunità socio/educative e socio/sanitarie ed i Servizi Sociali di competenza e PLS/MMG (Distretto).

	3. Promozione di programmi aziendali di formazione rivolti a PLS, MMG, insegnanti per ottimizzare il sistema di identificazione precoce dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione dei percorsi aziendali integrati per la fase di transizione delle cure. 2. Attivazione dell'Unità per l'Adolescenza nelle Aziende Usl, uno per ogni CSM regionale 3. % di adolescenti dai 14 anni in poi presi in carico dai CSM su gli adolescenti con disturbi psichiatrici dei NPJA =100% alla fine del triennio presa in carico integrati. 4. Partecipazione del 90% degli operatori interessati agli eventi formativi integrati

C.1e Percorsi di transizione delle cure dai servizi per l'Età Adulta a quella anziana

In tarda età sono frequenti poli-patologie di carattere somatico, problemi di natura sociale e disturbi mentali, tra cui la demenza, che richiedono una particolare gestione assistenziale e un approccio ai problemi sia di natura specialistica, che con modalità multidisciplinare. Di rilievo sono quelle patologie mentali che comportano una elevata quota di stress, sia a carico dei pazienti che dei caregivers. In ogni caso, l'inquadramento, la gestione e il monitoraggio del singolo caso richiedono una collaborazione integrata, che comprende organizzazione sanitaria, sociale e familiare, essendo spesso l'anziano affetto da disturbi mentali portatore di numerosi problemi sia di ordine psicologico che fisico.

Nella popolazione anziana con patologie psichiatriche esiste poi una popolazione di lungodegenti con problematiche prioritarie di salute fisica che necessitano di risposte più ampie che non possono provenire esclusivamente dalla Salute Mentale.

Bisogni evidenziati

- Cronicità psicopatologica ed effetto di cronicizzazione dei percorsi riabilitativi.
- Lunga durata dei ricoveri ed età anagrafica alta.
- Necessità di revisione degli ambiti di competenza sanitaria e socio-sanitaria (nuovi LEA, fondo PRINA...) per bisogni assistenziali prioritari di natura socio-sanitaria e, solo secondariamente, psichiatrica.
- Evidenziazione del fenomeno del "dopo di noi" nell'area della Salute mentale.

Obiettivo generale	Miglioramento dei percorsi distrettuali integrati per la popolazione anziana con disturbi mentali
Obiettivo specifico 1	Miglioramento dell'interazione tra i Servizi per la presa in carico della popolazione anziana con disturbi mentali (MMG, Distretto, DSM).
Obiettivo specifico 2	Miglioramento dell'interazione tra i Servizi (Cure primarie, Distretto, DSM) per le persone anziane affette da quadri di demenza, con particolare attenzione al supporto ai <i>caregivers</i> . Le persone affette da demenze vanno ricondotte ai servizi per anziani.
Azioni	1. Riconoscimento dei programmi e delle procedure in corso nelle Aziende dedicate alle persone anziane affette da patologia psichiatrica lungodegenti con problematiche prioritarie di salute fisica.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Implementazione di linee di indirizzo regionali per rendere omogenei i percorsi integrati rivolti alla popolazione anziana con disturbi mentali e/o quadri di demenza. 3. Iniziative di formazione/informazione e di supporto ai <i>caregivers</i>.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa in carico della popolazione affetta da patologia psichiatrica over 65 nei setting assistenziali dedicati agli anziani. 2. Attivazione Corsi Formazione specifici. 3. Riduzione della presenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali specifiche della Salute Mentale di persone over 65 con trasferimento del 100% nel triennio di tutti i soggetti over 65 presenti nelle strutture residenziali. 4. % di soggetti inseriti nelle strutture psichiatriche con età < 65 anni = 100% 5. Partecipazione del 90% degli operatori interessati agli eventi formativi.

C.2 DEFINIZIONE DEI PERCORSI INTEGRATI PER GLI AUTORI DI REATO, IN COLLABORAZIONE CON LA MAGISTRATURA

Le Aziende sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute. A livello aziendale, congiuntamente all'amministrazione penitenziaria e alla Magistratura di sorveglianza, sono state già predisposte le misure per la prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere.

Il Programma regionale di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - OPG ha previsto l'istituzione della Sezione di Osservazione Psichiatrica nel Carcere di Spoleto e l'individuazione dei protocolli per l'accoglienza di persone con misure di sicurezza detenuti nelle Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza - REMS di altre Regioni. Il programma non riguarda solamente l'operatività delle strutture, ma il più ampio contesto di prevenzione e di contenimento delle situazioni di rischio di internamento in REMS, in coerenza con le normative nazionali in materia. Risulta strategico per la gestione e presa in carico dei detenuti con patologie psichiatriche complesse, formalizzare la messa in rete del personale che opera per la salute mentale penitenziaria con i servizi territoriali per la salute mentale, nonché il raccordo con gli altri servizi quali gli SPDC ed il costituendo reparto di Osservazione Psichiatrica di Spoleto, adottando modalità operative raccomandate in letteratura, quali le équipes multidisciplinari integrate in una logica di continuità terapeutica e di prevenzione fondata sulla pertinenza territoriale.

Vanno migliorate le procedure connesse alla gestione del trattamento degli autori di reato con problematiche psichiche con la necessità di implementare un sistema integrato di risposte (Carcere, Osservazione psichiatrica, CSM, residenze) e percorsi di comunicazione ed integrazione con l'area giudiziaria (magistratura di sorveglianza, ordinaria e minorile).

Obiettivo generale	Miglioramento dell'assistenza penitenziaria per quanto riguarda la salute mentale dei soggetti autori di reato
Obiettivo specifico 1	Favorire la presa in carico informata ed integrata degli autori di reato con problematiche psicopatologiche, anche in considerazione di necessari accordi, protocolli, forme strutturate di collaborazione interistituzionale (DSM, Magistratura, Enti Locali, Privato Sociale).
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione del modello organizzativo regionale di assistenza negli Istituti di pena e attivazione sistema informativo psichiatrico nei servizi della salute mentale. 2. Definizione, attuazione e monitoraggio dei Piani locali di prevenzione del rischio suicidario ed autolesivo negli istituti penitenziari. 3. Formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia. 4. Definizione del Protocollo interistituzionale tra Regione e Centro giustizia minorile per la presa in carico e l'inserimento in comunità di minori/giovani adulti con problemi psichici e di dipendenza. 5. Monitoraggio dei pazienti accolti in REMS (strumenti di riabilitazione e tempi di dimissione). <p>Risposte organizzative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione della Rete assistenziale costituita dall'area trattamentale esistente nei quattro Istituti Penitenziari dell'Umbria, dall'Osservazione psichiatrica attivata presso l'istituto di Spoleto, e dalla specifica residenzialità di cui alla DGR 758/2017 (modulo per autori di reato).
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione del sistema informativo psichiatrico regionale negli istituti penitenziari. 2. Monitoraggio indicatori dell'attività psichiatrica e preventiva del rischio suicidario e autolesivo negli IP. 3. Attivazione percorsi di formazione specifica integrata. 4. Definizione dei referenti aziendali per la presa in carico e l'inserimento in comunità di minori con problemi psichici e/o di dipendenza e attività di monitoraggio sulla casistica dei minori inseriti in comunità. 5. Report di monitoraggio sull'attività delle REMS che comprende: n. nuovi ingressi, n. giornate di assistenza in struttura, n. ingressi/anno in struttura, % proroghe delle misure di sicurezza, n. interventi attivati per persone con misure di sicurezza.

D. SVILUPPO SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale (SISM) è stato concepito per costituire una base di dati integrata, incentrata sul paziente, che permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi e rappresenta lo strumento cardine sia per programmare il livello dell'offerta assistenziale, sia per disegnare strategie di livello nazionale, di più ampio respiro e modulate sui tempi medio-lunghi, in considerazione dei trend della prevalenza dei principali disturbi mentali, a cui sono associati diversi gradi di disabilità, sofferenze individuali e della rete familiare, nonché pesanti costi economici e sociali. Il limite attuale del sistema informativo regionale della salute mentale riguarda la non omogeneità delle informazioni raccolte e la mancanza di interfaccia con altri sistemi. Si rende necessario focalizzare l'attenzione sulla qualità del dato, al fine di rendere uniforme l'inserimento delle informazioni a sistema per avere un'unica base dati e assicurare la gestione integrata di tutte le informazioni utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca. Si evidenzia

come la disponibilità di informazioni o di programmi di sorveglianza sanitaria consente di monitorare l'attuazione delle misure ed i progressi compiuti nell'offerta di servizi.

Obiettivo generale	Implementazione delle informazioni del sistema informativo unico regionale per la salute mentale che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca
Obiettivo specifico 1	Utilizzo omogeneo da parte di tutti i servizi e costruzione del database regionale.
Obiettivo specifico 2	Interfaccia del SI per la salute mentale con gli altri sistemi aziendali e regionale.
Obiettivo specifico 3	Costruzione di un cruscotto per la reportistica e gli indicatori.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione degli operatori all'utilizzo corretto del gestionale. 2. Alimentazione del database con caricamento tempestivo dei dati di pertinenza da parte di tutti gli operatori interessati. 3. Condivisione indicatori di esito e strumenti di valutazione e integrazione nel sistema informativo regionale.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Congruità Flussi di governo e Flusso SISM =100%. 2. % errori di trasmissione flussi =0%. 3. Rilevazione degli indicatori definiti =100%.

2.6.6 L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

Nel piano sanitario regionale 2009-2011 l'intervento rivolto alle dipendenze costituiva una priorità dell'azione regionale ed il tema era sviluppato all'interno di una cornice generale orientata alla tutela e valorizzazione dei diritti della persona, in riferimento a quei gruppi di popolazione che, a causa di una serie complessa di fattori socioeconomici, culturali, politici e legislativi, corrono il rischio di vedere limitati i propri diritti, e con la finalità di

sostenere la centralità della persona, promuovere l'assunzione di responsabilità verso di sé e verso gli altri, fare leva sulle risorse proprie, del sistema familiare e della rete sociale, sviluppare forme di partecipazione.

Il riferimento a questa sfera di principio conserva a tutt'oggi la sua validità.

STATO DELL'ARTE

I FENOMENI DI ADDICTION E LE TRASFORMAZIONI IN ATTO

Analizzando l'evolvere nel tempo dei fenomeni connessi al consumo di sostanze psicoattive e comportamenti assimilabili, si evidenziano nell'ultimo decennio cambiamenti rilevanti nei pattern di consumo ed un conseguente progressivo ampliamento dei problemi di salute ai quali le politiche di sanità pubblica sono chiamate a dare risposta.

L'alcol si conferma essere la sostanza maggiormente utilizzata, ma cambiano le modalità; diminuisce il consumo pro capite, soprattutto di vino ai pasti, si affermano consumi rischiosi come il bere fuori pasto, l'uso di superalcolici, il binge drinking. I bevitori costituiscono il 61% della popolazione umbra e i consumatori a rischio sono il 18%¹⁰. Tra i giovani è particolarmente diffusa l'abitudine di bere fuori pasto elevate quantità di alcolici, fino ad ubriacarsi ('binge drinking'), soprattutto nel fine settimana; nella popolazione scolastica di 15-19 anni, questa modalità di assunzione è praticata dal 39,8% dei maschi e dal 31,4% delle femmine¹¹. L'alcol, a causa della correlazione diretta con l'incidentalità stradale, costituisce il principale fattore di mortalità prematura tra i giovani sino ai 24 anni.

Si è diffuso in maniera dilagante il **gioco d'azzardo**, diventato in pochi anni un fenomeno di massa trasversale a tutte le fasce d'età e condizioni socioeconomiche, al quale si associa l'insorgere di dipendenze, incluse di recente nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Particolare attenzione va riservata al **fumo di tabacco**, ovvero il fattore di rischio evitabile più importante per mortalità precoce e disabilità causate da patologie croniche, riguardo al quale l'Umbria presenta i dati di prevalenza più elevati tra le regioni italiane, con una quota di fumatori pari al 30,3% vs. 26% in Italia¹².

Per quanto riguarda le **sostanze illegali**, i dati più aggiornati riguardano la popolazione scolastica di 15-19 anni; l'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) documenta in Umbria un trend generale caratterizzato da picchi di consumo nel biennio 2013-2014,

¹⁰ Dati del sistema di sorveglianza PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, relativi al periodo 2013-2016.

¹¹ Dati dell'indagine ESPAD Italia, realizzata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche su un campione rappresentativo di studenti di 15-19 anni di età, a cadenza annuale. Anno 2016.

¹² Dati PASSI, 2013-2016.

ai quali ha fatto seguito negli anni successivi la diminuzione di tutte le sostanze, con un conseguente avvicinamento alle medie nazionali. La cannabis è la sostanza maggiormente utilizzata in tutte le fasce d'età e nel 2016 i dati di consumo rimangono più elevati in Umbria che in Italia.

Prevale il policonsumo, secondo modelli variegati, e accanto alle sostanze storicamente diffuse si affermano nuovi consumi: le Nuove Sostanze Psicoattive, di varia composizione e spesso non facilmente identificabili; i farmaci psicotropi fuori prescrizione medica, compresi i farmaci oppioidi; lo sviluppo di molteplici forme di dipendenza da comportamenti. Si ampliano le fasce d'età coinvolte; si diffondono nuove modalità di assunzione, la via iniettiva tende ad essere abbandonata; anche il mercato si aggiorna e si affermano sempre di più canali di commercializzazione, legali e illegali, attraverso internet.

IL SISTEMA DEI SERVIZI

I servizi per le dipendenze delle Aziende USL costituiscono il fulcro delle politiche di sanità pubblica rivolte alla prevenzione, cura e riabilitazione delle diverse forme di dipendenza e dei problemi di salute, individuale e collettiva, ed esse correlati. Rappresentano nei territori un punto di riferimento consolidato, come dimostrano i dati riguardanti l'utenza tossicodipendente, che in Umbria è pari a 558 utenti per 100.000 abitanti di 15-64 anni, contro 367 utenti in Italia; in Umbria i nuovi utenti sono circa il 18% dell'utenza complessiva, in Italia il 15%¹³.

Nel territorio regionale attualmente sono presenti 2 UOC (Ser.T Perugia e Ser.D Terni) e UOS in tutti i territori distrettuali.

I servizi ASL hanno da tempo uno stretto rapporto di collaborazione con gli enti del privato sociale, che in Umbria gestiscono complessivamente 21 servizi residenziali e semiresidenziali accreditati afferenti a tutte le opzioni di offerta previste dall'Accordo Stato-Regioni del 1999, per un totale di 397 posti in residenziale e 37 in semiresidenziale; il numero di posti in relazione alla numerosità della popolazione regionale è tra i più elevati in Italia. Accolgono in netta prevalenza utenti provenienti da fuori regione (circa l'80% dell'utenza complessiva), mentre i servizi delle ASL inviano i propri utenti nell'80% dei casi in strutture in Umbria.

Sono attivi, inoltre, Unità di strada e Centri a bassa soglia per attività di riduzione del danno e dei rischi connessi all'uso di sostanze psicoattive, che tuttavia attualmente permangono solo a Perugia, Città di Castello e Foligno.

Completano la rete di intervento cooperative sociali e soggetti del terzo settore, associazioni di auto mutuo aiuto, associazioni di volontariato e di cittadinanza attiva, la cui attivazione nell'ambito di reti integrate e coordinate non solo offre l'opportunità di risorse ulteriori, ma costituisce soprattutto una leva insostituibile per intervenire a livello sociale e culturale.

LE INIZIATIVE REGIONALI

Negli ultimi anni sono state attuate alcune iniziative regionali di particolare rilievo:

- nel campo del gioco d'azzardo, Legge regionale specifica, Piano d'azione regionale, Percorso di cura e organizzazione dei servizi;

¹³ Il tasso di utenza è nettamente superiore in Umbria, a fronte di dati di prevalenza dei consumi non distanti dalle medie nazionali. Dati dalla Relazione al Parlamento 2016.

- nell'area della promozione della salute e prevenzione, una serie di progetti inseriti nel Piano regionale di prevenzione 2014/19;
- nel campo dell'esecuzione penale, Linee guida interistituzionali per la gestione integrata dei programmi terapeutici in misura alternativa alla detenzione, (PDTA per i detenuti con disturbo da uso di sostanze o comportamenti);
- in campo alcolico, nuovo protocollo per i casi di sospensione della patente per guida in stato di alterazione alcolica;
- sperimentazione di interventi innovativi diretti ad adolescenti e giovani adulti per rispondere in maniera specifica ai bisogni della fascia giovanile;
- per il monitoraggio, Osservatorio epidemiologico specifico con produzione di report periodici, Sistema informativo rispondente al flusso nazionale SIND.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Nell'ambito dei tavoli tematici sono state segnalate le aree di miglioramento coerenti con il quadro epidemiologico e lo stato dei servizi sopra sinteticamente riportati.

A. Bisogni di salute emergenti

Sul piano dei bisogni di salute, sono state evidenziate alcune aree emergenti:

- le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, che richiedono:
 - rafforzamento delle attività di promozione della salute e prevenzione, nella scuola e in contesti extrascolastici;
 - accoglienza e intercettazione delle manifestazioni di disagio;
 - interventi integrati, specifici per fascia d'età, per la presa in carico precoce delle situazioni complesse (insorgenza di patologie psichiatriche, e/o dipendenze, e/o disturbi gravi del comportamento);
- la quota di persone dipendenti di lungo corso e di età avanzata, con bisogni complessi di natura sanitaria e sociale, verso i quali non è disponibile ad oggi una risposta completa;
- il contesto penale, in riferimento alla duplice finalità di garantire pari opportunità di assistenza alle persone dipendenti detenute, presenti in quota elevata nei 4 istituti penitenziari dell'Umbria, e di incrementare i programmi in misura alternativa alla detenzione;
- la quota di stranieri che sviluppa forme di addiction; particolarmente difficile la situazione degli stranieri irregolari, che si trovano nei fatti nell'impossibilità di accedere alle cure erogate dal SSN, con il concreto rischio di gravi conseguenze sia per la persona che per la collettività;
- le dipendenze da sostanze e comportamenti legali (alcol, tabacco e gioco d'azzardo), verso le quali è attuato un intervento sottodimensionato rispetto all'impatto epidemiologico.

Alle aree sopra elencate, occorre aggiungere i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza introdotti dal DPCM 12/1/2017, che nell'area delle dipendenze comprendono:

- gli interventi per il disturbo da gioco d'azzardo, che necessitano di essere messi a sistema;

- gli interventi di riduzione del danno; si segnala il depotenziamento negli ultimi anni dei servizi specifici (unità di strada e centri a bassa soglia) e la necessità di coinvolgere in questo approccio tutta la rete dei servizi ed innovare le modalità di intervento.

