

REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE

**Piano Sanitario Regionale
“PIANO DELLA SALUTE”**

2011-2013

Indice

<i>L'eccellente normalità come obiettivo</i>	<i>7</i>
<i>Il Piano Sanitario Regionale</i>	<i>9</i>
<i>“Piano della Salute”</i>	<i>9</i>
<i>2011-2013</i>	<i>9</i>
Introduzione	10
Quadro normativo-programmatico	10
Dal Piano di rientro al Piano Regionale della Salute: dal contenimento della spesa alla riqualificazione dell’assistenza	11
I collegamenti con altri livelli di programmazione: il Patto per la Salute	13
Il Piano Regionale della Salute: principi ispiratori	14
Le politiche sociosanitarie	15
L’Assistenza Religiosa	16
<i>Analisi di contesto</i>	<i>17</i>
1. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana	18
1.1 Informazioni demografiche, biostatistiche, epidemiologiche e socio-economiche	18
1.2 Quadro nosografico della Regione	20
1.2.1 Mortalità	20
1.3 Ambiti prioritari di intervento	27
1.3.1 Tumori	27
1.3.2 La salute materna e neonatale in Sicilia	31
1.3.3 Incidenti	32
1.3.4 La non autosufficienza: anziani e disabili	33
1.3.5 I cittadini stranieri in Sicilia	34
1.4 I Determinanti di Salute	35
Problemi di salute rilevanti	41
Obiettivi prioritari	41
<i>La Risposta di Salute in Sicilia</i>	<i>42</i>
2 L’Assistenza sanitaria collettiva e in ambienti di vita e di lavoro	43
2.1 I programmi di educazione alla salute	43
2.1.1 La situazione attuale	43
2.1.2 I Programmi regionali di prevenzione	43
Obiettivi e interventi prioritari per il triennio: il Piano Regionale della Prevenzione	48
2.2 La sicurezza alimentare	49
2.3 La sanità veterinaria	53
2.3.1 L’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia “A. Mirri”	55
2.4 La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi e negli ambienti di vita e di lavoro	55
2.4.1 Salute e ambiente	55
2.4.2 La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori	56
2.4.3 Il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro	57

Il Piano si pone i seguenti obiettivi:	59
---	-----------

- migliorare la raccolta e la registrazione delle segnalazioni di patologie correlate al lavoro;	59
---	-----------

3 La centralità del territorio: la riorganizzazione dell'assistenza primaria e il potenziamento della rete assistenziale territoriale finalizzato alla riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza.....	61
--	-----------

3.1 Il Presidio Territoriale di assistenza (PTA) e il ruolo dei MMG, dei PLS e dei Medici di Continuità Assistenziale	61
---	----

Potenziamento della “gestione integrata” con la specialistica ambulatoriale.....	62
--	----

Le performance clinico-assistenziali per la diffusione di buone pratiche evidence-based.....	63
--	----

3.2. La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale-territorio in una prospettiva di presa in carico globale della persona	64
---	----

4. L'integrazione socio-sanitaria	66
--	-----------

4.1 La non autosufficienza.....	67
---------------------------------	----

4.1.1 L'assistenza domiciliare.....	68
-------------------------------------	----

4.1.2 La Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite	68
---	----

4.2 Le Disabilità	69
-------------------------	----

4.3 La Riabilitazione e il modello operativo: la rete regionale.....	74
--	----

4.4 L'assistenza agli immigrati	76
---------------------------------------	----

4.5 Il ruolo del volontariato e del privato sociale	78
---	----

5. Le politiche del farmaco	80
--	-----------

5.1 Caratterizzazione dei consumi farmaceutici in Sicilia.....	80
--	----

5.2 Il corretto uso del farmaco: dalla prescrizione, alla dispensazione e all'uso.....	81
--	----

6 L'Assistenza ospedaliera: nuova configurazione dell'offerta.....	85
---	-----------

6.1 La rete ospedaliera	85
-------------------------------	----

6.1.1 L'assistenza secondo il principio delle reti integrate: l'applicazione del modello Hub & Spoke	86
--	----

6.1.2 Criteri organizzativi dei Presidi Ospedalieri Pubblici	90
--	----

7 Il sistema dell'emergenza sanitaria: le innovazioni del sistema	94
--	-----------

7.1 Il percorso intraospedaliero del paziente in emergenza.....	95
---	----

7.2 Il ruolo del volontariato nel sistema di emergenza urgenza	96
--	----

8 L'assistenza nelle isole minori.....	97
---	-----------

Aree prioritarie di intervento.....	104
--	------------

9 La Salute della donna, del bambino e dei giovani: obiettivi e azioni	105
---	------------

Adolescenti e giovani (13-24 anni).....	107
---	-----

Donne in età fertile	108
----------------------------	-----

9.1 I percorsi assistenziali dell'area materno infantile	111
--	-----

9.1.1 La procreazione responsabile e il percorso nascita	112
--	-----

9.1.2 Screening e diagnosi prenatale dei difetti congeniti del feto	113
---	-----

9.1.3 Il percorso IVG.....	114
----------------------------	-----

9.1.4 La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).....	114
---	-----

9.1.5 Il percorso Salute Sessuale e Riproduttiva dell'età giovanile	114
---	-----

9.1.6 L'assistenza ginecologica	116
---------------------------------------	-----

9.1.7 Il percorso salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti	116
---	-----

9.2 La prevenzione della mortalità neonatale, materna e delle malattie perinatali: messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato-counseling e diagnostica prenatale	117
--	-----

9.2.1	Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato	117
9.3	Il puerperio e la salute del neonato e del bambino	119
9.4	L'educazione alla salute e ai corretti stili di vita in età pediatrica e nell'adolescenza	121
9.5	L'integrazione Ospedale-Territorio e i percorsi diagnostico terapeutici in pediatria	121
10	La Lotta ai tumori: obiettivi e azioni	124
10.1	La prevenzione dei tumori	124
10.2	La cura dei tumori: la rete oncologica e radioterapica e i percorsi diagnostico-terapeutici	124
10.3	I tumori in età pediatrica	126
10.4	La rete delle radioterapie	128
10.5	La riabilitazione in oncologia	128
11	Le cure palliative e la terapia del dolore	129
11.1	La rete delle cure palliative	129
11.2	La rete della terapia del dolore	130
11.3	Il ruolo del Non Profit, del Volontariato e del Terzo Settore	130
12	L'Area cardiologica: obiettivi e azioni	131
12.1	La Prevenzione del Rischio Cardiovascolare	131
12.2	La Rete dell'emergenza cardiologica	131
12.3	La Gestione in rete delle aritmie	134
12.4	La rete gestionale integrata per la cura dello Scompenso Cardiaco (SC)	136
12.5	La Riabilitazione cardiovascolare	138
12.6	L'assistenza cardiocirurgica	139
13	Le Neuroscienze: obiettivi e azioni	140
13.1	Lo sviluppo delle neuroscienze in Sicilia e la messa in rete delle competenze	140
13.2	La rete per l'emergenza neurologica	140
13.2.1	Malattie cerebrovascolari e StroKe Unit	140
13.2.2	Neurotrauma	141
13.3	La rete per le malattie neurologiche croniche	141
13.3.1	Demenze e malattia di Alzheimer	142
13.3.2	Parkinsonismi e disturbi del movimento ed Epilessia	142
13.3.3	Sclerosi Multipla	142
13.3.4	Malattie neuromuscolari	143
14	La gestione del politraumatizzato	145
14.1	Trauma cranio-encefalico	145
14.2	Il Trauma Center	146
14.3	Il Sistema integrato di riabilitazione ospedale-territorio	147
15	L'Area dei trapianti e il Piano Sangue	148
15.1	L'Area dei trapianti: obiettivi e azioni	148
15.2	Il Piano Regionale Sangue e Plasma 2010-2012	151
15.3	Riassetto e rifunionalizzazione della rete per l'assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie	153
16	La Salute Mentale e le Dipendenze	154
16.1	La Salute Mentale: promozione di percorsi di ripresa	154

16.2	Integrazione della Salute Mentale con le Dipendenze Patologiche e con i distretti 154	
16.2.1	La formazione in Salute Mentale.....	159
16.2.2	La ricerca orientata alla Salute Mentale	160
16.3	La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).....	160
16.5	La doppia diagnosi: la gestione integrata.....	166
Qualità, Ricerca e Sviluppo		168
17	Il miglioramento della Qualità ed il Governo Clinico	169
17.1	Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	169
17.2	Programma Regionale per la Promozione permanente della Qualità (PROQUAL)	170
17.3	La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure	170
17.3.1	La funzione aziendale per la qualità e la sicurezza dei pazienti	170
17.3.2.	Monitoraggio eventi avversi.....	171
17.3.3	Programma Regionale per l'implementazione di raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti 171	
17.3.4	Programma di collaborazione con Joint Commission International	171
17.4	Il Coinvolgimento dei pazienti.....	172
17.5	Il Miglioramento dell'efficacia delle prestazioni.....	172
17.6	Il Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni	173
18	La Formazione del personale per i bisogni di salute e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.....	175
18.1	Analisi dei bisogni formativi	175
19	La Comunicazione	180
19.1	Il Consenso informato.....	180
Interventi prioritari		180
20	Ricerca e Innovazione.....	182
20.1	La ricerca biomedica ed organizzativa per l'innovazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.....	182
20.2	La gestione efficace delle tecnologie sanitarie	183
20.3	Le innovazioni tecnologiche.....	185
20.4	Il Comitato Regionale di Bioetica	196
21.	Le risorse	198
21.1	La programmazione degli investimenti.....	198
22	L'Attuazione del Piano	203
22.1	Misurabilità e trasparenza: monitoraggio e valutazione	203
22.2	L'Audit civico e l'apporto del volontariato	203

L'eccellente normalità come obiettivo

La salute è una condizione di cui si ha un'esperienza quasi inconsapevole. La malattia ne rivela la fragilità e l'importanza.

Lo stesso può dirsi della normalità: un concetto che si definisce per privazione. Possiamo definire la normalità, infatti, solo quando ne avvertiamo l'assenza.

E, nell'assenza della normalità, si rende evidente anche l'assenza della norma, delle regole della convivenza civile, per cui il diritto alla salute è violato dal venir meno – insieme alla normalità – anche del principio di responsabilità, del rigore nell'applicazione del metodo, delle risposte dovute a chi può e deve essere curato, delle regole che rendono normali.

L'eccellente normalità è il ripristino di queste condizioni: responsabilità, rigore, risposte, regole.

Una ricetta non impossibile, come non impossibile è stato evitare il commissariamento della Regione Sicilia paventato dalla difficoltà a colmare la voragine dei conti della sanità siciliana.

Ora è il tempo della rifondazione, di dare nuove gambe a quelle idee di salute, di assistenza, di ricerca che sono state proprie di intere generazioni di medici e operatori che in scienza e coscienza hanno fatto il loro dovere.

E' il tempo di pianificare nuove basi per rispondere alla domanda di salute, dare migliori condizioni di lavoro agli operatori, riallineare la Sicilia a standard nazionali, restituire alla parola responsabilità un significato più nobile per tutti gli operatori chiamati a contribuire, ognuno nelle proprie funzioni, al governo del bene comune e alla sua tutela: l'abilità di dare risposte.

Ecco perchè può essere eccellente la semplice normalità.

*L'Assessore Regionale della Salute
Dott. Massimo Russo*

***Il Piano Sanitario Regionale
“Piano della Salute”***

2011-2013

Coordinamento del Piano Sanitario

Il Dirigente Generale
Dipartimento Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico
Dr. ssa Lucia Borsellino

Il Dirigente dell'Area Interdipartimentale 2
Dipartimento Pianificazione Strategica
Dr. ssa Maria Grazia Furnari

Introduzione

Quadro normativo-programmatico

Il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2011-2013 giunge a seguito della legge 14 aprile 2009 n. 5 recante “*Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale*” che ha posto le basi per la riforma dell’assetto organizzativo e di governo del proprio sistema.

La legge 5/09 rappresenta una ulteriore evoluzione anche rispetto alle misure assunte dalla Regione nell’ambito del “Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009” c.d. “Piano di rientro”. Essa costituisce, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione in quanto incide sull’assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell’offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

L’azione di governo regionale, delineata dalla legge di riforma, si articola lungo le seguenti linee di intervento:

- il progressivo spostamento dell’offerta sanitaria dall’ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzato attraverso l’accorpamento e la rifunionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;
- la riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- il progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l’introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell’operato delle aziende;
- l’attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell’informatizzazione dei flussi.

In termini programmatici la legge stabilisce che l’assegnazione delle risorse delle aziende deve essere pilotata dalla individuazione degli obiettivi di attività, volumi e qualità delle prestazioni determinate dal livello di fabbisogno territoriale, inserendo i presupposti necessari ad attuare una sinergia virtuosa tra l’attribuzione degli obiettivi, l’assegnazione delle risorse e una puntuale verifica dei risultati.

In particolare la legge definisce:

- la nuova articolazione dell’assetto organizzativo del sistema sanitario prevedendo la costituzione di 17 nuove aziende sanitarie che subentrano alle sopresse 29;
- i distretti ospedalieri (20 in tutta la Sicilia) e i distretti sanitari in numero coincidente con gli ambiti territoriali dei distretti socio sanitari che erogano le prestazioni in materia di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria;
- la creazione di due Bacini territoriali, per ottimizzare gli acquisti di beni e servizi, per il coordinamento delle funzioni e dei servizi a livello interaziendale e per lo sviluppo di progetti comuni;
- i termini della riorganizzazione strutturale e funzionale della rete dell’emergenza-urgenza sanitaria, articolata in quattro centrali operative che coordinano il servizio attraverso nove unità periferiche (una per provincia) e le modalità di affidamento delle attività di trasporto;
- l’indicazione degli atti e delle procedure, dei tempi di vigilanza e controllo che possono essere esercitati dall’Assessorato sulle aziende al fine di assicurare il monitoraggio dei dati economico-gestionali;
- attività di verifica e controllo sulla corrispondenza tra i risultati raggiunti dalle aziende e quelli fissati negli atti di programmazione locale;
- un sistema di controllo di gestione delle aziende che assicuri la verifica dell’appropriatezza, l’adeguatezza e la qualità delle prestazioni, idonei tassi di utilizzo dei posti letto e delle dotazioni tecnologiche, l’accoglienza delle strutture e l’accessibilità dei servizi e l’attivazione di procedure per il governo del rischio clinico;
- le condizioni e le modalità in base alle quali si stabiliscono gli accordi e i contratti con gli erogatori privati: i rapporti con le strutture private vengono subordinate ai vincoli derivanti dalla programmazione economico finanziaria (tetti di spesa), agli esiti delle verifiche su qualità e appropriatezza, ai vincoli di determinazione dell’effettivo fabbisogno di prestazioni e vengono introdotti meccanismi di remunerazione per le strutture capaci di assistere pazienti provenienti da altre regioni;
- l’individuazione della destinazione delle risorse finanziarie disponibili per il SSR;
- il divieto di esternalizzazione delle funzioni da parte delle Aziende sanitarie.

Un ulteriore presupposto normativo su cui si fonda il presente Piano, è riconducibile ad alcuni principi contenuti nella legge 5 maggio 2009 n. 42 recante “*Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione*

dell'articolo 119 della Costituzione". Principio di base della citata legge è il "superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio di spesa storica a favore del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'art. 117 secondo comma lettera m) della Costituzione".

Il Piano della Salute interviene quindi ad armonizzare e rendere coerente la programmazione regionale alle indicazioni programmatiche riferite al quadro normativo nazionale e regionale, attuando in tal modo i principi ispiratori della delega legislativa con particolare riferimento alla garanzia dei LEA.

In tale contesto assume rilevanza il problema della allocazione delle risorse finanziarie che trova, come descritto nei paragrafi successivi, nel nuovo Patto per la Salute i criteri e le regole per il governo dei livelli di spesa basati su indicatori standard di efficienza ed appropriatezza.

Dal Piano di rientro al Piano Regionale della Salute: dal contenimento della spesa alla riqualificazione dell'assistenza

Con l'Accordo sottoscritto il 31 luglio 2007 tra il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze per l'approvazione del Piano di contenimento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2007/2009 c.d. "Piano di rientro", la Regione Siciliana ha intrapreso un percorso per il risanamento dal deficit, con l'introduzione di un sistema di misure prevalentemente orientate alla riduzione dei costi ed alla razionalizzazione delle risorse, che ha consentito di contenere la spesa entro livelli definiti.

Con il Piano di rientro si è inteso, quindi, sviluppare una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, prevedendo non solo un forte controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza ed inappropriatezza costituenti pesanti vincoli per il Sistema Sanitario Regionale (SSR), attraverso opportuni interventi organizzativi e gestionali.

A fronte dell'attribuzione del maggior finanziamento da parte del Governo, la Regione Siciliana nel Piano di rientro ha assunto rilevanti impegni, dettagliatamente individuati nei singoli interventi in cui si articolano gli obiettivi prioritari del Piano stesso per il triennio 2007/2009, fondamentali per dare luogo ad un processo virtuoso di riequilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
A- Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	A.1 – Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata
B – Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	B.1 – Assistenza specialistica B.2– Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa B.3 – Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale B.4–Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base
C – Riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell'attività ad alto rischio di inappropriatezza e il minor ricorso alla mobilità interregionale	C.1 – Revisione della rete ospedaliera C.2 – Riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriatezza C.3 – Riduzione della mobilità sanitaria C.4 Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime C.5 Riduzione del numero delle aziende ospedaliere
D – Altre misure di contenimento dei costi	D.1 – Interventi sul costo del personale e costi assimilati D.2 – Interventi sui costi dei beni e servizi
E – Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	E.1 - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13% E.2 - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3% E.3 - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso-settore pubblico E.4 - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private E.5 - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004
	F.1- Monitoraggio della spesa sanitaria tramite flussi informativi da Portale Sistema TS
G- Potenziamento della struttura amministrativa regionale	G.1 Adempimenti correlati all'attuazione del Piano di Contenimento e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale nel periodo anni 2007/2009 e all'implementazione di corrette procedure contabili
H – Programmi di sviluppo SSR	H.1- Interventi a sostegno del SSR

Il conseguimento di tali obiettivi ha posto la Regione Siciliana nelle condizioni di intervenire sui meccanismi che finora hanno esercitato un impatto determinante sulla spesa sanitaria, attraverso la corretta allocazione delle

risorse destinate alle diverse forme di assistenza così avviando, opportunamente, la modificazione anche del sistema di offerta sanitaria secondo le seguenti linee di priorità:

- analisi del processo assistenziale e dei corrispondenti fabbisogni quale base per la riprogettazione dell'offerta improntata alla razionalità, all'efficacia, all'efficienza e all'economicità,
- spostamento graduale delle risorse economiche attualmente utilizzate dall'assistenza ospedaliera per acuti verso diverse tipologie di assistenza sanitaria territoriale più appropriate e meno costose, con particolare riferimento al potenziamento dell'attività di prevenzione, all'implementazione dell'attività domiciliare nella forma integrata e di riabilitazione sia ospedaliera che territoriale, dell'assistenza residenziale per lungodegenti e di quella specialistica;
- riorganizzazione-riqualificazione del sistema privato di erogazione dei servizi sanitari sulla base di criteri che garantiscano prestazioni qualitativamente elevate, appropriate ed efficaci;
- responsabilizzazione dei vertici aziendali a partire dai direttori generali delle aziende.

Il percorso di realizzazione degli obiettivi del Piano di rientro, come accennato in premessa, ha ricevuto una svolta significativa con l'emanazione della legge 5/09 di riordino del Servizio Sanitario Regionale.

Infatti, la nuova articolazione voluta dal Legislatore, oltre a rispondere a fondamentali obiettivi di efficacia del sistema, contribuisce a migliorarne l'efficienza e ad ottimizzare le risorse.

Sul piano operativo, le azioni programmate hanno predisposto le condizioni, attraverso la definizione di un "business plan" delle attività, per la realizzazione del nuovo assetto sanitario regionale delineato dalla riforma e, contestualmente, per il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, con le sole risorse del Fondo sanitario, nei termini previsti dal Piano di rientro.

Lo stato di realizzazione degli obiettivi di Piano deve, ad oggi, i propri effetti agli interventi maggiormente orientati ad incidere in modo strutturale sulle cause del disavanzo e che vengono di seguito richiamati.

Si fa riferimento, in particolare, ai provvedimenti di riordino e di riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale con i quali è stato definito l'assetto della nuova rete ospedaliera e territoriale delle Aziende, determinando il fabbisogno di posti letto per acuti nella misura stabilita per ciascuna azienda e dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza nelle misure previste per provincia.

Nell'ambito degli interventi volti allo spostamento delle risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, si annovera l'organizzazione della rete regionale di assistenza palliativa, finalizzata all'armonizzazione dell'attività sanitaria dei centri residenziali di cure palliative *hospice* all'interno della rete di assistenza territoriale, definendo anche il fabbisogno dei posti letto degli stessi centri ed introducendo specifici valori tariffari delle prestazioni erogate sia in regime residenziale che domiciliare.

E' stato portato a compimento il percorso finalizzato alla riqualificazione della medicina di laboratorio con la definizione del piano regionale di riorganizzazione della rete laboratoristica sia nel settore pubblico che privato, con l'obiettivo prevalente dell'innalzamento dei livelli di qualità delle prestazioni.

Costituisce inoltre parte rilevante del processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsto nel Piano di rientro, l'avviata riorganizzazione strutturale dei servizi territoriali dell'emergenza e urgenza consistente nella ristrutturazione della rete sia in ambito territoriale che ospedaliero nonché nella revisione dell'attività e nella messa a punto di un sistema di verifica di qualità secondo le logiche di *clinical governance*.

Sono stati ridefiniti i rapporti con le strutture private stabilendo condizioni e modalità per gli accordi e i contratti con le strutture stesse, vincolandoli alla determinazione dell'effettivo fabbisogno di prestazioni rapportato alla disponibilità di risorse (tetti di spesa).

In materia farmaceutica i provvedimenti adottati (implementazione della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo inclusi nel PHT e del primo ciclo terapeutico post dimissione, adozione di misure orientate all'impiego dei farmaci non più coperti da brevetto, introduzione di parametri di consumo per particolari categorie di farmaci a maggiore impatto, applicazione di prezzi di riferimento regionale e mantenimento del sistema di compartecipazione, nonché l'introduzione di procedura di gara su base regionale) hanno consentito un forte governo di tale livello assistenziale prevalentemente in termini di contenimento della spesa entro i tetti di spesa programmati dal Piano di Rientro.

Al fine altresì di perseguire l'obiettivo del miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, la Regione ha introdotto nuove tariffe per le prestazioni ambulatoriali come ad esempio quelle relative a prestazioni di radioterapia innovativa, nonché la nuova modalità assistenziale del *Day Service* finalizzata ad indirizzare verso il regime ambulatoriale prestazioni che, non trovando risposta nel tariffario regionale, sono impropriamente effettuate in regime di ricovero.

La Regione si è anche dotata di strumenti per il governo di settori specifici attraverso, ad esempio, nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale, l'istituzione del Registro Regionale di Nefrologia, Dialisi e Trapianto e la definizione di un piano operativo nel settore inteso a promuovere relazioni funzionali pubblico/privato idonee ad assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione ospedale-territorio.

E' stata inoltre regolamentata la fornitura di alcune prestazioni di assistenza sanitaria integrativa per persone con particolari stati patologici severi cronici rientranti nei programmi di cure domiciliari, riconducendo tali prestazioni nell'ambito dei LEA in ottemperanza al DPCM 29 novembre 2001.

Nel contesto degli interventi finalizzati a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza, si colloca, nella fase di passaggio dal Piano di rientro al Piano della Salute, anche la definizione del Piano Sangue e Plasma 2010-2012 e la rifunionalizzazione della rete trasfusionale, ponendosi tra gli atti di programmazione coerenti con le innovazioni introdotte dalla L.R. n.5/09.

Il Programma Operativo Regionale 2010-2012

Il decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78 recante “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica” prevede all’art.11 comma1, così come convertito dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, che: *“le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro per le quali, non viene verificato positivamente in sede di verifica annuale e finale il raggiungimento al 31 dicembre 2009 degli obiettivi strutturali del Piano di Rientro e non sussistono le condizioni di cui all’art.2 commi 77 e 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191, avendo garantito l’equilibrio economico nel settore sanitario non essendo state sottoposte a commissariamento, possono chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro per una durata non superiore al triennio ai fini del completamento dello stesso secondo programmi operativi nei termini indicati nel Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012 del 3 dicembre 2009 e all’art.2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191.”*

La prosecuzione e il completamento del Piano di Rientro sono condizioni per l’attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie in termini di competenza e di cassa, già previste dalla legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del Piano – ancorchè anticipate ai sensi dell’art.1, comma 2, del decreto – legge 7 ottobre 2008 n.154, convertito, con modificazioni dalla legge 4 dicembre 2008, n.189 art.6.bis del decreto – legge 29 novembre 2008, n.185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n.2 – in mancanza delle quali vengono rideterminati i risultati d’esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono.

L’Accordo tra il Ministero della della Salute, il Ministero dell’Economia e delle Finanze e la Regione Siciliana per l’approvazione del Piano di contenimento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2007/2009 (c.d. Piano di Rientro), è stato sottoscritto il 31 luglio 2007.

Con tale strumento, la Regione Siciliana ha avviato un percorso per il risanamento del sistema con il quale si è inteso sviluppare una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, assicurando l’erogazione dei LEA e prevedendo non solo un forte controllo dell’andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza e inappropriatezza attraverso adempimenti organizzativi e gestionali.

In particolare il Piano prevedeva azioni combinate tra loro, volte ad assicurare, da un lato, economie strutturali sul sistema sanitario siciliano, dall’altro, attraverso investimenti mirati, a riqualificare l’assistenza sanitaria verso forme di attività sanitarie più appropriate e meno costose.

Gli obiettivi generali del Piano prevedevano una riduzione consistente dell’assistenza sanitaria ospedaliera per acuti e, contestualmente, un potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale con particolare riferimento alla riorganizzazione delle cure primarie e della diagnostica di laboratorio, alle cure domiciliari, alla riabilitazione sia ospedaliera che territoriale, all’assistenza residenziale e semiresidenziale.

Viste le risultanze conseguenti alle verifiche trimestrali effettuate dal Tavolo Tecnico Ministeriale congiunto per la verifica degli adempimenti regionali del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico, ai sensi dell’articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311 di cui al verbale conclusivo dell’ultima riunione del 23 marzo 2010, la Regione Siciliana ha colto l’opportunità di avvalersi di un Programma Operativo per gli anni 2010-2012 con cui completare il processo di contenimento e riqualificazione intrapreso con il precedente Piano di Rientro secondo gli interventi e le azioni in esso contenuti.

Il Programma Operativo 2010-2012, approvato con Delibera di Giunta n. 497 del 30 dicembre 2010, è stato reso esecutivo con Decreto dell’Assessore della Salute n. 3254 del 30 dicembre 2010.

Nel contesto delle azioni delineate nel Piano di rientro e dei correlati interventi di riordino del sistema scaturenti dalla legge di riforma che trovano espressione, in continuità, nel Programma Operativo Regionale 2010-2012, si pone la definizione del nuovo Piano Regionale della Salute per la crescita qualitativa del sistema e dei livelli di assistenza, la cui attuazione nel triennio 2011-2013, deve rispondere, nella individuazione degli obiettivi e delle sue linee di intervento, al principio di coerenza con le strategie del Piano Sanitario Nazionale, del nuovo Patto per la Salute e di tutti gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

In tal senso, il Piano della Salute, intendendo assolvere all’impegno assunto con il Piano di rientro e, in prosecuzione dello stesso, del Programma Operativo Regionale 2010-2012 e quindi alle disposizioni innovative della stessa legge di riforma, non può prescindere dalla conoscenza di situazioni, dati e condizioni che, come evidenziati nell’analisi di contesto di cui alla specifica sezione del presente Piano, costituiscono la premessa per individuare le azioni più adeguate in risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Al contempo, il soddisfacimento dei bisogni di salute deve essere garantito nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei criteri e delle regole per il governo dei livelli di spesa basati su indicatori standard di efficienza ed appropriatezza, ponendosi – l’equilibrio economico-finanziario- quale condizione ineludibile per la sostenibilità del sistema anche alla luce degli obblighi scaturenti dall’Intesa sul nuovo Patto per la Salute per il triennio 2010-2012.

I collegamenti con altri livelli di programmazione: il Patto per la Salute

L’Intesa raggiunta il 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome con la sottoscrizione del Patto per la Salute, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 consentirà una maggiore sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2010-2012 e, al contempo, una migliore programmazione regionale.

Sulla base del nuovo Patto, con il quale vengono stabilite regole e fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli previsti dal Patto Europeo di stabilità e Crescita, la Regione Siciliana è chiamata tra l'altro, con le altre regioni e province autonome, a confrontarsi su indicatori standard di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse. Nello specifico, gli indirizzi di programmazione del nuovo Patto per la salute si rivolgono a settori strategici in cui operare al fine di qualificare il servizio sanitario regionale e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e nel contempo un maggiore controllo della spesa.

In particolare, le aree di maggiore interesse indicate dal Patto sono:

- a) riorganizzazione della rete regionale di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta ivi compresa l'assistenza residenziale e domiciliare ai pazienti anziani e ai soggetti non autosufficienti;
- h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i) rilancio delle attività di prevenzione.

Il presente Piano, quindi, fa propri i contenuti del nuovo Patto per la Salute con gli indicatori e standard per le suddette aree di interesse strategico definite dallo stesso Patto, cui dovranno essere informati i conseguenti provvedimenti di programmazione e di attuazione, a garanzia dei LEA e per il conseguimento di maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e organizzazione dei servizi e nella gestione delle risorse.

Il Piano Regionale della Salute: principi ispiratori

Il Piano Regionale della Salute tiene conto di alcuni principi di fondo quali: l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, il pluralismo erogativo da parte di strutture pubbliche e private accreditate e l'equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per tutti i cittadini comprese le fasce più vulnerabili.

Tali principi, tuttavia, non possono prescindere dall'appropriatezza, intesa sia in senso strettamente clinico, che nella accezione di "erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse".

Sulla base di questi presupposti, il Piano Regionale della Salute pone il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona.

Il Piano, quindi, mira da un lato alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

E' in questa prospettiva organizzativa e gestionale che va ad inserirsi un processo culturale fondato sull'appropriatezza dell'assistenza, traducibile -in termini di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio- in un cambiamento di orientamento ed investimento strategico aziendale a cura dei vertici aziendali, destinato allo sviluppo di appropriati strumenti gestionali finalizzati alla realizzazione/implementazione di opportune attività assistenziali.

Il processo di riqualificazione dell'assistenza richiede, inoltre, un lavoro in rete: lavorare in una logica di sistema significa far sì che gli operatori della sanità, come quelli del sociale, possano comunicare tra di loro, condividere obiettivi e progetti collettivi ed assicurare in maniera integrata la continuità dell'assistenza.

Infatti, è attraverso le Reti che possono essere offerte risposte alle esigenze di superamento della compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria, e cioè la frammentarietà dell'assistenza, fornendo:

- al cittadino maggiori garanzie di efficacia e di continuità per la gestione del suo problema di salute;
- al sistema garanzie ponderate di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse.
- ai professionisti garanzie di sviluppo di competenze distintive appropriate e coerenti con le funzioni svolte.

Contestualmente, occorre la creazione di un punto unico per bacino territoriale di accesso alla rete dei servizi territoriali, che sia in grado di offrire non solo l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete stessa e la semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, ma anche una risposta globale che includa la valutazione multidisciplinare dei bisogni e la formulazione di un piano personalizzato di assistenza.

Il percorso fin qui tracciato, che introduce elementi innovativi conformati ai più recenti indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale, rappresenta la risposta coraggiosa e coerente per un accettabile riequilibrio tra l'universo dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini e le risorse disponibili intendendo, così, sostenere una sanità non considerabile solo come un costo ma soprattutto come un investimento diretto al miglioramento della qualità della vita delle persone, a beneficio di tutta la società.

Con il presente Piano la Regione assume inoltre l'impegno di accompagnare gli interventi mirati al perseguimento degli obiettivi di salute, attraverso una puntuale verifica e validazione dei risultati via via conseguiti, sia in termini di efficienza ed efficacia che di compatibilità economica.

Esso si pone come lo strumento attraverso il quale fornire ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR sufficienti elementi per programmare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria secondo obiettivi, criteri, parametri e

modelli che consentano una rimodulazione dei rispettivi ambiti gestionali ed organizzativi, puntando alla riqualificazione della rete dell'offerta a partire dal potenziamento del territorio, alla riorganizzazione degli ospedali e all'avvio dell'assistenza sociosanitaria in forma integrata, quale nuova modalità operativa da porre a sistema.

L'attuazione del Piano deve trovare espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati in sede contrattuale ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, che costituiranno, pertanto, elemento condizionante la valutazione della loro operatività anche ai fini della permanenza nell'incarico.

I prospettati cambiamenti di contesto vogliono indurre a porre tutti gli operatori della sanità della Regione ad operare scelte di efficienza che pongano attenzione ad evitare gli sprechi, a valorizzare performance professionali qualitativamente elevate e mettano la persona e la tutela della sua salute al centro del sistema.

Il presente Piano si propone, quindi, nel triennio 2011-2013, come strumento strategico flessibile di programmazione degli interventi da implementare in modo attivo e dinamico, prevedendone un sistematico aggiornamento con i correlati provvedimenti attuativi. Il Piano, infatti, contempla per quanto riguarda le risposte assistenziali in genere e gli ambiti specialistici, le principali linee di intervento riconducibili ad un modello di assistenza in rete rinviando a successivi approfondimenti, per le singole reti, la definizione di dettaglio organizzativo-strutturale delle stesse con il contributo tecnico di esperti delle Aziende sanitarie e delle Società scientifiche.

Le politiche sociosanitarie

Negli ultimi anni si sono affermati sul territorio nazionale mutamenti e nuove dinamiche nel contesto epidemiologico e sociale che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali.

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza.

Costituiscono pertanto una priorità strategica della programmazione regionale e del presente Piano, le politiche di integrazione socio-sanitaria quale presupposto indispensabile per superare prassi settoriali ed integrare competenze e servizi diversi, allo scopo di assicurare l'unitarietà e la globalità degli interventi che si connotano per la duplice valenza sociale e sanitaria.

L'integrazione sociosanitaria, come definita dal D.L.vo n. 229/99, riguarda "...tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Con D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza" sono stati definiti, tra l'altro, all'allegato 1C "Area integrazione socio-sanitaria", i Livelli Essenziali di Assistenza di competenza del Servizio Sanitario Regionale relativi all'area della integrazione socio-sanitaria indicando le tipologie di prestazioni nelle quali la componente sanitaria non è immediatamente distinguibile dalla componente sociale e per la sostenibilità delle quali viene indicata una misura partecipativa.

In coerenza con il contesto normativo nazionale, anche la legge regionale 14 aprile 2009 n.5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale", nel suo precipuo mandato di riformare il "sistema", nel suo precipuo scopo di riformare il "sistema", chiamando la Regione a dar luogo a interventi di politica di integrazione sociosanitaria attestati a criteri di concertazione degli indirizzi e delle strategie, ha pienamente assunto il superamento della visione dicotomica esistente degli interventi sanitari e sociali, prevedendo l'azione congiunta tra i diversi rami dell'amministrazione coinvolti nella programmazione del settore.

La l.r. n.5/09 ha, a tal fine, definito la coincidenza territoriale dei distretti sanitari con i distretti sociali nel numero di 55, individuati quali ambiti ove agire e sviluppare tutte le azioni in favore delle politiche sociosanitarie a partire anche dalla programmazione dei Piani di Zona, quali strumenti di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati tra servizi sociali e sanitari, in osservanza della legge 328/00, realizzando la condivisione di programmi, strumenti, metodologie, risorse sulla base di linee guida regionali delle politiche sociali e delle politiche sanitarie da adottarsi con apposito documento di programmazione congiunta del sistema locale dei servizi integrati sul territorio, secondo quanto previsto dall'art.12, comma 7 della l.r.5/2009, allo scopo di fissare gli indirizzi operativi finalizzati ad assicurare le opportune integrazioni tra servizi sanitari e servizi sociali con specifico riferimento agli interventi in favore dei soggetti fragili.

L'articolo 19 della L. 328/2000, richiama inoltre la necessità di coerenza tra la programmazione sociale e quella sanitaria all'interno dei Piani di Zona, procedendo alla costruzione dei "sistemi locali di intervento" basati sulla complementarità degli interventi sanitari e sociali sul coordinamento nel territorio delle attività di enti ed organismi che hanno competenze o realizzano iniziative in questi settori.

In tale direzione volge la riforma dell'Amministrazione regionale con l'istituzione, nel 2010, dell'Ufficio speciale per l'integrazione sociosanitaria, nella prospettiva di rendere operativo un coordinamento permanente tra le strutture intermedie in cui sono articolati i Dipartimenti, rispettivamente, degli Assessorati regionali della salute e della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro con competenze rilevanti in proposito, ed attivare quanto necessario per implementare nel territorio della Regione un percorso che, nell'ambito del complesso assetto di

competenze tra attori del Sistema sanitario e attori del Sistema dei servizi sociali, individuando un unico indirizzo di programmazione sociosanitaria.

Coerentemente è intervenuta anche la legge regionale n.1 del 2010 “Istituzione delle Unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale” con la quale le Aziende sanitarie della Regione sono tenute ad istituire, nell’ambito della propria organizzazione, le specifiche Unità Operative quali strutture di staff, deputate a concorrere alla programmazione ed alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

Con apposito provvedimento assessoriale saranno disciplinate le modalità di funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti e l’articolazione delle stesse e del servizio sociale professionale.

Il presente Piano intende, pertanto, valorizzare un percorso condiviso che ponga le condizioni per dare risposta, in una logica di integrazione a vari livelli, istituzionale, gestionale e professionale, ai bisogni molteplici e complessi dei cittadini promuovendo tutti gli strumenti finalizzati all’attuazione di una governance unitaria nel settore sociosanitario con prevalente riferimento agli ambiti laddove l’integrazione sociosanitaria assume un valore strategico per un’efficace risposta a bisogni complessi: materno-infantile, immigrati e rom, detenuti, anziani, disabili fisici, psichici e/o sensoriali, persone con dipendenze patologiche, persone con patologie in fase terminale, con infezione da HIV, trapiantati e, più in generale, le fasce deboli della popolazione e le loro famiglie. Tale obiettivo dovrà perseguirsi attraverso gli strumenti normativi, amministrativi e programmatici più adeguati nonché attraverso un riordino delle funzioni degli organismi interessati, ivi compreso l’allargamento delle competenze della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria istituita ai sensi della l.r. 10/09.

L’Assistenza Religiosa

Coerentemente con i principi ispiratori del presente Piano e in forza degli obiettivi delle “quattro C” di seguito indicati:

- Conferire a tutti gli uomini uguale valore
- Curare con una attenzione integrale di corpo, mente e spirito
- Custodire la dignità umana
- Comprovare affidabilità nel soddisfacimento del bisogno di benessere delle persone.

La Regione intende essere garante di una attività sanitaria qualificata per la tutela del bene salute quale valore irrinunciabile della persona umana. A tal fine, presso le strutture di ricovero e di residenzialità del Servizio Sanitario Regionale deve essere assicurata anche l’assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

L’assistenza religiosa alle persone ricoverate concorre al processo di umanizzazione delle cure, contemplando l’unità profonda dell’essere umano nell’interazione di tutte le sue componenti fisiche, affettive, intellettuali, e spirituali.

E’ fatto obbligo, quindi, a tutte le strutture di ricovero di assicurare l’assistenza religiosa, per l’esercizio delle pratiche di culto dei degenti, secondo quanto stabilito dalla deliberazione 30 aprile 2001, n. 194 “Schema di intesa tra l’Assessorato Regionale della Sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana sull’assistenza religiosa” e, allo stesso tempo, garantendo l’assistenza per i pazienti di altre confessioni religiose secondo modalità definite a livello aziendale e/o prevedendo, ove possibile, l’identificazione di luoghi di culto.

Analisi di contesto

1. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana

1.1 Informazioni demografiche, biostatistiche, epidemiologiche e socio-economiche

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione complessiva dei problemi rilevanti di salute della popolazione siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio ed è tratta, con alcuni aggiornamenti, dal profilo di salute completo elaborato dal Dipartimento Attività sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute ("Indagine sul profilo di salute e priorità sanitarie in Sicilia" www.doesicilia.it).

Distribuzione della popolazione

La popolazione regionale residente al 1-1-2009 risulta di 5.037.799 unità, di cui 2.433.605 (48%) uomini e 2.604.194 (52%) donne.

La Regione, la più vasta del Paese (25.711 km²), oltre ad essere la più grande isola del Mediterraneo, comprende anche gli arcipelaghi delle Eolie (o Lipari), delle Egadi e delle Pelagie, nonché dalle isole di Ustica e Pantelleria, realtà che pongono peculiari problematiche sul piano assistenziale per le condizioni di marginalità cui sono relegate.

L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato, specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere anche a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno, verso i centri più grandi. Nei tre principali comuni (Palermo, Catania e Messina) si concentra quindi quasi un quarto della popolazione (1.199.283 abitanti pari al 24% del totale).

La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), per un totale di 390 comuni. La provincia più grande è Palermo che con 1.244.680 abitanti, rappresenta circa un quarto della popolazione totale dell'isola.

La popolazione residente per provincia è presentata nella tabella sottostante.

Popolazione residente al 1.1.2009 e superficie territoriale							
	valori assoluti				distribuzione percentuale		
	numero comuni	popolazione residente	superficie in Km ²	densità ab per Km ²	numero comuni	popolazione residente	superficie in Km ²
Agrigento	43	455.083	3.045	149	11	9,03	11,8
Caltanissetta	22	272.289	2.128	128	6	5,40	8,3
Catania	58	1.084.977	3.552	305	15	21,54	13,8
Enna	20	173.515	2.562	68	5	3,44	10,0
Messina	108	654.601	3.247	202	28	12,99	12,6
Palermo	82	1.244.680	4.992	249	21	24,71	19,4
Ragusa	12	313.901	1.614	194	3	6,23	6,3
Siracusa	21	402.840	2.109	191	5	8,00	8,2
Trapani	24	435.913	2.462	177	6	8,65	9,6
Totale Regione	390	5.037.799	25711	196	100	100	100

In Sicilia, come nelle restanti regioni del Mezzogiorno, si registra una più alta natalità rispetto al resto delle altre regioni italiane tuttavia in costante decremento (nel 2007 il tasso di natalità è stato pari 9,8 per mille abitanti contro la media nazionale di 9,6 nati ogni mille abitanti), mentre il processo di invecchiamento risulta più modesto.

La **speranza di vita** rappresenta un indicatore dello stato sociale sanitario ed ambientale di una popolazione e in Sicilia è tra le più basse del Paese, anche se ha subito un costante incremento nel tempo, specie nell'ultimo decennio.

Nel periodo più recente la speranza di vita alla nascita per la popolazione maschile ha superato i 78 anni e per la componente femminile gli 83 anni ma entrambi i valori sono al di sotto della media nazionale.

Stime per l'anno 2008 di alcuni indicatori demografici		
	Sicilia	Italia
Indice di fecondità	1,4	1,4
Speranza di vita alla nascita maschi	78,2	78,7
Speranza di vita alla nascita femmine	83,2	84,0

Fonte: Annuario statistico italiano 2009

L'indice di dipendenza degli anziani nel 2008 registra un valore più basso in Sicilia (27,6%) rispetto al valore nazionale (30,6%), tuttavia la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione condurranno ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia. I principali indici demografici, provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali, per l'anno 2008 sono riportati in tabella:

	Quote % sul totale		Tassi di vecchiaia	Tassi di dipendenza (%)		
	0-5 anni	75 anni e oltre		Giovani (0-14 anni)	Anziani (>64 anni)	Totale
Sicilia						
2003	6,1	7,7	102,0	25,6	26,2	51,8
2004	6,1	7,9	104,8	25,2	26,4	51,7
2005	6,1	8,1	107,8	24,9	26,8	51,7
2006	6,0	8,4	111,1	24,6	27,3	51,9
2007	6,0	8,6	114,0	24,2	27,5	51,7
2008	6,0	8,8	116,6	23,7	27,6	51,3
Province - 2008						
Agrigento	5,9	9,4	123,2	24,1	29,7	53,8
Caltanissetta	6,3	8,7	110,5	25,6	28,3	53,9
Catania	6,4	8,0	102,0	24,5	25,0	49,6
Enna	5,7	9,9	131,0	24,0	31,4	55,4
Messina	5,1	10,2	148,3	20,6	30,6	51,3
Palermo	6,3	8,4	108,2	24,3	26,3	50,7
Ragusa	6,0	8,8	115,1	24,0	27,6	51,6
Siracusa	5,8	8,2	119,2	22,1	26,4	48,5
Trapani	5,7	9,6	128,5	23,5	30,3	53,8
Ripartizioni - 2008						
Sud-Isole	5,8	8,7	115,6	22,6	26,8	49,4
Nord-Centro	5,5	10,3	158,3	20,6	32,6	53,2
Italia	5,6	9,8	141,1	21,3	30,6	51,9
Italia = 100	107,8	88,2	80,8	113,4	90,0	99,6

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT aggiornati al 31 Dicembre 2008 - <http://demo.istat.it/>

Quanto agli aspetti socio economici che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, la situazione siciliana è la seguente:

Il tasso di occupazione nel 2009 si attesta al 43,5% circa della popolazione di età superiore ai 15 anni ma rimane comunque ben al di sotto della media nazionale del 57,5%.

Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate.

Riassumendo:

- Il particolare contesto orogeografico incide sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari; la vastità del suo territorio e la presenza di arcipelaghi comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione e sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree. Un quarto della popolazione si concentra nei tre principali capoluoghi e quasi la metà nelle Province di Palermo e Catania.
- La progressiva riduzione della natalità e l'allungamento della speranza di vita alla nascita comporta anche in Sicilia il progressivo invecchiamento della popolazione che determina la crescita progressiva dei bisogni assistenziali specie per malattie croniche.

1.2 Quadro nosografico della Regione

1.2.1 Mortalità

I dati riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati di mortalità di fonte ISTAT, per i confronti Sicilia-Italia, e dai dati del Registro Nominativo delle Cause di morte (ReNCaM), per la sola Sicilia per il periodo 2004-2008 e dalla base dati Health For All (HFA) OMS (aggiornamento dicembre 2008).

Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, e' considerato nella letteratura internazionale una misura riassuntiva dello stato di salute di comunità e uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili. Studi recenti mostrano la correlazione tra tasso di mortalità infantile e aspettativa di vita in buona salute (Health Adjusted Life Expectancy: HALE).

Nel 2007, a fronte di un tasso di mortalità infantile in Italia 3,3/ 1000 nati vivi, in Sicilia si registra un tasso di 4,3/1.000 nati vivi, rappresentando uno tra i più alti a livello nazionale. Sebbene in costante diminuzione l'entità della riduzione del tasso del 59% confrontata con il 1990 in Sicilia è vicino al valore di riferimento nazionale (60%). Al momento non sono disponibili dati di riferimento nazionali successivi al periodo in esame.

La mortalità infantile è ascrivibile principalmente alla mortalità che avviene nel primo mese di vita, in Sicilia il tasso di mortalità neonatale 1-29 gg è di 2,8/ 1000 nati vivi vs 1,7/ 1000 nati vivi registrato in Italia.

L'analisi per periodo evidenzia che per la mortalità entro le prime 24 ore di vita si è avuta una riduzione del 68% rispetto al 1990, maggiore rispetto a quella avvenuta a livello nazionale (63%).

La natimortalità è leggermente superiore al valore medio nazionale (3,4 vs 3,2/1000).

Tasso di mortalità infantile (/1000 nati vivi)											
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Riduzione % (1990-2007)
Sicilia	10,5	8,3	6	6,3	6,6	5,1	4,8	5,1	4,1	4,3	59%
Italia	8,2	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,7	3,5	3,3	60%

Elaborazione DASOE su dati HFA- aggiornamento dicembre 2010

Mortalità generale

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti sulla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2006, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause nel sesso femminile risulta più elevato rispetto al valore nazionale (77,7 vs 69,4/10.000).

Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale si riscontrano per il **diabete**, per le malattie del **sistema circolatorio** con particolare riferimento ai **disturbi circolatori dell'encefalo**, e per le malattie dell'**apparato respiratorio** e altre cause in entrambi i sessi.

Tassi di mortalità per cause Sicilia-Italia				
Cause di morte	Tassi stand. per 10.000 Maschi		Tassi stand. per 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori	32,30	38,04	18,09	19,83
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	<i>1,73</i>	<i>2,47</i>	<i>0,81</i>	<i>1,16</i>
<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	<i>3,60</i>	<i>3,88</i>	<i>2,35</i>	<i>2,23</i>
<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	<i>8,17</i>	<i>9,81</i>	<i>1,51</i>	<i>2,04</i>
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	3,05	3,28
Diabete mellito	<u>5,41</u>	3,29	<u>5,35</u>	2,78
Malattie del sistema nervoso	<u>3,59</u>	3,46	2,57	2,71
Malattie del sistema circolatorio	<u>46,50</u>	41,71	<u>35,04</u>	28,74
<i>Infarto del miocardio</i>	<i>7,11</i>	<i>7,32</i>	<i>3,35</i>	<i>3,48</i>
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<i>14,43</i>	<i>10,67</i>	<i>12,53</i>	<i>8,53</i>
Malattie del sistema respiratorio	<u>9,27</u>	8,99	<u>3,64</u>	3,58
Malattie dell'apparato digerente	4,14	4,67	2,58	2,89
Cause accidentali e violente	5,29	5,68	<u>2,62</u>	2,45
Altre cause	<u>9,06</u>	8,21	<u>7,83</u>	6,41
Totale	<u>115,55</u>	114,05	<u>77,70</u>	69,40

Elaborazione DASOE su Fonte ISTAT- Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane (2009).

La distribuzione per numero assoluto e grandi categorie secondo il sistema di classificazione ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostiene insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti negli anni in esame.

Mortalità per grandi gruppi di cause – Sicilia

UOMINI						Donne						
Rango	Grandi Categorie ICD IX	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizz ato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD IX	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizz ato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni
1	MALATTIE DELL' APPARATO CIRCOLATORIO	8998	39,1	371,1	260,2	136754,5	MALATTIE DELL' APPARATO CIRCOLATORIO	10869	47,5	419,5	190	66475,5
2	TUMORI MALIGNI	6691	29,1	275,9	204,7	193732	TUMORI MALIGNI	4809	21,0	185,6	115,5	154630,5
3	MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO	1724	7,5	71,1	48,3	19550,5	MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE	1469	6,4	56,7	28,1	17332
4	MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE	1067	4,6	44	31,3	23606,5	MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO	1057	4,6	40,8	19	9218,5
5	CAUSE ACCIDENTALI	1040	4,5	42,9	36,9	113084	STATI MORBOSI MALDEFINITI	962	4,2	37,1	17	8575
6	MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE	971	4,2	40	30,2	32229	MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE	861	3,8	33,2	17,6	13510
7	STATI MORBOSI MALDEFINITI	660	2,9	27,2	20,4	19464,5	CAUSE ACCIDENTALI	657	2,9	25,3	13,9	22434
8	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	547	2,4	22,6	16	16667,5	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	639	2,8	24,7	12,9	12968,5
9	MALATTIE DELL' APPARATO GENITO-URINARIO	510	2,2	21	14,6	6117,5	MALATTIE DELL' APPARATO GENITO-URINARIO	534	2,3	20,6	9,8	5231,5
10	DISTURBI PSICHICI	287	1,2	11,9	8,3	4767	DISTURBI PSICHICI	462	2,0	17,8	7,8	2545
11	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	156	0,7	6,4	8,7	48365	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	147	0,6	5,7	3,4	4327
12	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	148	0,6	6,1	4,4	4365	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	132	0,6	5,1	7,6	41127,5
13	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMPOIETICI	84	0,4	3,5	2,5	2382	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMPOIETICI	112	0,5	4,3	2,2	2379,5
14	MALATTIE INFETTIVE	81	0,4	3,3	2,7	4113,5	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	81	0,4	3,1	1,8	1840
15	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	34	0,1	1,4	1	832,5	MALATTIE INFETTIVE	77	0,3	3	1,8	2617,5
16	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	14	0,1	0,6	0,4	367,5	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	22	0,1	0,8	0,5	450
17	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0,0	0	0	0	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	3	0,0	0,1	0,2	870
	TUTTE LE CAUSE	23012	100,0	949,00	690,7	626473,5	Tutte le cause	22891	100,0	883,40	449,1	366532

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie nell'ambito delle quali la prima causa di morte in assoluto in entrambi i sessi è costituita dai disturbi circolatori dell'encefalo seguita dalle cardiopatie ischemiche.

Nelle donne tuttavia tra le prime 5 cause emerge il diabete mellito e il tumore della mammella mentre negli uomini i tumori dell'apparato respiratorio, le broncopatie croniche ostruttive ed il diabete.

Mortalità per sottocategorie diagnostiche. Sicilia (prime 10 cause)

Rango	Sottocategorie ICD IX uomini	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %
1	Malattie cerebrovascolari	2911	12,6	Malattie cerebrovascolari	4104	17,9
2	Malattie ischemiche del cuore	2747	11,9	Malattie ischemiche del cuore	2176	9,5
3	T.M. Trachea, bronchi,polmoni	1818	7,9	Ipertensione arteriosa	1625	7,1
4	Malattie polmonari croniche ostruttive	1007	4,4	Diabete mellito	1366	6,0
5	Diabete mellito	972	4,2	T.M. Mammella (femmine)	860	3,8
6	Ipertensione arteriosa	958	4,2	T. M. Colon Retto	655	2,9
7	T.M. Colon Retto	738	3,2	Malattie polmonari croniche ostruttive	458	2,0
8	T.M. Prostata	702	3,1	Accidenti da trasporto	437	1,9
9	Cirrosi epatica	560	2,4	Cirrosi epatica	429	1,9
10	T.M. Vescica	404	1,8	Insufficienza renale cronica	421	1,8
	Tot. (delle prime 10 cause)	12817	55,7	Tot. (delle prime 10 cause)	12531	54,7
	Tutte le cause	23012	100,0	Tutte le cause	22891	100,0

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Mortalità prematura

I dati di mortalità in termini assoluti o di tassi possono fornire una lettura distorta dei problemi più gravi poiché i valori sono molto più elevati negli anziani. L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte.

Sotto tale profilo l'analisi per sottocategorie evidenzia tra le prime cause, oltre alle malattie circolatorie, gli avvelenamenti accidentali (terza causa tra gli uomini), gli incidenti stradali (sesta causa tra gli uomini) il diabete, la cirrosi e tra le cause tumorali le neoplasie maligne della mammella (prima causa di mortalità prematura nelle donne), i tumori della trachea bronchi e polmoni, del sistema nervoso centrale, del colon retto in entrambi i sessi e dell'ovaio e dell'utero nelle donne.

Mortalità prematura Sicilia

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	Malattie ischemiche del cuore	58400	T.M. Mammella (femmine)	37633
2	T.M. Trachea, bronchi,polmoni	56468	Malattie cerebrovascolari	20394
3	Avvelenamenti accidentali	53109	Malattie ischemiche del cuore	18655
4	Malattie cerebrovascolari	28200	T.M. Trachea, bronchi,polmoni	15198
5	Accidenti da trasporto	25236	T.M. Colon Retto	14870
6	Cirrosi epatica	22873	Diabete mellito	12090
7	T.M. Colon Retto	17735	Avvelenamenti accidentali	10211
8	Diabete mellito	15120	T.M. Sistema Nervoso Centrale	9385
9	T.M. Sistema Nervoso Centrale	13566	T.M. Ovaio	9238
10	T.M. Pancreas	11005	T.M. Utero	8960

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Nella tabella successiva sono presentati i tassi standardizzati per grandi gruppi di cause per le nove province della Sicilia.

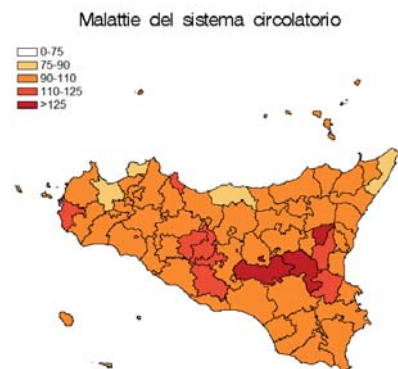
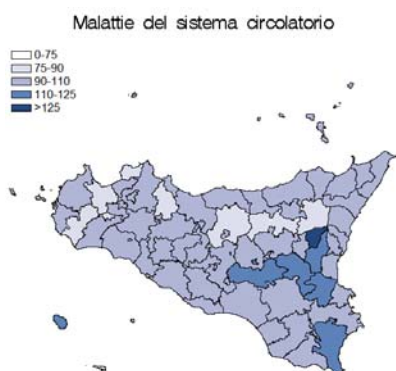
Mortalità per grandi gruppi di cause nelle province siciliane

	Tasso Standardizzato per 100.000																	
	Agrigento		Caltanissetta		Catania		Enna		Messina		Palermo		Ragusa		Siracusa		Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
MALATTIE INFETTIVE	2,1	1,7	3,3	1,1	2,1	1,4	0	0,3	2,6	1,1	3,5	2,3	4,8	4,2	2,7	2,8	2,1	1,1
TUMORI MALIGNI	197,1	107,3	211	110,3	209,6	119,4	187,4	103,8	209	115,1	211,6	121	187,7	113,3	205,9	120,6	192	107,3
TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	2,2	2,1	5,9	5,3	4,9	3,2	0,8	0,5	4,8	4,2	5	3,8	5,8	4,6	1,3	1,2	6,3	3,6
MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	31,9	33,5	25,9	29,8	30,9	26,1	34,9	34,2	29,3	26,4	33,2	27,8	32,6	27,6	26,2	25,1	34,5	29,3
MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	3	2,4	3,7	3	2,2	2	1,6	1,1	3,1	2,8	1,8	1,8	3,7	2,4	1,8	2	2,7	2,2
DISTURBI PSICHICI	9,4	6,5	7,9	8,2	4,5	4,7	7,4	8,5	6,4	5,3	10,9	9,5	9,2	10,7	5	6,5	13,8	13,2
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	15,6	12,2	15,8	15,9	15,8	12,4	7,2	3,7	11,8	11	19,7	15,1	18,9	14,1	15,9	13,8	16,7	13,4
MALATTIE DELL' APPARATO CIRCOLATORIO	259,2	205,3	268,8	206,9	273	198,2	263,6	197,8	253,6	183,4	250,3	178,7	246,2	182	274,9	194,9	259,1	187,6
MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO	55,1	15,1	62,7	18,1	44,4	19	74,1	19,5	48,9	23,5	46,9	19,4	42,9	17,8	44,5	17,8	39,5	16,4
MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE	26,3	15,8	32,3	19,9	32,5	18	31,1	18,2	30,8	15,8	31,2	19	30,2	19	31,5	18,4	23,3	14,3
MALATTIE DELL' APPARATO GENITO-URINARIO	12,2	8,4	13	9	15,7	10,7	16,8	15,1	17	10,1	13,4	8,9	16	10,6	15,6	10,9	12,2	8
COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0	0	0,1	0,1	0,3	0	0	0	0,4	0	0,1	0	0	0	0,1	0	0
MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	0,4	0,5	0,1	0	0,3	0,3	0	0	0,9	1,1	0,4	0,3	1,1	0,6	0,3	0,3	0,1	0,4
MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	1,1	1,6	1,1	2	0,7	1,5	0,8	0,4	0,7	1,7	1,4	2,2	0,7	1,8	0,8	1,6	1,2	1,9
MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	9,3	7,1	7,6	7	9,3	7,6	8	7,4	10,6	10,5	8,4	7,3	7,9	7,6	6,8	6	9,2	7,1
STATI MORBOSI MALDEFINITI	11,6	10,3	30	25,2	25,9	20,7	21,5	16,3	19,2	15,8	22	19,5	11,4	10,4	32	27,5	8,8	5,1
CAUSE ACCIDENTALI	32,8	9,7	39,9	16,7	40,1	13,5	37,4	11,6	34,8	12,8	34	15	43	16,4	34,4	14,1	40,6	15,5
Tutte le cause	669,3	439,6	729,2	478,4	712	459,2	692,6	438,3	683,4	441,1	693,8	451,9	662,1	443,3	699,6	463,3	662,1	426,6

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Mortalità per malattie circolatorie

La mortalità per malattie circolatorie risulta in eccesso rispetto al resto del Paese in entrambe i sessi con una media annua di oltre 20000 decessi. Nel periodo 2004-2008 si evidenziano valori di mortalità più elevati nella provincia di Catania (in entrambi i sessi) e Agrigento (nelle donne).



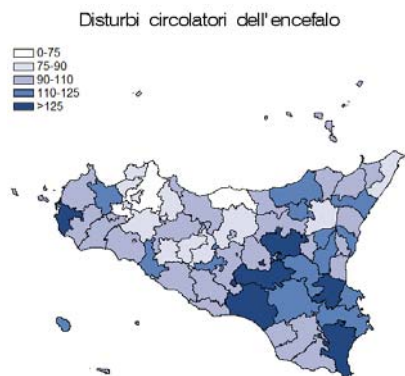
Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini
Donne

Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008)

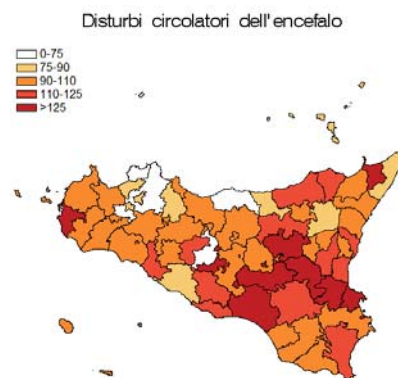
Mortalità per malattie del sistema circolatorio, anni 2004-2008												
	Uomini						Donne					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
Agrigento	879	398	259,2	99,8	96,8	102,7	1.081	458,9	205,3	108,9	106	111,9
Caltanissetta	504	381,6	268,8	103,6	99,6	107,7	600	422	206,9	108,1	104,3	112
Catania	1.813	349,3	273	105,4	103,2	107,6	2.162	389,1	198,2	104,9	103	106,9
Enna	351	419,1	263,6	99,2	94,7	104	415	458,9	197,8	103,8	99,3	108,3
Messina	1.275	404,6	253,6	96,9	94,6	99,3	1.669	489,3	183,4	95,7	93,6	97,8
Palermo	2.018	337,7	250,3	96,1	94,2	98	2.429	377,8	178,7	93,6	91,9	95,3
Ragusa	554	365,9	246,2	95,3	91,8	99	643	410,9	182	97,1	93,8	100,6
Siracusa	742	380,2	274,9	106,7	103,3	110,2	823	404,7	194,9	102,1	99	105,3
Trapani	862	410,6	259,1	99,8	96,9	102,9	1.047	468,9	187,6	99,4	96,7	102,1
SICILIA	8998	371,1	260,2				10869	419,5	190			

Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo

L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari con una media annua di oltre 7000 decessi. Nel periodo 2004-2008 si evidenziano valori di mortalità più elevati nella provincia di Siracusa ed Enna (in entrambi i sessi).



Fonte: ReNcAM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



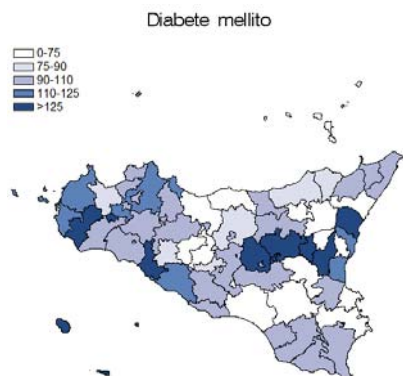
Fonte: ReNcAM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

Disturbi circolatori dell'encefalo, anni 2004-2008												
	Uomini						Donne					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
Agrigento	287	130,1	82	100,1	95	105,5	386	163,7	71,6	103	98,5	107,7
Caltanissetta	177	133,8	90,5	112,4	105,1	120,1	233	163,8	78,1	111,4	105,1	117,9
Catania	606	116,6	89	109,8	105,9	113,7	868	156,2	77,8	111,8	108,5	115,1
Enna	134	160,5	96,5	116,4	107,7	125,5	189	208,4	87,4	124,8	116,9	133
Messina	408	129,4	78,9	95,1	91	99,3	642	188,2	69,1	97,1	93,7	100,5
Palermo	538	90	65	79,4	76,4	82,4	748	116,4	54,7	76,4	74	78,9
Ragusa	188	124	81,6	99,3	93	105,8	258	164,5	71,4	103	97,4	108,7
Siracusa	277	141,8	99,6	123,9	117,4	130,6	353	173,4	80,7	116,1	110,7	121,6
Trapani	298	141,8	86,4	105,8	100,5	111,3	429	192,2	75,1	107,7	103,2	112,3
SICILIA	2911	120,1	81,7				4104	158,4	70,2			

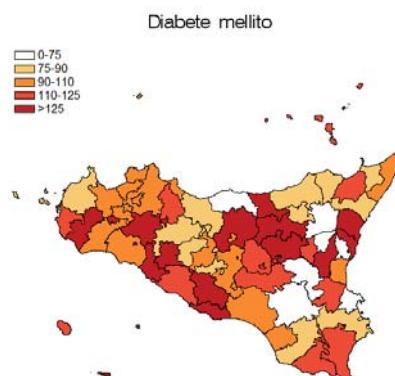
Diabete

In Sicilia si stima che la prevalenza del diabete noto sia circa il 5,8% , secondo valore più alto tra le Regioni Italiane dopo la Calabria (fonte Indagine Multiscopo ISTAT) e la mortalità per tale causa è negli ultimi anni tra le più alte del Paese in entrambe i sessi con oltre 2000 decessi l'anno.

I dati di mortalità del periodo 2004-2008 depongono per un maggior interessamento della parte occidentale dell'isola con valori significativamente in eccesso nelle provincie di Enna e Trapani negli uomini ed in quelle di Enna e Agrigento nelle donne.



Fonte: ReNcAM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



Fonte: ReNcAM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

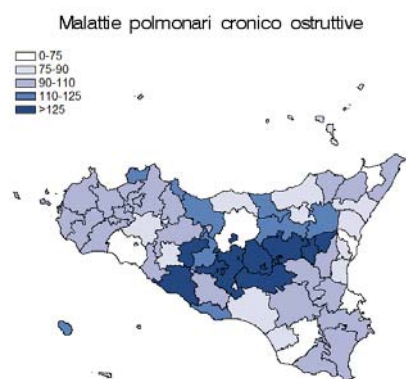
Mortalità per diabete mellito, anni 2004-2008												
	Uomini						Donne					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
Agrigento	101	45,8	30,1	106,4	97,3	116,1	153	64,8	30,8	120,7	112,3	129,6
Caltanissetta	44	33,2	24	82,6	72,1	94,3	72	50,5	25,7	100,7	90,6	111,7
Catania	188	36,2	27,1	100	93,7	106,6	246	44,3	23,8	93,4	88,2	98,8
Enna	47	55,6	34,2	122,3	107,1	139,1	67	74,2	33,4	131,6	117,9	146,5
Messina	129	40,8	25,7	91,3	84,4	98,7	203	59,6	24,2	95,1	89,4	101,2
Palermo	236	39,6	29,2	104,1	98,3	110,2	318	49,5	25,1	97,9	93,1	102,8
Ragusa	64	42,4	27,8	103	92	114,9	83	53	24,6	99,7	90,4	109,8
Siracusa	61	31,4	22,4	81	72,2	90,6	91	44,8	23,1	89,4	81,4	98
Trapani	102	48,7	31,2	110,8	101,4	120,8	133	59,4	26	102,2	94,6	110,3
SICILIA	972	40,1	27,8				1366	52,7	25,5			

Fonte: ReNCaM 2004-2008

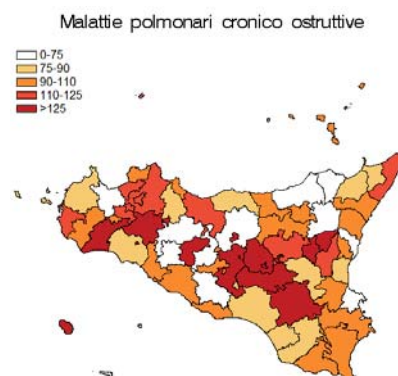
La corretta gestione delle complicanze contribuisce alla riduzione della mortalità ma in Sicilia l'aderenza alle linee guida per il controllo della malattia è da migliorare sensibilmente a livello territoriale (fonte: studio QUADRI (Qualità dell'assistenza nelle regioni Italiane); ISS, 2005). La gestione integrata e territoriale della malattia (disease management) è una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La mortalità per malattie respiratorie risulta in eccesso a livello regionale. In particolare per BPCO si registrano oltre 1400 decessi annui, nel periodo 2004-2008, con prevalente interessamento del genere maschile anche in termini di mortalità prematura (anni di vita persi a 75 anni).



Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

Mortalità per malattie polmonari cronico ostruttive, anni 2004-2008												
	Uomini						Donne					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
Agrigento	109	49,3	30,3	109,5	100,5	119,1	37	15,8	7,3	88,6	76,3	102,3
Caltanissetta	79	59,9	38,8	144,7	130,8	159,7	24	17,2	8,7	103,6	86,1	123,7
Catania	170	32,8	24,6	89,1	83,2	95,3	85	15,4	8,1	97,8	88,8	107,6
Enna	64	76,7	44,6	160,4	143,3	178,9	23	25,6	11	136,9	113,1	164,2
Messina	131	41,6	24,5	88,6	81,9	95,6	71	20,7	8	96,9	87	107,5
Palermo	232	38,9	27,4	99,4	93,7	105,3	117	18,1	8,7	106,7	98,2	115,8
Ragusa	54	35,9	23	83,3	73,7	93,8	26	16,6	7,4	93,1	77,8	110,6
Siracusa	72	36,8	25,7	92,9	83,5	103	31	15,2	7,4	91	77,2	106,5
Trapani	95	45	27,6	97,5	88,9	106,7	44	19,5	7,8	98,8	86,1	112,8
SICILIA	1007	41,5	27,7				458	17,7	8,2			

Fonte: ReNCaM 2004-2008

I dati di mortalità del periodo 2004-2008 depongono per un maggior interessamento della parte centrale dell'isola con valori significativamente in eccesso nella provincia di Enna in entrambi i sessi.

In generale pertanto in merito alla mortalità in Sicilia si evidenzia quanto segue :

- La mortalità infantile, indicatore sintetico dello stato socio-sanitario di comunità, si mantiene tra i più elevati del Paese, anche se in progressiva riduzione.
- La mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale (in particolare nelle donne)
- Il peso di alcune condizioni croniche come le malattie circolatorie (in particolare cerebrovascolari), Diabete e Broncopatie Croniche è particolarmente rilevante in Sicilia e potenzialmente destinato ad un progressivo incremento in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Migrazione sanitaria

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale, così come riportato nelle tabelle successive.