Trasversalmente a tutte le aree problematiche considerate, sono state inoltre evidenziate:

- la difficoltà di attuare percorsi di inserimento sociale e lavorativo;
- l'insufficiente attivazione di interventi a supporto dei familiari e, per i minorenni e per tutti quei casi in cui ce ne siano le condizioni, di presa in carico del sistema genitoriale;
- la necessità di un approccio genere-specifico.

B. Aspetti organizzativi

A livello organizzativo, sono individuate le seguenti principali aree di miglioramento:

- Necessità di definire gli assetti organizzativi dei servizi ASL per superare le disomogeneità ancora presenti;
- necessità di individuare area di degenze ospedaliere per programmi di disintossicazione, in particolare da alcol, e successivo avvio di progetti riabilitativi;

Riguardo alle modalità di intervento e di gestione clinica si segnalano:

- necessità di riequilibrare l'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali in relazione alla qualità della domanda effettiva rilevata in ambito regionale.

C. Area dell'Integrazione

Sul piano dell'integrazione si evidenzia la necessità di potenziare:

- il lavoro integrato tra servizi pubblici e del privato sociale, dalla fase della programmazione strategica alla gestione dei percorsi di cura;
- i percorsi strutturati di lavoro congiunto con aree sanitarie contigue, e con l'area dei servizi sociali, in particolare con i servizi di Salute mentale (compresi SPDC) e di Neuropsichiatria infantile, con i MMG e i PLS, sviluppati non solo sul piano formale ma anche verso la costruzione di una cultura comune, con il coinvolgimento delle realtà associative.

D. Strumenti di supporto

Per quanto riguarda gli strumenti di supporto, emergono necessità di evoluzione e potenziamento:

- del sistema informativo regionale specifico e del relativo supporto tecnologico;
- dell'osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze;
- della formazione degli operatori sia a livello regionale che aziendale, anche a sostegno dei percorsi di integrazione;
- delle attività di supervisione delle equipe, per la valorizzazione del capitale umano e professionale e per la prevenzione del burn out;
- delle attività di sperimentazione e ricerca, finalizzate all'innovazione.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

A livello generale, la finalità da perseguire nel triennio è lo sviluppo di un sistema di intervento regionale coordinato ed integrato, improntato a criteri di intersectorialità, di qualità metodologica ed organizzativa, di omogeneità nel territorio regionale, anche attraverso la diffusione delle esperienze positive già attive a livello locale. La costruzione di un sistema così configurato passa attraverso il rinnovamento degli assetti organizzativi e degli approcci metodologici, per una

maggiore appropriatezza ed efficacia in relazione alle manifestazioni attuali dei fenomeni di addiction.

È necessario inoltre che il servizio sanitario si proponga attivamente come punto di riferimento strategico per la costruzione di una rete ampia di collaborazioni, incardinata nella comunità locale, entro la quale sviluppare azioni e progettualità integrate che coinvolgano i Comuni, la Scuola e le altre istituzioni impegnate nel campo; il privato sociale accreditato e il terzo settore; il volontariato di scopo (AMA) e le associazioni di promozione sociale e culturale.

Il modello delineato è stato attivato e in qualche misura anticipato nel campo del disturbo da gioco d'azzardo, con l'adozione del Piano regionale 2017-2018 (DGR n.476/2017), che dovrà proseguire negli anni successivi, e del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, associato ad indicazioni sull'organizzazione dei servizi (DGR n.490/2017); pertanto gli indirizzi di programmazione adottati in questo campo specifico sono di riferimento per il processo di rinnovamento dell'area complessiva delle dipendenze.

Le finalità enunciate si articolano negli obiettivi riportati nelle schede seguenti, con relative azioni e indicatori/risultato attesi.

A. BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

A1. Attuare interventi sistematici rivolti alla fascia degli adolescenti e giovani adulti

Il coinvolgimento della fascia giovanile richiede interventi specifici sotto il profilo delle metodologie, dei setting, dei linguaggi. Un primo livello di azione, di valore strategico anche alla luce del quadro epidemiologico regionale, consiste in interventi sistematici di promozione della salute e prevenzione nelle scuole di ogni ordine e grado, finalizzati a promuovere le competenze personali e le capacità di analisi critica e autonomia con l'obiettivo di incidere trasversalmente sugli stili di vita e prevenire i comportamenti a rischio. La base per attivare solidi percorsi di lavoro comune tra operatori sociosanitari e insegnanti è la formazione congiunta, mirata ad introdurre metodologie riconosciute a livello scientifico, uniformi nel territorio regionale.

Una seconda area di intervento concerne il contesto extrascolastico, con attività di informazione, sensibilizzazione ed ascolto anche attraverso il web e i social network, attuate con metodologia peer to peer.

Queste attività poggiano su una struttura organizzativa coordinata a livello regionale e basata sulle reti di promozione della salute delle ASL, che includono tutti i servizi sanitari territoriali interessati, compresi i servizi per le dipendenze. Sulla base del consolidamento di tali reti, occorre promuovere la stabilizzazione delle attività entro una cornice di corresponsabilità tra Scuola, Servizio sanitario, Comuni ed altre istituzioni, dando seguito al Protocollo siglato tra Regione e Ufficio scolastico regionale il 14/9/2016 e agli analoghi protocolli di livello locale che ne sono seguiti, e coinvolgendo le realtà associative e le comunità locali nel loro complesso.

Obiettivi ulteriori sono individuati nell'intercettazione precoce delle situazioni di disagio, variamente configurate, e delle situazioni problematiche complesse (insorgenza di disturbi psichiatrici e/o da uso di sostanze o comportamenti), attraverso reti locali appositamente costituite, e nella realizzazione di punti di accoglienza e presa in carico tarati sulla fascia d'età, basati su equipe multiservizi, secondo quanto previsto dalle sperimentazioni avviate con la DGR 888/2017.

Obiettivo generale A1	Attuare interventi sistematici rivolti alla fascia degli adolescenti e giovani adulti
Obiettivo specifico 1	Proseguire e stabilizzare le attività di promozione della salute nelle scuole, avviate nell'ambito del PRP 2014-19
Obiettivo specifico 2	Sviluppare interventi di promozione della salute e prevenzione in contesti extrascolastici e on line.
Obiettivo specifico 3	Completare le sperimentazioni avviate con la DGR 888/2017
Azioni	<p>1a. Proseguire la realizzazione dei seguenti progetti, rivolti alle scuole lungo tutto il continuum del percorso scolastico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Pensiamo positivo", per le scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, basato sulla metodologia dell'educazione socio affettiva per lo sviluppo delle life skills; - "Unplugged", per le scuole secondarie di primo grado, centrato in maniera specifica sul consumo di sostanze psicoattive e comportamenti assimilabili; - "YAPS – Young and peer school", per le secondarie di secondo grado, basato sul metodo della peer education. <p>1b. Promuovere la stabilizzazione degli interventi, innescando un meccanismo di "diffusione a cascata".</p> <p>2. Proseguire e potenziare la realizzazione del progetto "Spazio ai giovani: dal reale al virtuale" inserito nel PRP 2014-19.</p> <p>3a. Monitorare le diverse fasi di realizzazione delle sperimentazioni e valutare i risultati.</p> <p>3b. Recepire a livello regionale i modelli valutati come efficaci.</p>
Indicatori/ Risultati attesi	<p>1. Attuare i progetti di promozione della salute rivolti alle scuole, oltre la scadenza temporale del Piano regionale di prevenzione 2014/2019 - N. scuole coinvolte nei progetti/Tot. scuole in Umbria: >50/100</p> <p>2. Attivare spazi specifici sui principali social network - Profili aperti sui social network/profili previsti: 100/100</p> <p>3. Definire un modello regionale di intervento rivolto in maniera specifica agli adolescenti e giovani adulti con manifestazioni di disagio, e per la presa in carico di situazioni complesse (insorgenza di disturbi psichiatrici e/o da consumo di sostanze o comportamenti) - Atto di indirizzo della Regione</p>

A2. Migliorare accessibilità e qualità dei percorsi di trattamento, con particolare attenzione ai target più vulnerabili

Nell'ambito dei percorsi di cura, occorre approntare risposte mirate per alcune aree di bisogno di particolare complessità, segnalate dai tavoli tematici (v. premessa):

- il contesto penale,
- le persone dipendenti di età avanzata, con problemi complessi sanitari e sociali,
- gli stranieri con problemi di addiction.

Partendo da quanto già programmato in ambito regionale o attuato efficacemente a livello locale, occorre in queste aree definire modelli uniformi di intervento, che integrino competenze e risorse diverse.

A livello più generale, occorre portare a sistema l'insieme degli interventi finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa, che costituiscono un elemento fondamentale di tutti i percorsi terapeutici; in

questo campo, peraltro, la Regione ha investito un impegno importante e notevoli risorse economiche, con attenzione specifica ai gruppi maggiormente vulnerabili.

Uno strumento innovativo, da diffondere in tutta la regione, è costituito dai programmi di accompagnamento territoriale (PAT), finalizzati a promuovere le capacità di autonomia degli utenti e già sperimentati in molti territori con il supporto del privato sociale.

Inoltre, occorre applicare in maniera generalizzata interventi mirati ai familiari degli utenti, considerato che, quando presente, la famiglia costituisce un elemento fondamentale dei percorsi di trattamento.

Obiettivo generale A2	Migliorare accessibilità e qualità dei percorsi di trattamento, con particolare attenzione ai target più vulnerabili
Obiettivo specifico 1	Potenziare gli interventi mirati all'inclusione sociale e lavorativa, entro una cornice di alta integrazione tra sociale e sanitario sviluppata dal livello regionale a quello locale
Obiettivo specifico 2	Migliorare l'assistenza alle persone dipendenti in esecuzione penale.
Obiettivo specifico 3	Attivare interventi rivolti ai bisogni sanitari e sociali delle persone dipendenti anziane
Obiettivo specifico 4	Attivare interventi rivolti ai bisogni sanitari e sociali delle persone straniere
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire percorsi di integrazione tra servizi ASL e servizi sociali dei Comuni per gli interventi di inclusione sociale e lavorativa con perfezionamento e diffusione dei programmi di accompagnamento territoriale (PAT) già sperimentati presso i servizi ASL. 2. Definire ed attuare il PDTA per i detenuti con disturbo da uso di sostanze o comportamenti. 3. Attivare uno specifico gruppo di lavoro integrato anche finalizzato a definire un percorso di trattamento specifico, che integri interventi sanitari e sociali alle persone dipendenti in particolare quelle anziane. 4. Attivare uno specifico gruppo di lavoro integrato per definire indirizzi uniformi in ambito regionale per l'assistenza ai migranti.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Linee di indirizzo regionali per l'inserimento sociale e lavorativo delle persone con disturbo da uso di sostanze o comportamenti - Atto regionale 2. PDTA per i detenuti con disturbo da uso di sostanze o comportamenti 3. Incrementare l'accesso ai programmi in misura alternativa, anche valutando la possibilità di ripristinare le misure adottate con il Protocollo interistituzionale attuato nel triennio 2014-2017 4. Monitoraggio degli atti adottati in materia di assistenza alle persone dipendenti. Relazioni ASL 5. Formazione degli operatori in tema di assistenza alle persone dipendenti in esecuzione penale e al lavoro con i migranti

A3. Potenziare gli interventi rivolti alle dipendenze da sostanze e comportamenti legali

A fronte di un impatto estremamente significativo sullo stato di salute individuale e collettivo, documentato dai dati epidemiologici, il sistema di intervento per le dipendenze rimane sbilanciato a favore delle attività rivolte alle sostanze illegali.

Occorre pertanto potenziare gli interventi rivolti a queste aree, attualmente sottodimensionati, introdurre elementi di innovazione in campo metodologico ed organizzativo e rafforzare le equipe dedicate, nell'ambito di una razionalizzazione complessiva dei servizi per le dipendenze.

Obiettivo generale A3	Potenziare gli interventi rivolti alle dipendenze da sostanze e comportamenti legali
Obiettivo specifico 1	Potenziare gli interventi rivolti al disturbo da uso di tabacco
Obiettivo specifico 2	Potenziare gli interventi rivolti al disturbo da uso di alcol
Obiettivo specifico 3	Potenziare gli interventi rivolti al disturbo da gioco d'azzardo
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire linee di indirizzo, protocolli, procedure operative e sistemi di monitoraggio regionali riguardanti i percorsi e le metodologie per la disassuefazione dal fumo di tabacco, coerenti con le indicazioni della comunità scientifica, e gli assetti organizzativi dei servizi nell'ambito della riorganizzazione dei dipartimenti per le dipendenze. 2. Definire il PDTA per il disturbo da uso di alcol, in coerenza con le indicazioni della comunità scientifica, e gli assetti organizzativi dei servizi nell'ambito della riorganizzazione dei dipartimenti per le dipendenze. 3. Costituzione di una rete che favorisca l'accesso ai programmi di cura e per la gestione integrata dei pazienti. 4. Completare l'attuazione del Piano regionale 2017/2018 per il disturbo da gioco d'azzardo con rinnovo del Piano per le annualità successive.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione di linee di indirizzo regionali in materia di tabagismo 2. Formazione degli operatori dei Centri antifumo 3. Definizione del PDTA per il disturbo da uso di alcol 4. Monitoraggio del protocollo regionale riguardante i casi di sospensione della patente per guida in stato di alterazione da alcol 5. Attivare uno studio di fattibilità ed eventuale attivazione, in chiave sperimentale, di un programma per la disintossicazione da alcol e il successivo avvio di progetti terapeutici

A4. Innovare e diffondere gli interventi di riduzione del danno e dei rischi in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha inserito le attività di riduzione del danno nei nuovi LEA, determinando quindi la necessità di una riorganizzazione complessiva di questa area di intervento. In passato in Umbria sono state sviluppate azioni di elevata qualità basate su Unità di strada e Centri a bassa soglia, che attualmente permangono solo a Perugia, Foligno e Città di Castello e risultano pertanto insufficienti a garantire prestazioni uniformi nel territorio regionale. Occorre quindi tradurre questi interventi in un'azione di sistema affidata a tutto l'insieme dei servizi sanitari e sociali, pur con compiti differenziati, e definire standard di prestazioni e servizi per tutto il territorio regionale. La modificazione dei fenomeni di consumo richiede inoltre l'introduzione di innovazioni negli approcci utilizzati.

Obiettivo generale A4	Innovare e diffondere gli interventi di riduzione del danno e dei rischi in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017
Obiettivo specifico 1	Potenziare gli interventi di riduzione del danno già in essere
Obiettivo specifico 2	Adottare modelli di intervento e standard uniformi a livello regionale in applicazione dei nuovi LEA
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1a. Potenziare gli interventi di screening, prevenzione e cura delle patologie infettive correlate attuati dai servizi per le dipendenze, compreso il contesto penale. 1b. Potenziare gli interventi di prevenzione dell'overdose, compreso il contesto penale.

	<p>1c. Sperimentare interventi innovativi rivolti alle attuali fenomenologie del consumo di sostanze.</p> <p>2a. Rinnovare la composizione e le funzioni del Coordinamento tecnico regionale costituito con la DGR 1935/2008.</p> <p>2b. Definire linee di indirizzo regionali in materia di attività di riduzione del danno e dei rischi, al fine di uniformare prestazioni, metodologie, standard dei servizi.</p>
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuovo Gruppo di coordinamento tecnico regionale per la riduzione del danno e dei rischi associati al consumo di sostanze - Atto regionale per la ridefinizione del Gruppo di coordinamento tecnico 2. Linee di indirizzo regionali in materia di prestazioni, metodologie, standard ed assetti organizzativi del sistema per la riduzione del danno e dei rischi associati al consumo di sostanze - Atto regionale e monitoraggio della sua applicazione 3. Predisposizione e realizzazione di un progetto regionale finalizzato a proseguire nell'azione di rinnovamento dei modelli di intervento rivolti alla riduzione del danno e dei rischi associati all'uso di sostanze psicoattive, in applicazione della DGR 1400/2017. - Monitoraggio, secondo gli indicatori definiti nel progetto stesso

B. ASPETTI ORGANIZZATIVI

Sul piano organizzativo, visto quanto esposto in premessa, le finalità per il prossimo triennio comprendono:

- l'organizzazione in entrambe le ASL come da normativa vigente, per assicurare l'uniformità delle modalità di approccio in ambito aziendale, l'utilizzazione ottimale delle risorse, percorsi di integrazione con aree di assistenza sanitaria contigue, interrelazioni efficaci con le istituzioni del territorio e con la comunità locale nel suo insieme;
- il superamento dell'eccessiva disomogeneità tra i servizi ASL, negli assetti organizzativi, nelle modalità di assegnazione e gestione del budget, nelle modalità di approccio clinico, nelle procedure riguardanti le attività più frequenti;
- la razionalizzazione ed il potenziamento delle risorse professionali impegnate nei servizi ASL;
- l'abbandono di anacronistiche suddivisioni dei servizi secondo le diverse forme di dipendenza;
- l'individuazione di forme organizzative che garantiscano la prossimità dei servizi e, insieme, la disponibilità di equipe multidisciplinari a supporto di scelte trattamentali aderenti ai LEA ed effettivamente personalizzate;
- la riorganizzazione dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aggiornamento delle tariffe, attraverso il superamento della DGR 1057/2002, anche introducendo modalità innovative di presa in carico, più flessibili, in relazione all'evoluzione dei bisogni di trattamento;
- l'adozione di strumenti per la continuità e unitarietà dei percorsi di cura.

Alla maggiore uniformità organizzativa si associa l'adozione di strumenti omogenei di gestione clinica, per una analoga uniformità delle modalità di intervento.

Obiettivo generale	Razionalizzare e uniformare l'organizzazione e le modalità di funzionamento del sistema dei servizi
Obiettivo specifico 1	Rinnovare gli assetti organizzativi dei servizi per le dipendenze delle ASL
Obiettivo specifico 2	Riorganizzare l'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali
Obiettivo specifico 3	Adottare strumenti uniformi di gestione clinica
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare i servizi specifici come "Ser.D – Servizi per le Dipendenze" 2. Attivare un modello organizzativo omogeneo nelle due Aziende territoriali 3. Facilitare le integrazioni e le sinergie a livello interaziendale 4. Proseguire nel percorso di rinnovamento avviato con la DGR n. 764/2017, diffondendo in tutta l'area delle dipendenze un'organizzazione maggiormente orientata alla valenza interdistrettuale ed aziendale delle equipe, per superare l'eccessiva frammentazione dei servizi ed assicurare, attraverso opportune strategie organizzative, la presenza in tutti i territori distrettuali di equipe multidisciplinari qualificate. <p>2a. Ridefinire requisiti e procedure per l'autorizzazione al funzionamento. Rinnovare le tipologie di offerta in relazione ai bisogni attuali del territorio.</p> <p>2b. Aggiornare le tariffe.</p> <p>2c. Includere i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e territoriali accreditati nella rete informativa regionale dei servizi per le dipendenze.</p> <p>2e. Definire percorsi e strumenti operativi comuni per migliorare il lavoro integrato con i servizi ambulatoriali delle ASL, tra cui l'ICF dipendenze già sottoposto ad una prima sperimentazione.</p> <p>3a. Diffondere l'approccio basato sul Progetto Terapeutico Individuale integrato.</p> <p>3b. Definire PDTA riguardo alle aree di intervento connotate da particolare complessità, analogamente a quanto già fatto per il disturbo da gioco d'azzardo.</p> <p>3c. Definire, attraverso gruppi di lavoro ad hoc, protocolli e linee guida regionali riguardanti le principali attività dei servizi, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modalità di accoglienza ed assessment, - modalità di gestione ed affidamento delle terapie farmacologiche, - criteri e modalità di invio ai programmi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e territoriali, - principali pratiche a valenza medico-legale. <p>3d. Definire il modello concettuale di riferimento per la valutazione dei risultati degli interventi e gli indicatori quantitativi validi per rappresentare le variazioni dello stato degli utenti in relazione alle prestazioni ricevute.</p>
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorganizzazione e razionalizzazione della rete aziendale dei servizi per le dipendenze, costituzione dei Ser.D 2. Nuova definizione dei requisiti e procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e territoriali, delle tipologie di offerta e delle tariffe 3. Protocolli operativi e linee guida regionali riguardanti le principali attività dei servizi ASL 4. Implementazione presso i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e territoriali accreditati di strumenti uniformi di gestione clinica e di supporto informativo, comuni ai servizi ASL 5. Monitoraggio di tutto il processo di riorganizzazione

C. AREA DELL'INTEGRAZIONE

Nell'ambito della riorganizzazione complessiva, occorre in primo luogo inserire i servizi di cura in una rete più estesa, volta ad intercettare precocemente i bisogni delle persone e delle famiglie, ed implementare strategie proattive, con un ruolo centrale dei MMG e dei PLS. Vanno quindi potenziati gli strumenti e i percorsi di lavoro integrato per la gestione congiunta dei programmi terapeutici con gli stessi MMG e PLS e con aree contigue dell'assistenza sanitaria, in primo luogo con i servizi della Salute mentale (compresi SPDC) con i quali occorre superare la logica della cd. "doppia diagnosi" così come dettagliato nel capitolo della Salute Mentale.

In una prospettiva più ampia, è necessario che i servizi sanitari sviluppino interrelazioni efficaci con le altre istituzioni del territorio e acquisiscano un ruolo di regia nella costruzione di un sistema di intervento radicato ed aperto alla comunità locale.

Obiettivo generale	Potenziare il lavoro integrato con tutte le risorse disponibili, per una risposta globale ai bisogni della persona e del territorio
Obiettivo specifico 1	Rete di primo contatto
Obiettivo specifico 2	Integrazione con servizi Salute Mentale come dettagliato nel capitolo precedente.
Obiettivo specifico 3	Integrazione Sociale-sanitario
Obiettivo specifico 4	Altre istituzioni, associazioni AMA, comunità locale
Azioni	<p>1a. Costituire reti strutturate di livello locale, che comprendano i MMG e PLS, gli altri servizi sanitari territoriali, i servizi dei Comuni, le associazioni AMA e altre realtà del territorio, coordinate dai servizi ASL e finalizzate ad intercettare precocemente i bisogni di salute, a facilitare l'accesso al sistema di cura, a gestire programmi integrati di trattamento.</p> <p>1b. Formare i professionisti della salute sul colloquio motivazionale breve</p> <p>2. Definire protocolli operativi di livello regionale e locale per il lavoro integrato con i servizi dei Comuni, ed in particolare con il settore dei servizi sociali, nelle diverse aree di interesse condiviso</p> <p>3. Sviluppare rapporti permanenti di confronto e collaborazione con le istituzioni locali, con le associazioni di Auto Mutuo Aiuto e con le altre realtà associative impegnate nel territorio.</p>
Indicatori/Risultati attesi	<p>1. Linee di indirizzo regionali/protocolli operativi per la costituzione di reti integrate per l'intercettazione precoce delle situazioni problematiche e per la gestione congiunta di casi complessi - Atto/i regionale/i per la costituzione di reti integrate</p> <p>2. Linee di indirizzo regionali in materia di percorsi di lavoro integrato tra sociale e sanitario nell'area delle dipendenze (V. Obiettivo generale A.2) - Atto regionale per l'integrazione tra sociale e sanitario in materia di dipendenze (V. obiettivo gen. A.2, indicatore 1)</p> <p>3. Monitoraggio atti regionali</p>

D. STRUMENTI DI SUPPORTO

Le attività nell'area delle dipendenze si avvalgono di una serie di strumenti di supporto, tra cui l'osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze, attivato con la DGR n. 1487/2011, che ha sviluppato nel tempo un sistema di monitoraggio in linea con gli indirizzi dell'Osservatorio europeo di Lisbona, ed il sistema informativo regionale, basato su un supporto informatico unico in ambito regionale per la registrazione dei dati degli utenti e delle attività (cartella clinica informatizzata),

che ha consentito di rispondere efficacemente agli obblighi informativi (SIND). La funzione generale dell'insieme degli strumenti di supporto è quella di facilitare la costruzione di un "sistema regionale" omogeneo.

Obiettivo generale	Sviluppare e perfezionare gli strumenti di supporto: sistema informativo, osservatorio epidemiologico, formazione, supervisione, ricerca
Obiettivo specifico 1	Perfezionare il sistema informativo regionale
Obiettivo specifico 2	Potenziare le attività dell'osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze
Obiettivo specifico 3	Realizzare attività di formazione e supervisione
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfezionare il supporto informatizzato su cui è basato il sistema informativo. Ampliare la rete informativa. Proseguire il percorso di miglioramento continuo della qualità dei dati. 2. Ampliare il ventaglio degli indicatori sottoposti a monitoraggio. Attivare percorsi e strumenti per la valutazione degli esiti degli interventi. Pubblicare report periodici. 3a. Prevedere corsi di formazione di ambito regionale attinenti agli indirizzi della programmazione, rivolti a tutti i soggetti coinvolti nella loro applicazione. 3b. Promuovere l'inserimento stabile, entro i piani di formazione delle ASL, di attività di supervisione delle equipe, con l'obiettivo di sviluppare il capitale umano e professionale e prevenire il burn out.
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione nuovo software per il sistema informativo Dipendenze e formazione degli operatori 2. Pubblicazione report tematici periodici - Report epidemiologici tematici, almeno uno/anno 3. Formazione regionale sui temi della programmazione 4. Stabilizzazione delle attività di supervisione delle equipe dei servizi

2.6.7 L'ASSISTENZA AGLI IMMIGRATI

La Regione Umbria nel proprio Statuto (articolo 8, comma 2) *"riconosce il valore umano, sociale e culturale dell'immigrazione e favorisce il pieno inserimento nella comunità regionale delle persone immigrate"*.

Fin dal 1990, inoltre, con la legge regionale n. 18, *"... riconosce e tutela i diritti umani e le libertà fondamentali dei cittadini provenienti da Paesi extracomunitari, degli apolidi, dei*

rifugiati e dei profughi. ... Promuove interventi volti ad assicurare l'effettivo e paritario godimento dei diritti, con particolare riferimento al lavoro, alle prestazioni sociali e sanitarie, all'abitazione e alla scuola; l'inserimento nel tessuto sociale, culturale ed economico della regione; la tutela e valorizzazione del patrimonio culturale d'origine."

STATO DELL'ARTE

In Umbria, come in tutta Italia, le migrazioni costituiscono ormai una realtà strutturale e sempre più composita, per caratteristiche linguistiche, culturali, religiose, socioeconomiche; questo comporta il confronto con una crescente diversità culturale, con gruppi e bisogni differenti, con dinamiche in continua evoluzione.

In Umbria, come in tutta Italia, le migrazioni costituiscono ormai una realtà strutturale e sempre più composita, per caratteristiche linguistiche, culturali, religiose, socioeconomiche; questo comporta il confronto con una crescente diversità culturale, con gruppi e bisogni differenti, con dinamiche in continua evoluzione.

In base ai dati Istat, i residenti stranieri in Umbria al 1° gennaio 2018 sono complessivamente 95.710, pari all'1,9% del totale nazionale; costituiscono il 10,8% della popolazione residente, al di sopra della media nazionale (8,5%) ma con una diminuzione dello 0,2% rispetto all'anno precedente.

Riguardo alle aree di provenienza, il 35,9% è costituito da cittadini dell'Unione Europea, il 28,01% proviene dall'Europa non comunitaria, il 19% da paesi africani, con una netta prevalenza di cittadini provenienti dall'Africa settentrionale (12,6%), il 9,2% dall'area asiatica e il 7,8% dal continente americano (di cui il 92% proveniente dall'America centro meridionale).

Considerando nel dettaglio le singole collettività, quella più consistente in termini numerici rimane la romena (26.313) che, da sola, pesa per il 31,1% sul totale degli stranieri residenti in regione. Seguono quelle albanese (13.225, 13,8%), marocchina (9.386, 9,8%) e, a distanza, le collettività ucraina (4.954, 5,2%), macedone (3.913, 4,1%), ecuadoregna (2.980, 3,1%), cinese (2.595, 2,7%), moldava (2.574, 2,7%), polacca (2.304, 2,3%) e filippina (1.874, 2%). A Terni la comunità indiana resta la comunità più numerosa sul totale dei residenti in provincia (1.032, 4,4%) dopo la rumena (8.558, 36,9%) e l'albanese (2.306, 9,9%).

Riguardo alla ripartizione territoriale dei residenti stranieri, il maggior numero si concentra nella provincia di Perugia: 72.515 persone, pari al 75,8% del totale dei residenti stranieri, con una diminuzione dello 0,7% che prosegue la tendenza iniziata nel 2014.

In merito alla composizione di genere, le donne rappresentano il 55,9% dei residenti in regione, un dato più alto di quello nazionale (52%) e di quello delle regioni del centro (52,7%), con la provincia di Terni caratterizzata da una spiccata femminilizzazione dei flussi stranieri (56,9%).

Nel corso del 2017 si sono registrate 1.036 nuove nascite di bambini stranieri, le quali hanno inciso per il 16,9% sul totale delle nascite della regione. Tale incidenza, seppure in calo rispetto all'anno precedente, si attesta al di sopra del dato nazionale (14,8%).

Ulteriore elemento di rilievo nel bilancio demografico riguarda le acquisizioni di cittadinanza: nel corso del 2017 in regione si sono aggiunte 2.560 acquisizioni (26,7 stranieri residenti ogni mille abitanti, dato superiore a quello delle regioni del centro, pari a 21,5 per mille), in diminuzione rispetto ai due anni precedenti.

Gli alunni stranieri iscritti nelle scuole della regione nell'anno scolastico 2016-2017 sono, secondo i dati MIUR, 16.683, il 13,8% degli scolari umbri, un dato superiore alla media nazionale (9,4%) e che rappresenta il 2% degli oltre 800.000 scolari non italiani rilevati a livello nazionale; di essi, il 64,3% è nato in Italia, a conferma della forte stabilizzazione delle famiglie straniere che, da oltre un decennio, caratterizza la nostra regione.

Per quanto riguarda il quadro occupazionale ed economico, la crisi economica che ha colpito l'economia italiana ha inciso negativamente nell'ultimo decennio sul processo di radicamento degli stranieri in Umbria. Gli occupati nati all'estero rappresentano il 12,5% (il 50,2% sono donne) del totale dei lavoratori occupati, dato superiore alla media nazionale (10,5%). Il 63% degli immigrati occupati si concentra nei servizi, il 30,5% è occupato nel lavoro domestico, il 15,5% nelle costruzioni, il 10,3% in agricoltura. Nelle professioni intellettuali e tecniche, gli stranieri sono solo il 5,2% degli

occupati, un dato più basso della media nazionale e delle regioni del centro, così come notevolmente più bassa è la retribuzione media degli occupati stranieri in Umbria (euro 924,00) in rapporto agli occupati italiani (euro 1.335). Per contro, il 22,3% dei lavoratori stranieri residenti in Umbria risultano essere sovra istruiti rispetto agli autoctoni (9%) con un livello di sotto occupazione pari all'8,1% rispetto al 2,7% degli autoctoni, in linea con quello nazionale.

I disoccupati stranieri sono il 29,2% dei disoccupati totali (41.762) e gli uomini, maggiormente toccati dalla flessione del mercato occupazionale, rappresentano il 51,2%. In generale, i lavoratori stranieri manifestano una forte adattabilità alle dinamiche della domanda di lavoro, pur subendo gli effetti della crisi in termini di qualità dei rapporti di lavoro svolto e di reddito percepito e, pur essendo caratterizzati da maggiore mobilità, sono più esposti ai processi di espulsione dal mercato del lavoro.

Le imprese appartenenti a cittadini stranieri – complessivamente 8.249 unità - rappresentano l'8,7% del totale; per il 6,2% il titolare è extra comunitario; tra il 2017 e il 2016 si rileva una diminuzione pari allo 0,3%, più contenuta di quella delle imprese italiane (1,1%).

Negli ultimi anni si è registrato un forte incremento di flussi non programmati di migranti richiedenti protezione internazionale, tra cui una quota significativa di persone in condizioni particolarmente vulnerabili. Per quanto riguarda il sistema regionale di accoglienza dei rifugiati e richiedenti asilo, finalizzato ad accogliere le persone e garantire un livello minimo di integrazione e di autonomia, negli ultimi anni sono aumentati gli Enti locali che hanno avviato progetti di accoglienza integrata (SPRAR), per un totale di 474 posti, 14 comuni capofila e 18 progetti attivi, di cui 6 riservati a minori non accompagnati e 2 a persone con disagio mentale o con disabilità; le presenze nei centri di accoglienza straordinaria (CAS), invece, sono andate progressivamente diminuendo; nel 2017 hanno trovato accoglienza nei CAS 2.666 persone. La rete SPRAR, infatti, più strutturata, rappresenta un'opportunità migliore per poter governare i flussi e salvaguardare il bisogno delle comunità di garantire controllo e integrazione sostenibile.

I temi di salute associati alle migrazioni costituiscono questioni cruciali nella programmazione sanitaria; appare prioritario garantire alle persone immigrate un adeguato accesso ai servizi sociosanitari e ai percorsi di tutela, in particolare per coloro che, per le caratteristiche del proprio percorso migratorio e/o per le condizioni precarie in cui si trovano una volta accolti, vivono condizioni di particolare vulnerabilità, come i minori non accompagnati, i nuclei familiari monogenitoriali, le vittime di tratta, tortura o stupri, i sopravvissuti ai naufragi, i lavoratori sfruttati.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Il Piano sociale regionale evidenzia come la risposta ai molteplici bisogni posti dal fenomeno migratorio richieda un approccio trasversale ai diversi ambiti che incidono sulla vita dei migranti, sociale, salute, lavoro, casa, istruzione. L'accesso ai servizi sanitari, pertanto, costituisce un passaggio importante nell'ambito dei percorsi di integrazione delle persone immigrate nel tessuto sociale regionale e locale, e d'altro canto il tema della tutela della salute non può essere disgiunto dall'attenzione verso i rischi di esclusione sociale e le potenziali ricadute negative che ne derivano a carico degli individui e della collettività.

Nella nostra regione si è proceduto negli anni all'attivazione di molteplici servizi sociosanitari e percorsi specifici, tuttavia l'offerta e le possibilità di accesso risultano per i migranti tuttora eterogenee, con disuguaglianze che gravano soprattutto sulle persone più vulnerabili; incidono su queste criticità la scarsa informazione sui servizi disponibili, le differenze linguistiche, i diversi atteggiamenti culturali nei confronti dei temi della salute, oltre che la disomogeneità ed insufficiente diffusione dell'offerta di servizi.

A. L'accesso alle prestazioni sanitarie: aspetti amministrativi e organizzativi

Sul piano amministrativo, occorre verificare le procedure applicate localmente relativamente all'iscrizione obbligatoria o volontaria al SSR, secondo le diverse fattispecie previste dalle normative vigenti, e al rilascio del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente). Occorre rivalutare, inoltre, l'introduzione del codice ENI (Europeo Non Iscritto), indicato dall'Accordo tra Stato e Regioni del 20-12-2012 ed ampiamente sperimentato in altre regioni, per i soggiornanti UE indigenti, senza TEAM, senza attestazione di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione al SSR. Ulteriori segnalazioni di criticità riguardano le esenzioni dal pagamento del ticket sanitario in particolari condizioni. L'emanazione del d.l. 113/2018, che ha introdotto limitazioni e cambiamenti riguardo ai profili dei permessi di soggiorno, rende ancor più necessario fornire indicazioni univoche a livello regionale riguardo alle modalità di accesso all'assistenza sanitaria, con particolare attenzione alle condizioni di particolare vulnerabilità (ad es. minori, nuclei familiari, donne con figli, disagio mentale, ecc.), al fine di limitare la discrezionalità interpretativa dei provvedimenti.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi, sono state avviate molteplici attività di iniziativa delle ASL e dei singoli servizi territoriali; risulta tuttavia necessario approntare e consolidare un sistema di intervento in ambito sociosanitario maggiormente diffuso ed uniforme sul territorio regionale, orientato in maniera completa sia sul versante dell'informazione e prevenzione che su quello della cura e riabilitazione, attento in particolare alle situazioni di maggiore vulnerabilità.

B. I principali problemi di salute

In coerenza con quanto indicato dall'Accordo 2012 sopra citato e alla luce delle esperienze sviluppate in questi anni, sono individuate le seguenti priorità di salute:

- Tutela della gravidanza e della maternità,
- Tutela della salute dei minori,
- Screening e vaccinazioni, nell'ambito delle attività di tutela collettiva attivate dalla Regione,
- Profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive,
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle condizioni di dipendenza,
- Tutela della salute mentale.

Si evidenziano inoltre alcune condizioni specifiche alle quali sono associati particolari bisogni di tutela della salute:

- I minori non accompagnati,
- Le vittime di tratta, tortura o stupro,
- I sopravvissuti ai naufragi,
- Le vittime di sfruttamento del lavoro o riduzione in schiavitù.