Distribuzione dei Ricoveri in Mobilità Intra Regionale delle Strutture Pubbliche - Anno 2009

		Provincia di Residenza del Paziente										Totale complessivo	Mobilità Attiva Intra Regione
		AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	Fuori Regione		
Provincia di Ricovero	AG	46.661	1.858	72	54	35	844	20	22	1.103	880	51.549	4.888
	CL	5.418	40.842	318	1.305	42	754	150	69	50	833	49.781	8.939
	CT	2.396	7.880	181.907	8.097	4.319	745	3.839	11.310	262	2.809	223.564	41.657
	EN	275	1.672	984	30.760	667	883	21	38	18	510	35.828	5.068
	ME	631	633	7.270	477	108.680	1.192	778	1.547	251	7.085	128.544	19.864
	PA	10.197	2.652	403	598	1.411	149.830	254	183	10.338	1.892	177.758	27.928
	RG	240	1.496	1.610	114	37	67	51.603	3.754	27	804	59.752	8.149
	SR	40	93	1.519	117	103	65	427	49.046	32	648	52.090	3.044
	TP	1.008	30	26	10	40	1.492	7	26	52.789	1.152	56.580	3.791
	Totale	66.866	57.156	194.109	41.532	115.334	155.872	57.099	65.995	64.870	16.613	835.446	
	Mobilità Passiva Intra Regione	20.205	16.314	12.202	10.772	6.654	6.042	5.496	16.949	12.081	16.613		123.328

Distribuzione dei Ricoveri in Mobilità Extra Regione per MDC - Anno 2009

		Provincia di Residenza del Paziente									Totale complessivo
mdc	RAGGRUPPAMENTO	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	523	339	860	152	768	1.021	314	448	592	5.017
2	Malattie e disturbi dell'occhio	297	144	362	86	407	616	174	186	316	2.588
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola	379	197	438	64	393	589	288	240	363	2.951
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	256	149	275	79	369	382	137	170	235	2.052
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	556	398	785	218	874	810	289	444	562	4.936
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	374	228	396	74	599	599	201	258	447	3.176
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	196	122	284	64	349	270	120	138	224	1.767
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo	1.577	788	2.084	446	1.780	2.625	666	978	1.665	12.609
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	193	146	336	53	320	389	160	172	286	2.055
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	377	179	376	66	526	561	174	219	351	2.829
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	423	221	398	75	597	600	253	251	468	3.286
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	150	71	122	26	233	247	76	73	209	1.207
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	182	96	161	37	266	276	148	155	199	1.520
14	Gravidanza, parto e puerperio	141	103	172	41	166	252	85	154	142	1.256
15	Malattie e disturbi del periodo prenatale	56	25	56	9	68	87	26	67	49	443
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	151	103	178	31	166	120	75	103	177	1.104
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	415	333	668	135	921	711	300	364	580	4.427
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche o di sedi non specificate)	51	28	48	12	74	66	23	26	43	371
19	Malattie e disturbi mentali	160	89	257	40	238	241	95	76	158	1.354
20	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	14	6	21	2	21	20	9	9	9	111
21	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	45	27	51	7	86	79	40	25	50	410
22	Ustioni	2		1			5		4	3	15
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	166	167	253	41	234	224	106	123	176	1.490
24	Traumatismi multipli rilevanti	1	2	6	1	3	5	2	1		21
25	Iniezioni da H.I.V.	5	8	5		9	25	8	10	13	83
Pre	DRGs non classificati	31	23	57	11	88	55	22	30	29	346
Totale complessivo		6.721	3.992	8.650	1.770	9.555	10.875	3.791	4.724	7.346	57.424

1.3 Ambiti prioritari di intervento

1.3.1 Tumori

L'epidemiologia dei tumori nel Paese è attraversata da importanti fenomeni che offrono spunti di politica sanitaria; infatti in Italia:

- i dati di *mortalità*, per l'insieme delle sedi, mostrano negli ultimi anni una riduzione meno marcata nel meridione rispetto alle aree del Centro-Nord del Paese.
- i dati d'*incidenza* mostrano un trend in aumento del rischio oncologico nel Sud (che storicamente presentava livelli più bassi) con tendenziale avvicinamento a quello del Nord
- l'aumento costante della *sopravvivenza* evidenzia ancora un accentuato svantaggio nelle regioni del Sud;
- il numero dei casi prevalenti sta progressivamente aumentando sia per l'aumento della speranza di vita alla nascita, con il conseguente aumento del numero di nuovi casi tra gli anziani, sia per la migliore sopravvivenza. Un grande numero di persone con storia oncologica contribuisce quindi all'aumento della domanda sanitaria.
- Le differenze di genere nei trend temporali sono in larga parte riconducibili alla riduzione di incidenza del tumore del polmone tra gli uomini accompagnata da una parallela riduzione della prevalenza dei fumatori nella popolazione maschile a partire dagli anni '70.

Mortalità

Le patologie tumorali, seconda causa di morte anche in Sicilia con un numero medio annuale di 11 mila decessi nel periodo 2004-2008, costituiscono un problema rilevante di salute pubblica in Sicilia specie per le categorie diagnostiche prevenibili con efficaci programmi di diagnosi precoce.

Le cause principali di mortalità tumorale sono rappresentate nell'uomo dal tumore della trachea, bronchi e polmoni (che rappresenta oltre ¼ dei decessi per neoplasia nei maschi) e nella donna dal tumore della mammella. Ai primi posti in entrambi i sessi si evidenziano i tumori del colon retto, del fegato e nell'uomo della prostata.

Il trend degli ultimi anni non esprime ancora l'evidente declino già evidenziatosi in altre aree del centro-nord.

Mortalità proporzionale per tumori (Sicilia, tutte le età)

	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %		Numero di decessi	Mortalità proporzionale %
Uomini			Donne		
T.M. Trachea, bronchi, polmoni	1818	27,2	T.M. Mammella (femmine)	860	17,9
T.M. Colon Retto	738	11,0	T.M. Colon Retto	655	13,6
T.M. Prostata	702	10,5	T.M. Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	470	9,8
T.M. Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	581	8,7	T.M. Trachea, bronchi, polmoni	405	8,4
T.M. Vescica	404	6,0	T.M. Pancreas	316	6,6
T.M. Stomaco	369	5,5	T.M. Utero	270	5,6
T.M. Pancreas	315	4,7	T.M. Stomaco	257	5,3
Leucemie specificate e non	277	4,1	T.M. Ovaio	217	4,5
T.M. Sistema Nervoso Centrale	240	3,6	Tumori maligni dell'utero sede non specificata	213	4,4
Linfomi non Hodgkin	159	2,4	Leucemie specificate e non	210	4,4
TUMORI MALIGNI	6691	100,0	TUMORI MALIGNI	4809	100,0

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Incidenza

In generale il rischio oncologico in Sicilia (e nelle regioni del sud) è stato fino ad ora più basso che nel resto del Paese ma le stime di incidenza degli anni recenti mostrano che le differenze vanno gradatamente riducendosi.

Nell'ultimo decennio, riguardo agli uomini, in Sicilia si evidenzia un graduale incremento di incidenza in entrambe i sessi (a fronte di un calo nelle regioni del Nord negli uomini).

Tasso medio di incidenza per tumori ed alcune specifiche sedi per classe di età 0-84 anni, per sesso (confronto Sicilia/Meridione/Italia anni 1995-2000;2001-2006) (tassi standardizzati/100.000 ab.)

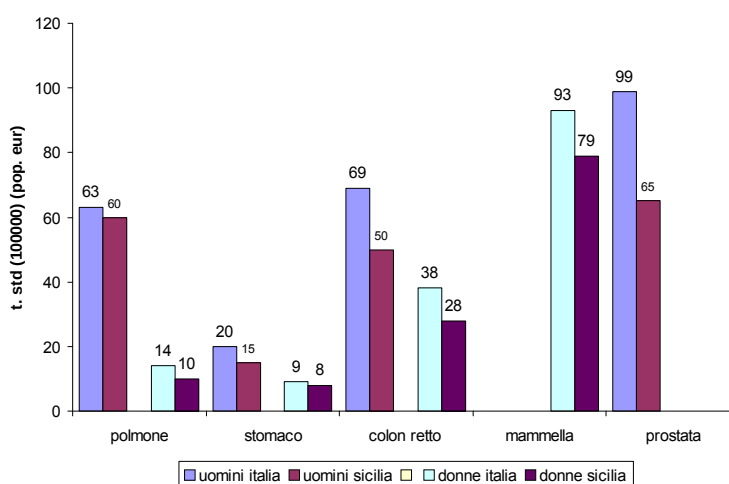
		Uomini		Donne		Totale	
		1995-2000	2001-2006	1995-2000	2001-2006	1995-2000	2001-2006
Tutti i tumori (ICD-9 140-208)	Sicilia	280,3	286,2	189,9	191	229,5	232,9
	Sud	321,6	319,7	208,5	218,4	253,9	262,7
	Italia	373,4	353,5	261	269	308,4	304,5
Tumore Mammella (ICD 9 175)	Sicilia			93,5	99,8		
	Sud			68,9	76,4		
	Italia			91,1	92,6		
Tumore del polmone	Sicilia	65,9	63,1	10,0	10,3	35,3	34,3
	Sud	73,9	68,6	9,5	10,1	38,6	36,7
	Italia	82,9	71,8	13,3	14,0	44,4	40,0
Tumore colon retto (ICD-9 153-4, 159)	Sicilia	39,9	45,8	27,2	27,8	32,8	35,7
	Sud	43,6	50,6	26,9	27,1	34,3	37,6
	Italia	60,2	65,7	37,5	37,9	47,4	50,2

Da Rapporto Osservasalute 2006 – (fonte dei dati : I tumori in Italia (www.tumori.net) anno 2006)

Nell'anno 2008 si stimano in Sicilia circa 16000 nuovi casi (tra 0 e 84 anni) ripartiti per sede come segue:

Stima casi attesi e tassi standardizzati (standard europeo) per 100.000. Età 0-84 . Sicilia (anno 2008)

	Uomini	Donne
	<i>Casi incidenti</i>	
tutte le cause	8987	7004
polmone	1852	395
stomaco	463	301
colon retto	1673	1152
mammella		2624
prostata	2343	



Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD CNESPS ISS; Micheli A, et al. ; Current cancer profiles of the Italian Regions. Tumori 93(4), 2007

Sopravvivenza

La sopravvivenza può considerarsi come una misura diretta dell'efficacia dei sistemi sanitari e delle pratiche di diagnosi e cura ed è in costante aumento per quasi tutti i tumori a seguito del potenziamento della diagnosi precoce e del miglioramento dei trattamenti.

Tuttavia gli andamenti temporali evidenziano forti differenze tra il Sud ed altre aree particolarmente rilevanti per le sedi la cui prognosi è fortemente influenzata dalla diagnosi precoce quali colon retto e mammella.

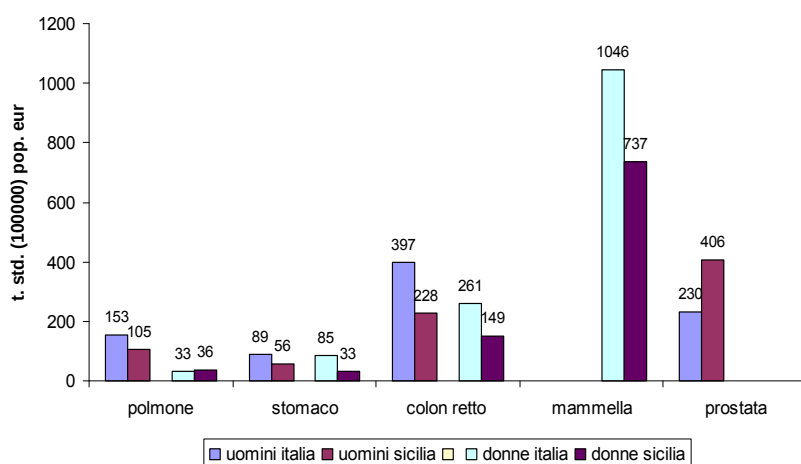
Prevalenza

L'aumento progressivo della sopravvivenza e della speranza di vita alla nascita con il conseguente invecchiamento della popolazione sta comportando quindi anche nella nostra regione un incremento dei casi prevalenti in tutte le province.

Il carico di pazienti oncologici nell'intera regione nell'anno 2008 è stimabile attualmente di poco al di sopra di 90000 pazienti ripartiti per sedi come nella tabella seguente. Da evidenziare la particolare rilevanza dell'impatto del tumore del colon in entrambi i sessi, oltreché della prostata e della mammella.

Stima casi attesi e tassi standardizzati (standard europeo) per 100.000. Et  0-84 . Sicilia (anno 2008)

casi prevalenti	Uomini	Donne
tutte le cause	41141	49564
polmone	3194	1337
stomaco	1711	1250
colon retto	7465	6021
mammella		25132
prostata	8053	



Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD CNESPS ISS; Micheli A, et al. ;Current cancer profiles of the Italian Regions. Tumori 93(4), 2007

La stima di ripartizione provinciale dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti (sotto 85 anni)   riportata nella tabella seguente

Tutti i tumori anno 2008						
	Nuovi casi			Casi prevalenti		
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
AG	814	634	1448	3726	4489	8215
CL	487	380	867	2230	2686	4916
CT	1933	1507	3440	8850	10662	19511
EN	310	242	552	1421	1712	3133
ME	1169	911	2079	5350	6445	11795
PA	2222	1731	3953	10170	12253	22423
RG	557	434	991	2550	3072	5622
SR	716	558	1274	3278	3949	7227
TP	779	607	1386	3566	4296	7862
Sicilia	8987	7004	15991	41141	49564	90705

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD CNESPS ISS; Micheli A, et al. ;Current cancer profiles of the Italian Regions. Tumori 93(4), 2007

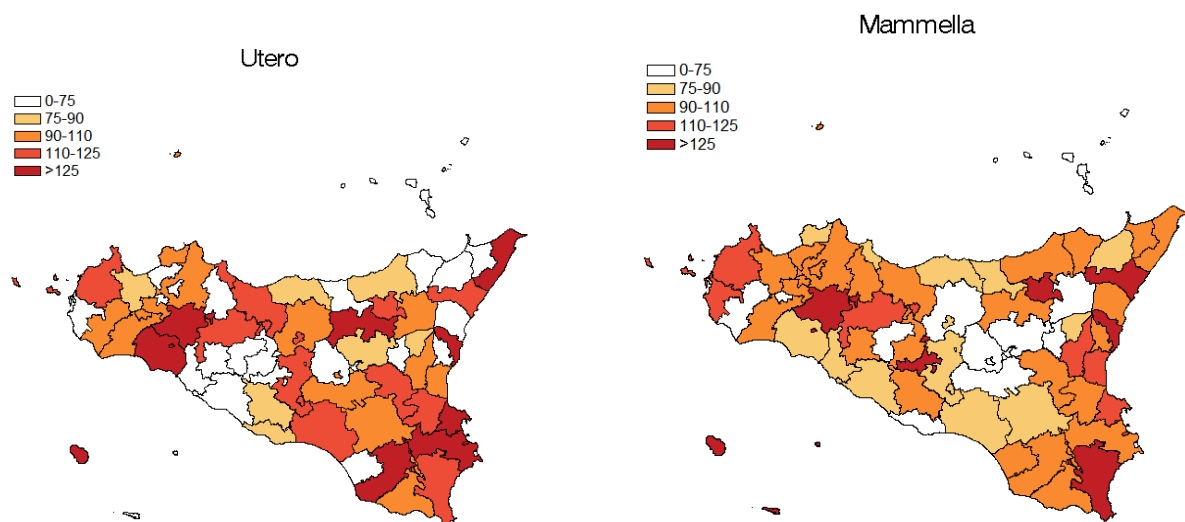
Nel 2008 sono stati ricoverati per tumore 54.293 soggetti residenti in Sicilia, per un totale di 106.284 ricoveri. I tumori pi  frequentemente ricoverati sono quelli del colon-retto, seguiti da polmone, mammella, vescica, leucemie e linfomi, che insieme costituiscono pi  della met  di tutti i ricoveri per tumore.

I tassi di ospedalizzazione (n. di ricoveri/popolazione) crescono con l'et  e sono maggiori nei maschi (tranne che nella fascia 30-54 anni, in cui sono pi  elevati nelle donne).

L'8,5% dei ricoveri avviene fuori Regione, prevalentemente in Lombardia.

Diagnosi precoce oncologica

In Sicilia i tassi di mortalit  per tumore maligno dell'utero, seppure in decremento, rimangono costantemente pi  elevati che nel resto del Paese. Anche le neoplasie della mammella determinano una quota rilevante di decessi nelle donne siciliane, a fronte di una minore incidenza, e rappresentano la prima causa di morte nelle donne in alcune classi d'et . La mortalit  per cancro del colon   in leggero e costante incremento nel decennio in entrambi i sessi.



Fonte: ReNCaM 2004-2006 Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2006) T. M. Utero e T.M. Mammella

I dati di mortalità del triennio 2004-2008 mostrano valori significativamente in eccesso nella provincia di Siracusa per l'utero ed in quella di Catania per la mammella.

Mortalità per tumori dell'utero anni 2004-2008							Mortalità per tumori della mammella anni 2004-2008					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	22	9,3	5,4	86,9	71,3	104,8	71	30	21,3	88,9	79,8	98,6
ASP 2 Caltanissetta	14	9,8	6,6	96,9	75,5	122,4	42	29,7	21,3	91,6	79,7	104,9
ASP 3 Catania	53	9,5	6,3	98	86,5	110,5	188	33,9	24,7	108,8	102	116
ASP 4 Enna	10	10,8	6,4	97,5	72,1	128,9	23	25,9	17,2	73,8	61	88,5
ASP 5 Messina	44	12,8	7,6	109,7	95,6	125,2	127	37,2	24,2	100,9	93,2	109,1
ASP 6 Palermo	59	9,2	6,3	90,9	80,9	101,9	204	31,7	22	97,8	91,9	104
ASP 7 Ragusa	19	12,1	6,8	115,8	93,7	141,6	54	34,2	23,7	102,7	90,7	115,7
ASP 8 Siracusa	28	13,6	8,7	133,3	112	157,5	70	34,5	24	105,4	94,7	117,1
ASP 9 Trapani	22	10	6	90,4	74,4	108,8	83	37,1	24,3	105,3	95,4	116
REGIONE SICILIA	270	10,4	6,6	100	94,7	105,5	862	33,3	23	100	97	103

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Tutte queste condizioni sono suscettibili di efficaci interventi di prevenzione secondaria di cui sono in corso già da alcuni anni programmi organici in tutto il paese. In Sicilia è in fase di attuazione uno specifico piano regionale di prevenzione approvato con D.A. n° 3220 del 30/12/2010.

I dati del sistema di sorveglianza Passi mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore a quanto rilevato nelle altre aree del Paese.

Ricorso alla Diagnosi Precoce

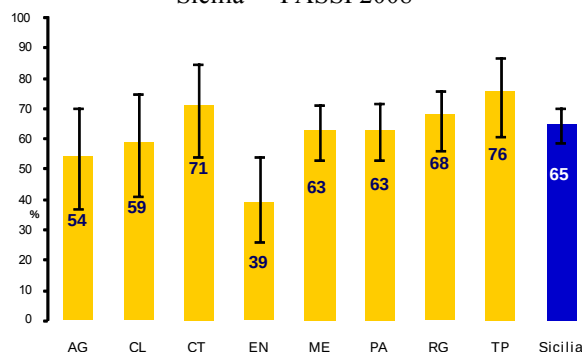
		Stima Sicilia %	Stima ASL partecipanti Italia %
Screening neoplasia del collo dell'utero (donne 25 - 64 anni)	Eseguito un pap test negli ultimi 3 anni	65	75
	Pap test periodico consigliato da un operatore sanitario	46	61
	Lettera di invito dall'AUSL	28	53
Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni)	Eseguita una mammografia negli ultimi 2 anni	51	71
	Mammografia periodica consigliata da un operatore sanitario	44	62
	Lettera di invito dall'AUSL	29	64
Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)	Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni	4	23
	Colonscopia eseguita negli ultimi 5 anni	7	9

Fonte Sorveglianza PASSI – Sicilia 2008

Nelle ASP la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni varia dal valore minimo del 39% di Enna (valore statisticamente inferiore alla media regionale) al valore massimo del

76% di Trapani. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Sicilia - PASSI 2008



1.3.2 La salute materna e neonatale in Sicilia

La salute della madre e del bambino è indice della salute di una popolazione e delle sue condizioni socioeconomiche e culturali. Nel tempo i principali indicatori di salute materna e neonatale (età materna, tipo di parto, peso alla nascita, età gestazionale, natimortalità) si sono notevolmente modificati in relazioni a mutate condizioni sociali e assistenza sanitaria.

I parti nel 2009 (fonte SDO) sono 49026. L'età media al momento del parto nel 2008 è di 30 anni.

Nel tempo si sono ridotti i parti in donne <20 anni e sono aumentati quelli in donne ≥35 anni.

La frequenza complessiva di parti cesarei si mantiene elevata, (nel 2009 è del 53,1%), con differenze legate al tipo di struttura (48% nel pubblico, 76% nel privato) e in aumento con l'età della madre.

I neonati di basso peso alla nascita (<2500 gr.) nel 2008 sono il 5,6%, i neonati di peso molto basso (<1500 gr.) sono lo 0,7%. I nati pretermine (<=37 settimane) sono il 13,2%, i nati <=32 settimane l'1,02%.

Nel tempo l'incidenza di neonati di basso peso e di nati pretermine è aumentata, ma ciò nonostante si è ridotta la natimortalità.

E' necessario migliorare l'appropriatezza del ricorso al parto cesareo. Inoltre è opportuna una idonea concentrazione dei punti nascita che tenga conto dei volumi di prestazioni e della mobilità sanitaria.

L'attivazione di programmi specifici per la protezione della maternità e il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, l'ottimizzazione del numero di punti nascita e la riduzione del tasso di parti cesarei sono fra gli obiettivi strategici del PSN 2005-2007.

Salute in età evolutiva

Lo Studio "ICONA" (Fonte: ISS) si proponeva anche di stimare alcuni importanti indicatori o determinanti di salute in età evolutiva, dipendenti in larga misura da taluni comportamenti e/o stili di vita in ambito familiare ed in particolare:

Allattamento al seno

L'allattamento esclusivo al seno è raccomandato per l'alimentazione del neonato fino ai sei mesi di vita (OMS 2001). Il 100% dei bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente al seno fino ai 6 mesi ma in Sicilia la percentuale è del 40% mentre il valore nazionale è superiore al 60%.

Tali elementi suggeriscono alcune azioni da intraprendere in funzione della promozione e del sostegno all'allattamento sia attraverso la formazione specifica del personale sanitario sia con interventi di educazione sanitaria nei confronti delle donne o in fase prenatale, con particolare riferimento a informazione sui benefici dell'allattamento e counseling sulle tecniche di allattamento, o di supporto post-partum e puerperio.

Abitudini alimentari

In Sicilia il 60% dei bambini nel secondo anno di vita consuma frutta fresca tutti i giorni, il 28% solo qualche giorno a settimana e il 12% mai nella settimana precedente all'intervista.

Il consumo di verdure dei bambini siciliani è anche questo relativamente basso infatti solo il 22% consuma le verdure tutti i giorni, il 60% qualche volta la settimana e il 18% mai. Inoltre i bambini che consumano verdura fresca tutti i giorni, lo fanno 1 volta al giorno nel 89% dei casi mentre 2 volte al giorno nel 9% dei casi.

Prevenzione Morte in culla (SIDS)

Il 27% dei genitori siciliani non conosce la SIDS e solo il 17% delle madri dichiara di aver posto il bambino nella posizione protettiva (valore nazionale 27%).

Sicurezza stradale

In Italia ogni anno circa più di 8.000 bambini con una età inferiore o uguale a 14 anni rimangono feriti in incidenti stradali a bordo di autovetture. Di questi ultimi circa 100 muoiono sul colpo o successivamente a causa delle lesioni e i traumatismi riportati. L'efficacia dei seggiolini nel diminuire la necessità di ospedalizzazione, la probabilità di morte o di lesione grave, in chi li utilizza, è largamente dimostrata da numerosi studi svolti negli ultimi venti anni.

Secondo i risultati ICONA oltre un terzo dei bambini in Sicilia (35%) non viaggia sul seggiolino.

Esposizione a fumo passivo

Si stima che ogni anno, in Italia, l'esposizione post natale al fumo passivo materno causa quasi il 20% dei casi totali di SIDS e di infezioni respiratorie acute nei primi due anni di vita, e quasi il 10% dei casi di asma.

Il 66% dei bambini della Sicilia è esposto al fumo passivo di tabacco, rispetto al 53% a livello nazionale. Il 45 % dei bambini ha un padre fumatore, il 26% ha la madre fumatrice, e il 31% è esposto per almeno un'ora alla settimana a una persona esterna che fuma.

Vaccinazioni

La Regione Siciliana è stata sempre molto sensibile nel garantire l'offerta attiva e gratuita di tutti i vaccini "obbligatori" e "raccomandati". L'attenzione rivolta nella pianificazione regionale delle campagne vaccinali ha consentito di raggiungere importanti obiettivi come la campagna straordinaria di recupero della vaccinazione contro il morbillo (negli anni 2002 e 2003), il calendario vaccinale adottato con D.A. 31/07/2003, la vaccinazione universale antivaricella (introdotta nel 2003-2004) e la vaccinazione antipneumococcica dei nuovi nati (iniziata negli anni 2004-2005). Altri importanti risultati sono stati raggiunti per la vaccinazione antinfluenzale ed antipneumococcica nell'anziano.

VACCINAZIONE	% copertura anno 2006	% copertura anno 2007	% copertura anno 2008
Difterite	96.2	99.1	96.8
Tetano	96.2	99.1	96.8
Polio	96.3	97.4	96.9
Epatite B	96.3	98.7	96.6
MPR	84.2	87.2	85.3
Influenza anziano	56.2	64	61

Fonte: Elaborazione DASOE su rilevazione ad hoc.

1.3.3 Incidenti

Gli incidenti stradali, nei luoghi di lavoro e domestici costituiscono un problema quanto mai attuale per la Sanità Pubblica in Italia. Alcune persistenti evidenze confermano anche in Sicilia la rilevanza della "incidentalità evitabile" per i rivolti assistenziali e preventivi.

Incidenti e sicurezza stradale

In Sicilia fino al 2008 i decessi per incidenti stradali da veicolo a motore rappresentano una delle prime cause di morte in termini di anni di vita persi soprattutto nella fascia di età giovanile 15-24 anni.

Le cifre riferite al numero dei ricoveri ed agli anni di vita perduti, ma anche pesanti considerazioni sulla disabilità e l'evidenza della sua aggredibilità da parte della prevenzione primaria, inducono a considerare questo problema tra le priorità sanitarie a livello regionale. I dati ISTAT assoluti del triennio 2006-2008, mostrano che in Sicilia in media ogni anno si verificano oltre 14000 incidenti con circa 21000 feriti ed oltre 300 morti.

Incidenti stradali, morti e feriti per provincia - Anni 2006, 2007 e 2008

PROVINCE	2006			2007			2008		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Agrigento	762	20	1.220	778	22	1.294	777	39	1.340
Caltanissetta	571	30	909	546	14	953	617	23	1.010
Catania	3.643	113	5.265	3.353	90	4.993	3.186	95	4.639
Enna	337	14	567	298	9	548	279	15	543
Messina	1.763	42	2.782	1.755	40	2.679	1.831	38	2.832
Palermo	3.535	80	5.095	3.561	86	5.112	3.544	75	5.130
Ragusa	816	29	1.294	946	24	1.545	922	27	1.440
Siracusa	1.296	32	1.906	1.406	41	2.081	1.527	25	2.402
Trapani	1.480	23	2.158	1.530	30	2.237	1.664	27	2.532
Sicilia	14.203	383	21.196	14.173	356	21.442	14.347	364	21.868
ITALIA	238.124	5.669	332.955	230.871	5.131	325.850	218.963	4.725	310.745

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT: incidenti stradali anno 2008

In Sicilia appare in particolare inadeguato il ricorso ai presidi per la sicurezza stradale con forti differenze rispetto al resto del Paese. I dati della Sorveglianza Passi hanno infatti mostrato che poco meno del 30% della popolazione ancora non usa regolarmente le cinture anteriori (oltre il 90% non usa quelle posteriori) e che circa un motociclista su cinque non usa il casco.

Incidenti sul lavoro

Il fenomeno infortunistico in Sicilia, secondo il rapporto annuale 2008 INAIL, rappresenta il 4,06 % del totale Nazionale e registra, rispetto al precedente anno, un andamento pressoché costante (+ 0,2%). Sono stati denunciati all'INAIL 35.590 infortuni sul lavoro, di cui 30.209 relativi al settore dell'Industria e Servizi, 2.709 dell'Agricoltura e 2.672 dei dipendenti dello Stato.

Per quanto riguarda gli infortuni mortali, nel 2008 sono stati denunciati 76 casi a fronte dei 77 del 2007. In particolare nel 2008, sono stati registrati 11 casi mortali in agricoltura, 64 nell'industria e servizi e 1 tra i dipendenti in conto Stato.

Dei 76 infortuni mortali, 65 sono avvenuti in ambiente di lavoro e 11 in itinere.

Il settore più a rischio è risultato quello dell'edilizia con 17 decessi.

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2007-2008 e denunciati all'INAIL per provincia, regione, e anno

	Totale Infortuni		Infortuni Mortali	
	2007	2008	2007	2008*
Agrigento	2.590	2.654	4	7
Caltanissetta	1.511	1.451	5	4
Catania	7.156	7.109	15	23
Enna	1.294	1.301	2	1
Messina	5.610	5.334	12	11
Palermo	7.128	7.476	13	9
Ragusa	4.240	4.020	11	11
Siracusa	3.019	2.973	8	3
Trapani	2.966	3.272	7	7
Sicilia	35.514	35.590	77	76
Italia	912.410	874.940	1.207	1.078

*dato provvisorio

Fonte: INAIL - rapporto annuale Sicilia 2008

1.3.4 La non autosufficienza: anziani e disabili

Nell'Indagine Multiscopo ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", pubblicata nel marzo 2007, viene riportato che il numero dei disabili presenti nel paese sono 2.600.000 persone di cui due milioni di anziani. Sono in aumento gli anziani che vivono in famiglia anche se rimane stabile il numero dei disabili.

Tra le persone fra i 70 e i 74 anni, i disabili sono circa il 10% ma fra gli ottantenni i disabili sono circa il 50% con una netta prevalenza delle donne che superano gli uomini di circa 13 punti percentuali.

Sono un 1.130.000 le persone di tutte le età confinate per disabilità nelle proprie abitazioni. La loro assistenza per lo più è assicurata dalle famiglie. Nelle isole il 13,2 delle famiglie ha un disabile; tale percentuale scende a 8,5/9 del nord. L'assistenza domiciliare, sanitaria e non, che dovrebbe essere assicurata a circa il 25% delle famiglie del nord, nelle isole dovrebbe riguardare il 36,5% delle famiglie.

La disabilità da demenze

Le disabilità da demenze risultano in crescita nel nostro paese, inseguito all'invecchiamento costante della popolazione. Fra esse, la Malattia di Alzheimer rappresenta una patologia particolare e diffusa: si stima che in Italia essa riguardi almeno 500.000 pazienti, 50.000 in Sicilia.

A questi vanno aggiunti i soggetti con altri tipi di demenze, sia di natura degenerativa, sia di natura vascolare, poiché non vi è molta differenza tra esse per quanto riguarda la cura e l'assistenza che i pazienti richiedono. Il problema assistenziale, quindi, riguarda un numero maggiore di disabili dementi che hanno bisogno di assistenza e accudimento.

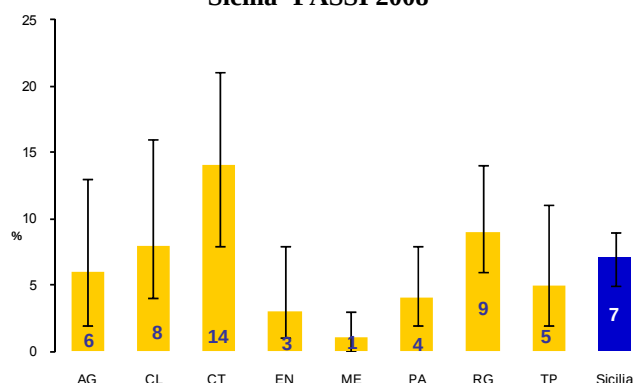
La Malattia di Alzheimer ha una prevalenza del 5-6% nella popolazione anziana oltre l'età di 80 anni; il tasso di prevalenza si attesta attorno al 40%.

Salute mentale

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

In Sicilia circa il 7% delle persone intervistate, nell'ambito del sistema di Sorveglianza PASSI, ha riferito sintomi di depressione.

**% di persone che dichiarano di soffrire di sintomi depressivi per AUSL
Sicilia- PASSI 2008**



1.3.5 I cittadini stranieri in Sicilia

In Sicilia, al 1° gennaio 2010 gli stranieri residenti (ISTAT indagine sul *movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza*) sono 127.310, di cui 60.751 maschi e 66.559 femmine.

La Sicilia si colloca al nono posto, per numero di stranieri residenti, fra le regioni italiane, ospitando il 3% degli stranieri residenti presenti in Italia. Come si può vedere dalla tabella sottostante, in Sicilia la presenza straniera è maggiore nelle province di Palermo seguita in ordine da Catania, Messina e Ragusa.

Stranieri residenti per provincia al 1° gennaio 2010

Provincia	Maschi	Femmine	Totale stranieri residenti	Totale popolazione residente	% degli immigrati su popolazione residente
Agrigento	4.658	4.962	9.620	454.593	2,12
Caltanissetta	2.419	2.831	5.250	272.052	1,93
Catania	10.340	13.071	23.411	1.087.682	2,15
Enna	996	1.569	2.565	173.009	1,48
Messina	9.394	11.660	21.054	653.810	3,22
Palermo	11.553	13.964	25.517	1.246.094	2,05
Ragusa	10.805	7.667	18.472	316.113	5,84
Siracusa	5.031	5.182	10.213	403.356	2,53
Trapani	5.555	5.653	11.208	436.283	2,57
Sicilia	60.751	66.559	127.310	5.042.992	2,52
Italia	2.063.407	2.171.652	4.235.059	60.340.328	7,02

Fonte: Demostat – Bilanci demografici dei cittadini stranieri

La salute degli stranieri, compresi i Rom, continua a dipendere, ancor prima che dall'efficienza e dalla qualità dei sistemi sanitari, dall'attuazione di adeguate e coordinate politiche di integrazione sociale, con particolare riferimento alle politiche lavorative, a quelle abitative e di supporto alla famiglia, a partire dal ricongiungimento familiare. Tra gli ambiti che richiedono una particolare attenzione e specifici interventi di promozione si segnalano la salute riproduttiva, la salute del minore e la salute del lavoratore.

In sintesi, riguardo agli **aspetti rilevanti di intervento** si evidenzia che:

2. Riguardo l'impatto delle patologie oncologiche in Sicilia:
 - il rischio oncologico complessivo nella regione, pur se inferiore rispetto al contesto nazionale, tende ad avvicinarsi a quello delle altre aree del Paese. In particolare l'andamento della mortalità non mostra ancora una netta inversione (particolarmente nelle donne) mentre la sopravvivenza, specie per le sedi oggetto di efficaci programmi di diagnosi precoce, pur se in continua crescita presenta un evidente ritardo e pertanto per contrastare tale andamento è utile anche rafforzare gli interventi di prevenzione primaria volti a limitare l'esposizione ai principali fattori di rischio;
 - l'invecchiamento demografico progressivo e il miglioramento della sopravvivenza comporta in incremento dei casi prevalenti con aumento della domanda e conseguente necessità di adeguamento dell'offerta diagnostico assistenziale;
3. gli indicatori di salute perinatale (mortalità infantile, allattamento al seno e ricorso al parto cesareo) indicano la necessità di attivazione di programmi specifici per la protezione della maternità e il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale, la "messa in sicurezza" dei punti nascita e la riduzione del tasso di parti cesarei;
4. occorre rafforzare i programmi di comprovata efficacia per la prevenzione degli incidenti stradali attraverso un approccio integrato in cui è fondamentale un'opportuna sinergia tra istituzioni sanitarie, trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada, autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.), organizzazioni di volontariato (Piano di Prevenzione Regionale incidenti) ed intensificare gli interventi di sorveglianza e promozione della salute nei luoghi di lavoro;
5. sussistono indicazioni per una valutazione attenta dei bisogni assistenziali in relazione alle disabilità e alla non autosufficienza.

1.4 I Determinanti di Salute

Una corretta scelta di sanità pubblica deve tenere conto non solo della prevalenza e della gravità di un problema sanitario, ma anche dell'aggregabilità dei fattori di rischio che lo determinano.

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è da anni uno dei più rilevanti problemi di salute. Gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di queste patologie. Esistono fattori di rischio definiti "modificabili" per sottolineare che con degli interventi esterni è possibile attenuarne la gravità, riducendo così la probabilità di ammalarsi. In questa categoria rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita come il fumo di sigaretta, una scarsa attività fisica e un'alimentazione scorretta i cui livelli di prevalenza nella popolazione regionale sono più elevati che nel resto del Paese, come rilevato nell'ambito della Sorveglianza PASSI 2008 (Progressi delle aziende Sanitarie per la salute in Italia).

La Sorveglianza PASSI per l'anno 2008, nella popolazione tra i 18 e 69 anni, si è conclusa con l'obiettivo di monitorare in maniera continua alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica.