C. La tutela della salute e le strategie di integrazione

È necessario che le azioni a tutela della salute, attuate dalle Aziende sanitarie, si connettano con le azioni volte favorire l'integrazione delle persone straniere nelle comunità locali, attuate dagli enti locali in collaborazione con le molteplici associazioni e realtà informali impegnate in questo campo. Vanno in questa direzione molteplici attività già realizzate nei territori, anche nell'ambito di progetti finanziati a livello nazionale o europeo, che hanno contribuito alla costruzione di reti basate sulla stretta interrelazione tra le diverse istituzioni e servizi.

Rientrano in questa area l'informazione sui servizi disponibili, anche attraverso la messa a disposizione della Carta dei servizi e di informazioni nelle lingue maggiormente diffuse; la sensibilizzazione riguardo ai principali temi di salute, anche attraverso lo sviluppo di collaborazioni con le associazioni; le iniziative attuate in stretta collaborazione con i Comuni per il consolidamento delle reti locali.

Costituiscono strumenti fondamentali per perseguire queste finalità la formazione degli operatori ed il potenziamento delle attività di mediazione linguistica e interculturale.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Sono individuati, alla luce degli elementi sopra riportati, i seguenti obiettivi fondamentali:

- dare piena applicazione all'accordo in Conferenza Unificata del 20 dicembre 2012, "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" e fornire indicazioni univoche in ambito regionale finalizzate a semplificare l'accesso ai servizi sanitari;
- migliorare ed uniformare l'organizzazione dei servizi;
- attuare interventi sistematici, rivolti ai bisogni di salute individuati come prioritari, con particolare attenzione alle persone in condizioni di particolare vulnerabilità;
- contribuire alle azioni attuate dagli enti locali ai fini dell'integrazione delle persone immigrate nelle comunità locali;
- formare gli operatori;
- incrementare le attività di mediazione linguistica e interculturale.

Le finalità enunciate si articolano negli obiettivi riportati nelle schede seguenti, con relative azioni e indicatori/risultati attesi.

A. L'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA: ASPETTI AMMINISTRATIVI E ORGANIZZATIVI

Obiettivo generale A	Promuovere una corretta ed omogenea applicazione delle normative in materia di accesso alle prestazioni sanitarie (Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012) e Consolidare il sistema dei servizi sociosanitari rivolti alle persone immigrate
Obiettivo specifico 1	Dare piena applicazione all'Accordo del 2012, definendo disposizioni e procedure uniformi per l'accesso all'assistenza sanitaria e per le esenzioni da ticket sanitario, ponendo attenzione anche a situazioni specifiche attualmente non adeguatamente definite.
Obiettivo specifico 2	Diffondere informazioni adeguate e complete riguardo alle modalità di accesso delle persone immigrate ai servizi e prestazioni sanitarie.
Obiettivo specifico 3	Definire modelli organizzativi uniformi in ambito regionale

Obiettivo specifico 4	Consolidare/potenziare l'offerta dei servizi secondo standard uniformi in ambito regionale
Obiettivo specifico 5	Formare gli operatori sui diversi aspetti (giuridico-amministrativi, metodologico-clinici, organizzativi) dell'assistenza alle persone immigrate
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificare lo stato di applicazione dell'Accordo del 2012 2. Realizzare una ricognizione dei servizi ed interventi attivati dalle Aziende USL 3. Costituire un apposito gruppo di lavoro regionale e definire linee di indirizzo in materia di accesso all'assistenza sanitaria per la popolazione immigrata 4. Attuare idonee strategie di comunicazione e informazione rivolte alla popolazione immigrata, con il coinvolgimento degli enti locali e delle associazioni 5. Formare gli operatori sui diversi aspetti (giuridico-amministrativi, metodologico-clinici, organizzativi) dell'assistenza alle persone immigrate 6. Monitorare nel tempo l'applicazione degli atti adottati, le attività realizzate, i risultati conseguiti
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione gruppo di lavoro regionale 2. Linee di indirizzo regionali 3. Attività di informazione 4. Rapporto preliminare sullo "stato dell'arte", evidenziazione di criticità e prassi efficaci. Rapporti periodici successivi 5. Monitoraggio del quadro regionale, delle modalità di applicazione degli atti adottati e delle attività di informazione realizzate

B. I PROBLEMI DI SALUTE PRIORITARI

Obiettivo generale B	Migliorare accessibilità e specificità dei percorsi di trattamento, con particolare attenzione ai problemi di salute prioritari e ai target più vulnerabili
Obiettivo specifico 1	Potenziare gli interventi di prevenzione, con particolare riferimento a screening, vaccinazioni, tutela della salute materno-infantile, stili di vita.
Obiettivo specifico 2	Garantire l'assistenza sociosanitaria ai minori.
Obiettivo specifico 3	Attuare interventi mirati per la tutela della salute mentale, con riferimento soprattutto ai disturbi post traumatici e alle patologie psichiatriche, spesso associate a condizioni di particolare vulnerabilità. Dare applicazione alle Linee guida emanate dal Ministero della Salute nel 2017 riguardanti i rifugiati e titolari di diverso status di protezione che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.
Obiettivo specifico 4	Attuare interventi mirati per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza.
Obiettivo specifico 5	Monitorare i bisogni di salute ed aggiornare di conseguenza la programmazione regionale e locale degli interventi.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adottare, nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute attuate dalle Aziende USL, strategie idonee a facilitare l'accesso delle persone immigrate alle corrette informazioni e agli interventi posti in essere, attraverso la messa a disposizione di materiali informativi multilingue, l'utilizzazione di mediatori linguistici e interculturali, la realizzazione di specifici interventi di sensibilizzazione, la costruzione di percorsi di accesso ad hoc. 2. Effettuare una ricognizione delle attività realizzate in ambito regionale e locale ai fini dell'assistenza sociosanitaria a favore delle persone in condizioni di particolare vulnerabilità

	<p>3. Sviluppare/consolidare piani di intervento regionali rivolti alle specifiche situazioni di bisogno sopra indicate, definiti a partire dalle realizzazioni già attuate efficacemente a livello regionale e/o locale.</p> <p>4. Monitorare l'evoluzione dei bisogni di salute, gli atti adottati, le attività realizzate a livello regionale e locale.</p>
<p>Indicatori/Risultati attesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produzione Linee guida regionali in materia di accesso delle persone immigrate alle attività di promozione della salute e prevenzione, con particolare riferimento a screening, vaccinazioni, tutela della salute materno-infantile, stili di vita. • Produzione Linee guida regionali in materia di assistenza alle persone immigrate in condizioni di particolare vulnerabilità, quali i minori, le persone con dipendenze patologiche, le persone con disturbi mentali o patologie psichiatriche. • Monitoraggio delle linee guida nelle diverse aree dell'assistenza sanitaria sopra citate. (V. anche capitoli specifici del presente Piano) • Incremento degli accessi delle persone immigrate agli screening, alle vaccinazioni, agli interventi di promozione della salute e prevenzione, a seguito di idonee attività di informazione e di facilitazione degli accessi.

2.6.8 LA SALUTE NELLE CARCERI

I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di

assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali.

(Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, art. 1, c.1

STATO DELL'ARTE

Con il DPCM 1/4/2008 è stato dato il via al passaggio effettivo dal Ministero della Giustizia al Sistema sanitario nazionale dell'assistenza sanitaria alle persone detenute, in coerenza con le indicazioni del D.lgs 230/99, che aveva esplicitamente riconosciuto pari diritti di salute alle persone detenute rispetto alla popolazione libera. Da questi primi atti legislativi è scaturito un vasto processo di rinnovamento delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute, e una serie di atti normativi hanno poi scandito le tappe della transizione, sia a livello generale (passaggio delle risorse e delle strumentazioni, ecc.), sia riguardo ad ambiti specifici dell'assistenza sanitaria. Infine, con accordo sancito in Conferenza Unificata il 22/1/2015, sono state definite le *"linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti e di implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"*.

La Regione Umbria ha definito l'organizzazione generale della sanità penitenziaria con la DGR 1964/2009 e successive con le *"linee di indirizzo regionali per la salute in carcere"*.

Ulteriori atti amministrativi hanno riguardato aree specifiche di assistenza, che richiedevano particolare attenzione: il Piano Regionale per la *prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario*, le *Linee di indirizzo per la salute mentale in carcere* e le *Linee di indirizzo per l'assistenza ai detenuti con disturbo da uso di sostanze alcol e tossicodipendenti*.

La regione ha provveduto all'istituzione del Tavolo di Governance e del Tavolo Operativo dell'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, col compito, il primo, di definire annualmente un piano operativo contenente gli indirizzi istituzionali ritenuti strategici in materia e il secondo con compiti relativi all'attivazione degli interventi necessari, al monitoraggio dell'attuazione e alla valutazione dei risultati. Tale attività peraltro non si può esaurire nell'ambito dei soli servizi sanitari, ma richiede una costante interrelazione tra le istituzioni coinvolte, in primo luogo con i vari livelli del sistema della Giustizia. In una dimensione più ampia, è necessaria la costruzione di alleanze interistituzionali, dal livello regionale a quello locale, finalizzate ad una migliore integrazione degli istituti penitenziari nell'ambito del territorio e delle comunità di riferimento.

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Nel territorio della Regione Umbria si trovano quattro Istituti Penitenziari (IIPP), dei quali i primi tre sono stati costruiti negli ultimi 30 anni:

- Istituto carcerario "Nuovo Complesso penitenziario" Capanne di Perugia, con sezioni maschili e una sezione femminile, di media sicurezza;
- Casa Circondariale di Terni, solo maschile, di media e alta sicurezza;
- Casa di Reclusione di Spoleto, solo maschile, di media e alta sicurezza;
- Casa di Reclusione di Orvieto classificata come Istituto a Custodia Attenuata.

Ai diversi circuiti detentivi corrispondono caratteristiche differenti della popolazione detenuta e differenti norme di sicurezza, alle quali anche le modalità di erogazione dell'assistenza debbono adeguarsi.

La presenza detentiva negli Istituti umbri è alta rispetto al basso volume demografico che caratterizza la nostra regione: da un tasso di 139 detenuti ogni 100.000 abitanti registrato al 31.12.2015 (Italia 85,99), si passa ad un tasso di 154 (Italia 95,22) al 31.12.2017. E' evidente come questo dato, che riguarda una popolazione ad alta prevalenza di patologie e che richiede l'adozione di una organizzazione complessa per le esigenze connesse alla sicurezza, si traduca in un volume di prestazioni erogate dai servizi sanitari sovra dimensionato rispetto alle risorse professionali ed economiche attribuite in base alla numerosità della popolazione residente, e solo parzialmente integrate dalle risorse specifiche attribuite in base alla normativa di settore. Peraltro, gli umbri detenuti nel territorio nazionale ammontano ad una quota minima del totale dei detenuti nel sistema penitenziario nazionale e il loro numero assoluto è decisamente inferiore alla capienza degli istituti collocati in Umbria; questo dato, se da un lato rafforza la richiesta di collocare i detenuti umbri nell'ambito del proprio territorio regionale, dall'altro chiarisce come sia inevitabile la presenza di detenuti provenienti da altre regioni, con tutte le difficoltà che questo comporta a carico sia delle persone reclusi e delle loro famiglie, sia dei servizi deputati alla gestione dei bisogni socio-sanitari.

Un quadro generale delle condizioni di salute della popolazione detenuta in Umbria è stato rilevato attraverso uno studio multicentrico realizzato negli anni 2014-2015, finanziato dal Ministero della Salute, che ha riguardato un campione di detenuti delle regioni Toscana, Lazio, Umbria, Veneto e Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno ed ha fornito dati sulle singole aree territoriali coinvolte e sul confronto tra di esse.

L'età media dei detenuti umbri (42.4 anni) è superiore rispetto alla media del campione complessivo sottoposto a indagine (39.6 anni). Riguardo ai fattori di rischio per le malattie croniche degenerative, emerge che tra i detenuti in Umbria:

- la quota dei fumatori corrisponde a più del 70% del totale;
- gli obesi sono pari al 18,4% ed i sovrappesi al 38,1% ed entrambe le percentuali sono le più alte tra le regioni oggetto di indagine;
- la media giornaliera di ore trascorse in cella (indicatore di sedentarietà) è pari a 18 ore, inferiore, tra i territori oggetto di indagine, solo alla ASL di Salerno.

Riguardo alla presenza di patologie diagnosticate, risulta dall'indagine che il 58% dei detenuti umbri è affetto da una patologia; di queste, il 47.2% è rappresentato da "disturbi psichici"; il 13.3% da "malattie del sistema circolatorio"; l'8.5% da "malattie endocrine e del metabolismo"; l'8% da "malattie infettive e parassitarie". Per quanto riguarda il gruppo dei "disturbi psichici", il 18.8% dei detenuti umbri presenta disturbi da consumo di sostanze psicoattive; l'11.7% disturbi nevrotici, il 4% disturbi affettivi psicotici, il 3.8% disturbi di personalità e comportamento; sono stati inviati in osservazione psichiatrica 14 detenuti (2014). Le malattie infettive rilevate attraverso lo studio comprendono HIV, epatiti A, B e C, gonorrea e sifilide; ne risulta affetto l'8% dei detenuti. I fattori che contribuiscono alla loro trasmissione il sovraffollamento, i ritardi nella diagnosi, l'accesso limitato ad acqua, sapone e biancheria pulita, la mancanza di misure di riduzione del danno (come distribuzione di profilattici, siringhe sterili, ecc.). Per quanto riguarda i disturbi cardiocircolatori, il 6,8% dei detenuti soffre di ipertensione, l'1,7% di cardiopatia ischemica.

Nel periodo considerato, sono stati rilevati nelle carceri umbre 56 atti di autolesionismo, che pongono la regione a livello intermedio tra gli altri territori oggetto di indagine; tra di essi, l'80% è avvenuto per impiccagione, il 20% per avvelenamento.

L'OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI

Entro il contesto descritto, il Sistema sanitario regionale garantisce alle persone detenute, al pari dei cittadini liberi residenti in Umbria, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che includono l'assistenza primaria inclusa l'assistenza infermieristica, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica, gli interventi per le dipendenze patologiche e le patologie mentali, la vigilanza di igiene pubblica, la prevenzione delle malattie cronico-degenerative, la telemedicina, le attività di prevenzione comprese informazione sui corretti stili di vita e gli screening di popolazione con finalità di prevenzione e diagnosi precoce.

In concomitanza con l'approvazione della DGR 137/2016 è stata realizzata, a cura degli uffici regionali, una ricognizione dell'offerta sanitaria, che ha esplorato una serie di aree specifiche, rilevando alcuni elementi significativi riportati sinteticamente nel seguente elenco.

Nel corso di questi anni in cui l'assistenza penitenziaria è stata trasferita alle ASL sono stati introdotti elementi di miglioramento quali:

- attivazione delle sedi di primo soccorso nelle emergenze: ogni Istituto penitenziario, escluso Orvieto, è sede di primo soccorso e la prima risposta alle urgenze è garantita dal medico all'interno dell'istituto e/o dall'attivazione della centrale operativa del 118 ove necessario;
- tutela della salute delle donne e relativa prole: In Umbria è presente un'unica sezione femminile, presso il complesso di Capanne; è garantita assistenza specifica alle donne, compresi gli screening oncologici, e ai bambini;
- nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze è stata realizzata in tutti gli Istituti una sperimentazione, rivelatasi efficace, riguardante la presenza in orari strutturati di operatori di prossimità, afferenti alle unità di strada attive nel territorio regionale;
- nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale è stata realizzata l'integrazione dei servizi di assistenza penitenziaria con i Centri di Salute Mentale ed è stato adottato il Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie, delle Linee di indirizzo per la salute mentale in carcere, delle Linee di indirizzo per l'assistenza ai detenuti con dipendenze (DGR n. 1447/2018);
- l'apertura della Sezione di Osservazione psichiatrica, presso l'Istituto Penitenziario di Spoleto;
- l'introduzione del contesto carcerario tra quelli di attenzione prioritaria nel Programma regionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C (DGR 771/2018);
- l'avvio dei lavori per la predisposizione di una cartella clinica informatizzata specifica per la sanità penitenziaria.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Nella fase attuale occorre completare il processo di organizzazione e consolidamento del sistema regionale di assistenza sociosanitaria ai detenuti, tenendo conto che esso interseca in maniera trasversale tutte le aree dell'assistenza sanitaria territoriale ed ospedaliera, e necessita quindi dell'integrazione di un insieme di competenze e punti di vista diversificati, e allo stesso tempo è connotato da elementi di spiccata peculiarità, che richiedono la definizione di responsabilità ed assetti specifici.

E. Aspetti organizzativi

A livello generale, occorre rendere omogenea l'organizzazione e la gestione dell'assistenza penitenziaria nei 4 Istituti e completare l'attuazione delle indicazioni della DGR 137/2016 quali in particolare l'attuazione delle misure per la riduzione del danno in ambito di dipendenze patologiche, l'adozione della cartella clinica unica informatizzata, una maggiore appropriatezza dell'offerta delle prestazioni specialistiche.

F. Bisogni di salute emergenti

Il monitoraggio dello stato di salute e degli interventi offerti nelle diverse aree entro cui si articolano i Livelli Essenziali di Assistenza, effettuato nel 2015 e sinteticamente riportato in premessa, ha

evidenziato, accanto ad ambiti di intervento soddisfacenti, i bisogni di salute verso cui approntare misure ulteriori e verificarne l'evoluzione nel tempo in primo luogo quelli inerenti la tutela della salute mentale e l'assistenza alle persone con dipendenze patologiche.

La salute mentale

Accanto alla gestione ordinaria, compresi i numerosi casi ad elevata complessità, questa area di intervento è interessata nella fase attuale da una complessa serie di impegni che, partendo dal livello nazionale, investono il livello regionale e quello locale, riconducibili:

- ai percorsi conseguenti al superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e alla costituzione delle REMS, con l'attivazione di percorsi e procedure mirati alla loro efficace utilizzazione, anche di carattere territoriale attraverso la previsione di moduli per l'accoglienza di soggetti autori di reato in strutture residenziali terapeutico riabilitative di tipo 2 (DGR 758-2017 e DD 12812-2017);
- alla gestione appropriata di emergenze, esigenze diagnostiche particolari e situazioni di crisi, alle quali si è data una risposta attraverso la costituzione della sede di osservazione psichiatrica, a breve permanenza, presso l'Istituto di Spoleto;
- alla gestione appropriata dei casi a potenziale rischio di atti autolesivi o a rischio di suicidio, attraverso l'attuazione del Piano regionale specifico (DGR 1447/2018);
- alla gestione, con modalità uniformi, del supporto e dell'assistenza ai bisogni nell'area della salute mentale (DGR 1447/2018);
- alla gestione appropriata dei casi di minorenni e di giovani adulti autori di reato con problematiche riconducibili alla sfera psicologica e/o disturbi di natura psichiatrica.

Il complesso ventaglio di obiettivi ed azioni sopra delineati può essere adeguatamente assolto esclusivamente nell'ottica di un approccio "di sistema", che sia fondato su una rete coordinata di servizi e di percorsi diagnostico-assistenziali e su collaborazioni interistituzionali che, accanto alle istituzioni sanitarie e a quelle penitenziarie, coinvolgano la Magistratura ordinaria e la Magistratura di sorveglianza.

Le dipendenze

Il contesto detentivo non è idoneo alla cura e riabilitazione delle dipendenze ed il legislatore ha previsto norme specifiche per l'accesso a misure alternative alla detenzione, definendone i criteri e le condizioni. In questa area di intervento, pertanto, occorre coniugare l'obiettivo di promuovere l'accesso alle misure alternative, e rendere quanto più efficaci i programmi terapeutici associati, con l'obiettivo di attuare in carcere interventi terapeutici appropriati, che aiutino la persona ad alleggerire i disturbi conseguenti all'astinenza coattiva da sostanze, la supportino a livello psicologico e sociale e, sulla base di una libera scelta, la accompagnino verso percorsi di riabilitazione e continuità terapeutica o, quantomeno, la aiutino a ridurre i danni correlati.

In una prima fase, sono state intraprese iniziative finalizzate al primo obiettivo, che hanno compreso la stipula di un Protocollo d'intesa con il Ministero della Giustizia, l'ANCI Umbria e la Magistratura di Sorveglianza di Perugia per l'ampliamento del numero di persone alcol- e tossico-dipendenti detenute presso gli Istituti penitenziari umbri, anche non residenti nella regione, ammesse a usufruire di misure alternative alla detenzione, che è stato in vigore dal 2014 al 2017. Sono state

adottate, inoltre, Linee guida interistituzionali per la gestione dei programmi in misura alternativa alla detenzione, che hanno definito percorsi operativi, procedure e strumenti omogenei, volti a migliorare la fruibilità e l'efficacia dei programmi in misura alternativa e a promuovere un lavoro maggiormente integrato tra i diversi ambiti istituzionali ed operativi coinvolti (DGR 1548/2014).

In continuità con il percorso precedente, sono state adottate con la DGR 1447/2018 le Linee di indirizzo per l'assistenza ai detenuti con disturbo da uso di sostanze psicoattive o dipendenze comportamentali, con analoga impostazione sistemica ed interistituzionale.

Le altre aree di assistenza verso cui attuare misure ulteriori, alla luce del quadro epidemiologico e/o delle disposizioni normative intervenute in ambiti specifici, sono:

- la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive,
- l'attività di promozione della salute e prevenzione, con particolare riferimento alle malattie croniche non trasmissibili.
- la definizione di percorsi terapeutici intramurari e territoriali degli autori di reato con problematiche psichiche, anche attraverso accordi o protocolli con la magistratura.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

La finalità generale da perseguire nel triennio è individuata sostanzialmente nell'evoluzione e consolidamento del sistema di assistenza sanitaria alle persone detenute negli istituti penitenziari umbri, entro la cornice di una più stretta integrazione interistituzionale, per garantire qualità ed efficacia degli interventi; gli obiettivi generali e specifici, con relative azioni e indicatori/risultati attesi.

A. ASPETTI ORGANIZZATIVI

Obiettivo generale	Razionalizzare e uniformare l'organizzazione del sistema regionale di assistenza socio-sanitaria dedicato agli Istituti penitenziari
Obiettivo specifico 1	Definire modelli organizzativi uniformi nei 4 Istituti Penitenziari
Obiettivo specifico 2	Completare le azioni della DGR 137/2016
Azioni	1. Costituzione di un gruppo di lavoro regionale per definire il modello organizzativo 2. Attuazione completa della DGR 137/2016
Indicatori/Risultati attesi	1. Implementazione del modello unico definito a livello regionale 2. Monitoraggio di tutto il processo di riorganizzazione

B. BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

Obiettivo generale	Migliorare accessibilità e qualità dei percorsi di trattamento, con particolare attenzione ai problemi di salute prioritari
Obiettivo specifico 1	Monitorare lo stato di salute della popolazione detenuta in Umbria e l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie
Obiettivo specifico 2	Attuare interventi sistematici per la prevenzione dei suicidi
Obiettivo specifico 3	Attuare interventi sistematici a tutela della salute mentale
Obiettivo specifico 4	Attuare interventi sistematici per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive

Obiettivo specifico 5	Attuare interventi sistematici per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze.
Obiettivo specifico 6	Attuare interventi sistematici di promozione della salute e di prevenzione, con particolare riferimento alle malattie croniche non trasmissibili
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorare l'applicazione dei piani regionali di riferimento per le aree di interesse 2. Formare gli operatori, coinvolgendo tutte le figure operanti all'interno degli Istituti nelle aree dell'attenzione e del sostegno 3. Adottare la cartella unica informatizzata 4. Introdurre esperienze di supervisione delle equipe
Indicatori /Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapporto iniziale e rapporti periodici, di livello generale e/o sui temi specifici oggetto del presente Piano sanitario 2. Report annuale sullo stato di salute della popolazione detenuta 3. Implementazione della cartella clinica informatizzata in tutti e 4 gli IIPP

2.6.9 L'ASSISTENZA AI PAZIENTI CON MALATTIE RARE

Le malattie rare sono, per definizione, patologie con bassa prevalenza nella popolazione. In Europa sono considerate rare le malattie che colpiscono non più di 5 persone su 10.000 abitanti. L'Organizzazione

Mondiale della Sanità ha stimato che esistano tra 6.000 e 7.000 malattie rare, le quali colpiscono, nella sola Unione Europea, tra 27 e 36 milioni di persone.

STATO DELL'ARTE

A livello nazionale, al fine di assicurare specifiche forme di tutela alle persone con malattie rare, con D.M. n. 279 del 2001 sono state individuate le malattie e i gruppi di malattie rare, identificate da uno specifico codice, per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni di assistenza sanitaria comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Secondo il D.M. n. 279 del 2001, la rete si articola in presidi accreditati per la diagnosi e la cura delle malattie rare appositamente individuati dalle Regioni.

Le indicazioni contenute nel D.M. n. 279/2001 sono state recepite dalla Regione sin dal 2004 provvedendo ad individuare i primi Presidi accreditati e con delibera di Giunta regionale n. 1270 del 2009 veniva istituita la Rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare. Dal 2012 è stato istituito il registro regionale per le malattie rare e sviluppato il relativo sistema informativo in collaborazione con la Regione Veneto che ha messo in rete tutti i centri autorizzati per le malattie rare, i distretti che rilasciano l'attestato di esenzione.

Dai dati del registro al 31 dicembre 2017, i casi di malattia rara sono 4.918, suddivisi per ASL di residenza, rispettivamente 2.981 nella USL Umbria 1 e 1.937 nella USL Umbria 2.

Di tutti i pazienti residenti in Umbria presenti nel registro regionale il 96% è stato diagnosticato nei centri della Regione, solo il 4% si è rivolto a centri fuori regione.

Il 21% del totale dei casi di malattia rara ha un'età inferiore ai 18 anni.

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), provvedendo anche a individuare un nuovo panel di malattie rare da aggiungere a quelle inserite nell'Allegato 1 del DM 279/2001 e riorganizzandone la classificazione. Con delibera di Giunta regionale n. 995 del 06.09.2017, sono stati individuati i centri di riferimento per la diagnosi e l'assistenza delle patologie rare inserite nel nuovo elenco, provvedendo così ad una prima rimodulazione complessiva dell'intera rete.

La Rete regionale per le Malattie Rare è composta dai Presidi sanitari individuati con delibera di giunta regionale, articolati in più unità operative/strutture a valenza sia intra che inter-aziendale, rispecchiandone così il carattere multidisciplinare per la diagnosi, cura, presa in carico dei pazienti e certificazione per il rilascio dell'attestato di esenzione.

I Presidi inclusi nella Rete operano secondo protocolli clinici concordati e collaborano con i servizi territoriali e i medici di famiglia ai fini dell'individuazione e della gestione del trattamento; garantiscono il coordinamento degli interventi multidisciplinari per i casi che lo richiedono in continuità assistenziale tra ospedale e territorio; gestiscono la fase di transizione del paziente dall'età pediatrica all'età adulta, in modo da assicurare la continuità assistenziale.

AREE DI MIGLIORAMENTO

I Presidi inclusi nella Rete devono farsi garanti della correttezza, completezza e aggiornamento dei dati che vengono immessi nel Registro regionale malattie rare.

È necessario individuare per ognuno dei gruppi di malattie rare di cui al DPCM, tra i Presidi della Rete, un presidio con funzione di coordinamento. Inoltre l'elenco dei presidi suddetto verrà sottoposto a revisione periodica sulla base dei volumi di attività per garantire qualità e competenze del Servizio sanitario regionale in tema di malattie rare.

Obiettivo per il futuro è di mettere in rete anche i Servizi Farmaceutici aziendali attraverso l'informatizzazione del piano terapeutico

L'istituzione della rete e la sua operatività sono basilari per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare. I presidi della rete oltre a gestire la casistica di pertinenza devono alimentare il registro regionale per le malattie rare. Gli obiettivi specifici, con relative azioni e gli indicatori/risultati attesi, sono riportati nella scheda seguente.

Obiettivo generale	Piena operatività della rete delle malattie rare
Obiettivo specifico 1	Registrare e monitorare la popolazione affetta da malattia rara
Obiettivo specifico 2	Presa in carico da parte dei presidi della rete della popolazione affetta da malattia rara
Obiettivo specifico 3	Informatizzazione del Piano Terapeutico
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuare il Presidio con funzione di coordinamento nella rete 2. Alimentazione del Registro Malattie Rare da parte di tutti i Presidi della rete 3. Revisione e aggiornamento periodico dei Presidi della rete sulla base dei volumi di attività 4. Attivazione del Piano Terapeutico informatizzato
Indicatori /Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapporto iniziale e rapporti periodici, di livello generale e/o sui temi specifici oggetto del presente Piano sanitario 2. Report annuale sullo stato di salute della popolazione detenuta 3. Implementazione della cartella clinica informatizzata in tutti e 4 gli IIPP

CAPITOLO 2.7

Tracciare le attività e trasferire le informazioni

2.7 TRACCIARE Le Attività E Trasferire Le Informazioni

2.7.1 IMPLEMENTARE L'ICT E LA SANITÀ DIGITALE

Il Sistema Informativo regionale costituisce lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del SSR ed è finalizzato a supportare adeguatamente la Regione per la valutazione. Il patrimonio informativo attualmente disponibile nel sistema informativo regionale è costituito da un insieme di flussi informativi relativi sia ad aspetti gestionali, organizzativi ed economici delle strutture del SSR, sia all'assistenza erogata (LEA) agli assistiti da parte delle strutture del SSR.

La sanità digitale può rappresentare una leva fondamentale su cui agire per fornire risposte adeguate alle necessità attuali e future del SSR. La sanità digitale, infatti, rappresenta una leva strategica in grado di innescare un processo di trasformazione in ottica innovativa di modelli, processi e percorsi assistenziali, generando, al contempo, fondamentali stimoli allo sviluppo economico e imprenditoriale.

STATO DELL'ARTE

La sanità digitale

I servizi sanitari dei Paesi economicamente più sviluppati si trovano oggi a fronteggiare uno scenario complesso caratterizzato da importanti mutamenti demografici, epidemiologici e socio-economici. In tale scenario sono andati sempre più evidenziandosi alcuni particolari fattori quali il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della rilevanza di patologie croniche, la non autosufficienza e la disabilità. L'insieme di tali fattori richiede una profonda modifica dello scenario di cura, che deve essere necessariamente sempre più focalizzato sulla gestione del malato cronico e sulla capacità di prendere in carico l'individuo nel lungo termine, oltre che sulla sistematica messa in atto di modelli diagnostico-terapeutici che posizionino concretamente il cittadino al centro del sistema, facendo leva sulla continuità assistenziale ospedale-territorio e sull'integrazione tra l'ambito sanitario, socio-sanitario e sociale.

La sanità digitale può rappresentare una leva fondamentale su cui agire per fornire risposte adeguate alle necessità sopra rappresentate, e non solo.

I Flussi Informativi

I flussi informativi raccolti dal sistema informativo regionale relativamente alle prestazioni erogate dal SSR sono tali da consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi setting assistenziali nonché il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse del SSR. Sono oggi disponibili molti flussi informativi nei 3 Livelli Essenziali di Assistenza essendo la Regione in grado di rendicontare per tutte le attività sanitarie erogate.

La disponibilità nell'ambito del sistema informativo regionale di tali contenuti informativi costituisce, inoltre, un prerequisito fondamentale per la determinazione dei costi e dei fabbisogni

standard regionali inerenti il comparto sanitario, nonché per la definizione di strumenti di supporto al monitoraggio dei LEA e al bilanciamento LEA-costi.

Resta il problema dell'adeguatezza e dell'unitarietà dei sistemi gestionali informatici di raccolta dati e dei flussi informativi nonché la loro integrazione completa.

Strumenti innovativi per la valorizzazione del patrimonio informativo statistico sanitario regionale.

Nel quadro delle iniziative di innovazione tecnologica assume un ruolo sempre più significativo lo sviluppo di strumenti di diffusione del patrimonio informativo e di valorizzazione delle basi dati pubbliche.

Tale concetto assume particolare significato in ambito sanitario, in quanto l'offerta di servizi digitali al cittadino, basati su informazioni e dati qualitativamente attendibili, consente di orientare la domanda, di promuovere l'empowerment delle famiglie, e di migliorare l'user experience nella relazione con il sistema sanitario.

Inoltre, la facilità di accesso garantita dal sempre maggior utilizzo di soluzioni applicative innovative orientate al cittadino, sostiene l'equità sociale consentendo a tutti gli utenti di raggiungere in maniera sempre più agevole e immediata le informazioni qualificate sui servizi sanitari.

AREE DI MIGLIORAMENTO

La sanità digitale

Un piano d'innovazione digitale per la sanità è una priorità per il SSR e per evitare processi d'innovazione frammentari, com'è accaduto negli anni precedenti, tale piano dovrà essere sistemico e dovrà essere sostenuto da una capacità di governance complessiva a livello regionale.

Occorrerà, pertanto, predisporre una strategia di sanità digitale, con regia unitaria a livello regionale in coerenza con quanto previsto dal Patto della Sanità Digitale nazionale.

La Regione - già da tempo promotore di molteplici interventi volti allo sviluppo della sanità digitale, quali i sistemi di centri unici di prenotazione, il fascicolo sanitario elettronico, i certificati di malattia telematici, l'e-Prescription, ecc.. – proseguirà nell'azione di sostegno alla diffusione dell'ICT in sanità. Perché ciò avvenga sarà necessario porre in essere azioni che superino gli ostacoli che ancora si frappongono a tale sviluppo, tra i quali in particolare quelli di tipo economico (rapporto costi-benefici dei nuovi servizi), di tipo professionale (condivisione di responsabilità) e infine di tipo culturale (formazione e aggiornamento degli operatori sanitari).

Continueranno le attività finalizzate a dare attuazione alla disciplina sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale strumento che favorisce un sistema di informazione in tempo reale e che consente un miglior monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

Coerentemente con la strategia nazionale in tema di ICT inoltre la Regione definirà le linee strategiche per l'evoluzione e lo sviluppo dei sistemi informativi sanitari a livello regionale in coerenza con gli indirizzi definiti dalla Cabina di Regia del NSIS cercando di sviluppare in ambito regionale una Cabina di Regia RUSIS (Regione Umbria Sistema Informativo Sanitario).

I Flussi Informativi

Attraverso un sempre più ampio e completo patrimonio informativo, teso in particolare a rilevare la presa in carico dei pazienti in ambito territoriale, il sistema informativo mette quindi a disposizione strumenti di supporto al processo valutativo e decisionale, che consentirà alla Regione e alle ASL di valutare in modo trasparente il miglioramento (o peggioramento) nel tempo dell'assistenza ricevuta dal paziente e il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale.

Il sistema informativo è comunque in continua evoluzione con l'obiettivo di incrementare e il patrimonio di dati disponibili attraverso l'attivazione di flussi informativi "analitici" relativi ai setting assistenziali le cui informazioni non sono ancora rilevate, ed in particolare quelle derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate sul territorio.

Sono in corso le attività di appositi gruppi di lavoro che vedono coinvolte le Aziende alla realizzazione di nuovi sistemi informativi.

La disponibilità e la possibilità di poter analizzare in modo integrato le prestazioni erogate sui singoli assistiti abiliterà nuovi approcci alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione e alla conseguente programmazione della rete di offerta privilegiando l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza erogata salvaguardando al contempo la sostenibilità e l'equità del Servizio Sanitario.

Strumenti innovativi per la valorizzazione del patrimonio informativo statistico sanitario regionale.

In continuità con il percorso, già avviato nel biennio 2016-2017, da parte del servizio statistico del Ministero, verrà L'e-Health Network, prevista dall'art. 14 dir. 2011/24/UE cit., che ha l'obiettivo di creare i presupposti per rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità a livello comunitario, nonché di elaborare orientamenti e di sostenere gli Stati membri affinché definiscano misure comuni per agevolare la trasferibilità dei dati nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Tutti i contenuti informativi sviluppati per l'erogazione dei servizi digitali, a livello Ministeriale, saranno utilizzati anche in Regione Umbria per favorire il riuso delle informazioni da parte dei diversi stakeholder, in un'ottica di efficienza complessiva del sistema.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definiscono gli obiettivi generali da perseguire nel triennio, e per ognuno lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni, i risultati attesi, gli indicatori proposti e il cronoprogramma delle azioni.

A. CABINA DI REGIA RUSIS

Sviluppare in ambito regionale una Cabina di Regia RUSIS (Regione Umbria Sistema Informativo Sanitario) in coerenza con gli indirizzi definiti dalla Cabina di Regia del NSIS per avere un sistema di informazione e monitoraggio in tempo reale delle prestazioni del SSR.