Riguardo ai principali fattori di rischio modificabili in Sicilia i dati della Sorveglianza PASSI 2008, rilevano i livelli di prevalenza riferiti alle seguenti condizioni:

Iperensione

La frequenza di soggetti con diagnosi di ipertensione nelle 9 ex AUSL siciliane è stimata nel 22% del campione PASSI. Pur senza differenze tra i sessi, tale percentuale cresce in maniera evidente nel gruppo di età 50-69 anni e tra le persone con eccesso ponderale.

Colesterolemia

Il 28% del campione siciliano PASSI dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più avanzate.

Sedentarietà

Il 41% del campione regionale PASSI è completamente sedentario; tale percentuale è superiore a quella rilevata nello stesso periodo nel restante campione delle nazionali (29%). I completamente sedentari sono prevalentemente i meno giovani e le persone con difficoltà economiche.

Fumo

In Sicilia la frequenza di fumatori è del 31% (30% valore nazionale), si riscontrano percentuali più alte negli uomini; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Soprappeso e obesità

La frequenza delle condizioni di soprappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'OMS, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione costituisce un obiettivo prioritario.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie fra cui le cardiovascolari e il diabete, ed è responsabile secondo recenti stime, di una quota tra il 2 e l'8% dei costi globali per la sanità. Secondo i dati dell'indagine multiscopo ISTAT, la prevalenza di soggetti in soprappeso è pari al 32% (uguale al dato nazionale) e quella di obesi è pari al 15% (vs 11% dato nazionale). Nel campione regionale indagato nello studio PASSI la prevalenza di persone in eccesso ponderale (soprappeso ed obeso) risulta pari a 49%, valore più alto di quello del resto del Paese (42%).

Glicemia

Secondo i dati dell'Atlante italiano malattie Cardiovascolari, in Sicilia il 15% degli uomini e l'8% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 16% degli uomini e il 6% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl. Tali valori sono notevolmente più alti di quelli nazionali dove soltanto il 9% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico mentre il 9% degli uomini e il 5% delle donne è in una condizione di rischio.

Alcool

In Sicilia, il consumo di alcool ed il relativo impatto sulla salute appare in assoluto tra i più bassi del Paese. Diverse fonti confermano una minore tendenza al consumo di bevande alcoliche (vino e birra) nella popolazione generale rispetto al dato medio nazionale ed in tal senso depongono i risultati della Sorveglianza PASSI 2008 consentendo di delineare un minore interessamento della regione circa l'abuso di alcool in generale. Il consumo di alcolici si denota nella regione come un fatto più occasionale che abituale.

Preoccupa invece la maggiore diffusione in Italia del consumo di alcolici tra i ragazzi di 11-15 anni, con il 19,5% che dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'anno. Anche in Sicilia tale fenomeno appare in incremento. Tra i risultati più significativi provenienti dallo Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) emerge come, già a partire dal biennio 2001-2002 si evidenzia una tendenza all'aumento della popolazione che si espone a comportamenti a rischio, specie nei maschi sia per i consumi occasionali che per gli eccessi episodici.

Si riportano di seguito alcuni dati riepilogativi:

		Agrigento	Caltanissetta	Catania	Enna	Messina	Palermo	Ragusa	Trapani	Sicilia	ASL partecipanti Italia %
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Attività Fisica	sedentari	76	36	41	30	25	46	38	34	41	29
Abitudine al fumo	fumatori	29	34	30	34	28	32	26	37	31	30
Abitudini alimentari	consumo di frutta e verdura almeno 5 volte al giorno	1	4	11	12	6	10	4	9	8	10
Situazione nutrizionale	popolazione in eccesso ponderale	49	56	49	48	49	48	49	54	49	42
Consumo alcool	persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	30	50	54	59	51	46	39	47	48	59
	forti bevitori	9	11	9	14	10	9	11	10	9	20
Sicurezza stradale	persone che utilizzano il casco sempre	85	81	83	78	92	91	85	82	86	94
	persone che utilizzano la cintura anteriore sempre	85	79	59	73	77	80	74	82	74	83
Iperensione arteriosa	ipertesi	23	19	25	22	19	20	23	24	22	21
Colesterolemia	ipercolesterolemici	23	33	36	26	25	25	22	27	28	25

Fonte: Rapporto Regionale PASSI 2008

Dipendenze

Le informazioni sulle dimensioni ed il profilo dei consumatori problematici di droga e i loro modelli di consumo (via endovenosa, poli assunzione etc) possono essere utilizzate per identificare i modelli relativi all'uso dei servizi, per verificare le esigenze di risorse nonché per pianificare e valutare le prestazioni. Inoltre, tali informazioni forniscono un indicatore indiretto delle tendenze del consumo problematico di droga e costituiscono una base fondamentale per valutarne più a fondo la diffusione.

Utilizzo di sostanze										
Numero di utenti Ser.T distribuiti per anno e sostanze d'abuso										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Allucinogeni	17	14	1	10	4	2	3	9	29	4
Anfetamine	8	9	1	0	16	13	25	15	14	14
Ecstasy	11	12	18	22	45	22	39	53	58	30
Barbiturici	9	1	0	1	1	0	2	1	2	4
Benzodiazepine	97	64	71	76	88	89	108	136	116	43
Cannabiodi	849	971	916	972	1075	1088	1139	1243	1193	1039
Cocaina	244	353	425	650	1112	1226	1566	1691	1874	1989
Crack	1	2	2	4	15	7	3	70	7	6
Eroina	7361	8314	7639	7561	7657	7817	7637	7678	7473	7182
Metadone	69	32	32	27	13	82	37	13	22	21
Morfina	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0
Altri oppiacei	4	2	5	15	15	11	18	23	51	29
Inalanti	0	1	1	1	0	2	9	5	11	2
Altre sostanze	182	234	467	531	796	781	706	768	998	875

Il totale degli utenti nel 2008 è 12010 sulla base dei flussi su dati aggregati attualmente in uso nel 2008. La classe di età più numerosa fra gli utenti già in carico è quella > 39 sia per gli uomini che per le donne, tra i nuovi utenti sono più numerosi gli uomini di età 30-34, e le donne con più di 39 anni.

La tabella mostra che negli ultimi 2 anni si è ridotta la quota di soggetti in carico ai Servizi pubblici per le Tossicodipendenze per uso di eroina ma è aumentata l'utenza che vi si rivolge per problemi di abuso di cocaina e di "altre sostanze". Poche le differenze per quanto attiene l'uso secondario di sostanze.

Disuguaglianze sociali e salute

Nell'ultimo ventennio anche in Sicilia si è assistito, come accennato in premessa, ad un aumento della speranza di vita alla nascita e ad un aumento dell'età media.

Sulla base delle esperienze osservate in altri contesti territoriali è possibile ipotizzare che anche in Sicilia l'incremento dei livelli di salute sia distribuito nella popolazione in modo eterogeneo essendo funzione ad esempio delle classi di reddito, del livello di istruzione e della professione, come evidenziato in tabella ove si riportano differenze significative nella mortalità per causa nella popolazione regionale (anni 2001-2002) con il livello socioeconomico più elevato (5).

Livello Socioeconomico	Tutte le cause				Tutti i tumori				Malattie del sistema circolatorio			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Tasso standardizzato x100.000	RR	Tasso standardizzato x100.000	RR	Tasso standardizzato x100.000	RR	Tasso standardizzato x100.000	RR	Tasso standardizzato x100.001	RR	Tasso standardizzato x100.001	RR
1	737,4	1,10*	494,6	1,11*	183,8	1,04	106,1	1,01	307,8	1,11*	235,6	1,18*
2	791,1	1,18*	508,8	1,14*	211,5	1,19*	119,6	1,13*	131,5	1,13*	225,3	1,13*
3	748,2	1,08*	473,8	1,06*	202,9	1,14*	111,4	1,06	305,2	1,08*	217,4	1,09*
4	694,2	1,03*	449,4	1,01	181,9	1,03	101,4	0,96	286,3	1,03	207,3	1,04
5	671,4	1	444,9	1,0	177,3	1,0	105,4	1,0	278,1	1,0	199,9	1,0

Fonte: elaborazione DASOE su base dati Istat da Atlante regionale sanitario

Ambiente

Il rapporto con l'ambiente è uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione umana. In Sicilia un particolare allarme è percepito nella popolazione residente nelle aree industriali di Augusta-Priolo, Gela e Milazzo dichiarate "zone ad alto rischio ambientale" di cui alla l.r. 6 febbraio 2006, n.10, e per tale motivo è stata intensificata la sorveglianza epidemiologica. Sono pertanto ormai disponibili i risultati di diversi studi geografici che descrivono il profilo di salute delle popolazioni residenti nei comuni di tali aree, e di studi analitici su particolari gruppi di popolazioni e coorti di lavoratori, ritenuti maggiormente esposti.

I risultati della più recente indagine (Fonte: "Stato di salute nelle aree a rischio ambientale della Sicilia"; DOE : 2008) hanno evidenziato alcune alterazioni dei profili di mortalità e ricovero nelle popolazioni che vivono in prossimità dei principali poli industriali della Sicilia. Nell'area di Gela e in quella di Augusta-Priolo sono stati osservati alcuni eccessi di mortalità per malattie tumorali e non tumorali, mentre l'area di Milazzo si è caratterizzata per eccessi di patologie molto deboli e più isolate; solo nel caso di Gela si è avuto una mortalità generale superiore all'atteso.

Nelle aree di Augusta-Priolo e di Milazzo la mortalità in eccesso per determinate cause è il più delle volte sostenuto da un corrispondente eccesso di ricoveri ospedalieri, mentre nell'area di Gela sono emersi degli eccessi di morbosità per molte delle cause di ricovero indagate che comunque, per la maggior parte degli esiti, non sono coerentemente accompagnate ad un eccesso di mortalità. Le tabelle seguenti costituiscono un quadro complessivo

delle cause per le quali sono emerse differenze significative rispetto ai valori attesi (in eccesso o in difetto) nei rapporti standardizzati indiretti di mortalità e di morbosità (SMR ed SHR) nel confronto con la fascia dei comuni limitrofi per le tre aree in studio.

Mortalità e Morbosità nelle tre aree a rischio della Sicilia. Cause non tumorali di morte e di ricovero per le quali sono stati osservati rapporti standardizzati indiretti (SMR e SHR) statisticamente significativi* sulla base del confronto locale

Cause non tumorali	Augusta-Priolo				Gela				Milazzo			
	Morti		Ricoverati		Morti		Ricoverati		Morti		Ricoverati	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Tutte le Cause		—	+	+	+	+	+	+				
M. Infettive e Parassitarie			+	+			+	+	—		—	—
M. delle Ghiandole Endocrine	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
M. della Tiroide	•	•	—	—	•	•		+	•	•	—	—
Diabete Mellito		—		—				+			—	—
M. del Sangue e degli Organi Ematopoietici	•	•			•	•	+	+	•	•		
M. Psichiatriche	+				+	+	+	+				
M. del Sistema Nervoso		+		+		—	+	+				
M. del Sistema Circolatorio	—	—					+	+				
M. Ischemiche del Cuore	—	—	+	+	—	—	+	+	—	—		
M. Cerebrovascolari	+		—	—			+	+	+	+	+	+
M. dell'Apparato Respiratorio			+	+	—		+	+		+		
M. Acute dell'Apparato Respiratorio	+	+	+	+	—	—	+	+			+	+
M. Croniche dell'Apparato Respiratorio			—	—	—		+	+	—		—	—
Asma			—	—			+	+				
Asma (0-14 anni)	•	•	—	—	•	•	+	+	•	•		
Pneumoconiosi					—		+	+				
M. dell'Apparato Digerente		+					+	+				—
Cirrosi Epatica		+	+	+			—	+			—	—
M. dell'Apparato Urinario			—	—			+	+				
Nefrosi	•	•			•	•		+	•	•		
Insufficienza Renale	•	•	—	—	•	•	+	+	•	•	+	+
Sintomi, Segni Maldefiniti	—	—	—	—	+	+	+	+		+		+
Traumatismi ed Avvelenamenti	—	+	+	+	+		+	+			—	—
Overdose	•	•			•	•	—	—	•	•	—	—

* p -value<0.05, + SMR >100, — SMR<100. • non stimato. (Cernigliaro 2008)

Mortalità e Morbosità nelle tre aree a rischio della Sicilia. Cause tumorali di morte e di ricovero per le quali sono stati osservati rapporti standardizzati indiretti (SMR e SHR) statisticamente significativi* sulla base del confronto locale

Cause Tumorali	Augusta-Priolo				Gela				Milazzo			
	Morti		Ricoverati		Morti		Ricoverati		Morti		Ricoverati	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Tutti i Tumori	+		+	+	+	+	+	+				+
Tutti i Tumori (0-14 anni)								+				+
T.M. dello Stomaco					+			+				
T.M. del Colon e del Retto						+		+				
T.M. del Fegato e dotti extraepatici			+	+			—	+				
T.M. della Laringe					+		+	+	+			
T.M. della Trachea, Bronchi e Polmoni	+				+	+		+				+
T.M. della Pleura	+		+		+			+				
T.M. delle Ossa e del Connettivo		+					+				+	
Sarcomi	•	•			•	•	+	+	•	•		
Melanoma							+	+				
T.M. della Mammella	•		•		•		•	•	•		•	•
T.M. dell'Utero	•		•	•	•		•	•	•		•	•
T.M. del Collo dell'Utero	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	
T.M. del Corpo dell'Utero	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	
T.M. dell'Ovaio	•		•		•	—		—	•		•	
T.M. della Prostata		•		•		•	+	•		•		•
T.M. del Testicolo		•		•		•				•		•
T.M. della Vescica			+				+	+				
T.M. del Sistema Nervoso Centrale								+				
T.M. della Tiroide								+				+
T.M. del Sistema Linfomatopoiatico								+				—
Linfomi non Hodgkin								+			—	—
Morbo di Hodgkin												
Mieloma multiplo		+					+					
Leucemie		—					—	—				—

* p -value<0.05, + SMR >100, — SMR<100. • non stimato. (Cernigliaro 2008)

Anche se le indagini geografiche non consentono di delineare nessi causali tra ipotetiche fonti di esposizione ed effetti sanitari, gli eccessi di mortalità e morbosità descritti sono compatibili con quanto analogamente già evidenziato in altre aree a rischio ambientale o per esposizioni ambientali e professionali legate a impianti e lavorazioni industriali o inquinamento delle matrici ambientali

E' quindi importante che venga garantita una sorveglianza epidemiologica continua con l'utilizzo delle fonti informative correnti rese oggi disponibili a livello regionale e che venga garantito un approccio globale di promozione della salute che non restringa l'attenzione ad uno solo dei possibili determinanti ma consideri in maniera complessiva tutti i fattori di rischio che incidono sul territorio e verso cui sono efficaci programmi di

prevenzione, educazione sanitaria, sorveglianza degli stili di vita e di diagnosi precoce. E' necessario pertanto il rafforzamento dei programmi di sorveglianza e promozione della salute nel campo dei fattori di rischio modificabili e il potenziamento dello screening oncologico oltrechè la razionalizzazione dell'offerta territoriale diagnostico assistenziale. Al fine di un approccio globale e integrato della problematica anche per quanto attiene agli aspetti non strettamente sanitari, devono essere istituiti appositi Comitati di sorveglianza delle zone ad alto rischio comprendenti rappresentanti delle OO.SS dei lavoratori, degli Enti Locali, dell'ARPA e di altri organismi interessati.

Pertanto riguardo i principali determinanti in Sicilia si possono evidenziare in sintesi quanto segue:

- fattori di rischio comportamentali legati a stili di vita inadeguati con riferimento soprattutto a abitudini alimentari e sedentarietà che possono condizionare la frequenza di obesità e altre condizioni croniche e/o a rischio nella comunità;
- progressiva diffusione dei comportamenti a rischio in età giovanile (specie per i consumi di alcool);
- differenze socio-economiche negli esiti di salute;
- fattori di rischio ambientali con particolare riferimento alle aree industriali.

I principali problemi di salute da cui scaturiscono gli obiettivi e gli interventi prioritari del Piano

In Sicilia la **mortalità per malattie circolatorie**, ed in particolare per patologie cerebrovascolari, è più elevata che nel resto del Paese. Tra le principali cause di morte vi sono inoltre **il diabete (specie nel sesso femminile) e i traumatismi ed incidenti stradali (nelle fasce di età più giovani) e le malattie respiratorie**. La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcuni specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore dell'utero e della mammella) Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare, specie nelle aree industriali a rischio per la percezione di allarme da parte della comunità.

Persistono tuttavia ancora oggi forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Ulteriori indicazioni derivano da una valutazione qualitativa dei bisogni di salute per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni e l'assistenza alternativa al ricovero ordinario.

Fortemente carente è il ricorso alla diagnosi precoce oncologica, conseguente alla mancanza di organica e completa attuazione di programmi di prevenzione specifici sul territorio.

Particolare rilevanza a tal fine possono assumere le differenze evidenziate riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica.

In conclusione, da quanto riportato nelle pagine precedenti, in coerenza con gli obiettivi del documento programmatico emergono i seguenti problemi di salute rilevanti e prioritari:

Problema di salute rilevante	Osservazioni
Malattie circolatorie (cardio e cerebrovascolari)	Prima causa di morte in entrambe i sessi con tassi più elevati rispetto a quelli nazionali.
Obesità e sedentarietà	Prevalenza più elevata rispetto alla media nazionale. Importanti determinanti di malattie croniche
Tumori femminili (Utero e Mammella)	Mammella: prima cause di mortalità precoce Utero: tassi di mortalità lievemente più elevati Carente ricorso a prevenzione secondaria.
Diabete	Più elevata prevalenza e mortalità rispetto ai valori medi nazionali. Tra le prime cause di morte in termini assoluti e di mortalità prematura specie nelle donne . Incompleta aderenza alle raccomandazioni cliniche
Broncopatie croniche ostruttive (e malattie respiratorie)	Eccesso di mortalità specie in alcune aree
Salute materno infantile dell'età evolutiva	Elevati tassi di mortalità infantile. Inappropriato ricorso al parto cesareo. Scarsa consapevolezza delle famiglie verso misure di promozione della salute in età evolutiva (allattamento al seno, esposizione fumo passivo, cattiva alimentazione)

Problemi di salute rilevante	Altri problemi della comunità
Incidenti stradali	Prima causa di morte in età giovanile. Progressivo aumento negli ultimi anni degli eventi e dei decessi
Assistenza disabili, anziani e cronici non autosufficienti ed equità nelle cure	Carenza di azioni alternative al ricovero ordinario e elemento gravemente condizionante il percorso assistenziale
Comportamenti a rischio in età giovanile	Progressiva diffusione del ricorso ad alcool in età giovanile
Rischio ambientale	Allarme della popolazione residente (nelle aree industriali di Gela, Milazzo e Augusta Priolo)
Salute lavorativa	Rilevante impatto sociale

Problema di salute rilevante	Azioni prioritarie
Malattie circolatorie (cardio e cerebrovascolari)	Controllo dei principali fattori di rischio attraverso interventi mirati di provata efficacia nel contrasto a stili di vita tra cui in particolare il Piano Regionale della Prevenzione del Cardiorischio già avviato e la diffusione carta del rischio attraverso i MMG. Riduzione della mortalità a breve termine attraverso miglioramento dell'offerta diagnostico-assistenziale specie per gli eventi acuti coronarici e cerebrovascolari. Rafforzamento del Sistema Informativo di Mortalità (ReNCam)
Obesità e sedentarietà	Prevenzione primaria, fondata sull'adozione di corretti stili di vita: abitudini alimentari equilibrate e attività motoria costante specie nella fascia di età evolutiva. L'attuazione di programmi per questo specifico obiettivo richiede l'interazione complessa di una serie di enti che vedono al centro le strutture sanitarie pubbliche e della nutrizione, educazione e promozione della salute, medici di famiglia e pediatri di libera scelta che devono operare in assoluto accordo con tutta un'altra serie di istituzioni, in primo luogo quelle scolastiche, e poi ancora i Comuni, le Provincie, le associazioni dei consumatori e quelle sportive, nonché con le famiglie. Le suddette azioni possono essere realizzate nell'ambito del Piano Regionale per la prevenzione dell'Obesità
Tumori e screening	Rafforzamento di campagne di promozione della salute nel campo del contrasto a fumo, alcol e altri fattori di rischio modificabili Potenziamento screening tumori femminili, aumento coperture e avvio campagne per la diagnosi precoce dei tumori del colon specie nelle aree ad elevato rischio ambientale(Piano di prevenzione Regionale per gli screening) Miglioramento dell'offerta diagnostico assistenziale per aree selezionate.
Diabete	Rafforzamento di programmi per la gestione integrata e territoriale della malattia (disease management) per una efficace prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete (Piano Regionale della Prevenzione del Diabete) . La modalità organizzativa più efficace per la gestione del singolo paziente è il case management, che prevede l'elaborazione -ad opera di un team multidisciplinare- di un piano di cure individualizzato, la cui realizzazione è affidata alla responsabilità di un professionista non direttamente coinvolto nelle cure (case manager), che coordina i servizi e monitora i risultati degli interventi

Broncopatie ostruttive (e respiratorie) .	croniche malattie	Prevenzione primaria e contrasto a fumo Miglioramento della qualità dell'assistenza territoriale
Ricorso all'alcool in età giovanile		Programmi per il contenimento dell'uso dell'alcol specie in età giovanile .
Salute materno infantile dell'età evolutiva		Programmi di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso al parto cesareo. Concentrazione delle Gravidanze a rischio e riduzione dei punti nascita (<500 parti). Programmi di promozione dell'allattamento al seno e di promozione alla salute in età evolutiva.

Problemi di salute rilevanti	Obiettivi prioritari
Incidenti stradali	Programmi di comprovata efficacia per la prevenzione degli incidenti stradali attraverso un approccio integrato in cui è fondamentale un'opportuna sinergia tra istituzioni sanitarie, trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada, autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.), organizzazioni di volontariato (Piano di Prevenzione Regionale incidenti)
Assistenza disabili, anziani e cronici non autosufficienti ed equità nelle cure.	Rafforzamento delle forme di assistenza alternative al ricovero ordinario
Rischio ambientale	Rafforzamento di campagne di promozione della salute nel campo del contrasto a fumo, alcol e altri fattori di rischio modificabili Potenziamento screening tumori femminili, aumento coperture e avvio campagne per la diagnosi precoce dei tumori del colon specie nelle aree ad elevato rischio ambientale(Piano di prevenzione Regionale per gli screening) Miglioramento dell'offerta diagnostico assistenziale nelle aree a rischio ambientale (Gela, Milazzo, Augusta)
Salute lavorativa	Programmi di comprovata efficacia per la prevenzione degli infortuni sul lavoro. Incremento dei controlli nei cantieri. Piano di Prevenzione Regionale degli infortuni sul lavoro

La Risposta di Salute in Sicilia

2 L'Assistenza sanitaria collettiva e in ambienti di vita e di lavoro

2.1 I programmi di educazione alla salute

2.1.1 La situazione attuale

La sorveglianza dello stato di salute della popolazione regionale e dei principali determinanti e fattori di rischio attraverso strumenti e metodi epidemiologici, permette di orientare le strategie di intervento e valutarne e monitorarne la relativa efficacia. Le evidenze ad oggi prodotte hanno costituito il riferimento per l'avvio di programmi di prevenzione e di educazione alla salute nell'ottica della epidemiologia consequenziale.

Considerando la persona e la comunità di cui è parte, la prevenzione può essere distinta nei tre seguenti diversi ambiti:

- promozione della salute: rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;
- individuazione del rischio: comprendono sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva;
- gestione della malattia e delle sue complicanze: significa adozione di protocolli diagnostico-terapeutici-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

In tale contesto, il programma ministeriale "Guadagnare Salute", cui partecipa anche la Regione Siciliana partendo dall'esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica, si articola in quattro programmi specifici basilari:

- promozione di comportamenti alimentari salutari;
- lotta al tabagismo,
- lotta all'abuso di alcol,
- promozione dell'attività fisica.

Il Ministero della Salute e le Regioni sono già impegnati nell'azione di contrasto alle malattie croniche fin dal 2005 attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e la prevenzione degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, ed il contrasto all'obesità.

Ai fini di una efficace azione di contrasto dei fattori di rischio modificabili, è necessario rendere stabile una periodica sorveglianza di tali condizioni utilizzando reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del sistema sanitario.

Per raggiungere tale scopo, il Ministero della Salute (CCM – Centro per il Controllo della Malattia) in collaborazione con le Regioni ha attivato in tutto il Paese un sistema di sorveglianza sulla base dell'esperienza già in atto da lungo periodo negli USA (attraverso la rete del BRFSS del CDC di Atlanta), coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS (CNESPS) (accordo quadro di collaborazione con la Conferenza delle Regioni e Province Autonome approvato il 12 luglio 2006).

Il sistema di sorveglianza, denominato PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), è finalizzato a monitorare in maniera continua alcuni aspetti della salute della popolazione in età adulta, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive ed alle attività di salute pubblica. In questo contesto diviene essenziale promuovere lo sviluppo di tale sistema in ciascuna ASP e rafforzarne l'utilizzo a supporto degli interventi di sanità pubblica adottati, garantendo adeguato sostegno alle attività di rilevazione secondo le indicazioni contenute nel presente Piano e delle direttive regionali.

Nell'ambito dei programmi di educazione alla salute la Regione partecipa ai Programmi Nazionali con riferimento in particolare alla promozione di comportamenti e stili di vita salutari e alla prevenzione dei fattori di rischio delle malattie croniche a maggiore impatto.

Il presente Piano riconosce importanza strategica ai programmi di educazione alla salute rivolti principalmente alle scuole al fine di raggiungere le fasce più giovani della popolazione e di ogni ceto sociale.

Nel quadro degli interventi di educazione alla salute e della prevenzione negli ambiti pediatrico e dei luoghi di lavoro, è riconosciuto il ruolo dell'Università, essendo tali tematiche parte della propria mission formativa, con particolare riferimento ai percorsi rivolti sia alle scuole (con corsi diretti a docenti e agli alunni) sia in altri ambiti extraaccademici.

2.1.2 I Programmi regionali di prevenzione

Nell'ambito delle tematiche affrontate nel precedente Piano Regionale di Prevenzione, sono stati avviati i seguenti specifici piani di prevenzione che la Regione intende proseguire nel triennio di validità del presente Piano.

Piano regionale di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare

Molte raccomandazioni internazionali delineano con chiarezza le modalità per attuare una prevenzione attiva efficace del rischio cardiovascolare, sottolineando in particolare il ruolo integrato della strategia individuale e di quella di popolazione.

Nella strategia individuale un ruolo fondamentale è svolto dai Medici di Medicina Generale che sono in grado di stratificare il rischio cardiovascolare assoluto dei loro assistiti.

La Regione Siciliana ha coinvolto i Medici di Medicina Generale per un'azione sinergica e concordata di valutazione del rischio cardiovascolare assoluto dei propri cittadini di età dai 35 ai 69 anni, seguita da interventi adeguati di correzione del rischio, laddove necessari, prevalentemente attraverso la terapia educativa degli stili di vita principalmente attraverso il counseling motivazionale breve.

La strategia di popolazione, attraverso le strutture delle Aziende sanitarie preposte alla prevenzione, mira a diffondere la cultura della promozione della salute e della prevenzione cardiovascolare aumentando, da un lato, le conoscenze sul rischio cardiovascolare assoluto e sui fattori di rischio, dall'altro, promuovendo comportamenti per ridurre i fattori di rischio modificabili.

Considerate le esigenze di standardizzazione dell'approccio e delle misure per una corretta valutazione del rischio cardiovascolare assoluto, si è ritenuto necessario predisporre preliminarmente una adeguata formazione dei medici e del personale sanitario partecipante, secondo le indicazioni del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità (www.cuore.iss.it).

Per l'attuazione del Piano Regionale per la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle attuali ASP, mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste e di un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

In una prima fase, dopo la valutazione delle risorse disponibili, si è ritenuto necessario identificare in ogni ASP un distretto pilota per l'attuazione del piano, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione.

Piano regionale di prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari

La cardiopatia ischemica e l'ictus costituiscono le più importanti manifestazioni delle malattie cardiocircolatorie che, come rilevato nell'analisi di contesto, sono le principali cause di morte in Sicilia.

Inoltre, le recidive sono eventi frequenti che contribuiscono notevolmente alla mortalità.

Nella fase acuta, i pazienti hanno bisogno di soccorso e cure tempestive in un contesto assistenziale ad alta densità tecnologica, tipicamente ospedaliero. Nella fase cronica la qualità delle cure e la prevenzione delle recidive si basano sulla stratificazione del rischio e su chiare raccomandazioni alla dimissione, sulla compliance dell'assistito e del contesto familiare, sulla presa in carico da parte del medico di Medicina Generale o di una struttura dedicata e sulla qualità della consulenza specialistica.

In via di prima attivazione, dopo la valutazione delle risorse disponibili, si è ritenuto necessario selezionare alcune Aziende per attivare il Piano come progetto pilota, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione.

In particolare, tenendo conto dell'esperienza già acquisita nella partecipazione della Regione al Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata identificata la provincia di Caltanissetta per l'attuazione del progetto.

Il Piano regionale di prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari è rivolto all'intera popolazione adulta regionale quale obiettivo finale di pianificazione regionale.

Piano regionale di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

L'OMS ha sviluppato una strategia globale su dieta, attività fisica e salute attraverso raccomandazioni multisettoriali. Nello specifico le raccomandazioni riguardano la promozione della salute attraverso una sana alimentazione, a partire dall'incremento e la promozione del movimento, rivolte alla popolazione in generale e a specifici gruppi target quali la popolazione pediatrica, gli anziani, le donne in età fertile, ecc il controllo sul consumo di frutta e verdura, sull'apporto di grassi, sale e zucchero, sull'attività fisica giornaliera e sul mantenimento dell'Indice di Massa Corporea (BMI) entro i limiti di normalità.

L'OMS ha fornito altresì numerose indicazioni sulla promozione e il sostegno della pratica dell'allattamento al seno per gli effetti benefici scientificamente dimostrati nell'ambito della predisposizione al sovrappeso e dell'obesità in età adulta.

Su questi presupposti si basano alcune strategie preventive rivolte prioritariamente, ma non esclusivamente, alla popolazione pediatrica, da svolgersi in collaborazione con le strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali preposte alla promozione della salute e alla prevenzione nutrizionale collettiva.

Tale attività è eseguita sia attraverso interventi individuali adeguati di correzione degli apporti nutrizionali sia attraverso interventi di promozione e prevenzione nutrizionale collettiva.

Nella strategia individuale un ruolo fondamentale è svolto dai Pediatri di libera scelta che sono in grado di stratificare lo stato nutrizionale dei loro assistiti.

La Regione Siciliana ha coinvolto i Pediatri di Libera scelta in un'azione sinergica e concordata di valutazione dello stato nutrizionale della popolazione di età pediatrica, seguita da interventi adeguati di correzione degli apporti nutrizionali, laddove necessari, prevalentemente attraverso la terapia educativa degli stili di vita principalmente attuata attraverso il counseling motivazionale breve.

La strategia di popolazione, attraverso le strutture delle Aziende sanitarie preposte alla prevenzione, mira a diffondere la cultura della promozione della salute e della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, aumentando, da un lato, le conoscenze sul rischio assoluto che questa condizione comporta per l'organismo e sui fattori di rischio, dall'altro, promuovendo comportamenti per ridurre i fattori di rischio modificabili.

Considerate le esigenze di standardizzazione dell'approccio e delle misure per una corretta valutazione dello stato nutrizionale, si è ritenuto necessario predisporre preliminarmente una adeguata formazione dei medici e del personale sanitario partecipante.

In una prima fase, si sono attivate sei linee progettuali da realizzare, dopo valutazione delle risorse disponibili, in ogni ASP inizialmente su un distretto pilota, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione entro la durata del Piano.

I piani attivati realizzati sono i seguenti:

- Educazione nutrizionale nella popolazione in età scolare per la prevenzione delle patologie correlate all'alimentazione.
- Promozione delle scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate con i distributori automatici
- Collaborazione con i responsabili e gli operatori di imprese alimentari per il miglioramento della offerta e qualità nutrizionale delle produzioni alimentari.
- Uniformare in ambito regionale gli interventi per la ristorazione collettiva scolastica e assistenziale definendo criteri di indirizzo per la loro applicazione.
- Pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione e sostegno allo svolgimento di un'adeguata attività motoria.
- Promozione e sostegno dell'allattamento esclusivo al seno almeno fino al sesto mese di vita.

Il piano è rivolto all'intera popolazione regionale quale obiettivo finale di pianificazione regionale.

La Regione partecipa, inoltre, attraverso le strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali preposte alla promozione, prevenzione e sorveglianza nutrizionale collettiva ai seguenti Progetti:

- Progetto Interregionale "E vai con la Frutta" relativo alla promozione del consumo di frutta nelle scuole elementari;
- Progetto nazionale "OKkio alla Salute" relativo alla sorveglianza delle abitudini alimentari e dell'attività fisica in età scolare;
- Progetto Nazionale di promozione del consumo del sale iodato;
- Progetto Nazionale di promozione del consumo di Acido Folico con la Dieta;
- Progetti Transnazionali HBSc e GYPS relativi alla rilevazione degli stili di vita degli adolescenti.

Tutte le attività progettuali sopra descritte integrano e ampliano le attività istituzionali di promozione, prevenzione e sorveglianza nutrizionale collettiva e gli interventi igienico-nutrizionali per la ristorazione scolastica e collettiva realizzate dalle strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali.

Il Disease Management del diabete mellito di tipo 2

Il *Disease Management (DM)* si basa sull'approccio sistemico alle patologie croniche attraverso il quale vengono ridisegnati i percorsi assistenziali e riallocate le risorse di tutte le componenti, territoriali ed ospedaliere, del sistema sanitario. Gli assi portanti del DM sono la costituzione di gruppi multiprofessionali e interdisciplinari ed il monitoraggio continuo di indicatori dei processi assistenziali e degli esiti per migliorare l'outcome nel paziente-target.

Il DM tende, inoltre, a considerare l'intero decorso clinico della persona affetta da una determinata patologia piuttosto che prendere in esame i singoli episodi o gli incontri frammentari della stessa con differenti parti del sistema sanitario.

Nella "gestione integrata" delle cronicità, che costituisce la base metodologica del DM, un ruolo fondamentale è svolto dai Medici di Medicina Generale che devono assicurare la continuità assistenziale dei loro assistiti.

La Regione Siciliana ha coinvolto i Medici di Medicina Generale in un'azione sinergica e concordata con tutti gli altri attori del sistema assistenziale, che applichi i principi del *Disease Management* nella gestione dei propri cittadini affetti da diabete mellito di tipo 2, comprendente anche interventi educativo-formativi, secondo gli indirizzi del Programma Regionale di Prevenzione e del Progetto Nazionale IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza del Diabete), che costituisce lo strumento di supporto tecnico-metodologico dell'area della "Prevenzione delle complicanze del Diabete" del Programma Nazionale di Prevenzione

Piano regionale di prevenzione degli incidenti domestici

E' verosimile che l'entità degli incidenti domestici sia molto più rilevante di quanto risulti dai dati disponibili da fonte ISTAT e che il fenomeno possa essere effettivamente sottostimato. Appare pertanto opportuno rafforzare gli attuali sistemi di rilevazione e utilizzare al meglio i flussi informativi già disponibili al fine di una maggiore sorveglianza del fenomeno e di un più attento monitoraggio sull'efficacia degli interventi.

A tale scopo è opportuno il potenziamento dell'apposito flusso dati SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione). In tal modo verrà migliorato il livello di conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici, nei suoi andamenti temporali e spaziali, nei suoi livelli di gravità, nella valutazione dei fattori di rischio associati, nell'impatto sui servizi sanitari e sugli esiti di salute a medio-lungo termine.

Per la realizzazione del Piano Regionale per la prevenzione attiva degli incidenti domestici la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle attuali ASP mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste.

La prevenzione degli incidenti domestici si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale la sinergia tra le varie istituzioni coinvolte (strutture sanitarie, scuole, organizzazioni di volontariato), tenuto conto delle principali fasce di popolazione a rischio (anziani, bambini, donne).

Gli interventi di prevenzione prevedono:

- il controllo, attraverso visite domiciliari, dei requisiti strutturali/impiantistici delle abitazioni per gli aspetti relativi alla sicurezza, associati a interventi informativo/educativi;
- attività informativo/educativa rivolta a gruppi di popolazione a rischio, come bambini 0-4 anni, con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche, anziani, casalinghe;
- promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.

Piano regionale di prevenzione degli incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono una importante fonte di disabilità e la sorveglianza della loro distribuzione sul territorio è fondamentale per intraprendere adeguati provvedimenti di contrasto.

E' necessario pertanto verificare la validità dei flussi disponibili, implementarli ove necessario, e avviare l'integrazione con eventuali flussi esterni, in modo da conoscere gli andamenti temporali e spaziali del fenomeno e i suoi livelli di gravità, valutare i fattori di rischio associati, l'impatto sui servizi sanitari e gli esiti di salute a medio-lungo termine e monitorare gli interventi di prevenzione avviati.

Per la realizzazione del Piano Regionale per la prevenzione attiva degli incidenti stradali la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle attuali ASP, mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste.

Le ASP, con la collaborazione del Comitato di Coordinamento Regionale, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali che considerano l'organizzazione della formazione del personale aziendale, le modalità di coinvolgimento dei portatori di interessi per la gestione del problema, attraverso soprattutto adeguate modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione e il monitoraggio del progetto.

La prevenzione degli incidenti stradali si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale la sinergia tra le varie istituzioni coinvolte (strutture sanitarie, trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, organizzazioni di volontariato) e le categorie di lavoratori a rischio (autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.).

L'obiettivo prioritario è lo sviluppo di un percorso sistematico ed integrato in tema di informazione sulla sicurezza stradale, sui fattori favorevoli agli incidenti stradali con speciale riguardo per i comportamenti a rischio (utilizzo di alcool, sostanze d'abuso, farmaci, mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza).

Il percorso informativo ed educativo deve accompagnare la persona dall'età evolutiva all'età adulta promuovendo attraverso interventi specifici l'assunzione progressiva di atteggiamenti responsabili, basati sulla percezione reale dei rischi.

Affinchè questo obiettivo possa essere raggiunto e ne sia assicurata la sostenibilità nel tempo, gli interventi non devono essere episodici, ma vanno articolati nel territorio ed attuati in modo sinergico tra le istituzioni coinvolte anche definendo specifici protocolli di intesa.

Gli interventi di prevenzione prevedono:

- *Età prescolare*: informazione ed educazione sanitaria rivolta ai genitori dei bambini in età prescolare allo scopo di informarli sui criteri di sicurezza per il bambino, attraverso corsi di preparazione alla nascita, i pediatri di base, gli operatori dei servizi vaccinali.
- *Età scolare*: informazione/educazione sanitaria rivolta ai soggetti in età scolare, con possibile inserimento di elementi sulla sicurezza stradale nelle attività scolastiche curriculari e rilevazione di opinioni, atteggiamenti e comportamenti nei teenager.
- *Patentandi*: informazione/educazione alla salute rivolta ai soggetti che frequentano le scuole guida per il conseguimento della patente e agli operatori delle scuole guida, in tema di sicurezza stradale (norme, comportamenti a rischio ecc.), anche attraverso valutazione formativa delle attitudini e degli atteggiamenti.
- *Patentati*: informazione/educazione alla salute rivolta ai soggetti che accedono ai servizi di Igiene pubblica dei distretti sanitari per il rilascio/rinnovo della patente, mediante rilevazioni periodiche su opinioni, atteggiamenti e comportamenti in merito alla sicurezza stradale attraverso strumenti della ricerca psicosociale, opportunamente predisposti, e attraverso la divulgazione di materiale informativo. Particolare attenzione va riservata alla valutazione psicologica dei fattori cognitivi e di personalità, prima del rilascio/rinnovo della patente, per i soggetti che sono stati coinvolti in incidenti stradali.

Gli screening oncologici

Come risulta dall'analisi di contesto, i tumori costituiscono in Sicilia la seconda causa di morte in linea con i dati dell'UE. Gli screening oncologici rappresentano la strategia preventiva più diffusa in quanto la diagnosi precoce, consentendo di intervenire sul tumore fin dai primi stadi, aumenta le possibilità di guarigione.

Il Piano regionale della prevenzione in questo settore comprende:

- Screening del carcinoma della cervice uterina
- Screening del tumore della mammella
- Screening del carcinoma colon-rettale

Per la realizzazione del Piano Regionale di prevenzione nel settore, la Regione ha costituito un Comitato tecnico-scientifico regionale per gli screening oncologici; le attuali ASP hanno identificato un comitato scientifico e un responsabile per ciascuno degli screening.

Nell'ambito di tale piano regionale, è stata definita l'organizzazione a livello regionale e aziendale mediante le "Direttive regionali per la predisposizione dei protocolli operativi aziendali per l'attivazione o l'adeguamento dei programmi di screening", che recepiscono il documento del Ministero della Salute contenente le "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto".

La Regione Siciliana ha quindi predisposto il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia", che è stato approvato dal CCM (Centro per il Controllo delle malattie), giusta comunicazione prot. DGPREV.IX/0012478-P del 17.3.2010. Nell'ambito di tale progetto sono previsti 6 obiettivi specifici:

- Creazione di una cabina di regia regionale, comprendente i rappresentanti dell'Osservatorio Nazionale Screening, e di un network strutturato dei referenti delle Aziende Sanitarie Provinciali
- Creazione di un sistema informatico regionale web based che utilizzi il tracciato record del Progetto MATTONI per il monitoraggio dello screening
- Identificazione di tre centri di lettura regionali per lo screening del cervicocarcinoma, che garantiscano qualità e omogeneità della risposta
- Miglioramento della dotazione tecnologica per lo screening del tumore della mammella (mammografi digitali) e della disponibilità del servizio nelle aree montane e non sufficientemente collegate (mammografi mobili)
- Identificazione di una rete di farmacie per la consegna e il ritiro dei test per lo screening del carcinoma del colon retto
- Attivazione di una campagna informativa e promozionale nelle province in cui lo screening viene attivato per migliorare l'adesione

Dopo la comunicazione di approvazione del progetto, con D.A. n. 1237 del 13/5/2010 è stato istituito il Gruppo di coordinamento regionale per gli screening oncologici, composto da funzionari regionali, delle ASP e universitari, e dal direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening.

E' stata verificata la situazione del software posseduto dalle ASP: quelle che avevano già in corso attività di screening possedevano software diversi fra loro, e una delle precedenti criticità era stata il diniego all'adozione di un diverso software comune a tutti. Pertanto si è preferito che ogni ASP procedesse autonomamente all'adeguamento del software esistente o all'acquisto di un nuovo software compatibile con il tracciato del "Progetto MATTONI" (è stato fornito a tutti uno schema di capitolato d'appalto con le caratteristiche tecniche necessarie).

E' stata richiesta ai Direttori Generali delle ASP la ricognizione di attrezzature e personale disponibili per i tre screening, sia per il test di I livello che per i successivi approfondimenti diagnostici. Al fine di superare la carenza di lettori qualificati (sia per il Pap test che per le mammografie), si è convenuto di non utilizzare lettori automatici ma di procedere mediante convenzioni per la lettura dei Pap Test con le ASP dotate di centri già operanti con lettori qualificati, che sono state già attivate fra Catania e Caltanissetta e Catania e Siracusa. Gli altri centri di lettura previsti sono a Trapani, Ragusa, Palermo e Messina. Inoltre sono state emanate le direttive contenenti le procedure per l'adeguamento delle performances di lettura e refertazione delle mammografie, in modo che possano essere certificati i radiologi che non possiedono il requisito della lettura annuale di almeno 5000 mammografie di screening, tramite l'affiancamento da parte dei radiologi certificati di altre ASP (Palermo, Catania e Caltanissetta) e la lettura delle mammografie dello screening corrente e dell'archivio.

Infine è stato predisposto il percorso di formazione per gli operatori che ha avuto una prima fase dedicata agli aspetti organizzativi e gestionali in generale e sta proseguendo con la formazione specifica per i tre screening e per la comunicazione.

Sono stati assegnati alle ASP i fondi comunitari per l'acquisto dei mammografi digitali. La LILT ha offerto l'uso di un suo mammografo mobile.

In atto solo in alcune ASP sono attivi programmi organizzati di screening.

Sono pertanto obiettivi strategici delle attività di screening:

- garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli screening da parte della popolazione bersaglio, minimizzando le differenze di performance e qualità dei programmi e valorizzando la capacità di coinvolgimento della popolazione ed il corretto utilizzo delle informazioni sanitarie di supporto
- assicurare periodicamente a tutta la popolazione femminile residente ed in fascia di età l'offerta del test di screening e degli eventuali approfondimenti che si rendessero necessari
- individuare neoplasie in uno stadio precoce di malattia per garantire la tempestività del trattamento e la migliore sopravvivenza e qualità di vita
- contribuire alla riduzione della mortalità organo specifica
- assicurare un percorso diagnostico-terapeutico di qualità basato sulle prove di efficacia, con minima esposizione del paziente a rischio.

La Regione Siciliana, inoltre, partecipa anche al Progetto CCM "Basilicata" (Incremento degli screening oncologici nelle Regioni meridionali) che prevede tre azioni, ancora da predisporre:

- Conferimento dei dati degli screening al datawarehouse nazionale
- Reingegnerizzazione degli interventi di screening opportunistico
- Predisposizione di strumenti di valutazione d'impatto dei programmi di screening.

Attualmente sono in corso gli inviti per lo screening del cervicocarcinoma in 7 ASP su 9 e quelli per lo screening mammografico in 5 ASP; lo screening del colonretto è stato attivato nelle ASP di Caltanissetta, Ragusa e Catania. Si ritiene necessario proseguire questa attività sviluppando i progetti approvati.

Obiettivi e interventi prioritari per il triennio: il Piano Regionale della Prevenzione

Con l'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010 sono state individuate le linee di intervento del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

La Regione, in aderenza alle indicazioni del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione, ha approvato con D.A. n.03220 del 30 dicembre 2010 il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 che, a partire da una analisi epidemiologica e di contesto su alcuni indicatori sintetici dello stato di salute, individua, considerando tutti gli ambiti di intervento (prevenzione e controllo delle patologie, prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, prevenzione da fattori di rischio ambientali, promozione della salute), gli obiettivi prioritari dell'attività di prevenzione.

Le linee di intervento (ossia operative) del prossimo Piano sono quelle individuate come prioritarie, appartenenti a quattro macroaree:

- 1) La Medicina predittiva
- 2) La prevenzione universale
- 3) La prevenzione nella popolazione a rischio
- 4) La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Di seguito si riporta l'elenco delle linee che la Regione Siciliana intende sviluppare:

- 1) La Medicina predittiva
 - Valutazione del rischio individuale di malattia
 - Estensione della carta del rischio cardiovascolare
- 2) La prevenzione universale
 - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale
 - Campagne di comunicazione e interventi specifici
 - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate
 - Piano regionale di prevenzione in edilizia
 - Piano regionale di prevenzione in agricoltura
 - Sorveglianza infortuni mortali
 - Piano di emersione delle malattie professionali
 - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico
 - Interventi mirati per la popolazione anziana
 - Interventi mirati per la sicurezza nelle abitazioni
 - Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
 - Informatizzazione anagrafi vaccinali
 - Monitoraggio coperture vaccinali
 - Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni
 - Peer education su malattie sessualmente trasmesse
 - Monitoraggio condizioni igieniche scuole e carceri
 - Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici
 - Implementazione e supporto regolamento REACH
 - Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano
 - Applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo
 - Controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici
 - Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)
 - Sorveglianza con PASSI
 - Sorveglianza con Okkio alla Salute
 - Sorveglianza nutrizionale pediatrica
 - Frutta e verdura a scuola
 - Promozione allattamento al seno
 - Promozione attività motoria
 - Peer education su alcolismo
 - Riduzione tabagismo materno
 - Promozione uso sale iodato
 - Progetto Unplugged (abuso di sostanze)
- 3) La prevenzione nella popolazione a rischio
 - Tumori e screening
 - Promozione screening per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto
 - Malattie cardiovascolari
 - Prevenzione recidive di eventi cerebro e cardiovascolari
 - Gestione integrata scompenso cardiaco

- Diabete
 - Gestione integrata diabete
- Malattie respiratorie croniche
 - Gestione integrata BPCO e insufficienza respiratoria
- Patologie orali
 - Screening carie e malocclusioni in età scolare
- Disturbi psichiatrici
 - Formazione operatori per Disturbi del Comportamento Alimentare
- Cecità e ipovisione
 - Screening patologie visive in età scolare
- Ipoacusia e sordità
 - Screening uditivo neonatale
- 4) La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia
 - Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza
 - Sorveglianza delle fragilità dell'anziano
- 5) La prevenzione delle malattie renali
 - Prevenzione e sorveglianza delle malattie renali
 - Formazione/informazione in fase predialitica (corsi predialisi) sulle opportunità terapeutiche alternative alla dialisi e incentivazione della dialisi peritoneale.

Al fine di potenziare le attività di prevenzione sarà valutata la possibilità di reinvestire nel settore gli introiti derivanti dall'applicazione delle sanzioni a seguito dell'accertamento di violazioni di norme in tema di prevenzione.

2.2 La sicurezza alimentare

La Regione Siciliana, per ciò che riguarda principalmente le attività di controllo sulla catena alimentare e della promozione della sicurezza alimentare, deve completare il processo di armonizzazione con gli assetti comunitari e l'adeguamento agli standard europei di controllo basati sull'analisi del rischio secondo principi di efficacia ed imparzialità.

A tal fine, vanno promossi metodi uniformi di valutazione del rischio alimentare con l'attuazione di programmi di sorveglianza e il monitoraggio delle stesse attività nel settore della sicurezza alimentare.

Come previsto dal Piano Sanitario Nazionale a proposito della organizzazione dei rapporti tra Autorità centrale e Autorità regionale, sarà necessario creare strumenti attraverso i quali verificare la efficienza e l'appropriatezza dei sistemi sanitari territoriali di prevenzione primaria per la parte relativa alla sicurezza alimentare, anche attraverso sistemi di auditing orientati a garantire l'uniformità nell'applicazione della normativa vigente e l'implementazione dei flussi informativi.

Avendo la nuova regolamentazione comunitaria introdotto l'obbligo del controllo ufficiale anche nel settore della produzione primaria, in una logica dei controlli di filiera, occorre ridefinire l'organizzazione della prevenzione con l'integrazione interdisciplinare medica, veterinaria, agronomica, etc., con l'adeguamento agli standard nazionali ed europei e con l'accreditamento di laboratori da adibire al controllo ufficiale, con particolare riferimento alla norma europea UNI/EN/ISO/IEC 17025 su "Criteri Generali sulla competenza dei laboratori di prova e di taratura".

In linea con il Piano Sanitario Nazionale, un carattere di assoluta priorità deve essere inoltre riconosciuto al *Piano Regionale Integrato dei Controlli*, alla organizzazione di un adeguato sistema rapido di allerta e alla predisposizione di un Piano organico per la gestione delle emergenze nel campo degli alimenti e dei mangimi.

In sintesi, per i temi della sicurezza alimentare, il presente Piano punta:

- ad una riorganizzazione su basi univoche del Dipartimento di Prevenzione anche a garanzia della uniforme erogazione dei LEA in tema di sicurezza alimentare;
- allo sviluppo di un nodo regionale per la sicurezza alimentare che faccia riferimento all'intesa tra il Governo e le Regioni e le Province autonome approvata il 14 giugno 2007 "Piano Nazionale Integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare" e che, con l'obiettivo di sorvegliare e coprire l'intera catena alimentare, metta i vari servizi della sanità veterinaria e i servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione del Dipartimento di prevenzione in connessione con lo stesso nodo regionale e, attraverso questo, con la rete dei laboratori pubblici (ARPA, LSP, IZS, ed altri) e con gli altri nodi nazionali;
- alla emanazione, nell'arco del primo anno di vigenza del Piano, di un atto di indirizzo per l'integrazione delle attività dei laboratori pubblici deputati alla effettuazione del controllo ufficiale (ARPA, LSP, IZS, etc.) onde accelerare il processo di accreditamento ai fini del controllo ufficiale, razionalizzarne i percorsi con il superamento delle duplicazioni e garantire la copertura in tutto il territorio regionale, di tutte le matrici alimentari e di tutti gli analiti;
- all'attuazione di una stringente campagna di formazione destinata agli operatori del controllo ufficiale, orientata principalmente alle tecniche di auditing e della valutazione del rischio, all'integrazione in équipes interprofessionali medico-veterinarie con l'obiettivo di omogeneizzare le procedure di verifica, alla

promozione e diffusione di “best-practice” per migliorare qualità, appropriatezza ed efficienza degli interventi sull’intera filiera agroalimentare. Tale azione di fondamentale importanza, richiede un grosso investimento formativo per integrare medici, veterinari e tecnici della prevenzione in équipes in grado di assolvere al ruolo di organismo terzo tra il produttore e il consumatore a garanzia della sicurezza alimentare e dei loro reciproci interessi. Con la nuova disciplina in materia di sicurezza alimentare è stato infatti innovato il tradizionale approccio del controllo ufficiale, con la ridefinizione delle modalità e delle tecniche per la verifica della conformità delle imprese alimentari ai requisiti normativi e per la individuazione dei profili di rischio, nell’ottica della ottimale ed efficace organizzazione del sistema dei controlli.

Tra gli strumenti previsti dai nuovi regolamenti, l’audit garantisce una valutazione d’insieme dei requisiti strutturali, dei processi produttivi e del sistema di autocontrollo messo in atto dall’operatore del settore alimentare a garanzia della sicurezza alimentare.

- alla creazione di una anagrafe in rete degli operatori del settore alimentare e delle relative attività siano esse assoggettate all’obbligo della registrazione che del riconoscimento;
- alla creazione di un sistema anagrafico in rete di tutte le attività produttive, sia a livello primario che a livello artigianale ed industriale, di tutte le attività commerciali, all’ingrosso e al dettaglio e di tutte le attività coinvolte nella somministrazione degli alimenti, è premessa irrinunciabile per la programmazione del controllo ufficiale, della categorizzazione del rischio delle attività, della gestione del sistema di allerta, etc.;
- alla completa realizzazione del sistema di allerta rapido in applicazione della intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2008 contenente “Linee guida per la gestione del sistema di allerta per alimenti e mangimi” e alla adozione del Piano di Emergenza per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi in applicazione della Intesa Stato Regioni del 24 gennaio 2008;
- alla emanazione e alla realizzazione di un piano organico in materia di acque da destinare al consumo umano con la adozione di disposizioni normative e regolamentari regionali e con il controllo della idoneità sia nelle fasi dell’approvvigionamento iniziale della risorsa idrica che nelle fasi del trattamento e della distribuzione del bene acqua;
- alla elaborazione di piani di controllo da ricomprendere entro il Piano Regionale Integrato che tengano conto della necessità di coprire tutte le fasi della filiera agroalimentare partendo dai livelli di rischio connessi con la categorizzazione delle imprese. I singoli piani dovranno coprire tutte le fasi della produzione agroalimentare, a partire dalla produzione primaria, per passare alle fasi della trasformazione, del trasporto, del magazzinaggio e, infine, del commercio, sia all’ingrosso che al dettaglio, e della somministrazione.

Il Piano Regionale Integrato dei controlli dovrà ricomprendere al suo interno programmi orientati alla copertura delle seguenti esigenze e, in particolare, al controllo:

- dei requisiti microbiologici degli alimenti, specialmente sulle matrici alimentari di origine animale facilmente deperibili e sugli alimenti destinati a categorie particolarmente esposte (anziani, bambini, etc);
- delle frodi, delle adulterazioni, delle contraffazioni, etc. specialmente sulle merci e sui prodotti di importazione dopo l’avvenuta nazionalizzazione ed in fase di commercializzazione anche all’ingrosso;
- degli obblighi di tracciabilità/rintracciabilità ed etichettatura cui sono tenuti tutti gli operatori del settore alimentare;
- della presenza di contaminanti ambientali e/o di sostanze indesiderate riscontrabili accidentalmente o incorporate intenzionalmente negli alimenti;
- della presenza di fitosanitari, anticrittogamici, antiparassitari, etc. oltre i limiti eventualmente consentiti dalla legge;
- delle corrette modalità di gestione degli impianti di produzione e degli ambiti di somministrazione coinvolti nella ristorazione collettiva ed assistenziale.

Particolare priorità assumono, tra gli interventi, le attività di controllo sugli alimenti, con particolare riferimento ai fitofarmaci e al controllo delle materie prime. Per le Droghe sintetiche vanno inseriti i componenti in modo da evidenziarli nelle “liste negative” ai fini della tracciabilità. A tal fine potrà prevedersi la presenza della figura professionale del chimico nelle strutture delle Aziende sanitarie preposte ai controlli chimici sugli alimenti, aria, acqua e, più in generale, sui controlli relativi agli agenti tossici e al loro dosaggio sui liquidi organici (es. arsenico nelle urine, arsenico e piombo nel sangue), alle polveri respirate anche mediante apparecchiature specifiche e operatori specializzati e alle coltivazioni agricole.

2.2.1 La prevenzione delle malattie infettive

La pratica vaccinale rappresenta l’intervento a più elevato rapporto positivo sia in termini di rischio-beneficio sia in termini di costo-beneficio. Inoltre gli spostamenti di persone e merci da/per aree geografiche a rischio favorisce la rapida diffusione di patologie emergenti e riemergenti. Per tale motivo accanto ai tradizionali programmi di prevenzione primaria, obbligatori per legge, si dovranno implementare campagne vaccinali verso altri agenti eziologici responsabili di malattie che riconoscono il loro target principale nelle fasce più deboli della società (anziani e bambini) e raggiungere adeguati livelli di copertura vaccinale che consentano di estendere gli effetti anche ai soggetti non vaccinati (“immunità di gregge”).

Conseguentemente, nel triennio, anche attraverso la collaborazione dei MMG e dei PLS, si dovrà raggiungere una elevata uniformità di copertura per le vaccinazioni di più recente introduzione ed una equità di accesso alla prevenzione vaccinale con una appropriata offerta delle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, a tutte le fasce di popolazione anche per le vaccinazioni obbligatorie nelle popolazioni immigrate da paesi extracomunitari.

Occorrerà rendere omogenea la gestione dei casi, in crescita, di rifiuto della pratica vaccinale, con necessità di un approccio comunicativo verso i cittadini che tenda al consenso ed alla consapevolezza, piuttosto che allo storico concetto della obbligatorietà.

In quest'ottica devono essere perseguiti i seguenti obiettivi :

- implementazioni delle anagrafi vaccinali;
- valutazione epidemiologica dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia, cui offrire prioritariamente le vaccinazioni;
- rilevazione tempestiva dei casi di infezioni emergenti, riemergenti e da importazione, con notifica immediata per come previsto dal D.M. 15.12.1990 e successive modifiche e integrazioni;
- sorveglianza e controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- partecipazione ai sistemi di sorveglianza internazionali per la rilevazione di eventi epidemici a rischio di diffusione nel nostro Paese;
- miglioramento della diagnostica etiologica;
- monitoraggio della efficacia dei nuovi vaccini.

Si intende ridurre l'incidenza delle malattie infettive, in particolare di quelle di più rilevante impatto sanitario e sociale. Gli interventi vanno presidiati e sviluppati rispetto anche ad alcuni segnali cui prestare attenzione (incremento tubercolosi polmonare chemioantibioticoresistente, aumento della mobilità delle persone fra paesi anche extracomunitari con quadri epidemiologici diversi), lotta alle antropozoonosi. Saranno mantenuti i sistemi di sorveglianza e continuata a garantire l'offerta attiva dei vaccini anche in stretta collaborazione con medici e pediatri di famiglia.

Tra i compiti principali, inoltre, la valutazione degli elementi epidemiologici sullo stato di salute della popolazione, ricorrendo sia all'uso dei dati correnti dei Sistemi informativi sanitari, dell'Osservatorio epidemiologico regionale che attraverso indagini epidemiologiche ad hoc.

Tubercolosi

In relazione al notevole incremento dei casi di tubercolosi accertati nell'ultimo biennio nel territorio siciliano, con il presente Piano della Salute, la Regione si impegna a costruire una rete regionale di controllo della malattia e della infezione tubercolare che faccia perno sul territorio, in grado di rispondere alle esigenze di:

- avviare programmi di screening e diagnosi precoce per tutte le Persone, italiane e straniere, con storia di contatti con Pazienti affetti da tubercolosi o per Pazienti con quadri clinici compatibili per infezione/malattia tubercolare
- diffondere le strategie di prevenzione in tutto il territorio della Regione;
- diagnosticare le forme tubercolari polmonari ed extrapolmonari tenendo conto delle farmaco-resistenze;
- diffondere la conoscenza dei differenti protocolli terapeutici indicati nei differenti quadri nosografici;
- individuare e trattare l'infezione tubercolare nei contatti stretti, regolari, e se necessario anche occasionali, di tutti i casi di malattia tubercolare attiva.
- formare i medici operanti nel territorio della regione.

- rafforzare la sensibilizzazione del problema mediante una opportuna campagna da rivolgere alla classe medica con particolare riguardo ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta evitando i ritardi evitabili nella diagnosi

La suddetta rete dovrà essere supportata da un'adeguata organizzazione dei laboratori e da un efficiente sistema di rilevazione dei dati epidemiologici per la sorveglianza della malattia e per la migliore pianificazione degli interventi di settore.

2.2.2 Gli ambienti di vita

In linea con gli indirizzi nazionali, europei ed internazionali la Regione dovrà fissare alcuni obiettivi di grande scala sui temi dell'ambiente e della salute che devono trovare continuità nelle ASP e negli enti locali alla luce del principio di sussidiarietà. A tal fine occorre sviluppare un approccio di politica sanitaria meno settoriale, che coordini le diverse politiche ambientali e sanitarie con un orientamento di tipo integrato, prevedendo l'inserimento delle diverse priorità di "ambiente e salute" nelle politiche e norme settoriali su aria, acqua, rifiuti e suolo e in una nuova politica integrata dei prodotti al fine di eliminare le emissioni o l'uso delle sostanze pericolose nei prodotti e nei processi di produzione. La salute delle fasce di popolazione più vulnerabili (minori, anziani) deve costituire un obiettivo privilegiato su cui fondare le azioni in tale ambito. Oggi è ormai consolidato il concetto della necessità della prevenzione primaria in campo ambientale, che, nel corso degli ultimi anni, ha prodotto numerosi risultati positivi, sia nel campo ambientale propriamente detto, sia nel campo della salute umana.

Inquinamento atmosferico e qualità dell'aria

I gruppi di popolazione più colpiti dall'inquinamento ambientale sono soprattutto gli anziani e le persone affette da patologie croniche ed i soggetti "fragili". L'esposizione ad inquinamento ambientale peggiora la prognosi e aumenta la probabilità di morte. I bambini sono particolarmente vulnerabili agli effetti dell'inquinamento e tendono ad ammalarsi per cause respiratorie, in particolare bronchite ed asma. In generale gli effetti sulla salute degli inquinanti atmosferici sono innanzitutto acuti (di breve termine: aggravamento di sintomi respiratori e

cardiaci in soggetti malati, infezioni respiratorie acute, crisi di asma bronchiale, disturbi circolatori ed ischemici, morte).

Gli obiettivi prioritari sono:

garantire il miglioramento della qualità dell'aria nei centri urbani, come fattore determinante per la prevenzione attiva di patologie cardio-respiratorie, allergiche, asma, tumori;
assicurare il miglioramento della qualità dell'aria in prossimità di scuole e di luoghi pubblici frequentati da bambini;
garantire per tutti i cittadini un facile accesso a informazioni chiare e comprensibili riguardo l'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute per poter fare delle scelte sui propri comportamenti.

Radiazioni

Occorre implementare le politiche per lo sviluppo di iniziative volte a ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti (radon) e non ionizzanti (inclusa la radiazione ultravioletta di origine solare e artificiale) e accrescere la consapevolezza su come prevenire tali rischi, proteggendo in particolare la popolazione dagli eventuali effetti a lungo termine generati dall'esposizione cronica alle sempre più numerose sorgenti di radiazioni non ionizzanti sul territorio nazionale (campi elettromagnetici generati da elettrodotti e impianti di telecomunicazioni), tenendo comunque conto che, allo stato attuale delle conoscenze, non vi sono dati univoci e certi su tali effetti.

Acque di balneazione

Obiettivi prioritari sono:

- promuovere una gestione integrata della qualità delle acque, tale da permettere azioni volte a prevenire l'esposizione dei bagnanti a rischi sanitari, non solo attraverso il monitoraggio, ma soprattutto attraverso misure di gestione che includano il riconoscimento, la valutazione e la riduzione o eliminazione delle possibili cause della contaminazione oltre che la previsione dell'inquinamento e quindi del rischio sanitario associato alla balneazione;
- dare un'informazione più completa e aggiornata in tempo reale alla popolazione sulle condizioni delle spiagge, sulle pratiche di gestione e sulla qualità delle acque di balneazione, potenziando e sviluppando i processi di partecipazione dei cittadini.

Rifiuti

In linea con gli obiettivi del programma "Ambiente 2010" dell'U.E., i provvedimenti normativi vigenti, di recepimento di direttive europee nell'ambito dell'area gestione dei rifiuti prevedono l'obiettivo di una sensibile riduzione complessiva della quantità di rifiuti prodotti e tendere verso una situazione in cui:

- i rifiuti non siano più pericolosi o che perlomeno presentino rischi molto limitati per l'ambiente e per la salute umana;
- la maggior parte dei rifiuti venga reimmessa nel ciclo economico, soprattutto attraverso il riciclaggio, o restituita all'ambiente in forma utile o perlomeno non nociva;
- le quantità di rifiuti destinate allo smaltimento finale siano ridotte al minimo assoluto e siano distrutte o smaltite in maniera sicura e trattati in siti più vicini al luogo di produzione.

Nelle varie fasi della gestione dei sistemi di smaltimento dei rifiuti possono verificarsi fenomeni di rilascio ambientale di sostanze chimiche in aria, suolo e acqua, oltre che di contaminazione microbiologica e ad oggi è difficile valutare l'impatto sulla salute umana.

Occorre promuovere il consolidamento ed il miglioramento del sistema di raccolta e trattamento dei rifiuti solidi urbani e dei rifiuti speciali pericolosi e non, che minimizzi i rischi per la salute umana ed i danni ambientali e promuova studi epidemiologici per la valutazione del possibile aumento del rischio di neoplasie infantili e di altre patologie infantili e delle malformazioni congenite nelle aree situate in prossimità dei siti sospetti.

Inoltre per i rifiuti sanitari vanno individuate procedure codificate per la riduzione dei rischi connessi alla gestione dei rifiuti sanitari specialmente per l'uso dei pungenti e taglienti, mediante l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali e attraverso attività formative specifiche.

Inquinamento acustico

L'obiettivo da realizzare è la prevenzione o la riduzione degli effetti nocivi dell'inquinamento acustico sull'organo dell'udito e sull'intero organismo, garantendo l'individuazione ed il controllo, se non la rimozione di questo fattore di rischio negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo il rispetto dei limiti di emissione imposti dalla normativa vigente ed implementando le iniziative per ridurre l'esposizione all'inquinamento acustico, in linea con la normativa comunitaria e nazionale.

Gli ambienti confinati

Gli ambienti confinati, le abitazioni in particolare, influiscono in maniera significativa sul benessere psicofisico e la qualità della vita della popolazione. Al fine di garantire alla popolazione di vivere in ambienti confinati salutarì dal punto di vista fisico e sociale, a casa, a scuola, sul luogo di lavoro e nella comunità locale occorre sviluppare interventi mirati a:

ridurre l'incidenza delle malattie correlate alla qualità dell'aria degli ambienti confinati, in modo particolare le patologie allergiche, l'asma e le malattie respiratorie (BPCO) ed alcune forme di tumore;
promuovere il benessere e la produttività negli ambienti di lavoro indoor (es. uffici), riducendo l'incidenza di effetti sulla salute dei lavoratori compresa la sindrome dell'edificio malato (Sick Building Syndrome);

ridurre l'incidenza di lesioni o invalidità dovute ad incidenti domestici;
 tutelare il consumatore ed incentivare alla produzione ed al consumo di materiali/prodotti sani per la salute e l'ambiente;
 promuovere la salute, migliorando le conoscenze sui fattori di rischio indoor e sulle misure efficaci di prevenzione ed informando la popolazione sui comportamenti e stili di vita corretti;
 implementare le iniziative volte a migliorare le opportunità per le persone disabili nei riguardi della salute e delle condizioni di vita a casa, nei luoghi di lavoro ed in quelli pubblici, in linea con le norme in tema di pari opportunità per le persone disabili. Occorre programmare azioni specifiche per le condizioni igieniche e strutturali delle scuole, ospedali e mezzi di trasporto sia mediante la definizione di standard minimi di qualità dell'aria interna ed i livelli di azione e standard di ventilazione. Un'altra importante misura è la definizione di procedure tecniche standard di saggio delle emissioni, classificazione dei materiali da costruzione per le proprietà igieniche e ambientali, etichettatura e marchi di qualità dei prodotti per l'orientamento dei professionisti del settore e dei consumatori, tenendo conto anche di quanto previsto dalla Direttiva 89/106/CEE, concernente i materiali da costruzione e dalla normativa concernente la limitazione dell'immissione sul mercato e dell'uso di talune sostanze e preparati pericolosi.

- ridurre l'esposizione al radon negli ambienti confinati, che preveda, tra l'altro, a scopo preventivo norme costruttive specifiche anti-radon per le nuove costruzioni, più stringenti nelle zone con maggiore presenza di radon, nonché norme per la limitazione dell'emissione di radon (e radiazione gamma) dai materiali da costruzione.
- promuovere azioni specifiche mirate ai soggetti atopici o ai malati di asma, allergia o BPCO, per la riduzione dell'esposizione agli allergeni e inquinanti presenti negli ambienti indoor (specialmente al fumo passivo), con particolare attenzione alle abitazioni e scuole.

2.3 La sanità veterinaria

Nell'ambito della prevenzione, la sanità veterinaria esercita il proprio ruolo attivo a garanzia della salute pubblica attraverso la tutela della sanità e del benessere delle popolazioni animali da compagnia e da reddito, sia per la prevenzione delle malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi) sia per la produzione di alimenti destinati all'alimentazione umana.

Quadro di riferimento

I dati relativi al quadro generale di riferimento in cui operano i servizi di sanità veterinaria e, in particolare, i dati sulla consistenza e sulla distribuzione delle principali popolazioni animali della Regione e i principali indicatori sul relativo stato sanitario, rappresentano l'elemento di base – seppur soggetto a dinamica modificazione-imprescindibile per qualsivoglia attività legata non solo all'individuazione di obiettivi coerenti con il bisogno di salute del cittadino e con le istanze provenienti dal mondo economico-produttivo, ma anche alla programmazione delle azioni relative.

Dall'analisi delle popolazioni animali al 31 dicembre 2009, bovina, ovi-caprina e animali minori (aziende suine, avicole, di equidi, conigli ed apiari) e dei principali indicatori sullo stato sanitario delle aziende riferiti al 31 dicembre 2008 (nei confronti, rispettivamente, della brucellosi bovina, tubercolosi bovina, leucosi enzootica bovina

e brucellosi ovi-caprina), risulta, rispetto al biennio precedente 2006-2007, un progressivo, anche se lento, miglioramento dello stato sanitario, specialmente in rapporto al restante territorio nazionale e comunitario.

Obiettivi prioritari

Dall'analisi di quanto sopra riportato, ne deriva che, in generale, l'attenzione dei servizi di sanità veterinaria, per il triennio 2011-2013, dovrà essere rivolta prioritariamente su due fronti:

1. elevare lo stato sanitario delle popolazioni animali della Regione, promuovendo azioni orientate all'eradicazione delle malattie animali ancora presenti sul territorio ed al potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti di quelle già eradicato o non presenti;
2. prevenire e controllare il fenomeno del randagismo, che risulta strettamente interconnesso con il benessere animale e la prevenzione delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, con riflessi evidenti sulla tutela dei luoghi e degli ambienti di vita (aggressioni, morsicature, incidenti stradali, etc...)