Obiettivo generale	Strutturazione della Cabina di Regia
Obiettivo specifico 1	Utilizzo omogeneo da parte di tutti i servizi e costruzione del database regionale.
Obiettivo specifico 2	Interfaccia e interoperabilità degli strumenti.
Obiettivo specifico 3	Costruzione di un cruscotto per la reportistica e gli indicatori.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione della cabina di regia e sua attivazione 2. Definizione delle regole e delle tempistiche per il debito informativo per la rendicontazione di tutte le attività assistenziali o connesse con l'assistenza e per soddisfare il debito informativo NSIS 3. Definizione della reportistica da pubblicare per i 3 LEA 4. Adeguamento della piattaforma informatica e individuazione degli strumenti informatici (cartelle cliniche, registri, percorsi...) necessari per la gestione informatizzata delle attività 5. Stesura del piano degli indicatori 6. Definizione degli strumenti di valutazione e integrazione nel sistema informativo regionale 7. Formazione degli operatori all'utilizzo corretto del gestionale. 8. Alimentazione del database con caricamento tempestivo dei dati di pertinenza da parte di tutti gli operatori interessati
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Congruità Flussi di governo e Flusso delle attività =100%. 2. % errori di trasmissione flussi =0% 3. Rilevazione degli indicatori definiti =100%. 4. Report di monitoraggio delle performance regionali e aziendali con pubblicazione annuale

B. II FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO – NON SOLO STRUMENTO DI CURA

La Regione Umbria, nel corso degli ultimi anni ha concentrato la programmazione relativa alla sanità digitale nelle attività propedeutiche all'implementazione del fascicolo sanitario elettronico, che presuppone un adeguato livello di informatizzazione di tutti i servizi sanitari, l'adozione di standard internazionali sia documentali, che di codifiche, la disponibilità di servizi infrastrutturali quali i servizi di trasporto e sicurezza, i servizi di interoperabilità e cooperazione applicativa ed i servizi di identità digitale, l'Anagrafe Sanitaria regionale, l'anagrafe regionale degli operatori sanitari e l'anagrafe regionale delle strutture sanitarie.

Nei prossimi anni l'intento è concludere la realizzazione dei servizi suddetti rimasti ad oggi incompleti e soprattutto ampliare il fascicolo sanitario elettronico, stabilendo delle priorità che risultino funzionali ai processi di cura e di assistenza.

La promozione del fascicolo sanitario come strumento di cura sarà l'attività al centro della programmazione regionale, che avrà come target i professionisti del servizio sanitario regionale e il cittadino. L'obiettivo è fare del fascicolo sanitario non solo un contenitore di dati e documenti, ma un cruscotto di salute che possa facilitare l'operatore sanitario nell'interpretazione dei dati di salute dell'assistito da prendere in cura.

Obiettivo generale	Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico
Obiettivo specifico 1	Fornire al cittadino un fascicolo sanitario personalizzato sulla base del proprio profilo di salute in modo da fornirgli un vero strumento a supporto della prevenzione e della cura. Per realizzare uno strumento siffatto è necessario disporre di dati strutturati da poter trattare con strumenti di business intelligence.
Obiettivo specifico 2	Gli strumenti di business intelligence dovranno essere applicati ai dati dei fascicoli di tutti i cittadini, in forma completamente anonima, per individuare il profilo di salute dei cittadini umbri, valutare i principali processi riferiti ai percorsi assistenziali dei pazienti affetti dalle patologie più diffuse per offrire servizi sanitari sempre più vicini ai bisogni dei cittadini. L'applicazione delle tecniche di business intelligence alla considerevole mole di dati, che si stima possa essere disponibile con una maggior diffusione del fascicolo sanitario elettronico, deve diventare strumento di governance del sistema sanitario regionale (SSR).
Obiettivo specifico 3	Il fascicolo sanitario quale strumento di: <ul style="list-style-type: none"> • cura per il cittadino • governance per i livelli decisionali dell'organizzazione del sistema sanitario regionale e nazionale • studio e ricerca per gli aspetti legati alla clinica e alla medicina.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disporre di dati strutturati da poter trattare con strumenti di business intelligence. 2. Individuare il profilo di salute dei cittadini umbri
Indicatori/Risultati attesi	Realizzazione FSE per tutti i cittadini

C. SERVIZI DI TELEMEDICINA

Altro pilastro della sanità digitale in cui si intende investire sono i servizi di telemedicina, intesa quale modalità aggiuntiva alle classiche modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie. Tenendo conto della orografia della regione Umbria, si ritiene necessario semplificare l'assistenza al cittadino con l'ausilio delle nuove tecnologie, nonché di velocizzare la refertazione in casi di emergenza per patologie tempo dipendenti.

1. Servizio di teleassistenza per cronici quale rafforzamento dell'assistenza domiciliare.

Il punto di partenza per la progettazione del servizio è l'individuazione del bisogno che, a seguito di un'attenta analisi fatta con le aziende sanitarie e ospedaliere, si è focalizzata sugli assistiti affetti da patologie croniche quali il diabete, la BPCO, lo scompenso e per quanto riguarda l'avvio del servizio, sono state individuate le zone definite aree interne, svantaggiate dal punto di vista orografico.

2. Servizio di teleconsulto

La federazione dei sistemi permette da un lato piena autonomia da parte delle aziende sulla gestione del proprio sistema e dall'altro la condivisione di immagini e referti a fini di cura. Come già avviene in emergenza con il servizio di tele cardiologia, tramite cui è possibile trasmettere l'elettrocardiogramma del paziente soccorso a uno dei centri di emodinamica per l'immediata definizione della diagnosi, si deve rendere possibile trasmettere le immagini ai centri individuati per consentire la diagnosi da parte di specialisti non presenti sul posto, in modo da accelerare gli interventi per patologie tempo dipendenti quali l'ictus.

Obiettivo generale	Sviluppo del Teleconsulto e della Teleassistenza
Obiettivo specifico 1	L'obiettivo che si intende raggiungere è la realizzazione di una centrale regionale di servizi di telemedicina per il potenziamento dell'assistenza agli assistiti affetti da patologie croniche e/o non autosufficienti, in grado di accogliere le informazioni trasmesse da dispositivi forniti a domicilio a pazienti cronici e/o non autosufficienti, di processarle per fornire report utili al personale medico e infermieristico autorizzato ad accedere ai dati della centrale, in modo da intervenire direttamente a domicilio o telefonicamente nel caso di necessità per alterazioni anomale dei parametri rilevati
Obiettivo specifico 2	La centrale dovrà essere messa in rete con le strutture che erogano prestazioni sul territorio (AFT, centri specialistici), in modo che chiunque prenda in carico il paziente, possa disporre dei parametri necessari a curarlo.
Obiettivo specifico 3	L'esigenza prioritaria è la realizzazione di un servizio di teleconsulto radiologico , che presuppone la creazione di un sistema RIS (Sistema Informativo Radiologico) unico regionale, mediante un processo di federazione degli attuali sistemi RIS aziendali. Si deve rendere possibile trasmettere le immagini ai centri individuati per consentire la diagnosi da parte di specialisti non presenti sul posto, in modo da accelerare gli interventi per patologie tempo dipendenti quali l'ictus.
Obiettivo specifico 4	Il patrimonio informativo raccolto con i servizi di telemedicina verrà integrato con il fascicolo sanitario del cittadino.
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione centrale regionale dei servizi di telemedicina 2. Attivazione dei servizi di telemedicina e teleconsulto 3. Formazione degli operatori coinvolti
Indicatori/Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interoperabilità completa fra le strutture regionali coinvolte nei servizi di teleconsulto e telemedicina. 2. Riduzione dell'incidenza di re-ospedalizzazioni tra gli utenti seguiti in Telemedicina 3. Riduzione del numero di giorni di degenza tra gli utenti seguiti in Telemedicina 4. Riduzione del tempo trascorso dagli utenti in Servizi di Emergenza Urgenza e numero degli accessi al Pronto Soccorso. 5. Miglioramento della qualità della vita

2.7.2 LA RENDICONTAZIONE SOCIALE: IMPLEMENTARE UN SISTEMA DI CONTROLLO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO

In relazione a quanto esplicitato al punto 2.2.1 è previsto un attento monitoraggio dei risultati raggiunti e una puntuale rendicontazione sociale

STATO DELL'ARTE

Si è avuto già modo di approfondire, nel capitolo dedicato, il tema del coinvolgimento degli stakeholders, sia, in generale, nella costruzione di una democrazia e di una pubblica amministrazione più matura e moderna, sia specificamente nel processo di elaborazione e monitoraggio del Piano Sanitario.

In tale prospettiva si inserisce il ruolo della rendicontazione sociale, quale strumento "volontario" attraverso cui una organizzazione sanitaria rende conto ai propri stakeholders delle attività svolte, rendendo trasparenti e comprensibili all'esterno le priorità e gli obiettivi, le azioni/interventi

programmati e realizzati, le risorse impiegate e i risultati raggiunti, in un'ottica di accountability e trasparenza del proprio operato. È importante sottolineare come la rendicontazione sociale sia da apprezzare sotto un profilo strategico, come strumento in grado di riorientare, grazie all'apporto dei destinatari dell'azione amministrativa, i processi di pianificazione, programmazione e controllo in una prospettiva di miglioramento continuo della stessa.

Del resto le Aziende sanitarie sono soggetti economici etici, in quanto la loro mission è la tutela di un diritto fondamentale dell'individuo, la salute, attraverso l'impiego di risorse pubbliche, con effetti di natura sociale.

Una normativa articolata e stringente impone a tali soggetti di dare conto della gestione delle risorse permettendo, per lo più ai soli "addetti ai lavori", di valutarne i risultati economico finanziari e patrimoniali, senza che siano resi noti invece i risultati realizzati a livello sociale.

In proposito è intervenuta una Direttiva del Ministro della Funzione pubblica, Mario Baccini 17 febbraio 2006, con cui sono state definite le Linee Guida dei Bilanci sociali, ovvero i principi generali cui le PP.AA. devono uniformarsi nel redigerli.

Il Bilancio sociale secondo le citate Linee guida è definibile come il documento, da realizzare con cadenza periodica, nel quale l'amministrazione riferisce, a beneficio di tutti i suoi interlocutori privati e pubblici, le scelte operate, le attività svolte e i servizi resi, dando conto delle risorse a tal fine utilizzate, descrivendo i suoi processi decisionali ed operativi.

In Umbria il Bilancio sociale è stato contemplato nel precedente PSR 2009/2011, che lo inquadrava quale strumento di rendicontazione triennale, dei PAL Aziendali. Il Piano, oltre alla citata Direttiva, richiamava la DGR 191 del 10.2.2005, che istituiva il Centro Interaziendale per la realizzazione del Bilancio Sociale nelle Aziende sanitarie, che ha prodotto nel 2008 specifiche Linee Guida regionali. Tuttavia, a parte un documento redatto dall'allora USL n. 2, tali previsioni sono rimaste inattuata.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Considerata l'amplificazione che la recente programmazione regionale ed il presente Piano riconoscono all'empowerment, sia individuale, che di comunità, è necessario che la rendicontazione sociale divenga strumento strutturalmente integrato al ciclo di pianificazione e controllo, in modo da migliorarne costantemente i risultati.

È necessario procedere ad una implementazione graduale dello strumento di rendicontazione, che consenta di concentrare inizialmente il focus su aree di interesse della programmazione sanitaria, soprattutto per gli importanti risultati attesi.

In particolare i Bilanci sociali dovranno fornire una reportistica su:

- Attuazione del Piano Regionale della Cronicità;
- Istituzione delle Associazioni Funzionali Territoriali;
- Medicina di iniziativa;
- Medicina di genere.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE NEL TRIENNO DI VIGENZA DEL PSR

Di seguito si definisce l'obiettivo generale da perseguire nel triennio, lo schema contenente gli obiettivi specifici, le azioni e gli indicatori/risultati attesi.

SVILUPPARE E REDIGERE IL BILANCIO SOCIALE DA PARTE DELLE AZIENDE SANITARIE

Il Bilancio Sociale costituirà documento da produrre in allegato alla relazione sanitaria aziendale di cui all'art. 29 del TU in materia di Sanità e servizi sociali, secondo la tempistica e le modalità indicate dallo stesso articolo, a partire dall'annualità successiva alla approvazione dei Piani attuativi aziendali di cui all'art. 17 del TU.

I contenuti del BS dovranno riguardare tre ambiti:

- Valori di riferimento, visione e programma dell'agire amministrativo, con i quali l'azienda esplicita la propria identità attraverso i valori, la mission e la vision che orientano il suo operato, chiarisce gli indirizzi che intende perseguire e le priorità di intervento.
- Politiche e servizi resi, quindi il rendere conto del proprio agire nelle diverse aree di intervento e dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi dichiarati.
- Risorse disponibili e utilizzate.

Obiettivo generale	Sviluppare e redigere il Bilancio Sociale da parte delle Aziende Sanitarie
Obiettivo specifico 1	Il fine ultimo è quello di costruire un documento di rendicontazione di elevata capacità informativa da utilizzare sia come strumento di controllo strategico, che, come già detto, di riorientamento dei processi manageriali, in una prospettiva etica che consiste nel "rendere il conto" del valore pubblico creato, in risposta ai bisogni di salute.
Obiettivo specifico 2	Individuazione degli obiettivi da assegnare alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie al fine di garantire le migliori performance del sistema e il raggiungimento dei risultati previsti dal PSR.
Obiettivo specifico 3	Monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. A tal fine sarà necessario procedere alla costituzione di un gruppo di lavoro a livello regionale per la revisione/aggiornamento delle Linee guida regionali, al fine di procedere alla: <ul style="list-style-type: none"> • mappatura degli stakeholders istituzionali e non; • definizione degli obiettivi specifici e attività di rendicontazione fra cui in primis quelli previsti per la verifica dell'erogazione dei LEA a partire dall'anno 2019 di cui all'Allegato 1 del Decreto Interministeriale contenente l'adozione del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"; • costruzione di un panel di indicatori di processo e di risultato per strutturare i reporting aziendali; • redazione di una matrice di rendicontazione comune, in modo da consentire una lettura omogenea della reportistica. • definizione delle modalità per mettere a disposizione programmi e i dati aziendali (es. sviluppo dei siti istituzionali con accessi riservati, convegni dedicati ecc.);

	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di consultazione di stakeholders, con raccolta di giudizi, valutazioni, commenti (piattaforme informatiche per forum on line, indagini di soddisfazione, sondaggi di opinione, ecc.) <p>2. Stesura dei Bilanci Sociali</p>
<p>Indicatori/Risultati attesi</p>	<p>1. Assegnazione degli obiettivi alle Aziende</p> <p>2. Pubblicazione nel sito regionale della verifica del Piano su base annuale</p> <p>3. Pubblicazione nei siti aziendali dei Bilanci Sociali a cadenza annuale</p>

CAPITOLO 2.8

Orientare l'accessibilità ai servizi

2.8 ORIENTARE L'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

2.8.1 GARANTIRE EQUITÀ DI ACCESSO E TRASPARENZA

Sin dalla sua istituzione, il Servizio sanitario nazionale è stato caratterizzato dai principi di universalità ed eguaglianza, veri e propri assi portanti della riforma del 1978 che si apriva con l'affermazione espressa che *"il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al*

mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".

Pilastri per garantire l'equità di accesso sono la comunicazione e la trasparenza

STATO DELL'ARTE

L'EQUITA' DI ACCESSO

Il principio di eguaglianza e il principio di universalità del SSN costituiscono presupposto indefettibile per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori. Alla tradizionale idea di eguaglianza in base alla quale "gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente", si è progressivamente affiancata la convinzione che "gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente" (equità verticale). Tale sviluppo del principio di eguaglianza ha consentito di mettere a fuoco tre diversi ambiti in cui il corollario dell'equità deve trovare concreta realizzazione: l'accesso alle prestazioni ed ai servizi sanitari, i risultati di salute in capo ai singoli soggetti, l'allocazione delle risorse e dei servizi secondo i bisogni.

Con la riforma del 1978 venne sancita l'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie superando così, il sistema mutualistico a favore di un sistema di sicurezza sociale caratterizzato dalla universalità dell'assistenza per tutta la popolazione, attuato non più dai soppressi enti mutualistici, ma mediante il SSN e finanziato attraverso la fiscalità generale. L'accezione soggettiva di universalità, relativa all'accesso generalizzato ai servizi, è stata progressivamente precisata facendo leva sulla situazione reddituale dei beneficiari, anche mediante la previsione della compartecipazione (o esenzione) al costo delle prestazioni, e sulla natura della prestazione sanitaria richiesta, che deve risultare appropriata. Ciò ha condotto da un'idea di universalità "forte" che poteva sintetizzarsi con il modello del "tutto a tutti a prescindere dai bisogni" caratterizzato dalla sostanziale uniformità organizzativa sull'intero territorio nazionale, a un'idea di universalità "mitigata", ben rappresentata dal modello delle "prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno", caratterizzato dalla possibilità di differenziazione organizzativa nei singoli territori, ferma restando la garanzia del progressivo superamento delle disuguaglianze e degli squilibri sociali e territoriali, finalità assicurata anche in sede di programmazione sanitaria. Con riferimento alle prestazioni da erogarsi a carico del SSN, il criterio-guida per compiere la selezione è senz'altro dato dal principio di appropriatezza, inteso nella sua duplice accezione di appropriatezza clinica delle

prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse.

L'equità si garantisce oltre che con misure appropriate, efficaci, efficienti e sicure anche attraverso una corretta comunicazione e con la trasparenza delle azioni.

LA COMUNICAZIONE

“La comunicazione in ambito sanitario fa parte di quelle aree ‘trasversali’ della comunicazione pubblica destinata ad assumere un ruolo centrale e strategico nelle relazioni tra Stato e cittadino”¹⁴. Questa ‘centralità’ è nata non solo grazie all’obbligo delle Amministrazioni sanitarie di rispondere al diritto del cittadino di essere informato ma, soprattutto, per la dimensione più articolata e complessa che termini come ‘salute’ e ‘cura’ hanno assunto nella società contemporanea.

La crescita dei mezzi di comunicazione di massa, insieme con l’espansione di Internet, hanno reso possibile e imprescindibile un miglioramento dei mezzi a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche per innescare una strategia comunicativa efficace.

In passato le informazioni sanitarie rivolte alla comunità fornite attraverso tradizionali campagne di informazione e di educazione sanitaria avevano, in molti casi, modalità unidirezionali.

Dalla fine del secolo scorso, lo sviluppo delle tecnologie e la diffusione di Internet hanno reso possibile la realizzazione di canali web in grado di fornire ai cittadini informazioni di carattere sanitario, con l’obiettivo principale di accrescere l’accesso della popolazione ad informazioni sulla salute di alta qualità, coinvolgendo di più i cittadini/pazienti, rendendoli il più possibile responsabili e consapevoli rispetto alla propria condizione di salute, alle malattie, le cure ed i trattamenti sanitari. Questo metodo si differenzia in modo sostanziale da quello tradizionale in cui le informazioni venivano fornite al cittadino a prescindere dalla sua capacità di interazione e comprensione delle stesse.