In particolare, gli obiettivi che la sanità veterinaria deve raggiungere nel corso del triennio 2011-2013 riguardano:

- a) L'eradicazione della brucellosi dal territorio regionale, con il raggiungimento di almeno il 99% di aziende indenni o ufficialmente indenni secondo quanto previsto dal *Piano straordinario per il controllo e l'eradicazione della brucellosi bovina ed ovi-caprina dal territorio della Regione Siciliana*, approvato con Decreto Assessoriale n. 1327 del 03 luglio 2009 e pubblicato sulla G.U.R.S. n. 36 del 31 luglio 2009.

Tale piano, è nato dall'esigenza di dare un forte impulso alle attività previste dal relativo Piano Nazionale, disciplinate dal D.M. 651/92 e successive modifiche ed integrazioni, poiché, nonostante il costante, seppur lento, miglioramento degli indici regionali rilevato negli ultimi anni, continuano a permanere elevati livelli di incidenza e prevalenza dell'infezione in alcune aree territoriali siciliane.

Il raggiungimento dell'obiettivo generale del piano, alla luce dell'analisi della situazione epidemiologica regionale e tenuto conto delle possibilità di monitoraggio e valutazione offerte dal sistema informativo SANAN, è basato sull'esecuzione delle seguenti attività (obiettivi specifici):

- controllo delle aziende da riproduzione bovine-bufaline ed ovi-caprine;
- rispetto dei tempi di ricontrollo delle aziende (infette, negative, ufficialmente indenni);
- identificazione elettronica di tutti i capi presenti almeno nelle aziende infette, di tutti i capi vaccinati e di tutti quelli che si spostano per transumanza, pascolo, etc...;
- individuazione e gestione delle aziende ed aree problema;
- implementazione dell'anagrafe dei pascoli e registrazione degli spostamenti da e verso i pascoli;
- ridefinizione di unità epidemiologiche sulla base di indicatori epidemiologici;
- aggiornamento costante della Banca Dati Nazionale;
- implementazione costante del sistema informativo SANAN.

I decreti dirigenziali con cui sono stati approvati i programmi di attuazione del piano, predisposti per l'esecuzione delle attività sopra menzionate dalle ASP e dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia, hanno individuato il 1° ottobre 2009 quale data di inizio del monitoraggio sull'andamento del piano, effettuato con cadenza trimestrale dall'Assessorato Regionale della Salute, attraverso l'utilizzo di una batteria di indicatori allo scopo individuati e notificati.

- b) L'eradicazione della Leucosi Bovina Enzoitica (LEB) con il raggiungimento di almeno il 99,8% di aziende bovine ufficialmente indenni.

L'esame e la valutazione dello stato di attuazione in Sicilia del Piano nazionale di eradicazione della LEB, reso obbligatorio e disciplinato dal D.M. n. 358 del 2 maggio 1996 e successive modifiche ed integrazioni, infatti, ha messo in luce che nel corso degli anni 2007, 2008 e 2009 il livello medio regionale di aziende ufficialmente indenni da LEB si è mantenuto oltre il 94%, e che le aziende infette non hanno superato l'1% delle aziende controllate.

Tale obiettivo potrà essere perseguito attraverso l'applicazione integrale delle attività previste dal D.M. 358/96, con particolare riferimento:

- al controllo delle aziende bovine;
- all'attribuzione ed al mantenimento delle qualifiche sanitarie;
- al rispetto dei tempi di ricontrollo;
- alla costante implementazione del sistema informativo SANAN.

L'acquisizione della qualifica sanitaria di "Provincia o Regione Ufficialmente Indenne da LEB" concorre alla libera circolazione di capi sensibili e diminuisce il grado di controlli da effettuare, realizzando un risparmio di spesa che può essere orientata verso altri obiettivi di Sanità Pubblica Veterinaria.

- c) l'eradicazione della Tubercolosi Bovina (TBC) con il raggiungimento di almeno il 99,8% di aziende bovine ufficialmente indenni. L'esame e la valutazione dello stato di attuazione in Sicilia del Piano nazionale di eradicazione della TBC, reso obbligatorio e disciplinato dal D.M. n. 592 del 15 dicembre 1995 e successive modifiche ed integrazioni, nel corso degli anni 2007, 2008 e 2009, ha messo in luce un costante miglioramento del livello medio regionale di aziende ufficialmente indenni da TBC, che ha raggiunto valori superiori al 92%, ed una quota di aziende infette i cui valori hanno segnato un costante decremento attestandosi su valori inferiori a 3,7% delle aziende controllate.

Tale obiettivo potrà essere perseguito attraverso l'applicazione integrale delle attività previste dal relativo Piano Nazionale, con particolare riferimento:

- al controllo delle aziende bovine;
- all'attribuzione ed al mantenimento delle qualifiche sanitarie;
- al rispetto dei tempi di ricontrollo;
- alla costante implementazione del sistema informativo SANAN.

- d) Il potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti dell'Influenza aviaria, attraverso l'esecuzione di un piano regionale, l'elaborazione, l'adozione e l'aggiornamento semestrale di un manuale operativo aziendale per la gestione dei focolai.

- e) Il potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti della malattia vescicolare da enterovirus del suino (MVS), mediante l'intensificazione dei controlli sulle movimentazioni dei suini, l'elaborazione, l'adozione e l'aggiornamento semestrale di un manuale operativo aziendale per la gestione dei focolai.

- f) Il potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti della West Nile disease (WND), mediante l'elaborazione di un piano regionale di controllo almeno sulle aree di studio individuate in Sicilia dal piano nazionale. Infatti, le migrazioni delle popolazioni umane ed animali, la progressiva tropicalizzazione del clima, la posizione geografica della Sicilia, posta ai confini dell'U.E., costituiscono fattori che possono determinare non solo l'ingresso di agenti patogeni di norma non presenti sul territorio ma anche condizioni favorevoli alla permanenza ed alla circolazione degli stessi nelle popolazioni recettive.

- g) La prevenzione ed il controllo del fenomeno del randagismo, promuovendo azioni orientate a:

- potenziare e completare l'anagrafe canina, mediante l'utilizzo di un sistema informativo in grado di interfacciarsi con i sistemi locali e l'intensificazione delle operazioni relative all'identificazione e registrazione dei soggetti;
- stimolare l'attivazione di strutture di ricovero;
- incentivare i piani di controllo delle nascite, le acquisizioni e le adozioni consapevoli, mediante campagne informative alla popolazione ed operando in stretta collaborazione con le amministrazioni comunali e provinciali;
- monitorare il fenomeno delle "morsicature";
- verificare la corretta gestione delle strutture di ricovero per cani e gatti e delle colonie feline.

- h) La creazione di un sistema informativo regionale veterinario in grado di offrire tutte le informazioni necessarie al governo ed alle decisioni in Sanità Pubblica Veterinaria, che possa interfacciarsi con i sistemi locali delle ASP, dell'Istituto Zooprofilattico e di tutti gli attori della filiera produttiva (associazioni professionali e di categoria, organi di controllo, etc...). Tale sistema potrà altresì alimentare i sistemi informativi nazionali per soddisfare i debiti informativi nei confronti del Ministero e degli organi comunitari.

Gli obiettivi specifici per il raggiungimento dell'obiettivo generale dovranno:

- utilizzare gli attuali sistemi informativi nazionali (Brucellosi, Leucosi, Tubercolosi, Arterite Virale Equina, Anemia Infettiva Equina, Malattia Vescicolare del Suino, Blue Tongue, Influenza Aviaria, West Nile Disease, Zoonosi, Piano Nazionale Residui, etc.) per la creazione di una "console di governo" al fine di non creare inutili doppioni;
- analizzare i bisogni informativi delle A.S.P.;
- costituire un team di esperti per la stesura di un elenco di priorità informative evidence based;
- analizzare le informazioni che devono essere inserite nel sistema da parte delle ASP;
- individuare la metodologia di restituzione dell'informazione;
- editare le informazioni fruibili anche dal cittadino consumatore attraverso uno specifico rapporto che potrà possedere un taglio scientifico-divulgativo anche per non addetti.

2.3.1 L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri"

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia (IZS) rappresenta un fondamentale strumento tecnico-scientifico a supporto dell'attività dei Servizi Veterinari, sia nel campo della sanità animale, sia in quello del controllo degli alimenti di origine animale, dell'alimentazione degli animali e del benessere.

A partire dal 2009 l'IZS, effettua, in applicazione del D.M. 27 febbraio 2008, anche analisi chimiche, fisiche e microbiologiche su alimenti di origine vegetale non trasformati.

In sintesi, le funzioni dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale possono essere così riassunte:

- a) Consulenza Tecnico-Scientifica ed Epidemiologica alle ASP ed agli organi di Governo; tale compito rappresenta il punto di contatto e di scambio di know-how tra il settore scientifico (IZSSi), il settore operativo (ASP) ed il settore governo (Regione) del Sistema Veterinario Regionale (SVR).
Le attività di consulenza riguardano vari livelli (clinico-diagnostico, epidemiologico, di supporto decisionale, di verifica, di processo, formativo, etc...)
- b) Ricerca Scientifica; tale compito, trasversale alla sanità veterinaria, è finalizzato al miglioramento delle produzioni, alla valorizzazione dei prodotti e allo sviluppo di sistemi di produzione compatibili nei vari settori agro-alimentari e nella pesca;
- c) Gestione dei Laboratori.

Le attività dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dovranno essere orientate, per il prossimo triennio, a potenziare le azioni volte al raggiungimento degli obiettivi indicati dal presente Piano, individuando aree di bisogno non espresso per allineare l'efficacia del Sistema Veterinario Regionale agli standard nazionali sanitari.

In particolare dovranno essere attivate le azioni necessarie a:

- potenziare le capacità di risposta dei laboratori, sulla base delle tempistiche previste o concordate con altri settori del Sistema Veterinario Regionale;
- orientare l'attività di ricerca ai bisogni della Regione e dei propri settori produttivi, in modo da essere coerente con gli obiettivi del presente Piano Sanitario e soddisfare le esigenze che provengono dal territorio;
- interfacciarsi con i sistemi informativi ufficiali (nazionali, regionali, locali);
- intensificare i rapporti di collaborazione con la Regione e con le ASP, con particolare riferimento alla sorveglianza epidemiologica ai fini della valutazione dei fattori di rischio (risk assessment).

2.4 La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi e negli ambienti di vita e di lavoro

2.4.1 Salute e ambiente

Al fine di ridurre gli effetti nocivi sulla salute, sia a breve che a lungo termine, dovuti all'esposizione agli agenti contaminanti presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e negli alimenti, è di fondamentale importanza individuare delle linee di intervento prioritarie nonché potenziare i controlli anche con il supporto di equipe di professionisti competenti:

- per l'inquinamento atmosferico: adozione di misure finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria ed elaborazione di programmi di sorveglianza epidemiologica sugli effetti delle polveri sottili, PM10, PM2 e delle polveri ultrafini, quali fattori determinanti nell'insorgenza di tumori, asma, patologie cardio-respiratorie e patologie allergiche, con particolare attenzione alle zone ad alta densità abitativa ed in prossimità di scuole e luoghi frequentati da bambini. I programmi di sorveglianza devono essere altresì affiancati da una corretta attività di informazione sulle concentrazioni di agenti inquinanti. In particolare:

- per le acque potabili: attività di sorveglianza sui contaminanti idrici e sui rischi correlati e diffusione delle relative informazioni;
- per le acque di balneazione: attività di prevenzione di rischi sanitari e diffusione di informazioni costanti sulle condizioni delle spiagge e la qualità delle acque, anche attraverso la partecipazione dei cittadini.

Analoghe iniziative a tutela della salute della collettività devono essere assunte, in linea con la normativa comunitaria, anche per l'inquinamento acustico, attraverso l'individuazione, il controllo e, laddove necessario, la rimozione dell'esposizione a questo fattore di rischio per l'udito e l'intero organismo, promuovendo il rispetto dei limiti di emissione previsti dalla vigente normativa.

Interventi di contenimento devono essere altresì contemplati per i possibili effetti sulla salute causati dall'inquinamento elettromagnetico, in considerazione degli interrogativi posti dalla comunità scientifica nell'ultimo decennio.

Con riferimento alle zone industriali/ad alto rischio ambientale, di cui si tratta nell'apposita sezione contenuta nell'analisi di contesto del presente Piano, dovranno essere attivati tutti gli interventi necessari a dare concreta attuazione all'art.6 della legge 5/2009, attraverso anche la promozione e il relativo finanziamento della ricerca clinico-epidemiologica mediante studi mirati sulle patologie riconducibili all'insolubrità dei luoghi, quali malformazioni congenite, patologie tumorali, broncopolmonari e il ricorso all'aborto terapeutico.

In tali zone dovranno essere potenziate, oltre alle attività di prevenzione e sorveglianza epidemiologica, tutte le forme di assistenza territoriale e ospedaliera. A tal fine dovrà prevedersi la costituzione, a livello regionale, di una apposita Commissione per il Rischio ambientale.

Medicina legale

Alla Medicina Legale sono assegnate, dalle vigenti normative, molteplici funzioni che vengono svolte prevalentemente in ambito territoriale ma anche ospedaliero. È indubbio inoltre che un buon supporto medico legale garantisce le Aziende Sanitarie nell'affrontare le varie tematiche in tema di responsabilità professionale, contenziosi per richieste di risarcimento, rischio clinico etc..

In effetti la vigente normativa affida ai Servizi di Medicina Legale l'espletamento di una serie di attività di cui si fornisce un elenco a titolo esemplificativo e non esaustivo.

- Collegio medico per dipendenti degli enti pubblici e privati per cambio mansione e/o dispensa dal servizio.
- Istruttoria pratiche Legge n.210/92 riguardante l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie e/o trasfusioni
- Visite e certificazioni in tema di idoneità lavorativa
- Pareri, consulti e consulenze medico legali in tema di contenzioso, responsabilità professionale etc.
- Attività certificativa (patenti di guida, patenti nautiche, porto d'armi con gli eventuali ricorsi etc.)
- Visite fiscali
- Attività necroscopica e pareri per cremazioni
- Attività collegiale in tema di osservazione di morte cerebrale per prelievo di organi e tessuti
- Riscontri diagnostici ed autoptici
- Istruttoria delle cause di servizio
- Partecipazione alla redazione di linee guida operative in tema di rischio clinico e consenso informato e partecipazione alle attività dei comitati aziendali per il rischio clinico
- Visite di controllo per interdizione per conto dell'Ispettorato del lavoro e visite di controllo per conto dell'Autorità Giudiziaria
- Invalidità civile

Stante quindi la complessità e la varietà delle competenze attribuite, presso ogni Azienda Sanitaria Provinciale dovrà essere istituita, ove non prevista, la funzione di Medicina Legale con compiti di supporto alla Direzione Aziendale.

Parimenti, nella considerazione che buona parte delle sopracitate attività medico legali sono svolte anche in ambito ospedaliero, presso le Aziende Ospedaliere sarà istituita, ove già non esistente, analoga funzione, che possa assicurare tutte quelle funzioni prettamente medico legali in atto svolte da altri organi aziendali (Direzione Sanitaria, Servizio di Anatomia Patologica etc.).

L'attivazione e il potenziamento di tale funzione consentirà tra l'altro un risparmio per le Aziende che potranno fortemente ridurre il ricorso a consulenze esterne, garantendo viceversa elementi di competenza specifica in attività spesso non pienamente valorizzate ma importanti per una corretta gestione aziendale e per l'ottenimento di significativi risultati anche in tema di sviluppo e miglioramento della qualità e delle attività di governance del rischio clinico, della sicurezza del paziente e dei lavoratori, in stretta collaborazione con le altre funzioni aziendali a ciò preposte.

2.4.2 La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è una specifica competenza istituzionale del S.S.R., che viene espletata territorialmente attraverso l'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e dei

Servizi di Impiantistica ed Antinfortunistica, afferenti all'Area di Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro del Dipartimento di Prevenzione delle AA.SS.PP in conformità alla circolare assessoriale n. 1269 del 10/05/2010 "Linee guida per l'organizzazione dell'Area della Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione delle A.S.P."

Il Piano Regionale della Salute, nel rispetto di tale compito istituzionale, si pone l'obiettivo primario di promuovere e tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori, potenziando il sistema della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e favorendo l'attività delle strutture sanitarie regionali, volta alla riduzione ed al controllo dei fattori di rischio lavorativi e allo sviluppo di una cultura diffusa della prevenzione (es.: astenopie e scorrette posture per particolari categorie di lavoratori).

Il sistema produttivo regionale è estremamente variegato per tipologia e qualità di insediamenti.

Esso è composto prevalentemente da piccole imprese, dove spesso le esigenze della sicurezza e dell'igiene del lavoro a tutela della salute dei lavoratori, per problemi strutturali e congiunturali, passano in secondo piano.

In questo contesto, per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi connessi alle attività lavorative, è necessario un efficace intervento preventivo, assistenziale e di controllo da parte della Regione e dei servizi pubblici di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

L'azione delle strutture regionali deve prevalentemente mirare alla prevenzione e deve essere basata sulla conoscenza preventiva dei rischi e delle relative misure di protezione, sulla conoscenza dell'impatto di tali rischi sullo stato di salute dei lavoratori, sulla adozione di iniziative di prevenzione collettive scaturenti dai dati contestuali emergenti dal territorio di competenza.

Tale azione dovrà essere in grado di integrarsi efficientemente con i programmi di coordinamento delle attività di controllo e vigilanza in materia svolti con altri Enti Pubblici della Prevenzione e di attuare e gestire adeguatamente i programmi di prevenzione promossi in ambito nazionale dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome.

Le risposte del SSR in materia dovranno essere di tipo preventivo multidisciplinare e mirare a garantire uniformemente nel territorio regionale, il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza previsti a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Per un'azione efficace il sistema di prevenzione pubblico deve poter contare su:

- operatori competenti, capaci di identificare e selezionare i problemi, di programmare interventi secondo criteri di priorità e di promuovere le necessarie azioni;
- strutture tecniche qualificate, attrezzate e con competenze specialistiche multidisciplinari, omogeneamente presenti e rappresentate in tutto l'ambito organizzativo territoriale regionale, superando l'attuale organizzazione centralizzata all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, con risorse di personale adeguate ai bisogni territoriali, colmando lo storico deficit di operatori nel settore della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- una rete di laboratori (LSP, ARPA,...) di supporto alle suddette attività.

2.4.3 Il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Il *Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro* di cui al DPCM del 17 dicembre 2007 definisce gli obiettivi strategici del S.S.N. per il consolidamento e lo sviluppo dell'attuale sistema di prevenzione in materia. Tale patto è stato recepito dall'ordinamento regionale con il Decreto dell'Assessore della Salute del 28 luglio 2009, impegnando la Regione Siciliana ad attuare una serie di obiettivi di promozione e di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Gli obiettivi per il triennio 2011-2013 posso essere così riassunti:

- la realizzazione di un numero di interventi ispettivi nei luoghi di lavoro proporzionato alla consistenza numerica delle unità produttive territoriali della Regione rispetto all'obiettivo nazionale di 250.000 ispezioni/anno;
- il potenziamento operativo e strutturale, sia dal punto di vista numerico che professionale, dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e dei Servizi di Impiantistica ed Antinfortunistica del Dipartimento di Prevenzione delle ASP, coerente e funzionale all'attuazione uniforme dei LEA in tutto il territorio regionale, al fine di raggiungere una copertura del 5% delle unità produttive locali oggetto di interventi ispettivi e preventivi in un anno; tale obiettivo sarà raggiunto mediante l'attuazione da parte delle A.S.P. della circolare assessoriale n. 1274 del 04/08/2010;
- la realizzazione di un efficiente sistema informativo regionale per la prevenzione per una efficiente ed efficace attività di gestione, programmazione e valutazione delle attività;
- l'avvio di piani mirati di attività che possano contrastare con efficacia problematiche di sicurezza in comparti lavorativi particolarmente a rischio;
- l'aggiornamento continuo e mirato degli operatori delle strutture regionali coerente con l'attività istituzionale da attuare e con i programmi e i piani mirati di prevenzione da sviluppare nel triennio;
- il potenziamento delle attività di prevenzione e promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, intese come strumento efficace per la crescita della cultura della prevenzione, attraverso iniziative di informazione, formazione, assistenza, educazione alla salute e sicurezza con particolare riferimento alla piccola e media impresa;
- il miglioramento della conoscenza dei fenomeni di salute legati alle attività produttive, attraverso l'utilizzo delle informazioni delle fonti correnti ufficiali disponibili al fine di definire interventi preventivi mirati alle

problematiche di salute emergenti dal territorio;

- l'implementazione della sorveglianza epidemiologica degli infortuni e delle malattie professionali in collaborazione con le strutture del SSR, (il pronto soccorso ospedaliero), i medici competenti e i Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali, i medici di medicina generale, l'INAIL;
- l'adesione al programma nazionale di analisi e classificazione dei casi di infortuni gravi e mortali secondo il modello denominato "sbagliando si impara" coordinato dall'ISPESL/INAIL;
- l'adesione al programma nazionale di analisi e classificazione delle malattie professionali secondo il modello "Mal-Prof" coordinato dall'ISPESL/INAIL;
- il coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro nel territorio regionale tramite la costituzione e il funzionamento del Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, ai sensi del D.P.C.M. 21 dicembre 2007 e del D.P.Reg. Siciliana 14 gennaio 2009 e del Decreto dell'Assessore per la Salute n. 2486 del 5/11/09;
- la costituzione di un Osservatorio regionale di monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali, anche con il supporto e la collaborazione dell'INAIL, per la disamina delle cause e dinamiche infortunistiche e delle patologie occupazionali e per l'elaborazione di soluzioni tecniche, organizzative, gestionali da proporre agli organi decisori.
- la promozione di campagne straordinarie di informazione e comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro in tutto il territorio regionale.

L'attività di prevenzione a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori necessita di essere perseguita con azioni mirate che intervengano con maggiore efficacia in comparti lavorativi in cui i dati epidemiologici degli infortuni e delle malattie professionali rivelano maggiori rischi.

Sulla base, pertanto, delle indicazioni di cui al decreto dell'Assessorato regionale della Salute del 28 luglio 2009 "Recepimento del *Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*" e degli orientamenti e delle scelte già operate a livello nazionale, con il D.A. 28 aprile 2010 n. 1174/10, il "*Piano Regionale Straordinario per la Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro 2010/2012*", è stato previsto il potenziamento sia delle attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro che di promozione della salute e sicurezza sul lavoro con iniziative di informazione, formazione, comunicazione e diffusione della cultura della sicurezza; nell'ambito di tale Piano straordinario si individuano per il triennio 2011/2013 come prioritari e si promuovono i seguenti Piani Regionali di Prevenzione:

• *Piano di Prevenzione in edilizia*

Il Piano da sviluppare nel corso dell'arco di durata del presente Piano dovrà consentire l'attuazione del "Piano Nazionale di Prevenzione in edilizia" a cura del Coordinamento delle regioni, prevedendo interventi di controllo e vigilanza sui cantieri edili del territorio, interventi di educazione alla salute, di informazione, formazione e assistenza mirati alle situazioni lavorative maggiormente fonte di infortuni e malattie professionali, interventi mirati ad ottimizzare il coordinamento dei vari enti preposti al controllo nelle attività edili. Il Piano prevede i seguenti obiettivi generali e specifici:

1. Potenziare l'attività di vigilanza al fine di ridurre gli infortuni, in particolare mortali e gravi, in edilizia;
 - Raggiungimento delle quote di ispezione stabilite per la Sicilia dal Piano Nazionale Edilizia approvato dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome, obiettivo da raggiungere con le modalità descritte in dettaglio nel piano;
2. Miglioramento della capacità di intervento coordinato tra le strutture territoriali delle Istituzioni;
 - Intervento prioritario nei cantieri a rischio grave con ispezioni coordinate fra i diversi Enti ispettivi, finalizzato ad un aumento di efficacia rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute;
 - Costituzione di una cabina di regia regionale di supporto alla cabina di regia nazionale.
3. Potenziamento delle attività di promozione della salute e sicurezza nei cantieri edili, tramite iniziative di informazione, formazione, assistenza;
 - Realizzazione di una campagna di informazione, formazione e diffusione della cultura della sicurezza nei cantieri;
 - Realizzazione di specifiche iniziative di formazione nei confronti dei lavoratori, datori di lavoro, Coordinatori per la sicurezza, Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e di tutte le altre figure professionali coinvolte nella prevenzione, anche in collaborazione con altri Enti e Istituzioni pubbliche, Ordini professionali, Associazioni scientifiche, ecc.
 - Aumentare le conoscenze tecniche e procedurali degli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.
 - Realizzare programmi di formazione per gli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro funzionali alla realizzazione del progetto;
4. Individuare e promuovere soluzioni;
 - Definire buone pratiche relative alle problematiche evidenziate, con l'attivazione di una banca dati regionale delle "buone prassi" e delle migliori procedure di prevenzione.

• *Piano di prevenzione in agricoltura e selvicoltura*

La Regione Siciliana con proprio decreto del 28.07.09 dell'Assessore della Salute, ha recepito l'accordo Stato - Regioni di cui al DPCM del 17.12.2007 e, nell'ambito delle conseguenti azioni da promuovere, ha individuato come prioritaria l'attuazione del Piano Nazionale di Sicurezza in Agricoltura e Selvicoltura.

Il Piano prevede azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza. Per l'attività di vigilanza, sulla base di quattro parametri (aziende agricole presenti, infortuni gravi e mortali, addetti al comparto) ad ogni Regione è stata assegnata una quota di aziende agricole da ispezionare ogni anno, al fine di raggiungere l'obiettivo di 10.000 aziende/anno sul territorio nazionale.

La Regione promuove per il triennio 2011-2013, uno specifico Piano Operativo Regionale di Prevenzione e Sicurezza in Agricoltura, da attuare avvalendosi dei Servizi di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASP e individua i seguenti obiettivi generali e specifici:

1. Censimento e mappatura dei rischi:
 - costituzione di una banca dati del settore come strumento da cui partire per indirizzare gli interventi;
 - anagrafe delle aziende e mappatura dei rischi del settore relativamente al proprio territorio.
2. Formazione del personale con la realizzazione di programmi formativi rivolti agli operatori dei Servizi che saranno coinvolti nell'attuazione del Piano operativo regionale
3. Avvio di un programma di controlli con specifici sopralluoghi nelle aziende agricole, prioritariamente a partire da quelle che utilizzano prevalentemente manodopera extrafamiliare.
4. Campagne informative rivolte agli operatori sui principali rischi del settore
5. Sorveglianza sanitaria dei casi di intossicazione acuta da fitosanitari.

● *Piano di emersione delle malattie professionali*

Il piano scaturisce dalla constatazione dell'incoerenza dei dati statistici nazionali delle malattie professionali rispetto ai dati sanitari attestanti lo stato di salute dei lavoratori. Obiettivo del piano è di far emergere il dato reale delle malattie professionali attraverso interventi di controllo, di assistenza, di educazione alla salute mirati al rispetto e alla divulgazione delle norme che disciplinano l'obbligo delle denunce delle malattie professionali. L'attuazione del piano comporterà anche la classificazione e l'adesione al programma nazionale "Malprof" coordinato dall'ISPESL/INAIL.

Il Piano si pone i seguenti obiettivi:

- migliorare la raccolta e la registrazione delle segnalazioni di patologie correlate al lavoro;
- implementare e aggiornare gli strumenti standardizzati per la registrazione delle patologie correlate al lavoro da inserire nel database nazionale dell'ISPESL/INAIL ed attivare modelli efficaci di comunicazione;
- programmare iniziative di aggiornamento professionale degli operatori, per migliorare le capacità di registrazione e analisi delle patologie correlate al lavoro e il livello di omogeneità nella attribuzione dei nessi causali tra l'attività e la malattia stessa;
- rendere operativa l'architettura del sistema di sorveglianza nazionale.

Inoltre nell'arco di durata del presente Piano saranno promossi i seguenti ulteriori progetti di prevenzione:

● *Piano straordinario di formazione del personale dei Servizi afferenti all'Area di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro del Dipartimento di Prevenzione*

Tale Piano intende promuovere con adeguati e mirati interventi formativi, il miglioramento della formazione degli operatori sui principali temi della sicurezza e dell'igiene del lavoro, anche al fine di consentire la realizzazione e attuazione di procedure e linee guida omogenee e funzionali in tutto il territorio regionale. Il programma formativo potrà essere realizzato con la collaborazione e avvalendosi delle strutture del CEFPAS.

● *Piano di Prevenzione per la salute e sicurezza degli operatori e dei pazienti nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana*

Il Piano, al fine di promuovere la realizzazione e l'attuazione del D.lgs. 81/08 e s.m.i., dovrà prevedere una verifica, nelle strutture sanitarie, della presenza di idonei sistemi di organizzazione aziendale della salute e sicurezza sul lavoro con particolare riferimento ai Servizi di Prevenzione e Protezione, nel rispetto della Circolare Assessoriale n° 1273 del 26/7/10 "Linee Guida sull'assetto organizzativo e funzionale dei Servizi di Prevenzione e Protezione (SPP) delle strutture sanitarie della Regione Siciliana", nonché della presenza di standard di igiene e sicurezza adeguati ad impedire eventi infortunistici e malattie professionali. Saranno inoltre previste iniziative di informazione e formazione rivolte a tutti gli operatori della sanità per la diffusione della cultura della sicurezza nelle strutture sanitarie. Il Piano prevede anche la promozione e diffusione della "governance" della sicurezza nelle strutture sanitarie, tramite l'implementazione di Sistemi di gestione della salute e sicurezza sul lavoro, secondo le Linee Guida UNI/INAIL, nonché l'organizzazione della sorveglianza sanitaria aziendale, anche attraverso un coordinamento regionale dei medici competenti delle Aziende Sanitarie Provinciali.

● *Campagna straordinaria di comunicazione, informazione e formazione per la diffusione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro in tutto il territorio regionale*

Da realizzarsi con la collaborazione delle parti sociali, degli istituti scolastici, degli ordini professionali e di altri Enti pubblici operanti nel settore della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e da rivolgere a lavoratori, datori di lavoro, responsabili del servizio di prevenzione e protezione, coordinatori per la sicurezza nei cantieri edili, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e altri soggetti della prevenzione previsti dal D.lgs. 81/08.

- *Progetto Regionale per la radioprotezione :*
 - ricognizione e controllo delle sorgenti radioattive, delle apparecchiature radiogene e di risonanza magnetica installate sul territorio regionale, utilizzate a scopo medico, industriale e di ricerca;
 - formazione ed aggiornamento del personale sanitario, in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASP, ai fini del coordinamento delle azioni di controllo e vigilanza.
- *Progetto Regionale per l'implementazione del sistema REACH-CLP*
 Al fine di raggiungere un maggiore grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, la Comunità Europea ha emanato il Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH: Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of CHemicals), che prevede l'affermazione del principio "no data, no market", secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati sulle stesse. Il programma consta di tre linee progettuali:
 1. Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP;
 2. Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini;
 3. Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio.
- *Progetto Regionale per la sicurezza nello svolgimento di lavori in ambienti confinati*
 Il progetto prevede specifiche azioni di controllo e informazione/formazione per la prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro "confinati" (depuratori, cisterne, autocisterne, silos, vasche, serbatoi, canalizzazioni, tubazioni, , etc..), visto il ripetersi di gravi incidenti nel territorio nazionale e regionale con analoghe dinamiche.

Risorse

Per perseguire gli obiettivi enunciati, si potrà attingere:

- alle risorse derivanti da una necessaria riorganizzazione del sistema di prevenzione delle ASP che dovrà tenere conto, della eventuale ricollocazione delle risorse già esistenti nell'ambito dei servizi presenti nel Dipartimento di Prevenzione delle A.S.P.;
- alle risorse derivanti dall'attuazione dei progetti di prevenzione finanziati con appositi fondi regionali; per la realizzazione del citato Piano Regionale Straordinario è assegnata una quota di finanziamento regionale, a partire dall'anno 2010 fino al 2012, pari a euro 3.500.000,00 annui, che troverà copertura nella disponibilità finanziaria del Fondo Sanitario nell'ambito delle risorse per obiettivi di piano (art. 34 bis, Legge n. 662/96);
- alle risorse derivanti dall'attuazione dei progetti di prevenzione finanziati o promossi nell'ambito del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), o derivanti dall'avvio di progetti speciali finanziati da Enti e Organismi pubblici esterni al SSR o svolti in collaborazione con altri Enti (v. protocollo di intesa INAIL-Regione Sicilia, etc...);
- alle risorse derivanti dai proventi delle prestazioni a pagamento erogate nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle A.S.P.;
- alle risorse provenienti dai proventi delle sanzioni in materia di igiene e sicurezza del lavoro , che devono poter essere riutilizzate per finanziare piani di prevenzione, ai sensi dell'art. 13 comma 6 del d.lgs. 81/08.

3 La centralità del territorio: la riorganizzazione dell'assistenza primaria e il potenziamento della rete assistenziale territoriale finalizzato alla riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza

3.1 Il Presidio Territoriale di assistenza (PTA) e il ruolo dei MMG, dei PLS e dei Medici di Continuità Assistenziale

Il processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale passa inevitabilmente dalla valorizzazione dei servizi territoriali, in sinergia con la rimodulazione della rete ospedaliera.

La linea strategica fondante l'azione di risanamento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale consiste nel riordinare complessivamente i servizi per la salute a favore dei cittadini della Regione Siciliana, agendo in particolare sul consolidamento e miglioramento dei servizi territoriali e promuovendo azioni volte all'integrazione ospedale-territorio, avuto riguardo delle caratteristiche epidemiologiche della Regione e dei bisogni di salute della popolazione siciliana.

La legge di riforma, nell'ambito della rimodulazione dell'offerta delle attività svolte dai Distretti e dagli altri presidi che insistono nel territorio, dispone la riorganizzazione dell'assistenza in una logica di rete di servizi in relazione ai fabbisogni di salute, prevedendo l'istituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) collegati in modo capillare con i nodi della rete stessa.

L'art.12 c. 8 della L.R. 5/2009 definisce il Presidio Territoriale di Assistenza *“il punto d'accesso della rete territoriale, anche attraverso il Centro unico di prenotazione (C.U.P.), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di cure primarie”* e di altri servizi, anche di natura socio-assistenziale.

Per approfondimenti specifici si rimanda alla *“Linee Guida di riorganizzazione dell'attività territoriale”*, previste dall'art 12 c. 8 della L.R. 5/2009 e già emanate dalla Regione.

Il P.T.A. è una nuova formula di organizzazione dell'assistenza concepita per facilitare il percorso assistenziale ai cittadini, che pone al centro innanzitutto la persona nel suo accesso ai servizi e nel suo iter assistenziale complessivo, sia verso le componenti assistenziali all'interno del sistema di Cure Primarie (MMG e PLS), sia verso la collaborazione con le Amministrazioni locali per il soddisfacimento di bisogni di natura socio-sanitaria.

I presidi territoriali di assistenza dovranno essere presenti sul territorio nella misura indicata nel relativo atto di indirizzo e negli atti di programmazione relativi alla rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale, nella misura mediamente di un PTA ogni 70.000/120.000 abitanti, fatte salve le deroghe derivanti da particolari condizioni orografiche e da peculiari esigenze del territorio e comunque tenendo conto dei contesti demografici, urbanistici e della rete di servizi già presenti nel territorio.

Tali presidi, per la cui realizzazione possono essere utilizzate anche strutture già esistenti e/o attualmente non in uso ai fini sanitari, sono costituiti da un'aggregazione funzionale di più servizi territoriali attivi nelle 24 ore.

Essi erogano i servizi sanitari di base assicurando la stretta integrazione del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta con gli specialisti poliambulatoriali pubblici e privati e con i servizi di continuità assistenziale (ex Guardia Medica), i punti prelievo, il punto lastre, gli ambulatori infermieristici, i servizi di valutazione multidimensionale per l'accesso all'assistenza domiciliare, il consultorio familiare, i servizi di lungoassistenza e riabilitazione, garantendo *l'accesso unico alle cure*.

All'interno del PTA, inoltre, nel Punto Unico di Accesso (PUA) alle cure territoriali, sarà realizzato uno *“sportello di informazione ed indirizzamento”* delle persone con patologie croniche e con disabilità, che garantirà prenotazioni e percorsi assistenziali facilitati.

A seconda delle diverse esigenze dei contesti locali, può realizzarsi l'aggregazione fisica, in un unico presidio, di tutte o di parte delle componenti del complesso delle cure primarie. Laddove tale aggregazione fosse impraticabile o non opportuna, tenuto conto delle variabili orogeografiche e della distribuzione della popolazione, il P.T.A. potrà concretizzarsi attraverso un *“nucleo essenziale”* di funzioni fisicamente aggregate, collegate funzionalmente con tutti i servizi esterni operanti sul territorio. Determinante, a questo scopo, a livello aziendale e interaziendale può essere l'apporto di soluzioni tecnologiche per la gestione efficace delle informazioni e delle comunicazioni, tramite ICT (information and communication technology).

Negli scenari operativi dei P.T.A., è fondamentale il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Specialisti convenzionati interni ed esterni.

Le formule associative di queste categorie di operatori, nelle varie forme (monoprofessionali o multiprofessionali), devono costituire il primo punto di riferimento per i cittadini e rappresentano, pertanto, la migliore potenzialità per la gestione dell'assistenza sul territorio. Il nuovo Accordo Nazionale della Medicina Generale individua nuove formule aggregative (associazioni *“funzionali”* quali le AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali e forme più *“gestionali”* quali le UCCP - Unità Complesse di Cure Primarie), che dovranno essere gradualmente implementate nel sistema.

Per realizzare un effettivo collegamento tra l'associazionismo dei MMG/PLS e la specialistica, le ASP devono tenere conto sia dell'attività specialistica ambulatoriale che viene erogata dai poliambulatori distrettuali che di quella erogata dai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, che di fatto può intendersi come un'attività territoriale erogata in un *setting* ospedaliero.

Attraverso le suddette forme di associazionismo e le nuove formule aggregative, il PTA potrà garantire anche la continuità assistenziale H24, costituendo anche la prima risposta per problematiche urgenti di bassa complessità;

riducendo in tal modo l'accesso inappropriato dei cittadini alle aree di emergenza-urgenza e contribuendo a ridurre l'attesa dei codici di maggiore gravità.

Tutti i servizi e le funzioni di competenza dei distretti (consultori familiari e materno infantile, servizi di vaccinazione e prevenzione, educazione alla salute, assistenza farmaceutica, medicina legale e fiscale, medicina veterinaria) vanno integrati in questa ampia rete territoriale che farà perno al PTA, laddove non siano in esso direttamente inglobati, ivi compresi il servizio di psicologia e il servizio sociale aziendale.

Il processo di aggregazione fisica dei servizi all'interno dei PTA dovrà, comunque, realizzarsi avendo cura di mantenere un'equa distribuzione dei servizi di base nel territorio periferico attraverso l'esistenza di poliambulatori con le branche specialistiche essenziali distribuiti tenendo in considerazione la dislocazione della popolazione, le condizioni oro-geografiche ed i collegamenti.

La programmazione dei servizi dovrà in ogni caso garantire copertura assistenziale nelle zone maggiormente svantaggiate o per motivi di viabilità o per carenza di una struttura ospedaliera o per carenza di adeguati servizi territoriali.

Le risorse strumentali e tecnologiche già presenti nei presidi oggetto di accorpamento o riconversione, dovranno essere utilizzate per garantire il funzionamento dei PTA o delle altre strutture di erogazione dei servizi, con priorità per quelle strutture non ancora provviste delle strumentazioni di base o con dotazioni inadeguate.

All'interno del PTA dovranno altresì essere assicurate:

- le funzioni di partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela dei diritti del cittadino;
- l'integrazione dell'offerta espressa dall'intero sistema pubblico e privato accreditato;
- il supporto allo sviluppo di un sistema di rete di collegamento tra strutture territoriali e strutture specialistiche di riferimento mediante l'uso di sistemi telematici (tele-cardiologia, tele-radiologia), privilegiando le isole minori e le aree territoriali maggiormente svantaggiate o per motivi di viabilità o per carenza di strutture sanitarie.

La rete territoriale dovrà essere sviluppata secondo una concezione dinamica dell'assistenza che assicuri l'integrazione verticale tra i nodi della rete e possa essere modificata sulla base dell'evoluzione, ovvero dell'obsolescenza delle tecnologie, delle conoscenze e competenze professionali e gestionali.

Il processo di riordino della rete territoriale deve contestualmente prevedere il riordino della rete del sistema emergenza-urgenza territoriale in modo da garantire all'assistito cure immediate di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato, con conseguente riduzione degli accessi impropri.

A questo proposito, sulla base di specifiche esigenze della popolazione locale e/o in relazione a particolari situazioni orografiche, all'interno del PTA potrà trovare collocazione il Punto Territoriale di Emergenza (PTE) per la gestione H24 del servizio di pronto soccorso in collegamento con i Dipartimenti di emergenza-urgenza delle Aziende sanitarie. I PTE devono quindi essere idoneamente attrezzati per rispondere a tutte le richieste di "primo intervento" e di tempestivo trasporto medicalizzato per tutti quei pazienti con patologia acuta che in loco non potrebbero ricevere cure idonee.

Potenziamento della "gestione integrata" con la specialistica ambulatoriale

Secondo le indicazioni del Progetto IGEA¹, che costituisce l'ossatura tecnico-metodologica del Programma di Prevenzione Nazionale e Regionale e la cui struttura progettuale centrata sul Diabete Mellito è senza dubbio mutuabile per altre patologie croniche, per Gestione Integrata (G.I.) deve intendersi un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG o PLS, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione di assistenza al paziente.

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un percorso di cura articolato e su un "piano di follow-up attivo" che deve emergere da un programma mirato sui bisogni specifici del paziente ed attivamente concordato tra MMG/PLS e Specialista e tra questi e tutte le altre figure professionali chiamate a contribuire al percorso di cura.

La G.I. è uno strumento molto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, in grado di migliorare gli outcome e la qualità di vita dei pazienti, di ridurre i ricoveri impropri, di evitare il follow-up specialistico immotivato, di promuovere l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare più efficace del ben più diffuso approccio monoprofessionale, di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità di autogestione della patologia (*self care*).

Il consolidarsi della prassi della gestione integrata, anche attraverso gli Accordi Integrativi Regionali, può divenire, inoltre, il presupposto fondamentale per riqualificare la funzione territoriale dell'assistenza restituendo a

¹ Il Progetto IGEA (Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete), nato a seguito alla Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 quale strumento di supporto tecnico-metodologico al Programma di Prevenzione nazionale con particolare riferimento all'area della "Prevenzione delle complicanze del Diabete Mellito (Disease Management del Diabete) si basa su un lavoro sistematico e sistemico sul Diabete Mellito, di respiro nazionale e di ampia partecipazione (Enti istituzionali, quali l'ISS -Istituto Superiore di Sanità-, il CCM -Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-, Associazioni di pazienti, Società scientifiche di professionisti, OO.SS. dei MMG e di varie categorie specialistiche).

E' a questo programma che si rimanda ed agli atti già prodotti e che saranno prodotti da questo Assessorato per definirne gli aspetti applicativi.

quest'ultima, nelle sue articolazioni di primo e secondo livello, il ruolo centrale nella gestione dei pazienti non-acuti.

Le performance clinico-assistenziali per la diffusione di buone pratiche *evidence-based*

Il principio-base sul quale si innesta l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali è quello di garantire l'intervento "giusto" al paziente "giusto" (appropriatezza clinica), al momento "giusto" (appropriatezza temporale), nel posto "giusto" (appropriatezza assistenziale), erogato dal professionista giusto (appropriatezza professionale) in tempi coerenti con il grado di bisogno.

Appare opportuno sottolineare l'importanza di questo processo per garantire risultati di efficienza, legati sia all'appropriatezza del setting, sia all'appropriatezza prescrittiva, risultati di efficacia documentabile, legati alla riduzione della frequente variabilità nella gestione clinica dei pazienti, ed infine risultati in termini di sicurezza del paziente, legati alla riduzione delle pratiche superflue.

Un valore aggiunto da considerare nei processi di rivisitazione critica delle performance è, inoltre, quello della generazione di apprendimento per i professionisti attraverso la condivisione del sapere, l'analisi delle evidenze scientifiche e la loro assunzione nella pratica quotidiana.

In ragione di ciò, il tema dell' "appropriatezza" sarà sviluppato attraverso la costituzione di "panel regionali o aziendali" multiprofessionali, mirati all'approfondimento di specifici temi, che, attraverso le tecniche di audit e l'uso degli strumenti dell'evidence-based medicine mettano a punto "protocolli" sulle prestazioni a più elevato rischio di inappropriata ed a maggiore variabilità comportamentale e producano "raccomandazioni" di buona pratica clinico-assistenziale (non solo diagnosi e terapia, quindi, ma anche "processo assistenziale").

La logica delle "raccomandazioni di buona pratica clinica" si basa sull'analisi delle evidenze scientifiche, sottoposte poi, attraverso l'audit, ad un processo di contestualizzazione, supportato dall'analisi dei dati locali, che si traduca nell'adozione di "buone pratiche" evidence-based, monitorabili tramite indicatori, la cui concreta applicazione può realizzarsi nei contesti aziendali attraverso il metodo dei "*percorsi assistenziali*".

Altro elemento essenziale da cui non può prescindere nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, è infatti la realizzazione di interventi di governo clinico attraverso l'introduzione dei Percorsi Assistenziali (P.A.).

La costruzione di un Percorso Assistenziale, sia in ospedale che nel territorio, parte dalla centralità della persona attorno alla quale si sviluppa il percorso di cura, tracciando il funzionamento e i prodotti, intermedi e finali, erogati dai servizi della filiera assistenziale.

La struttura analitica del processo assistenziale, implicita nel metodo di analisi del "Percorso", permette di individuare gli snodi critici che hanno riflussi sui "prodotti" finali e di identificare le cause e le eventuali malpractice alla base delle criticità rilevate. Attraverso questa tecnica devono essere intraprese azioni per comprendere le potenzialità di miglioramento organizzativo-operativo che diano evidenza a tutti i prodotti dell'assistenza ed al contributo di tutti gli attori.

I Percorsi Assistenziali rappresentano gli strumenti operativi fondamentali non soltanto per promuovere l'integrazione tra servizi diversi e tra differenti professionalità e per raggiungere gli obiettivi di efficacia ed efficienza attesi, ma anche per consolidare il disegno delle "reti assistenziali", la cui costituzione, come verrà meglio specificato in seguito, rappresenta una priorità per la Regione Sicilia.

Il processo di integrazione, ovvero il raccordo ospedale-territorio, si realizza mediante i percorsi assistenziali integrati, attraverso il collegamento a rete di ambulatori specialistici, territoriali ed ospedalieri, della rete pubblica e privata accreditata, preposti all'erogazione di prestazioni di diversa complessità ed attraverso il posizionamento, a livello ospedaliero di un "Ufficio Territoriale", funzionalmente collegato anche al servizio sociale aziendale, per la gestione delle "dimissioni protette" dei pazienti con fabbisogni di assistenza domiciliare e residenziale e di "dimissioni facilitate" in particolar modo per coloro che sono affetti da patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, etc.) e/o comunque fragili (es. post-ictus), garantendo agli stessi il raccordo con la rete territoriale prima della dimissione ospedaliera, attraverso anche la presa in carico del servizio sociale dell'Azienda sanitaria che curerà l'integrazione tra il servizio sociale dell'Azienda sanitaria e il servizio sociale del Comune di riferimento.

I Percorsi Assistenziali integrati, ospedale-territorio rappresentano, cioè, i binari operativi sui quali concretizzare il lavoro di rete, utilizzando indicatori mirati di processo e di esito, che diano evidenza, in una logica di *accountability* (verificabilità intesa come "rendere conto" dei risultati e delle risorse), ai contributi delle varie componenti della rete e dei differenti professionisti. L'ICT (information and communication technology), a livello aziendale e interaziendale, può facilitare la collaborazione tra gli operatori sanitari e con i pazienti e la diffusione dei modelli organizzativi integrati, nonché la gestione tempestiva degli indicatori basati sui dati di routine, opportunamente strutturati.

Vanno potenziati inoltre tutti gli strumenti di monitoraggio per il governo dei tempi di attesa in coerenza con quanto indicato nel Programma Nazionale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 2010 e nel Programma Operativo Regionale 2010-2012; all'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa devono concorrere tutti i nodi della rete di offerta pubblica e privata accreditata.

Nell'ambito del processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, un passaggio fondamentale dovrà essere anche il rafforzamento della collaborazione interprofessionale tra i diversi operatori sanitari (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacisti, infermieri, ecc.), attraverso cui realizzare concretamente la presa in carico del paziente al fine di assicurare la maggior aderenza possibile della terapia, anche farmacologica, alla prescrizione medica. Il processo di potenziamento e di riqualificazione del territorio sarà costantemente monitorato a livello centrale attraverso la verifica dei piani attuativi aziendali, nei tempi e con le modalità previsti dal Programma Operativo Regionale 2010-2012. Dovrà essere potenziata inoltre l'informazione/comunicazione

istituzionale ai cittadini sulla disponibilità e l'organizzazione dell'offerta sanitaria pubblica e privata accreditata presente sul territorio sia a livello regionale che a livello locale con l'attivazione di tutti gli strumenti necessari.

3.2. La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale-territorio in una prospettiva di presa in carico globale della persona

I principi generali di base cui improntare gli atti di cura per la gestione delle cronicità, trovano massima espressione nell'asse portante della riforma sanitaria siciliana, ossia l'integrazione assistenziale all'interno del territorio e tra quest'ultimo e l'ospedale.

La persona portatrice di patologia cronica più o meno sintomatica a seconda del suo grado di avanzamento e/o di compenso, destinata a persistere nel tempo ed a rischio di progressione e riacutizzazione, necessita una presa in carico "globale" (bisogni clinici e non clinici) da parte di un team medico-infermieristico, dal momento della diagnosi e per tutto il percorso diagnostico e terapeutico.

Il principio, quindi, della continuità delle cure ha un ruolo centrale in tutti i disegni organizzativi ed assistenziali nella gestione delle cronicità e deve favorire, garantendo il massimo livello di confronto specialistico tra le diverse strutture ospedaliere e fra ospedale e territorio, la razionalizzazione delle risorse disponibili, la generazione di cultura, lo sviluppo di sistemi informatici interattivi, idonei sistemi informativi e adeguati sistemi di verifica della qualità, permettendo così l'elaborazione di linee guida di buona pratica clinica ed assistenziale e la diffusione di programmi di formazione in relazione ai bisogni emergenti.

Un ruolo importante per la gestione delle cronicità nell'integrazione ospedale-territorio, rivestono le strutture di lungodegenza medica post-acuzie, disciplinate con circolare assessoriale 1263 del 30 novembre 2009 sugli indirizzi per la relativa organizzazione.

Dette strutture devono costituire un sistema integrato, coerente e coordinato con i servizi distrettuali, al quale il paziente abbia garanzia di accesso attraverso canali preferenziali e facilitati, direttamente alla dimissione dalla struttura di ricovero per acuti o dal proprio domicilio o da strutture residenziali.

Per converso, al fine di ridurre il ricorso al ricovero ordinario per la riacutizzazione delle patologie croniche, dovranno essere garantiti a livello distrettuale canali preferenziali per i pazienti dimessi dai reparti di Lungodegenza post acuzie, per l'assistenza domiciliare o per il trasferimento in strutture residenziali territoriali.

L'integrazione, infatti, evita la frammentazione spaziale ed organizzativa fra i singoli momenti dell'assistenza (ospedale, ambulatori dedicati, ambulatori dei M.G./PLS, domicilio dell'assistito) fra le diverse fasi della malattia (acuzie, post-acuzie, cronicità) e fra le diverse figure professionali coinvolte (medici ospedalieri, specialisti del territorio, medici di famiglia, infermieri).

La condivisione della cura e la successiva applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli comportamentali uniformi consentono inoltre di ottimizzare l'efficacia delle cure, di evitare la ridondanza delle prestazioni, in modo disgiunto da implicazioni decisionali, nonché di limitare i tempi d'attesa e ridurre i costi.

Restituire la dignità di "singolo" alla persona ammalata significa prenderla in carico in modo flessibile, sulla base delle specifiche caratteristiche personali e della fase precisa della malattia, mettendo al primo posto la necessità di competenza ed esperienza del medico, adeguata alla tipologia del soggetto in carico.

Và altresì riconosciuto l'elevato valore terapeutico della comunicazione nella gestione delle malattie croniche sia nell'ambito medico-paziente e infermiere-paziente, sia in quello tra tutte le figure professionali che agiscono nel percorso di cura. Un corretto trasferimento delle informazioni a tutti i livelli, che può rendersi oggi più agevole anche attraverso le moderne soluzioni ICT (information and communication technology), è infatti condizione necessaria alla realizzazione della continuità assistenziale e concorre ad una migliore recettività alle cure ed ai consigli dei sanitari.

La "comunicazione" (a partire dal momento critico della diagnosi e lungo tutto il complesso sviluppo dell'iter assistenziale) rappresenta soltanto un primo tassello di un più vasto programma di "umanizzazione" e di sviluppo delle cosiddette "*clinical humanities*", che deve essere preso in carico dai servizi, sia ospedalieri, sia territoriali, riconoscendo anche al servizio sociale delle Aziende sanitarie il compito di promuovere lo sviluppo dei processi di umanizzazione secondo le indicazioni della Regione.

L'attenzione agli aspetti qualitativi della vita del/assistito con patologia cronica e la sua centralità come attore fondamentale della cura non è soltanto una scelta culturale ed etica, ma risponde ad una esigenza dei sistemi assistenziali, ormai ampiamente riconosciuta nella letteratura scientifica.

L'*empowerment* del paziente, reso cosciente ed esperto attraverso processi psico-educativi progettati e attivati a cura del servizio sociale delle Aziende sanitarie e rivolti anche alla rete dei caregiver familiari, e seguito, per quanto possibile, anche per via telematica, costituisce infatti la base dei programmi di autogestione della patologia (self care e self management), che si sono diffusamente affermati in campo internazionale e nazionale per le loro potenzialità di riduzione dei ricoveri e di uso dei servizi, oltre che per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, e soprattutto attraverso un sostegno psicologico ai caregiver familiari per affrontare il carico emotivo e relazionale che la cronicità comporta.

Nel territorio devono trovare risposta anche le cronicità più gravi, per le quali la risposta monoprofessionale e frammentaria non è adeguata. Per queste, la strategia con la quale il territorio può fornire un significativo contributo, concorrendo alla prevenzione dell'ospedalizzazione, è innanzitutto la Gestione Integrata MMG/PLS-Specialista-Infermiere-Assistente sociale-Psicologo e, per i casi più complessi, il *Day Service Territoriale*, il cui

strumento operativo è il pacchetto di Prestazioni Assistenziali Complesse (PAC), ovvero un insieme di prestazioni multiprofessionali e multidisciplinari integrate più aderenti ai bisogni globali e complessi e contemporaneamente più economiche per il sistema assistenziale.

Per realizzare un *Day Service Territoriale (DST)* sarà necessario rifunzionalizzare strutture ambulatoriali che siano in grado di garantire: accesso facilitato, costituzione di un team di operatori esperti e dedicati a tali attività, con alto livello di integrazione organizzativa ed operativa che permetta l'erogazione di "pacchetti di prestazioni assistenziali complesse" in luoghi e tempi concentrati.

In considerazione delle priorità assistenziali della Regione, rappresentate da patologie ad elevato impatto sociale ed economico, lo strumento del DST sarà rivolto, nella fase iniziale di applicazione, alla cura del diabete mellito di tipo II e dello scompenso cardiaco. Successivamente, l'applicazione sarà estesa alle patologie dell'apparato respiratorio, ai portatori di malattie croniche renali, pneumologiche e oncologiche e alla cura dei fattori di rischio delle malattie cardio e cerebrovascolari.

In questo contesto, il volontariato e il privato sociale assumono, ciascuno per la rispettiva mission e peculiarità opportunamente regolamentate, un ruolo strategico nel supportare le azioni inerenti i percorsi assistenziali delle persone con patologie croniche con particolare riferimento a quelle risultanti dall'analisi di contesto ad elevato impatto sociale.

4. L'integrazione socio-sanitaria

Gli interventi di sistema della programmazione sociosanitaria, devono rispondere al modello omnicomprensivo di presa in carico globale della persona, nonché all'esigenza di valorizzazione delle competenze e delle interrelazioni funzionali tra i professionisti coinvolti basate sul confronto delle rispettive esperienze e competenze. La presa in carico dovrà essere realizzata da una Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata, secondo il modello indicato nelle linee guida regionali per le cure domiciliari integrate, allocata in ogni distretto socio-sanitario. In tale Unità Valutativa dovrà esserci la componente professionale sociale e quella sanitaria.

Obiettivi e interventi prioritari

Con il presente Piano si intendono perseguire le presenti priorità:

- evidenziare la condizione di salute-benessere della popolazione;
- indicare obiettivi di salute-benessere in linea di coerenza con i bisogni osservati;
- definire i livelli di assistenza socio-sanitaria regionali;
- definire l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili da implementare per assicurare la soddisfazione dei bisogni;
- facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- mettere in comune, tramite ICT (information and communication technology) e nel rispetto della privacy, il patrimonio informativo dei diversi attori coinvolti sul medesimo assistito;
- riconoscere le necessarie risorse finanziarie a supporto degli interventi prioritari, quale attività propedeutica all'istituzione di fondo unico regionale per gli interventi di politica sociosanitaria da attuarsi in sede legislativa su proposta degli Assessorati della Salute e della Famiglia e delle Politiche Sociali;
- definire i nuovi criteri di accreditamento di enti e strutture cui, nell'ambito della programmazione congiunta, si attestano attività ad alta integrazione sanitaria (RSA, comunità alloggio, ecc...);
- determinare criteri e metodi per la valutazione delle azioni e delle risorse impiegate, nonché dei risultati di salute generati.

I modelli operativi devono prevedere:

- approcci multidimensionali in servizi flessibili che attivino protocolli operativi interistituzionali;
- percorsi assistenziali adeguati e in grado di evitare forme di prestazioni improprie e/o ripetitive;

In sintesi, le condizioni preliminari per la realizzazione di un sistema integrato sono:

- integrazione istituzionale tra organi centrali (livello regionale);
- coincidenza tra gli ambiti territoriali di programmazione (livello provinciale);
- mappatura delle risorse disponibili;
- interventi mirati di sostegno alle professionalità sul territorio;
- sistemi di valutazione, di processo e di esito, condivisi per l'area socio-sanitaria.

Gli interventi sociosanitari devono essere in grado di:

- garantire i livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie;
- attuare tutti gli atti di programmazione specifici del settore;
- assicurare l'universalità della presa in carico.
- migliorare la qualità percepita degli interventi.

Le inerenti prestazioni devono essere caratterizzate da:

- personalizzazione
- valutazione multidimensionale del bisogno
- progettualità condivisa
- flessibilità organizzativa all'interno di un quadro di responsabilità assegnate.

L'ambito territoriale deputato ad assicurare la tutela della salute dei cittadini e il governo del rapporto tra domanda ed offerta di servizi sanitari e sociali e a garantire gli interventi di integrazione socio-sanitaria, è il distretto.

In particolare, la tipologia di prestazioni alle quali si fa riferimento per l'ambito di competenza sono:

- prestazioni erogate dai consultori familiari
- prestazioni erogate dalle Neuropsichiatrie infantili (NPI)
- prestazioni ADI per anziani e disabili
- prestazioni semiresidenziali e residenziali
- prestazioni erogate dai servizi di Salute Mentale
- prestazioni per persone con dipendenze patologiche
- prestazioni erogate a favore di immigrati e rom
- prestazioni erogate a favore di detenuti
- prestazioni erogate a favore di persone con patologie in fase terminale, con infezione da HIV, trapiantati.

E' compito delle ASP intervenire e vigilare sulla realizzazione del sistema integrato degli interventi di carattere sociosanitario attraverso le risorse professionali aziendali competenti, avuto particolare riguardo al servizio sociale professionale per gli specifici compiti allo stesso attribuiti sia all'interno dell'Azienda che a livello interistituzionale in forza della normativa nazionale e regionale vigente e ponendo in essere tutti i procedimenti e

i metodi funzionali alla verifica della sostenibilità delle azioni, della loro congruità rispetto ai piani attuativi locali, nonché alla verifica dei risultati.

Al fine dell'implementazione degli interventi di carattere sociosanitario, è opportuno, come indicato tra gli interventi prioritari, prevedere l'impiego di risorse anche provenienti da programmi di finanziamento comunitari e/o da altri diversi ambiti di finanziamento individuati per la promozione ed attivazione di progetti da realizzare da parte delle Aziende Sanitarie e degli altri Enti e Organismi interessati in un'ottica operativa integrata.

4.1 La non autosufficienza

Il crescente tasso di invecchiamento della popolazione unitamente all'aumento delle patologie degenerative, oncologiche, croniche e, anche, la comparsa di patologie fino a poco tempo fa non rilevanti e/o spesso solo episodiche, determinano un forte impatto in vari settori della nostra società con peculiare ricaduta sulla domanda di servizi sanitari riguardanti, in particolare, forme di lungoassistenza, di solito, inclusive di bisogni di carattere sociosanitario di cui particolarmente l'anziano necessita tenuto conto della perdita (totale o parziale) del livello di autonomia.

Secondo le indicazioni dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si definiscono non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri di valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

La condizione di non autosufficienza può essere provocata non soltanto da malattie o infortuni, ma anche dalla senescenza; fattori, questi, che condizionano le scelte dei sistemi di assistenza ai cittadini e alle loro famiglie a cui va offerto anche adeguato supporto psicologico e sociale.

A tal proposito è opportuno ricordare come la famiglia, che resta la principale istituzione di riferimento per le persone non autosufficienti di qualunque età, in Sicilia faccia registrare una presenza di disabili la cui frequenza è misurata nel 6,9%, (fonte dati ISTAT), maggiore che nel resto d'Italia.

PERSONE DISABILI CHE VIVONO IN FAMIGLIA

	Età 6-64 anni	Età >65 anni	Età >75 anni
Sicilia	1,97%	27,84%	48,12%
Italia	1,52%	19,28%	32,97%

Il Decreto Ministeriale istitutivo del "Fondo per le non autosufficienze" individua aree prioritarie di intervento, riconducibili ai livelli essenziali di prestazioni, con specifico riferimento a:

- previsione e rafforzamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari;
- attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia degli interventi erogati dai servizi sociali dei comuni che di interventi e prestazioni erogate dai servizi sanitari e sociali delle Aziende sanitarie di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie mediante la creazione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Specifica allocata nel Distretto socio-sanitario;
- attivazione o rafforzamento di servizi sociosanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

In questa ottica l'approccio alla realtà della non autosufficienza deve tener conto almeno dei seguenti fattori:

- livello di gravità dello stato di dipendenza collegato a problemi clinici
- instabilità clinica
- non autosufficienza (non più intesa come sequela stabile di malattia pregressa)
- conseguenze critiche della demenza
- correlazioni fra perdita di funzione motoria e/o visiva e bisogno di assistenza.

Tali fattori, che rappresentano solo alcuni dei principali aspetti relativi alla condizione di non autosufficienza, richiedono la definizione di risposte commisurate al grado e all'intensità del bisogno sanitario, assistenziale e tutelare.

L'anziano con malattia cronica, disabile o fragile, richiede un sistema di assistenza capace di assicurare risposte tempestive ed efficaci ai molteplici bisogni complessi spesso anche mutevoli.

Il presente Piano, nell'indicare tra gli obiettivi prioritari di salute, l'assistenza alle persone che versano in condizioni di non autosufficienza, individua come principali ambiti di intervento per rispondere in modo integrato, globale e flessibile ai bisogni di tale fascia fragile della popolazione, quelli relativi alla prevenzione, alla continuità assistenziale ospedale-territorio e all'integrazione sociosanitaria.

Tali interventi non possono prescindere dalla piena valorizzazione funzionale ed attivazione dei servizi sociali delle Aziende sanitarie e dal pieno coinvolgimento di tutti gli attori della rete assistenziale, Medici Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e specialisti, territoriali ed ospedalieri, in una prospettiva integrata con le componenti socioassistenziali.

In particolare, le Aziende Sanitarie, avvalendosi anche del proprio servizio sociale sono tenute a:

- favorire lo spostamento dell'assistenza dalla struttura ospedaliera al territorio, attraverso il potenziamento delle cure domiciliari in tutte le forme corrispondenti al singolo bisogno e della rete di assistenza residenziale, senza perdere di vista l'unitarietà complessiva delle azioni, attraverso anche il supporto del sistema informativo dei flussi di rilevazione delle attività a livello regionale;
- valorizzare l'implementazione di modelli organizzativi, validati nel contesto di progetti specifici, che concorrano alla deospedalizzazione di pazienti che necessitano di una presa in carico multidisciplinare e per i quali la continuità assistenziale ospedale-territorio rappresenta la strategia più efficace per evitare re-ospedalizzazioni e/o ricoveri ripetuti (es. progetto *Codice Argento*);
- individuare per ogni paziente la figura del *case manager* che funga da garante dei diritti e del percorso individuale definito;
- attuare, mediante le competenze professionali del servizio sociale delle Aziende Sanitarie, l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale offerta dalle stesse Aziende e l'assistenza socioassistenziale offerta dai Comuni.

4.1.1 L'assistenza domiciliare

Il Piano della Salute 2011-2013 ha tra gli obiettivi principali quello di assicurare un'assistenza continua, programmata e coordinata fornita nel luogo fisico più consono e vicino alle esigenze delle persone, ovvero il domicilio.

Ciò che si vuole garantire si caratterizza nella sostenibilità di interventi di tutela dei soggetti fragili per soddisfare le complesse esigenze di anziani, disabili, cronici nonché di persone con patologie cronico – degenerative in stato avanzato o nella fase terminale della vita, quale target assistenziale di priorità.

In tal senso l'assistenza domiciliare rappresenta una azione centrale nel setting dell'offerta assistenziale per le sue tipicità di metodi, interventi e strumenti pianificati in grado di rendere possibile atti di cura appropriati, efficaci, flessibili e, quindi, rispondenti alle mutevoli necessità dell'assistito.

Il sistema di assistenza domiciliare che questo Piano della Salute vuole realizzare, si centra su una inversione prospettica che ricolloca la persona malata, da soggetto che insegue il sistema erogatore, a persona assistita che con i suoi bisogni è fulcro di un processo di attenzione nel quale sono i professionisti e l'organizzazione che si predispongono per essa, per "fare sistema" intorno alla persona, anche grazie alle conseguenti soluzioni ICT (information and communication technology).

In tal senso, l'Assistenza Domiciliare Integrata, svolta in collaborazione tra i servizi sanitari e quelli sociali, rappresenta anche un utile trait d'union fra il momento del ricovero ospedaliero – diagnostico o terapeutico – dell'anziano fragile e il territorio.

La Regione Sicilia, considerato che il fabbisogno di assistenza domiciliare non risulta sul territorio pienamente soddisfatto rispetto al valore di 3,5% di riferimento assunto a livello nazionale (percentuale di popolazione assistita sul totale della popolazione over 64 non autosufficiente), raggiungendo appena l'1% della popolazione target, intende quindi potenziare tale ambito, entro il 2012, anche attraverso l'applicazione di apposite linee guida che definiscono percorsi e modalità operative omogenee per l'accesso al sistema sociosanitario integrato delle cure domiciliari e alle relative risorse.

E' per questi motivi che si prevedono le seguenti azioni:

- orientare l'assistenza, secondo criteri di appropriatezza, nel territorio-distretti;
- prevedere un criterio di affidamento univoco dei servizi per tutto il territorio regionale ed il relativo sistema tariffario che, distinto per tipologia di prestazione, assicuri la stessa prestazione al medesimo costo;
- implementare tutte le forme possibili di cure domiciliari;
- attuare l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale;
- garantire una efficace "continuità informativa" (anche attraverso l'ICT- information and communication technology), come base per la continuità dell'assistenza, sia dal punto di vista clinico che organizzativo;
- promuovere una cultura dell'ICT presso gli operatori al fine di favorire i processi di integrazione e innovazione organizzativa, superare i divari e consentire equità di accesso alle opportunità di cura a tutti i cittadini.

4.1.2 La Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite

Tenuto conto delle stime sulla prevalenza della non autosufficienza applicate alla popolazione siciliana, il fabbisogno di posti letto residenziali è stato stimato in complessivi 2973 posti come previsto dalla specifica programmazione di settore.

Il relativo documento di programmazione "Riorganizzazione e potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili" di cui al D.A. n. 1325/10 del 24 maggio 2010 integrato dal DA 1544/10 cui si rinvia, nel definire la tipologia assistenziale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), prevede la completa attivazione di 2.500 posti nel triennio 2011-2013 per i ricoveri di durata non superiore ai 12 mesi.

Nel caso di soggetti già in carico alla RSA e con ulteriori necessità di assistenza protetta oltre i dodici mesi, si prevede, nel triennio di validità del presente Piano, l'attivazione di forme di lungoassistenza all'interno di strutture socio-sanitarie sul territorio regionale, entro il limite dei 473 posti in atto previsti dalla programmazione sanitaria, secondo modalità che saranno oggetto di protocolli d'intesa tra gli Assessorati Regionali della Salute e

della Famiglia e delle Politiche Sociali con cui verranno anche definite le modalità di compartecipazione alla spesa.

In coerenza con quanto previsto dagli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, sono previste specifiche quote per la malattia d'Alzheimer.

Anche l'implementazione della rete delle RSA sarà costantemente monitorata a livello centrale attraverso la verifica dei piani attuativi aziendali, nei tempi e con le modalità previsti dal Programma Operativo Regionale 2010-2012. Tra le misure finalizzate a garantire l'assistenza alle persone non autosufficienti, si dovranno realizzare all'interno delle ASP percorsi assistenziali dedicati agli anziani non autosufficienti secondo modelli definiti in ambito regionale. nella definizione di tali percorsi, particolare attenzione dovrà essere posta all'assistenza alle persone anziane cieche o ipovedenti.

4.2 Le Disabilità

La legge della Regione Siciliana n. 68/81 *“Istituzione, organizzazione e gestione dei servizi per i soggetti portatori di handicap”*, il Primo Piano triennale allegato alla LR 16/86 *“Piano di interventi in favore dei soggetti portatori di handicap ai sensi della legge regionale 18 aprile 1981, n. 68”*, il secondo Piano triennale a favore delle persone con disabilità della Regione Siciliana, approvato con D.P.R.S. del 2 gennaio 2006 e la legge nazionale n. 104 del 05/02/1992 *“Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”*, hanno definito i principi ed i criteri da applicare per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti per le persone con disabilità.

Nel 2005 l'ISTAT ha effettuato l'ultima indagine multiscopo attualmente disponibile sulle *“Condizioni di salute e ricovero ai servizi sanitari”* in Italia, rilevando su circa 60 mila famiglie delle informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione.

Dall'indagine emerge che le persone con disabilità sono 2 milioni 600 mila (di cui 2 milioni di anziani, cioè il 76,9%), che nella maggioranza dei casi (52,7%) cumulanti più tipi di disabilità per un totale di 1 milione 374 mila persone con 731 mila disabili per limitazioni motorie.

Per le disabilità, nelle Isole si arriva al 6,2% e nel Sud al 5,8, contro il 4,1 del Nord-Ovest e il 4,0% del Nord-Est; particolarmente critica è la situazione delle donne anziane nel Sud, tra le quali la percentuale di disabili sfiora il 30% contro il 19,5% delle coetanee del Nord Italia.

I tassi di disabilità per 100 persone permettono di effettuare il seguente raffronto:

	Persone di 6 anni e oltre	4,8
Italia		
	Persone di 65 anni e oltre	18,7
	Persone di 6 anni e oltre	6,1
Sicilia		
	Persone di 65 anni e oltre	26,1

Per ambedue i tassi, la Sicilia mostra i valori più alti rispetto alle altre Regioni, il che può trovare spiegazione parziale per le persone di 65 anni e più se si osservano i dati ISTAT sugli ospiti dei Presidi residenziali socio-assistenziali nell'anno 2004, che al tempo stesso mostrano una situazione inversa per le età superiori ai 65 anni di non facile spiegazione.