La comunicazione della salute su web che si traduce nei siti internet istituzionali delle aziende sanitarie, deve iscriversi in questo processo di rinnovamento del rapporto tra le istituzioni sanitarie e il cittadino con lo scopo di contribuire a quell’empowerment del cittadino più volte richiamato dall’OMS (1978, 1986, 1998, 2005).

“Il cittadino empowered è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita e un protagonista del proprio benessere, ed è pertanto in grado di interagire razionalmente e responsabilmente con il proprio ambiente di riferimento, ossia con il sistema delle prestazioni sanitarie”.

L’obiettivo del sito di un ente sanitario quindi deve essere quello di offrire una piattaforma telematica in grado di incrociare in maniera efficace le esigenze informative, le aspettative e le priorità dei cittadini-pazienti favorendo lo sviluppo dell’apprendimento di comportamenti di promozione della salute e di prevenzione, contribuendo ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.

In particolare, grazie anche alle potenzialità offerte da Internet nei processi di ricerca dell’informazione sanitaria, questo canale on line dovrebbe garantire una diffusione delle

¹⁴ “Linee Guida per la comunicazione on line In tema di tutela e promozione della Salute” del Ministero della Salute, 2010

conoscenze medico-scientifiche tra i cittadini, allo scopo di supportarli nell'assunzione di decisioni attive ed informate nei confronti delle proprie condizioni di salute.

“Secondo quanto auspicato dalla Evidence-based Medicine (EBM), l'epistemologia fondativa del SSN dalla metà degli anni Novanta in poi, infatti, la pratica clinica è tanto più efficace quanto più si costruisce su decisioni derivate dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'uso coscienzioso ed esplicito delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente”.

Il riferimento all'Empowerment del cittadino e all'EBM individua 2 concetti - chiave sui quali fondare la strategia comunicativa dei siti web degli enti e delle strutture sanitarie:

1. la centralità della persona
2. l'importanza delle informazioni sulle prove di efficacia degli interventi sanitari.

Tutto questo diventa ormai sempre più urgente e imprescindibile anche alla luce dei risultati di numerose ricerche comparative a livello internazionale che mostrano che nei Paesi in cui l'utilizzo di Internet è particolarmente diffuso, il numero di persone che cerca informazioni sanitarie su Internet ha raggiunto, addirittura superato, il numero di persone che richiedono assistenza medica. Non va sottovalutato, poi, il potenziale di diffusione delle informazioni che Internet assicura.

Una strategia di intervento per la promozione della salute o per la prevenzione delle malattie potrebbe avvantaggiarsi dell'effetto moltiplicatore ottenuto tramite l'utilizzo delle informazioni diffuse attraverso Internet ed intercettare così più efficacemente i bisogni di informazione sanitaria della popolazione.

Il ricorso alla tecnologia non è, ovviamente, garanzia assoluta di raggiungimento dell'obiettivo. La criticità maggiore nella distribuzione di informazione sanitaria on line infatti è legata al linguaggio da utilizzare. Mentre le caratteristiche del mezzo tecnologico farebbero propendere per la massima semplicità del linguaggio adottato, la particolare natura dell'informazione sanitaria, essendo tecnica e specialistica, richiede un'attenzione all'uso corretto dei termini di settore.

Il rischio è quello di produrre messaggi con scarsa autorevolezza, da un lato, oppure che non sono comprensibili per tutti gli utenti, dall'altro.

Per questo è preferibile l'utilizzo di un linguaggio semplice e arricchito da una terminologia medica specifica. Questa soluzione potrebbe rappresentare anche uno strumento importante per cercare di aumentare l'alfabetizzazione informatica in tema di salute (health literacy) della popolazione.

Il sito deve contenere materiale informativo/educativo che consenta al cittadino di acquisire quelle informazioni che gli permettano anche di navigare in rete in modo produttivo, razionale e responsabile rendendo disponibili informazioni corrette e validate scientificamente anche per contrastare le cosiddette “fake news”.

A titolo esemplificativo si cita il portale **ISSalute**, un progetto innovativo realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il progetto ISSalute nasce per mettere a disposizione dei cittadini con un linguaggio semplice e comprensibile a tutti, indipendentemente dal grado di istruzione e competenza nelle materie tecnico-scientifiche, informazioni aggiornate, indipendenti e certificate sugli stili di vita, sull'alimentazione, sull'ambiente, sulle malattie e sui disturbi che provocano, sulle cause che le determinano e sulle cure disponibili. Inoltre, per sfatare molte “bufale” e falsi miti circolanti in tema di salute, sono state raccolte in una apposita sezione oltre 150 informazioni ingannevoli corredate dalle spiegazioni scientifiche che ne evidenziano l'infondatezza.

avvalersi dei benefici apportati dalle innovazioni intervenute nel settore delle comunicazioni elettroniche, e quindi dalla circolazione delle informazioni sulla rete a partire dalla pubblicazione sui siti internet istituzionali delle amministrazioni. Per questo il web è diventato ormai il principale veicolo delle informazioni, poiché consente di raggiungere il maggior numero di persone con i minori costi (non solo in termini economici) e con migliori risultati in termini di efficacia.

Il principio della trasparenza, inteso come accessibilità totale ai dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, reca il riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

In particolare, il d.lgs 97/2016, ha riaffermato e ampliato il principio della trasparenza, introducendo, a fianco degli istituti già esistenti dell'accesso agli atti e dell'accesso civico semplice, quello dell'accesso civico generalizzato.

Inoltre il d.lgs 97/2016 ha disposto l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza prevedendo l'adozione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Ogni azienda sanitaria deve definire:

- *Regolamento per la gestione del sito web aziendale* indicandone struttura, funzionamento, qualità dei dati, ruoli e responsabilità
- *Social Media Policy* per regolamentarne la corretta presenza

Il Sito **Internet Istituzionale** deve essere uno strumento attraverso il quale la Azienda mette a disposizione dei cittadini una grande quantità di informazioni e assicura possibilità di interazione, secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida per i siti WEB della Pubblica Amministrazione e dal Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD).

Sul Sito la comunicazione corretta, puntuale e aggiornata si rivolge a cittadini, imprese, altre amministrazioni ed operatori sanitari che cercano informazioni, approfondimenti, ricerche, indicazioni, pubblicazioni, progetti, consigli per mantenere/migliorare la propria salute e per usufruire di servizi e prestazioni offerte dall'Azienda sanitaria.

Il Sito riconduce l'offerta informativa a tre grandi categorie di informazioni:

- informazioni sulla salute e sull'accesso ai servizi
- informazioni relative ad amministrazione trasparente ed altri obblighi di legge
- social media.

Il principale obiettivo del Sito è quindi quello di supportare l'Azienda, anche attraverso il coinvolgimento dei portatori di interesse, nel miglioramento continuo della qualità delle informazioni online e dei servizi digitali. Il Sito, in quanto emanazione e rappresentazione

dell'Azienda, è in linea con i principi dell'“Open Government” definiti nel D.Lgs n.33/2013 e mira quindi a rafforzare e a garantire:

- Trasparenza dell'azione amministrativa
- Equità d'accesso alle informazioni
- Partecipazione
- *Accountability* (rendicontazione, trasparenza, responsabilità, attendibilità)
- Semplificazione dell'interazione tra Azienda sanitaria e cittadini
- Costante aggiornamento e facile reperibilità e fruibilità dei contenuti

I criteri di riferimento dei contenuti e della presentazione del Sito sono rappresentati anche dalle raccomandazioni contenute nelle Linee guida per la comunicazione on line del Ministero della Salute per creare un sito istituzionale di qualità in tema di salute.

OBIETTIVI DA REALIZZARE NEL PERIODO DI VIGENZA DEL PSR

Gli obiettivi da realizzare da parte di tutte le Aziende della Regione sono la completezza dei contenuti informativi e il rispetto dei criteri redazionali.

1. Contenuti informativi

- ✓ Favorire comportamenti finalizzati alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie, nonché a facilitare l'adesione ai programmi di prevenzione secondaria
- ✓ Garantire il diritto di accesso all'assistenza sanitaria, favorendo l'utilizzo appropriato dei servizi e delle strutture sanitarie
- ✓ Fornire informazioni sulle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero
- ✓ Implementare strumenti interattivi in grado di favorire una maggiore partecipazione dei cittadini, anche mediante strategie cooperative e di *network con realtà associative del privato e del privato sociale*
- ✓ Completezza delle pubblicazioni dovute per la trasparenza

2. Strategie di comunicazione e criteri redazionali

- ✓ Rispettare i criteri di usabilità e accessibilità del sito
- ✓ Curare la semplificazione della struttura dell'informazione, facilitare la comprensibilità del contenuto e contestualizzare temporalmente le informazioni e i documenti pubblicati
- ✓ Semplificare il linguaggio senza tralasciare le regole della cortesia linguistica e l'importanza del linguaggio tecnico a garanzia dell'attendibilità dell'informazione
- ✓ Prediligere la pubblicazione di testi sintetici anche attraverso il ricorso all'ipertesto o al collegamento a documenti in download
- ✓ Prevedere strumenti di consultazione dell'informazione che assumano il punto di vista dell'utente, quali il menu di navigazione del sito, sezioni di attualità informativa e strumenti alternativi di ricerca delle informazioni (motore di ricerca interno, tag, filtri, ecc.)
- ✓ Curare la qualità grafica e il livello di navigabilità del sito
- ✓ Prevedere strumenti per la misurazione della customer satisfaction rispetto alle informazioni fornite e ai servizi on line
- ✓ Aggiornare costantemente i contenuti delle diverse sezioni e pagine

- ✓ Pubblicazione, nei tempi previsti, dei dati e delle informazioni richieste dalla normativa per la trasparenza

La Regione Umbria, in questo ambito ha attivato Il Numero Umbria Sanità (NUS), un servizio di contact center telefonico che risponde al numero verde gratuito 800636363, assicurato da Umbria Salute per conto di tutte le Aziende Sanitarie dell'Umbria. Il **NUS informativo** è a disposizione del cittadino, oltre che per prenotare e/o cancellare prenotazioni, anche per avere informazioni "certificate" di orientamento ed accesso ai servizi sanitari regionali. Il NUS, per svolgere questa funzione, attinge ai contenuti informativi presenti nei siti delle varie aziende aggiornati in tempo reale ed è costantemente collegato ai team redazionali aziendali, costituiti ad hoc, tramite un blog dedicato.

2.8.2 I DIRITTI DEL MALATO: L'AUDIT CIVICO e L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE

L'audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni di cittadini. È considerata una pratica democratica poiché cittadini comuni ed operatori sanitari delle aziende oggetto di audit collaborano attivamente nella raccolta di dati ed informazioni, avvalendosi di un metodo e di uno strumento di valutazione della qualità

delle prestazioni delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere.



STATO DELL'ARTE

L'AUDIT CIVICO

L'audit civico nasce in Umbria nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva, sulla base dell'esperienza del Tribunale per i Diritti del Malato, per rispondere all'esigenza di dare una forma concreta alla "centralità del punto di vista del cittadino", assunta come criterio essenziale per la valutazione dei servizi sanitari attraverso:

- lo sviluppo della partecipazione civica e della tutela dei diritti azionata direttamente dai cittadini che richiedevano nuovi spazi di interlocuzione fra cittadini e aziende sanitarie;
- un costante orientamento della legislazione che, dal d.lgs. 502/1992 all'art. 118 U.C. della Costituzione, ha riconosciuto che la valutazione comporta un ruolo attivo dei cittadini.

Le modalità di coinvolgimento della popolazione previste nella metodologia dell'audit civico rappresentano una forma ancora innovativa di partecipazione che supera le modalità tradizionali, prevalentemente legate alla consultazione: la presenza attiva dei cittadini, in tutte le fasi di svolgimento dell'audit civico, diviene una risorsa che può consentire di esprimere in maniera autonoma e originale specifici punti di vista, e di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie.

Essendosi sviluppato in collaborazione con le amministrazioni sanitarie regionali e locali, l'audit civico costituisce un esempio di attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Il tema dell'umanizzazione è stato inserito per la prima volta nel Patto per la salute 2014-2016 laddove si afferma che “nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza”. Viene predisposto un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di un'attività progettuale in tema di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo indirizzato soprattutto all'Area Critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia e dell'Assistenza domiciliare.

Nel 2017 ha avuto inizio, nella Regione Umbria, il progetto autofinanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”, che costituisce un ulteriore step verso la definizione di un sistema di valutazione periodica.

L'indagine ha riguardato in particolare quattro aree: i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; l'accessibilità fisica, la vivibilità e il comfort dei luoghi di cura; l'accesso alle informazioni, la semplificazione e la trasparenza; la qualità della relazione con il paziente-cittadino. A queste si aggiungono sei focus su ambiti dell'assistenza particolarmente significativi: pronto soccorso, rianimazione, ostetricia, pediatria, multiculturalità e ospedale senza dolore.

Dalle indagini già effettuate le strutture ospedaliere hanno ottenuto ottimi risultati a livello nazionale.

Un aspetto particolare nell'umanizzazione delle cure è lo sviluppo della Medicina Narrativa.

La Medicina Narrativa

La Medicina Narrativa va intesa come strumento a supporto delle decisioni cliniche e per la valutazione dell'efficacia.

Negli ultimi anni la medicina ha sviluppato un rigoroso approccio di supporto alle decisioni cliniche basato sulla valutazione delle prove di efficacia degli interventi. Metodologicamente questo approccio è conosciuto come Evidence Based Medicine (EBM) ovvero medicina basate sulle evidenze (prova di efficacia). La EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano nell'integrazione tra Le esperienze del medico e l'utilizzo coscienzioso esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente (Sackett). Quindi, anche in un approccio metodologicamente rigoroso, si tiene conto del punto di vista del paziente e delle sue preferenze. Da alcuni anni si è iniziato a sistematizzare questo aspetto di supporto alla decisione clinica e degli esiti basato sulla persona malata.

Su questa linea si sviluppato un innovativo approccio clinico denominato Medicina Basata sulla Narrazione. Tale sviluppo è legato al fatto che, a fronte di tecnologie di diagnosi e analisi sempre più sofisticate, ma anche di tempi sempre più ristretti, si rischi di mettere in secondo piano l'importanza

dell'ascolto del paziente. La NBM considera le storie dei pazienti e dei loro familiari un'integrazione del loro percorso di malattia e guarigione (Avrahaami & Reis, 2009).

Le assunzioni alla base di un'integrazione delle competenze mediche con competenze narrative riguardano:

- a) la possibilità di un giudizio clinico più efficiente basato sul singolo caso;
- b) il miglioramento dell'aderenza terapeutica del paziente che sente accolte le proprie necessità e difficoltà.

Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la co-costruzione di un percorso di cura personalizzato e condiviso (storia di cura).

La Medicina Narrativa non si pone quindi in antitesi con l'EBM ma si integra con essa. Infatti, basandosi sulla prospettiva del paziente è possibile ottenere decisioni più appropriate, personalizzate e complete. In questo modo la persona malata diventa parte attiva del processo decisionale e l'esito della cura può essere favorevolmente condizionato e positivamente percepito. Inoltre, l'EBM non può essere applicata nelle malattie rare e in quelle complesse (con polipatologia). L'approccio narrativo può compensare questa carenza attraverso un ascolto sistematico, metodologicamente rigoroso e come parte effettiva del processo di diagnosi e cura. Va tenuto conto, inoltre, che la malattia è una classificazione e il malato rientra in essa, l'ascolto della sua storia ci permette di cogliere, la sua unicità e irripetibilità.

Gli ambiti applicativi che l'esperienza ha dimostrato utili sono:

- ✓ prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione
- ✓ aderenza al trattamento
- ✓ funzionamento del team di cura
- ✓ consapevolezza del ruolo professionale e del proprio mondo emotivo da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari
- ✓ prevenzione del burn-out degli operatori e dei caregiver
- ✓ promozione e implementazione dei PDTA
- ✓ ottimizzazione delle risorse economiche
- ✓ prevenzione dei contenziosi giuridici e della medicina difensiva

Negli ultimi anni l'Umbria ha visto nascere alcune esperienze significative ponendo la regione come punto di riferimento nazionale ed internazionale concretizzatosi anche in progetti di ricerca.

AREE DI MIGLIORAMENTO e OBIETTIVI DA REALIZZARE NEL PERIODO DI VIGENZA DEL PSR

La Regione Umbria si impegna a garantire la partecipazione a tutte le ulteriori iniziative promosse in termini di audit civico e umanizzazione delle cure in particolare per quanto attiene alla Medicina Narrativa l'obiettivo da raggiungere è quello di avviare un processo di implementazione della metodologia narrativa in modo diffuso, omogeneo e sistematico sottolineando che tale approccio non è discrezionale, patrimonio dei professionisti più disponibili, ma parte integrante del processo di cura di qualità. Questo obiettivo, in primo luogo, richiede una specifica formazione metodologica

che, partendo da specifiche promesse epistemologiche, sviluppi laboratori esperienziali dove è possibile costruire le competenze necessarie.

2.8.3 GOVERNARE LA DOMANDA E LE LISTE D'ATTESA

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati con un sistema sanitario universalistico e un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario che sul diritto dei cittadini alla erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza; è infatti essenziale garantire tempi di accesso adeguati in relazione alle condizioni cliniche dell'assistito, come valutate dal medico prescrittore.



STATO DELL'ARTE

La scelta della Regione Umbria (avviata già con il piano del 2011 di recepimento del PNGLA 2010-2012- Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa) per governare tale le liste di attesa, è stata quella di realizzare un CUP regionale attraverso il quale fosse possibile la prenotazione di tutte le prestazioni presso ogni tipo di struttura (pubblica o privata) da qualunque punto d'accesso del Sistema CUP.

L'obiettivo, nell'ottica della razionalizzazione/ottimizzazione dell'offerta, era quello di garantire al cittadino/utente che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non fossero ingiustamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita.

L'obiettivo prioritario è stato quindi quello di realizzare un CUP regionale integrato, e che, quindi operasse uniformemente su tutto il territorio, in maniera tale che detta riorganizzazione consentisse di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, e permettesse di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità.

Il Progetto del CUP Regionale aveva previsto quindi di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Inserire tutta l'offerta di prestazioni nel sistema CUP, ricomprendendo tra queste quelle offerte in ambito "intraoemia" e quelle acquistate dalle strutture private-convenzionate (ampliamento dell'offerta);
- Permettere la massima visibilità/prenotabilità dell'offerta da ogni postazione dislocata sul territorio;
- Garantire i tempi di attesa nel rispetto dei criteri di predisposizione / presentazione dell'offerta;
- Individuare in maniera omogenea ed uniforme le prestazioni RAO e delle classi di priorità;
- Differenziare le prestazioni per "prima visita" da "successivi controlli";
- Utilizzare strumenti innovativi per la prenotazione e il pagamento

- Uniformare i comportamenti dei medici prescrittori, degli operatori del servizio, nell'erogazione delle informazioni al cittadino.

Per realizzare il CUP regionale e monitorare lo stato di attuazione è stata definita una Struttura di coordinamento regionale con le responsabilità di gestione centrale ed omogenea dei criteri di costruzione e gestione dell'offerta coadiuvata da referenti aziendali dei back office che coordinano l'offerta delle Aziende Ospedaliere delle Aziende territoriali regionali.

Negli anni sono state attuate le misure previste dal piano regionale con realizzazione del CUP regionale e in particolare sono stati emanati a livello regionale gli documenti per implementare le prestazioni RAO e le modalità operative per la loro applicazione.

Sono quindi attivate a livello regionale in tutte le Aziende le 30 prestazioni per le quali sono state predisposte le griglie RAO nel rispetto delle classi di priorità prevista dalle griglie stesse.

Molte delle 30 prestazioni RAO fanno parte delle 48 prestazioni sottoposte a monitoraggio dei tempi di attesa da parte del Ministero e di seguito si riporta lo schema riassuntivo delle stesse con le classi previste dalle griglie.

Riepilogo Prestazioni RAO



CUP UMBRIA

PRESTAZIONE	PRIORITA' U 3 gg	PRIORITA' B 10 gg	PRIORITA' D30 gg	PRIORITA' D60 gg	PRIORITA' P
COLONSCOPIA	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
ECG DA SFORZO	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
ECG HOLTER	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
ECOCOLORDOPPLER TSA	X	X	NON PREVISTA	X	X
ECODOP. VENOSO ARTI	X	X	NON PREVISTA	X	X
ECODOP. ARTERIOSO ARTI	NON PREVISTA	X	NON PREVISTA	X	NON PREVISTA
ECODOP. ARTERIE RENALI	NON PREVISTA	NON PREVISTA	NON PREVISTA	X	NON PREVISTA
ECOCOLORDOPPLER CARDIACO	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
ECOGRAFIA ADDOME	X	X	X	NON PREVISTA	X
ECO OSTEOART./MUSCOL.	X	X	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA
ELETTROENCEFALOGRAFIA	X	X	NON PREVISTA	X	X
ES.SENOLOGICO CL.STRUMEN.	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
EMG	NON PREVISTA	X	X	X	X
GASTROSCOPIA	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
prima VISITA CARDIOLOGICA+ECG	X	X	X	NON PREVISTA	X
RM ARTICOLAZIONI	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	X
RM COLONNA	X	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA	X
RM CRANIO	X	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA	NON PREVISTA
RX TORACE	X	X	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA
TC COLONNA	NON PREVISTA	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA	NON PREVISTA
TC CRANIO	X	X	NON PREVISTA	X	NON PREVISTA
VISITA CHIRURGICA	X	X	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	X	X	X	NON PREVISTA	X
VISITA DERMATOLOGICA	X	X	X	NON PREVISTA	X
VISITA GASTROENTEROLOGICA	NON PREVISTA	X	X	NON PREVISTA	NON PREVISTA
VISITA NEUROLOGICA	X	X	X	NON PREVISTA	X
VISITA OCULISTICA	X	X	X	NON PREVISTA	X
VISITA ORTOPEDICA	X	X	X	NON PREVISTA	X
VISITA OTORINO	X	X	X	NON PREVISTA	X
VISITA UROLOGICA	X	X	X	NON PREVISTA	X

NOTE ESPLICATIVE:

- (1) Si precisa che i RAO valgono solo per il primo accesso e non per le prestazioni di controllo
- (2) Quando la priorità non è prevista o non è indicata il paziente va rinviato al medico prescrittore
- (3) E' severamente VIETATO prenotare con una priorità diversa da quella indicata nell'impegnativa
- (4) Per tutte le visite e prestazioni di controllo inserire il Quesito Diagnostico "Classe Controlli CUP UMBRIA"
- (5) L'accesso ai servizi di Pronto Soccorso degli Ospedali di competenza, per le prestazioni soggette a RAO, è riservato ESCLUSIVAMENTE ai pazienti che si presentano direttamente per un problema immediato - "autopresentazione" - SENZA IMPEGNATIVA

Successivamente alla realizzazione del CUP regionale e proprio allo scopo di migliorare la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di assistenza dei propri cittadini, riducendo l'inappropriatezza dei trattamenti erogati e rendendo compatibile la domanda con la garanzia dei LEA, la Regione Umbria, negli anni precedenti ha approvato e poi aggiornato il Piano Straordinario per il contenimento delle Liste di Attesa, mediante il quale ha dato indicazioni alle Aziende del percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire l'

accesso dei cittadini ai servizi sanitari, mediante l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Le Aziende hanno elaborato quindi i Piani attuativi aziendali, nei quali hanno delineate o specifiche azioni di intervento, con la relativa tempistica, per le sotto indicate aree:

- 1) Domanda di prestazioni sanitarie, identificando i reali bisogni di salute;
- 2) Offerta di prestazioni sanitarie, rispondendo ai bisogni di salute;
- 3) Sistemi di monitoraggio, controllo, valutazione;
- 4) Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori del SSR.

In sintesi la Regione dell'Umbria ha dato indicazioni per l'utilizzo degli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e di mettere in atto tutte le strategie utili al governo delle liste di attesa.

AREE DI MIGLIORAMENTO

La realizzazione di un Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) costituisce un impegno regionale, che in linea con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) si basa sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

L'attuazione del Piano Regionale Cronicità, potrà comportare un miglioramento della gestione dei tempi di attesa, in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura consentiranno una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti.

Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta. Il PRGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Per la piena attuazione del PRGLA verrà istituito, presso la Direzione Salute della Regione Umbria l'**Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa** composto dalla Regione e dalle Aziende che provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dall'atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini.

OBIETTIVI DA REALIZZARE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Tutti gli obiettivi e le azioni saranno indicati nel redigendo piano regionale che in sintesi prevede:

1. PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE

1.1 Governo della domanda di prestazioni

- a. Obbligare a indicare, nelle prescrizioni e prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN le seguenti informazioni:
 - prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
 - classe di priorità;
 - quesito diagnostico;
 - prestazione suggerita.
- b. Separare i percorsi relativi ai primi accessi e agli accessi successivi.
- c. Prescrivere le prestazioni successive al primo accesso su ricetta SSN direttamente da parte del medico specialista che ha preso in carico il paziente. Le prestazioni devono essere prenotate contestualmente alla produzione della prescrizione. La procedura dovrà essere analoga in caso di dimissione ospedaliera.
- d. Obbligare ad utilizzare i "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" con le seguenti classi:
 - U (Urgente), nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
 - B (Breve), entro 10 giorni;
 - D (Differibile), entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
 - P (Programmata) entro 120 giorni (180 per il 2019)
- e. Garantire l'accesso diretto per le prestazioni di emergenza/urgenza al Pronto soccorso senza impegnativa del SSR. Le prestazioni urgenti classe di priorità U sono solo quelle prestazioni critiche di primo accesso, prescrivibili con impegnativa del SSR e che non devono accedere al Pronto Soccorso
- f. Garantire i tempi massimi di attesa nell'ambito distrettuale e aziende ospedaliere di riferimento del territorio per tutte le prestazioni: nel caso dei primi accessi secondo la priorità indicata, nel caso degli accessi successivi secondo il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN. Qualora non sia prevista l'erogazione di una determinata prestazione all'interno di un distretto, la disponibilità andrà assicurata nel distretto contiguo.
- g. Disporre elementi sanzionatori per i cittadini che prenotano e non si presentano all'appuntamento. Art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998: *"L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione"*.
- h. Disporre elementi sanzionatori per i cittadini, anche esente, che non ritirano il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione: pagamento per intero delle prestazioni. Art. 1, comma 796 legge n. 296 del 27/12/2006 (Legge Finanziaria 2007).
- i. Estendere il sistema automatizzato Re-call e attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate;
- j. Intercettare gli utenti che effettuano una prestazione prevista dagli screening e non risultano aver aderito ad un programma di screening o che aggiungono un esame intermedio rispetto a quanto previsto dal programma di screening
Le informazioni dovranno essere trasmesse ai MMG per informare il paziente relativamente al corretto percorso da seguire.
- k. Sperimentare la gestione di particolari prestazioni quali la Gastrosopia, la Colonscopia, l'ECG da sforzo e l'Elettromiografia, prevedendo che il MMG prescriva la relativa visita specialistica per presa in carico con priorità B o D, anziché gli specifici esami diagnostici. Il servizio di competenza

poi assicurerà la presa in carico del paziente provvedendo alla prescrizione e alla contestuale prenotazione degli esami necessari.

- I. Coinvolgere i MMG/PLS e i medici specialisti con la condivisione delle progettualità nell'ambito delle AFT.

1.2 Gestione dell'offerta di prestazioni

- a. Gestire in maniera trasparente e totale visibilità di tutte le Agende di prenotazione.
- b. Definire i percorsi di garanzia di accesso alle prestazioni prevedendo la presa in carico dell'utente da parte del distretto di assistenza. Ciascuna Azienda individua un referente sanitario per ciascun distretto/presidio che, in collaborazione con il Back Office CUP, avrà il compito di individuare la modalità più opportuna per assicurare attraverso l'attività istituzionale la risposta adeguata alla richiesta. Vanno previsti "percorsi di tutela" che possono prevedere anche l'attivazione di una specifica procedura, che permetta al paziente di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato o in regime libero professionale, riservando al cittadino solo la partecipazione al costo.
- c. Implementare i percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie croniche, compresi quelli specifici per l'ambito pediatrico.
- d. Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni con:
 - apertura degli ambulatori specialistici, con lista di attesa più numerosa, nei pomeriggi con orario prolungato fino alle 22 e il fine settimana
 - turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti provenienti anche da altre aziende sanitarie
 - rimodulazione dei budget con le strutture private accreditate
 - contratti di assunzione per il personale o altre forme di utilizzo di personale
 - sistema incentivanti per le figure coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi.

1.3 Adeguamento del Sistema CUP

- a. Applicare regole omogenee di creazione e di gestione delle Agende, nonché anche regole omogenee di prenotazione; ciò al fine di assicurare la trasparenza e il corretto monitoraggio dell'offerta.
- b. Prevedere in tutte le Agende il riutilizzo dei posti nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni, (disponibilità in overbooking).
- c. Gestire in maniera uniforme di tutte le agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria.
- d. Tracciare la presa in carico, le rinunce e i cambi appuntamenti.
- e. Visualizzare la data dell'ultimo esame eseguito quando si prenota un controllo al fine di evidenziare il tempo intercorso.
- f. Prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente.
- g. Rilevare il ritardo con cui il paziente si presenta allo sportello.
- h. Prevedere modalità idonee di prenotazione per garantire l'applicazione di sperimentazioni sulla gestione di particolari prestazioni quali la Gastrosopia, la Colonscopia, l'ECG da sforzo e l'Elettromiografia.
- i. Aggiornare il Sistema di CUP on-line in tempo reale. Tale servizio deve consentire all'utente di:
 - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;

- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP on-line;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.
- j. Elaborare in maniera periodica e trasmettere ai MMG e PLS di report per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva

2. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati deve essere previsto l'uso sistematico delle Classi di priorità secondo la tabella di seguito riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

3. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Per quanto riguarda **le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente** e a totale suo carico, è necessario prevedere modalità operative conformi a quanto previsto dalla Legge n. 120/2007 e ss.mm.ii. e dei provvedimenti attuativi ai fini del controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.

Le **prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda**, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa,

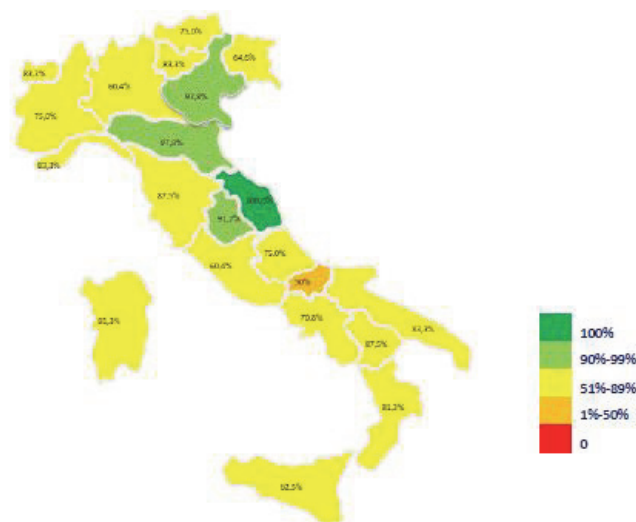
Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo (ticket).

In caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Le prestazioni da erogare in attività libero professionale devono essere prenotate nel sistema CUP, attraverso sportelli dedicati.

Nella Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria promossa dall'“Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione del programma degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale” in ottemperanza alle disposizioni contenute nel Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. e nella legge 3 agosto 2007, n. 120 – è riportata una sintesi di quanto attuato nelle Regioni sugli adempimenti per la libera professione e fornisce una conoscenza dettagliata del fenomeno della libera professione intramuraria, favorendo il confronto fra Regioni.

Fra i tanti dati e confronti si riporta quello più sintetico relativo al grado di maturazione e sviluppo dei diversi sistemi regionali. Tale confronto è stato realizzato procedendo all'analisi dei risultati complessivi riferiti dalle Regioni e Province autonome sui 12 indicatori selezionati (3 regionali e 9 aziendali). Prendendo a riferimento i 12 indicatori (3 regionali e 9 aziendali) è stato possibile osservare che solo 1 Regione (Marche) raggiunge la piena adempienza, mentre altre 3 Regioni raggiungono valori di adempimento superiori al 90% (Emilia Romagna: 97,9%; Veneto: 93,8%; Umbria: 91,7%).



4. I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA - le Aziende sanitarie della regione dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale.

2.8.4 VALUTARE LA SANITÀ INTEGRATIVA: PROBLEMA O RISORSA?

Come noto, la spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa

privata che include la spesa out-of-pocket, direttamente sostenuta dai cittadini.

STATO DELL'ARTE

Uno dei fenomeni chiave del welfare è la crescita della spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie; negli ultimi anni si registra il boom della spesa sanitaria privata: nel 2016, secondo l'ISTAT, la spesa sanitaria privata ha superato i € 37,3 miliardi di cui oltre il 90% è out-of-pocket, ovvero quasi € 34 miliardi sono a carico del cittadino. In Umbria, nel triennio 2014-2016 la spesa sanitaria privata

(?) annua delle famiglie si è assestata su € 501 (media italiana di periodo di € 560) e rappresenta il 2,3% del PIL.

Il problema della sostenibilità dipende sia dall'andamento decrescente della popolazione che determina una riduzione del fondo (il fondo è ripartito in base alla quota capitaria) che dal progressivo invecchiamento della popolazione che necessita di maggiori prestazioni sanitarie. A ciò si aggiunge il costo delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche che, unitamente al costante aumento della domanda di servizi/prestazioni da parte di cittadini, alla cura delle disabilità e delle cronicità, sempre più frequenti in una popolazione longeva, contribuisce a sollecitare la sostenibilità economica del Sistema Sanitario.

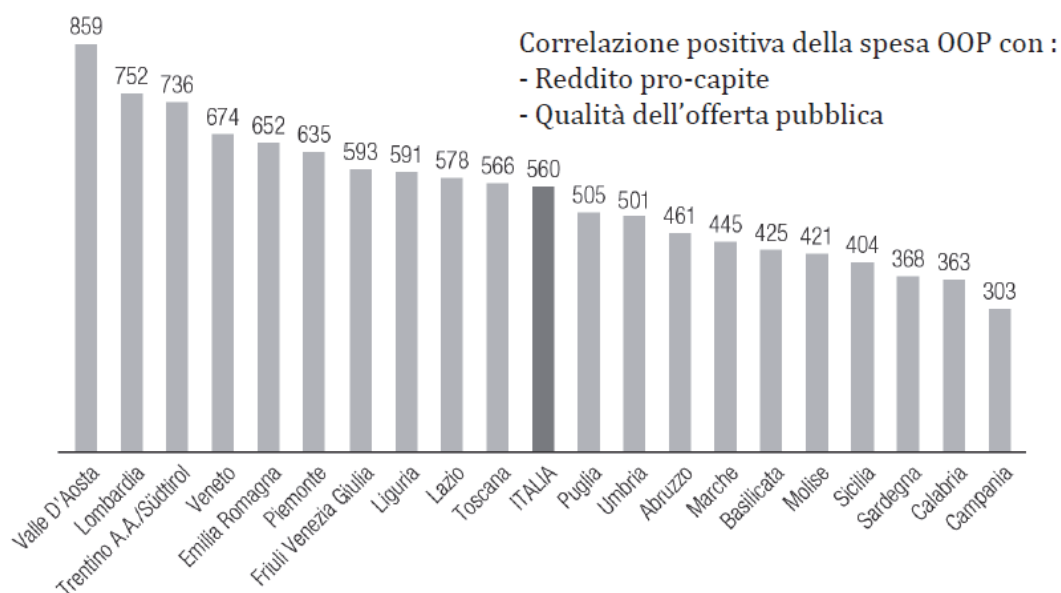
L'ipotesi che la spesa out-of-pocket sia destinata a fronteggiare le minori tutele pubbliche potrebbe risultare confutabile: secondo alcune recenti stime (*Fondazione GIMBE*) almeno il 40% della spesa out-of-pocket non verrebbe utilizzato per *beni e servizi* dall'elevato *value*, efficaci ed appropriati per migliorare lo stato di salute della popolazione ma per soddisfare bisogni indotti dal consumismo sanitario.

Value for money

	Milioni	% low-value	Netto
Pubblica	€ 112.182	19%	€ 90.867
Out-of-pocket	€ 36.460*	> 40%	€ 21.880
Intermediata	€ 5.601	> 50%	€ 2.800

*Al netto dei rimborsi IRPEF

Spesa sanitaria annuale delle famiglie, media pro capite 2014-2016 per Regione



Fonte: elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie)

AREE DI MIGLIORAMENTO E OBIETTIVI DA REALIZZARE NEL TRIENNIO DI VIGENZA DEL PSR

Una delle azioni da mettere in campo è quella di intercettare almeno una parte delle prestazioni dell'out-of-pocket che risultano essere appropriate. Dovrebbe essere recuperata dal pubblico eliminando la parte inappropriata resa dal sistema pubblico. Si potrebbe promuovere a livello di governance nazionale che la parte inappropriata dell'out-of-pocket dovrebbe essere a completo carico del cittadino senza prevedere alcuna detraibilità fiscale delle stesse.