		0-17 anni	17.958	(6,1%)
Italia	Ospiti: 292.260 di cui	18-64	50.794	(17,4%)
		65 e oltre	223.510	(76,5%)
		0-17 anni	2.441	(18,1%)
Sicilia	Ospiti: 18.447 di cui	18-64	3.418	(25,4%)
		65 e oltre:	7.589	(56,5%)

Con riferimento specifico al problema del ritardo mentale, nelle norme di legge attualmente concernenti le disabilità, il problema non viene rilevato in modo specifico, a differenza di altri Paesi in cui le disabilità dello sviluppo, in realtà, sono in grande maggioranza riferibili proprio al ritardo mentale.

Le disabilità dello sviluppo rappresentano un gruppo eterogeneo di condizioni che a causa di una patologia a carico del Sistema Nervoso Centrale o Periferico, o a causa di altre patologie a carico di altri "sistemi" fondamentali per lo sviluppo "funzionale" del bambino, determinano uno sbilanciamento negativo dello sviluppo funzionale, cognitivo, emotivo e sociale che lo accompagnerà tutta la vita.

In particolare, la definizione e la classificazione delle disabilità ha subito un articolato processo di revisione: si è passati dal definirle deviazioni dalla normalità al considerarle variazioni del funzionamento umano, che originano dall'interazione tra caratteristiche intrinseche dell'individuo e caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale. Il primo modello bio-medico concepiva la disabilità come deviazione dalla normalità a carico di una struttura o funzione psicologica, fisiologica o anatomica, causata da malattia, trauma o altro. Successivamente, con il modello socio-politico, la disabilità è stata identificata come un costrutto sociale, costituito da un insieme di condizioni, attività e relazioni. In questa prospettiva le limitazioni che un cittadino disabile incontra nell'ambito dell'educazione e dell'occupazione sono il risultato dell'atteggiamento sociale riguardo ai bisogni e alle capacità delle persone disabili. Di conseguenza, lo svantaggio percepito dal disabile deriva da un fallimento da parte del contesto sociale nel rispondere ai suoi bisogni e alle sue aspirazioni.

Recenti sviluppi nell'ambito della ricerca e degli interventi per la promozione della salute hanno aperto nuove prospettive nella definizione e classificazione delle malattie e delle disabilità.

Più recentemente, l'ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, 1997), ultima revisione della classificazione internazionale, si fonda sul modello biopsicosociale, che rispetto ai precedenti coglie la natura dinamica e reciproca delle interazioni individuo/ambiente superando la prospettiva causa-effetto. Secondo tale modello, la disabilità è concepita e valutata come una variazione lungo tre dimensioni definite come deficit (organico o psichico), limitazioni nell'attività e limitazioni nella partecipazione.

L'odierno approccio scientifico alla Persona e ai suoi problemi di salute, pertanto, si fonda sul piano filosofico-culturale su criteri ben precisi:

- il concetto di "Complessità" come matrice dei paradigmi scientifici adottati;
- l'approccio alla salute attraverso le dimensioni Bio-Psico-sociale e i determinanti indicati dalla classificazione internazionale ICF;
- la centralità della Persona assistita rispetto all'approccio scientifico-professionale.

Le disabilità in età evolutiva sono un fatto oggettivo ed epidemiologicamente rilevante, come si può comprendere dai dati pubblicati dal Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca circa la presenza di alcuni disabili su quattro ordini di scuole statali, quelle per l'infanzia, le elementari, le medie inferiori e le medie superiori. Gli alunni disabili erano 116.751 nel 1998; 146.389 nel 2002; 174.404 nel 2007; 175.778 nel 2008.

Se si considerano i dati della popolazione scolastica ed il numero degli alunni disabili presenti nelle scuole statali nel 2006, pari a 164.392, se ne ricava che, rispetto al 1998, la presenza di alunni disabili è aumentata del 40,8%.

Relativamente a quanto affermato dalla Conferenza sull'handicap del 1999, sull'aumentare della percentuale dei disabili man mano che si passa dalla scuola per l'infanzia alle scuole medie, una conferma si ha dai dati relativi all'anno scolastico 2006-2007, che così distribuiscono il totale dei 164.392 alunni disabili: infanzia 1,14%; elementari 2,28%; medie inferiori 3,1%; medie superiori 1,67%.

In conclusione, nella assenza di dati provenienti dalle fonti ufficiali del Servizio sanitario nazionale, e quindi con tutti i limiti che derivano da informazioni di ordine generale, è possibile affermare che la presenza di alunni disabili nei quattro ordini di scuole ricordati è aumentata nell'ultimo decennio, in termini assoluti, perché le 175.778 unità del 2008/2009 rispetto alle 116.751 del 1998/1999 sono il 50% in più, in termini relativi, perché la popolazione 0-18 di riferimento nello stesso periodo di tempo è marcatamente diminuita.

Tra le disabilità dello sviluppo più rilevanti dal punto di vista epidemiologico, vanno annoverate il ritardo mentale (RM), oggi rinominato Disabilità Intellettive (DI), nonché i disturbi dello spettro autistico (DSA), mentre le epilessie rappresentano una rilevante comorbidità, soprattutto in età evolutiva.

Il ritardo mentale (RM) è una condizione caratterizzata da:

- A. Funzionamento intellettuale significativamente inferiore alla media, QI minore di 70 ottenuto con un test di QI somministrato individualmente.
- B. Concomitanti deficit o compromissioni nel funzionamento adattivo attuale (cioè le capacità del soggetto ad adeguarsi agli standard propri della sua età e del suo ambiente culturale) in almeno due delle seguenti aree: comunicazione, cura della propria persona, vita in famiglia, capacità sociali-interpersonali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, capacità di funzionamento scolastico, lavoro, tempo libero, salute, sicurezza.
- C. Esordio prima dei 18 anni di età.

L'approccio nosografico etiopatogenetico riconosce le seguenti cause di RM: da disturbi metabolici, da disturbi genetici, da malformazioni cerebrali, da lesione cerebrale, da causa ignota.

La diagnosi di RM viene in genere formulata al termine di un processo diagnostico clinico e strumentale molto complesso che, in linea con le indicazioni della letteratura, comprende diverse valutazioni specialistiche, esami di citogenetica e di genetica molecolare, esami neurometabolici, esami di neuroimaging, esami neurofisiologici, etc. Tali valutazioni ed esami sono in grado di chiarire l'eziopatogenesi del RM solo in una parte dei soggetti che giungono alla nostra osservazione. Secondo le stime riportate in letteratura dai diversi autori, la diagnosi causale

di RM può essere identificata nel 40-60% di tutti i pazienti che vengono sottoposti alle varie valutazioni diagnostiche e strumentali. Peraltro, la distribuzione delle cause varia in funzione della severità del RM, della selezione dei casi, del tipo di protocollo diagnostico e dell'età dei soggetti.

Riguardo il grado di RM, una diagnosi causale viene raggiunta in una percentuale di casi che può arrivare al 65% dei soggetti con RM medio o grave, mentre l'eziologia rimane sconosciuta in una percentuale più alta di casi con RM lieve (fino all'80%).

E' obiettivo del presente Piano garantire il supporto alla rete nazionale delle neuroscienze, nello specifico ambito delle disabilità intellettive che vanno valutate nello specifico contesto socio culturale di appartenenza dell'individuo al fine di considerare la condizione di salute nella più ampia accezione di benessere psico-fisico-relazionale.

I disturbi dello spettro autistico (DSA) comprendono un gruppo eterogeneo di patologie neuropsichiatriche dell'infanzia che condividono alcuni aspetti clinici che hanno probabilmente eziologie diverse.

Uno studio epidemiologico molto recente condotto in South Carolina ha permesso di stimare, per il 2006, una prevalenza dei DSA pari a 8/1.000 (1/125), nella popolazione di bambini di 4 anni di età; nella stessa area geografica la prevalenza di DSA tra i bambini di 8 anni di età risultava essere 7.6/1.000 nel 2000 e 7/1.000 nel 2002.

Non esistono ad oggi studi epidemiologici riferiti ai tassi di prevalenza dei DSA in Italia e, in particolare, in Sicilia. Tuttavia, considerata la rilevanza sociale ed assistenziale del fenomeno, ben si comprende come la Regione Siciliana abbia voluto orientare un piano di intervento diagnostico, terapeutico e abilitativo per i DSA con la pubblicazione delle "Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico" [Decreto Assessoriale 01.02.2007, GURS 23.02.2007, n. 9].

I DSA rientrano nel DRG 429 e pertanto valgono le considerazioni già fatte, riguardo il RM, sulle dimissioni per "disturbi organici e ritardo mentale" ricavate dal Ministero della Salute dai dati delle SDO del 2006 (vd. sopra).

Nei pazienti con DSA si osservano, già nei primi tre anni di vita, compromissioni qualitative dell'interazione sociale e della comunicazione verbale e non verbale e patterns di comportamento, interessi e attività limitati, ristretti e stereotipati.

Solo in un numero limitato di pazienti (10% circa) l'autismo si manifesta come effetto secondario di un'anomalia genetica (monogenica) o citogenetica ben definita. La complessa base genetica dei DSA è probabilmente collegata con l'esistenza di numerosi "geni dell'autismo" che possono generare un numero potenzialmente elevato di "stati" strutturali e funzionali del genoma che, interagendo con i fattori ambientali ed epigenetici, producono quell'ampia gamma di manifestazioni fenotipiche definita con il termine di "spettro autistico".

Se da una parte, le innovazioni strumentali e la ricerca sui biomarkers appaiono di fondamentale importanza per la comprensione dell'etiopatogenesi e per la diagnosi precoce dei DSA, dall'altra si avverte l'esigenza indifferibile di delineare percorsi diagnostici e riabilitativi che si uniformino a principi e linee guida largamente condivisi dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale, da proporre ed attuare nell'ambito del nostro territorio regionale, che in atto risulta carente, sia in merito alla capacità di rilevare il "bisogno" dell'utenza specifica, che in merito all' "offerta" di idonei protocolli diagnostici e riabilitativi. Contestualmente, stante l'evidenza di una realtà regionale fortemente disomogenea, si intende avviare un processo volto a garantire un'idonea rete di servizi all'interno di ciascuna azienda sanitaria provinciale, tracciando percorsi che, seppure non univoci, non risultino approssimativi e/o dissonanti rispetto a parametri di riferimento già valicati.

In tale prospettiva si collocano le già citate "Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico".

Le epilessie rappresentano certamente, soprattutto in età evolutiva, alcune tra le condizioni neurologiche più invalidanti ed esse risultano, in almeno un quarto dei casi, resistenti ai farmaci antiepilettici attualmente disponibili.

In Europa, la prevalenza di epilessia attiva è 4.5-5.0/1000 nei bambini e negli adolescenti, 6/1000 nell'età compresa tra i 20 e i 64 anni, 7/1000 al di sopra dei 65 anni. Circa il 20-30% della popolazione con epilessia presenta più di una crisi al mese. In Italia la prevalenza di epilessia attiva è compresa tra 3.3 e 6.2/1000. In Europa, inoltre, l'incidenza di nuovi casi per anno risulta essere 70/100.000 nei bambini e adolescenti; 30/100.000 negli adulti tra i 20 e i 64 anni; 100/100.000 nei soggetti con età superiore ai 65 anni.

In Sicilia si stima pertanto che vi siano da 22.500 a 35.000 casi prevalenti (4.5-7/1000), da 3500 a 5000 casi incidenti (70-100/100.000).

Nel 2006, dai dati sulle SDO pubblicati dal Ministero della Salute, il DRG 24 ("Convulsioni e cefalea età > 17 anni con CC") compare nel settore acuti, regime ordinario con 11.131 casi dimessi, il DRG 25 ("Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC") è rappresentato da 29.027 casi dimessi e il DRG 26 ("Convulsioni e cefalea età < 18 anni") viene utilizzato in 31.149 dimissioni.

Il DPCM 22.11.2001 inserisce il DRG 025 ("Convulsioni e cefalea età > 17 senza CC") tra i DRG "ad alto rischio di inappropriatazza" se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali". La conseguenza inevitabile di questa definizione è che risultano "ad alto rischio di inappropriatazza" i ricoveri ordinari di pazienti adulti che abbiano presentato una crisi (singola) o più crisi o che presentino un'epilessia già in trattamento. Una percentuale non trascurabile di questi pazienti (almeno il 20%) potrebbe, tuttavia, rientrare nel gruppo dei farmacoresistenti, e per essi è

necessario impostare un protocollo diagnostico ad elevato assorbimento di risorse non erogabili ambulatoriamente o in regime di DH.

Spesso, le epilessie farmacoresistenti sono caratterizzate da crisi in grado di invalidare pesantemente la persona. Tenendo conto delle suddette stime e considerando la popolazione siciliana (5.125.000 abitanti), è possibile prevedere che nella nostra regione vi siano non meno di 7.000 persone con epilessie farmacoresistenti.

I pazienti farmacoresistenti, inoltre, possono richiedere, a motivo delle possibili esacerbazioni della sintomatologia critica, aggiustamenti terapeutici spesso complessi, da eseguire in Reparto, sotto stretto controllo dell'epilettologo. Questo è ancora più stringente nel caso di pazienti provenienti da zone disagiate o distanti da centri di eccellenza o ad alta specializzazione, realtà presente nella nostra Regione (basti pensare ad es. a Lampedusa).

Appare quindi prioritario pensare alla predisposizione di correttivi messi in atto a livello regionale, per ovviare a tale criticità, al fine di garantire ai cittadini affetti da epilessia un'assistenza adeguata e distribuita in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Sebbene il livello medio di assistenza alla persona con epilessia in Sicilia sia di molto migliorato rispetto al passato, grazie al miglioramento del livello di competenze e professionalità degli operatori sanitari, la Sicilia rimane una delle regioni a maggiore mobilità passiva extraregionale, sia in ambito diagnostico che riabilitativo in tale settore.

Tra le disabilità sono comprese tutte le forme di demenza e altre patologie cronico-degenerative tipiche della popolazione geriatrica per le quali si rimanda alle sezioni specifiche del capitolo delle Neuroscienze del presente Piano.

In questo settore opera la struttura di ricovero e cura a carattere scientifico Oasi Maria SS. di Troina, affrontando tutte quelle condizioni di complessità che caratterizzano il Ritardo Mentale e l'Involuzione Cerebrale nei diversi gradi e nelle frequenti associazioni con altre condizioni patologiche sia psichiche sia fisiche.

Rispetto a tali problematiche la suddetta struttura, a partire dai principi dell'approccio olistico, che pone la persona e i propri bisogni al centro del processo assistenziale, esercita la propria attività in una logica di lavoro pluridisciplinare, che vede l'interazione costante di molteplici figure professionali altamente qualificate e che prosegue, poi, secondo una sequenza sistematica e scientificamente organizzata, nel rapporto di integrazione con le famiglie o con altro caregiver.

Infatti, l'esperienza, l'evoluzione delle conoscenze mediche e psicologiche e l'orientamento verso l'assistenza territoriale e domiciliare hanno guidato l'attività dell'Oasi verso un modello gestionale e organizzativo in cui i familiari, informati, formati e sostenuti, sono stati messi nelle condizioni di poter svolgere un ruolo attivo e non meramente passivo di tutela e assistenza delle persone con disabilità, direttamente al domicilio con tutte le possibilità di inserimento nella vita sociale, scolastica e lavorativa.

Tale inserimento si vuole rendere compatibile con le condizioni clinico-psicologiche e di contesto, attraverso un adattamento abilitativo-riabilitativo a misura di ciascuna persona assistita. Analogamente si è inteso procedere nei riguardi delle persone affette da demenze, in particolare quella di Alzheimer, anzitutto per migliorare la qualità della vita degli assistiti con tutti i mezzi attualmente disponibili, ma anche per consentire ai familiari di svolgere a domicilio il loro ruolo di tutela in modo da ridurre, nei limiti del possibile, l'inevitabile impatto sulle componenti della famiglia che si fanno carico dell'assistenza con tale dispendio di energie fisiche ed emotive da fare di essi stessi dei "pazienti nascosti".

Le risposte alle disabilità

La International Classification of Functioning, disability and health (ICF) pone dei criteri essenziali al fine di orientare la cultura professionale e ripropone le condizioni di appropriatezza a supporto delle fasi di analisi e classificazione dei bisogni.

Il concetto di Riabilitazione secondo il Modello Bio-Psico-Sociale è esplicitato nella Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità che prevede che *"Gli Stati Parti adottano misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali, ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. A questo scopo, gli Stati Parti organizzano, rafforzano e sviluppano servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali"*.

Sulla base di tale modello, la Riabilitazione /Abilitazione va vista secondo una **serie integrata di interventi** che riguardano i settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali; a questi devono corrispondere una serie di progetti specifici per il superamento della disabilità:

- **sanitario o clinico-riabilitativo (terapeutico)**
- **integrazione scolastica**
- **integrazione socio-economica o lavorativa**
- **inserimento ed integrazione sociale con la tutela dello stato giuridico.**

Pertanto, la riabilitazione deve realizzarsi attraverso il **Progetto Globale per il Superamento della disabilità**, nell'ambito del quale l'intervento sanitario o clinico-riabilitativo sarà realizzato attraverso il Progetto Clinico-Riabilitativo Individuale e si concretizzerà attraverso la Rete per la riabilitazione in ambito sanitario.

La Regione Sicilia, con il presente piano si impegna a garantire una reale e completa attuazione dei diritti delle persone con disabilità, nell'ambito del sistema di riforma delle attività e dei servizi socio-sanitari, tenendo conto delle indicazioni e degli indirizzi contenuti nella legge 8 novembre 2000, n.328, nella legge 14 aprile 1981 n.68, nel Piano triennale della Regione Siciliana a favore delle persone con disabilità approvato con DPR 2 gennaio

2006 contestualizzato alla luce del nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, delle attuali linee di programmazione sanitaria e sociosanitaria e degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

Le Aziende devono porre in atto risposte integrate alla crescente domanda di assistenza, individuando nel distretto la sede di riferimento che possa garantire prestazioni adeguate alla popolazione attraverso funzioni sociali e sanitarie.

Il distretto potenzia l'informazione e l'accesso all'utenza, attraverso sportelli dedicati e sistemi unificati di prenotazione, con particolare attenzione al momento dell'emersione del bisogno.

Occorre che siano previste le strutture ed i servizi indicati dal Piano Triennale:

- rapportare i servizi e le strutture a livello distrettuale;
- potenziare il ruolo dei servizi dedicati alle persone con disabilità che, a livello distrettuale nell'ambito delle Aziende Sanitarie Provinciali, sovrintendono alle politiche sulla disabilità;
- valorizzare e rafforzare quei punti di riferimento nodali che, nei vari Distretti delle A.S.P. devono essere centri "coinvolgenti" (in grado cioè di coordinare e coinvolgere altri servizi), in grado di dare risposta alle persone con disabilità e alle loro famiglie.

Ai MMG, nell'ambito del distretto, spetta il compito di orientare il cittadino verso scelte appropriate.

In questa nuova ottica devono essere previsti nuclei di formazione primaria che coinvolgano, quale forma di risposta da potenziare nel prossimo triennio, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale e gli infermieri professionali.

Devono essere definiti inoltre a livello locale percorsi assistenziali dedicati alle disabilità neurosensoriali (sordità e cecità), attraverso la costruzione di reti sociosanitarie in grado di dare risposta ai bisogni in modo integrato per tutte le fasi del percorso assistenziale dalla prevenzione all'iter educativo riabilitativo, attraverso anche la creazione di appositi centri diurni per persone cieche con patologie neurologiche e/o pluriminorate. La regione si impegna in tal senso anche nella realizzazione di centri residenziali/assistenziali, denominati "dopo di noi", che possano prendersi cura dei soggetti con disabilità anche dopo la morte dei genitori.

Specifiche vocazione per l'assistenza alle disabilità è riconosciuta all'IRCCS "Oasi di Troina" di Enna e all'IRCCS "Bonino Pulejo" di Messina. In particolare l'Istituto Bonino Pulejo è l'unico centro nel mezzogiorno d'Italia che tratta, dal punto di vista riabilitativo, tre tipi di patologie: gravi neurolesioni – stati vegetativi – gravi cerebrolesioni.

Per entrambe le tipologie assistenziali, la Regione si impegna a creare una rete specifica che preveda un'organizzazione di tipo HUB & SPOKE che assicuri i collegamenti tra i centri di riferimento e i centri periferici secondo modelli da definirsi in sede assessoriale.

Obiettivi nell'ambito della disabilità

- la riduzione degli esiti invalidanti delle disabilità più significative e frequenti;
- l'adozione di risposte qualificate che prevedano l'attivazione di percorsi riabilitativi in tutto il territorio regionale.

In coerenza con tali obiettivi le Aziende sanitarie devono adoperarsi affinché siano garantiti:

- la presa in carico globale della persona con disabilità;
- un'offerta omogenea di prestazioni riabilitative su tutto il territorio sia a livello qualitativo che quantitativo superando l'attuale disomogeneità di distribuzione delle risorse economiche nel territorio regionale;
- l'integrazione delle attività di riabilitazione ospedaliere, residenziali e distrettuali, al fine di ottimizzare le prestazioni;
- il ruolo del distretto quale sede privilegiata per il governo di processi assistenziali continuativi e verificabili;
- la gestione appropriata delle diverse tipologie e grado di disabilità, attraverso una migliore qualificazione della rete delle strutture di riabilitazione;
- l'adeguamento ai nuovi sistemi di accertamento di disabilità, basati su parametri che evidenzino le abilità funzionali e psicofisiche, il livello di partecipazione sociale e di relazione sociale ed interpersonale.
- la valutazione multidimensionale della persona disabile, in relazione alle diverse fasi della vita;
- la continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta ed all'età anziana;
- il rafforzamento dei livelli di integrazione attraverso il raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari previsti nelle AASSPP per la persona e la famiglia con i servizi sociali delle amministrazioni locali;
- l'attivazione di forme di supporto alle esigenze organizzative delle famiglie, con previsione di interventi a domicilio, semiresidenziali o residenziali nei compiti di assistenza;
- il potenziamento della rete dei servizi per le persone affette da autismo e una riabilitazione specifica per le persone con patologie visive.

Le suddette misure, oltre ad evitare la parcellizzazione degli interventi, devono altresì tenere conto della possibilità di supportare, sotto l'aspetto qualitativo, gli interventi residenziali finalizzati al miglioramento delle strutture di accoglienza, quali le comunità alloggio, le residenze sanitarie e le grandi strutture e di intervenire, al contempo, sulla sostenibilità dei costi.

La presa in carico

La centralità del ruolo del cittadino e della famiglia rispetto al sistema di rete dei servizi socio-sanitari territoriali presuppone un progressivo rafforzamento dei percorsi di integrazione sociale, proprio per rendere stabili e permanenti i livelli di partecipazione e di condivisione tanto dei saperi e delle competenze, quanto delle responsabilità.

Sono il sostegno e il consolidamento del processo di integrazione nell'ambito di un sistema definito a rappresentare, nel quadro dello sviluppo sociale sostenibile, i livelli di applicabilità di un programma globale in contrasto ad ogni forma di esclusione e di discriminazione.

Nei percorsi dedicati all'affermazione di questo principio universale la presa in carico definisce uno dei momenti fondamentali per l'impostazione e il mantenimento del rapporto persona/famiglia/sistema dei servizi/contesto sociale, garantendo il "governo coordinato dell'insieme degli interventi sulle condizioni che ostacolano l'inserimento sociale scolastico e lavorativo", con il fine di "valorizzare le capacità e le abilità delle persone con disabilità" per il conseguimento delle pari opportunità di condizione tra i cittadini.

Questo orientamento corrisponde alla nuova classificazione ICF dell'OMS, per la quale la presa in carico deve essere "la strategia di attenzione di servizi, distribuiti omogeneamente sul territorio, verso la condizione di svantaggio delle persone che stabilmente o temporaneamente vivono la condizione di disabilità" secondo una logica di welfare della persona, in grado di accompagnare il cittadino lungo l'intero percorso della vita (*long life*), rendendolo protagonista e attore di scelte e di strategie, anche di tipo relazionale.

Per completare il quadro degli interventi necessari al raggiungimento del benessere del cittadino e della comunità, occorre che il processo integrativo includa anche la presa in carico degli obiettivi di salute, attraverso la promozione della riabilitazione come il "complesso di interventi orientati a contrastare gli esiti dei deficit, a sostenere il raggiungimento di livelli massimi di autonomia fisica, psichica e sociale, a promuovere il benessere psichico e la più ampia espressione della vita relazionale e affettiva".

La presa in carico globale quindi, da realizzarsi secondo quanto previsto dal Piano triennale della Regione Siciliana a favore delle persone con disabilità, deve comprendere anche la presa in carico clinico-riabilitativa che si realizza attraverso la rete della riabilitazione in ambito sanitario.

La formazione in tema di ritardo mentale e disabilità intellettive

Con riferimento specifico al tema del ritardo mentale e alle disabilità intellettive in generale, è essenziale, tenuto conto di quanto già richiamato riguardo alla necessità di condivisione dei percorsi di cura e dell'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli comportamentali, la diffusione di programmi di formazione continua e di aggiornamento professionale, in grado di creare sinergie tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico globale delle persone in tali condizioni.

Per tali attività si terrà conto del know how di strutture della Regione cui è riconosciuta consolidata esperienza nella cura, prevenzione, diagnosi, riabilitazione e ricerca delle patologie genetiche associate al ritardo mentale e all'involutione cerebrale senile, comprese l'Alzheimer e tutte le patologie in comorbidità o derivate da complicanze.

4.3 La Riabilitazione e il modello operativo: la rete regionale

L'approccio sanitario alla salute (medicale, riabilitativo e assistenziale) non può prescindere da alcuni elementi fondanti:

- i problemi e le priorità della persona e la propria capacità d'intervento
- l'individuazione delle problematiche di pertinenza e dei fattori che le influenzano
- l'individuazione delle priorità
- lo sviluppo di azioni positive e delle modalità per realizzarle
- il coinvolgimento attivo delle professioni medico-specialistiche e sanitarie riabilitative
- la facilitazione di percorsi paralleli o alternativi coerenti e necessari.

La Riabilitazione clinica pone come primo criterio di lettura delle priorità i dati forniti proprio dalla classificazione ICF a cui fare seguito con le valutazioni professionali.

In quest'ottica, l'ICF diventa non solo il linguaggio che esprime e descrive il funzionamento e la disabilità, ma lo scheletro concettuale in grado di orientare ed attorno al quale costruire il Progetto Riabilitativo Individuale.

Si tratta di una impostazione rispettosa della Persona, del suo diritto alla autodeterminazione, che pone il professionista a supporto delle scelte del cittadino, in modo conforme al dettato costituzionale.

L'obiettivo essenziale in riabilitazione clinica non è tanto la cura della malattia, in senso medico del termine, quanto la tutela e la promozione della salute intesa come salvaguardia, cura e recupero delle diverse componenti nelle quali il funzionamento umano si articola in tutti i campi compreso quello economico-lavorativo al livello migliore possibile, per il tempo più lungo possibile, nella modalità più accettabile e sostenibile.

Una Vision ben orientata nell'oggetto e negli obiettivi, che ne determina i parametri di validità ed efficacia/efficienza, condiziona la formazione, le competenze e le responsabilità degli operatori, le modalità di verifica degli interventi e del processo nel suo complesso, definendo chiaramente i parametri di appropriatezza.

Altrettanto essenziale è la capacità del Sistema Sanitario e del Welfare di poter garantire una gestione organica degli strumenti e delle risorse impiegate, in rapporto agli obiettivi attesi ed ai risultati raggiunti, anche per il sempre più rapido trasformarsi delle realtà demografiche e socio-economiche, che impongono forte integrazione e continuità fra interventi sanitari e sociali.

La riabilitazione si caratterizza in un processo di sviluppo della persona finalizzato alla realizzazione dell'intero potenziale fisico, psicologico, sociale, professionale, occupazionale ed educativo compatibile con le limitazioni delle funzioni e strutture corporee ed ambientali.

La riabilitazione deve seguire il paradigma dell'empowerment della persona disabile superando l'approccio riduttivo del recupero funzionale d'organo. Infatti, ciò che il presente Piano della salute intende promuovere per

tale ambito è il superamento delle condizioni discriminanti contemporaneamente alla diffusione di condizioni di vita idonee a favorire un reale livello di autonomia sia sul piano delle relazioni sociali che rispetto alle scelte individuali.

In tal senso, si intende garantire la promozione di politiche pubbliche rispettose degli obiettivi di salute (Alma Ata -OMS 1978).

I fini che si intendono perseguire, preventivi, curativi, educativi ed assistenziali, devono essere individuati, combinati e coordinati per la singola persona secondo la metodica del problem solving e il principio dell'empowerment avendo come principio guida l'approccio olistico ai problemi della persona con disabilità.

Fondamentale è la programmazione territoriale all'interno sia dei Piani Attuativi Territoriali che dei Piani Di Zona finalizzata a realizzare una sinergia tra politiche, norme e risorse facilitando lo sviluppo di reti in grado di rispondere in termini di adeguatezza e qualità ai bisogni della persona in termini di:

- partecipazione attiva dei cittadini disabili
- pari opportunità
- libertà di scelta
- promozione di relazioni corresponsabili tra utenti e operatori
- interazione con il volontariato e con le organizzazioni del terzo settore.

Il presente Piano della Salute intende avviare un primo intervento per l'attuazione di iniziative articolate nei macrolivelli, territoriale ed ospedaliero, riorganizzando e razionalizzando gli interventi clinico-riabilitativi a garanzia del progetto terapeutico individuale nonché della continuità terapeutica a completamento dell'intervento riabilitativo.

Le Aziende Sanitarie devono garantire la presa in carico e gli interventi necessari al fine di assicurare il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile sulle scelte comportanti lo stato di autonomia e, ancora, realizzare il raccordo funzionale tra l'area dell'emergenza e l'area della riabilitazione accompagnando la persona in tutto l'iter riabilitativo, fino al reinserimento familiare e sociale.

Infatti, soprattutto per le disabilità più gravi, il processo di aiuto non può non tenere conto del coinvolgimento anche della famiglia della persona con disabilità, delle persone per lui significative e dell'ambiente di vita.

Tale modo di operare è utile per raggiungere la funzione ottimale indipendentemente dalla disabilità residua, anche se le menomazioni causate dal processo patologico non possono essere emendate. In tale processo entrano in gioco tutte le risorse a disposizione della persona con disabilità, sia di tipo biologico che non biologico come le risorse culturali, formative, esperienziali, familiari, economiche, ambientali, sociali, ecc.

In Sicilia la rete di servizi sanitari per la riabilitazione clinica, sotto alcuni aspetti insoddisfacente, deve essere migliorata sia in termini di strutture di riabilitazione intensiva – a livello ospedaliero pubblico e privato o presso presidi extraospedalieri – che in riferimento ai presidi di riabilitazione estensiva.

In particolare ciò a cui si mira è l'implementazione di:

- setting operativi (ospedalieri, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari);
- programmi riabilitativi definiti in obiettivi terapeutici;
- percorsi di "assistenza tipo" per profili di cura specifici;

Infatti un utilizzo appropriato delle risorse professionali ed economiche disponibili, attraverso interventi adeguati alla gestione della disabilità, contribuisce al recupero di abilità personali e riduce il rischio di accettazione passiva della patologia.

Obiettivi e interventi prioritari

In atto è operante un tavolo tecnico regionale per la stesura di specifiche linee guida sulla riabilitazione che saranno oggetto di apposito provvedimento.

Il presente Piano, per il prossimo triennio, intende perseguire i seguenti obiettivi:

- rafforzamento della rete dei servizi di riabilitazione estensiva, attraverso la riqualificazione ed il potenziamento delle strutture esistenti e la loro riorganizzazione territoriale;
- riqualificazione della riabilitazione estensiva erogata dalle strutture private accreditate, attraverso la valutazione continuativa dell'attività svolta e del bisogno dell'utente e verifica delle capacità tecnico-organizzative;
- potenziamento delle strutture pubbliche e private già presenti sul territorio regionale dotate di cultura e tecnologia riabilitativa globale intensiva riconosciuta;
- potenziamento delle unità operative specializzate ubicate presso i presidi di alta specialità ed in presidi ospedalieri plurispecialistici o monospecialistici ove già siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale;
- definizione di protocolli operativi volti a garantire continuità assistenziale nelle varie fasi del percorso riabilitativo, con individuazione delle responsabilità della presa in carico;
- potenziamento di strutture già presenti sul territorio regionale già dotate di cultura e tecnologia riabilitativa globale intensiva riconosciuta;
- previsione di programmi di sport terapia dedicati alle disabilità quali interventi specifici di integrazione sociale volti al miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità.

L'accoglienza delle persone con disabilità nella rete, comporta l'immediata valutazione multiprofessionale delle condizioni e dei motivi alla base del percorso riabilitativo, le indicazioni al trattamento, i programmi e le misure di valutazione di efficacia degli interventi.

La conclusione del percorso deve coincidere con il raggiungimento degli obiettivi, quando non siano prevedibili ulteriori processi di miglioramento e deve contemplare il percorso successivo con la copertura di interventi erogabili anche da altre strutture non sanitarie.

Il modello operativo deve tenere conto del complessivo quadro normativo attribuendo compiti e responsabilità definiti sia ai vari professionisti sia alle varie strutture competenti.

Le regole del *management* devono essere recepite da tutti per garantire non soltanto che il processo di aziendalizzazione sia governato dai principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza, ma soprattutto per rendere possibile una concreta presa in carico della persona con disabilità, nonché per realizzare un processo di miglioramento della qualità della vita e nel contempo conseguire un controllo economico-gestionale. Da ciò ne deriva che una corretta pianificazione delle attività di riabilitazione, partendo dal progetto globale unitario per il superamento delle difficoltà imposte dalla disabilità, definite dall'Unità di Valutazione della Disabilità (UVD), deve prevedere, ove necessario, l'attuazione di uno specifico intervento terapeutico-riabilitativo che dovrà integrarsi con gli altri ambiti di intervento (scolastico, lavorativo, sociale).

In particolare, in ambito distrettuale dovranno espletarsi le funzioni relative all'accoglienza del paziente, all'analisi dei bisogni, alla tipologia della presa in carico (ambulatoriale, domiciliare, internato, seminternato) stabilendo la frequenza e la durata degli accessi alle strutture riabilitative.

La struttura riabilitativa a sua volta definisce il progetto riabilitativo individuale di struttura che sarà elaborato a cura della propria équipe.

In tale progetto, oltre ad indicare il coordinatore dello stesso, bisognerà tra l'altro:

- tener conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle caratteristiche della sua disabilità (menomazioni funzionali e strutturali, limitazioni di attività e restrizione di partecipazione) e soprattutto delle sue abilità residue e recuperabili;
- definire gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari e dell'équipe curante;
- definire la composizione ed il ruolo dell'équipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definire gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati e gli indicatori da utilizzare per la verifica degli stessi.

Tale progetto dovrà essere comunicato in modo comprensibile al paziente in carico ed ai suoi familiari. Il medico specialista, coordinatore dell'équipe, avrà inoltre cura di informare adeguatamente il medico di famiglia. All'interno del progetto dovranno essere previsti uno o più programmi riabilitativi specifici di intervento che saranno elaborati e realizzati dai singoli professionisti esperti nelle specifiche discipline (rieducazione motoria e visiva, logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale ecc.).

Sarà cura della struttura riabilitativa predisporre la compilazione e conservazione di una "cartella" da cui risulterà: le generalità dell'assistito, la diagnosi clinica, il profilo funzionale rilevato, il progetto clinico-riabilitativo individuale, la tipologia e la frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici praticati nel corso del trattamento, ivi comprese le valutazioni psicologiche, pedagogiche e sociali, le informazioni di carattere anamnestico e/o clinico ritenute rilevanti ai fini di una corretta impostazione del trattamento riabilitativo nonché le valutazioni finali relative agli esiti. Nella cartella risulteranno di conseguenza i contributi plurispecialistici e multidisciplinari dei singoli professionisti, per quanto di rispettiva competenza, di cui viene assunta personale responsabilità formale e sostanziale.

La cartella costituirà inoltre un indispensabile strumento al fine di procedere ad una adeguata valutazione del percorso terapeutico-riabilitativo individuale.

Pertanto il trattamento riabilitativo che deve essere assicurato si caratterizza nell'approccio omnicomprensivo in quanto si avvale di tutte le tipologie di interventi specialistici riabilitativi (rieducazione motoria, neuropsicologica, logopedica, psicomotoria, occupazionale, ortottica, podologica ecc.), realizzati all'interno dei programmi riabilitativi specifici, con l'apporto delle varie professionalità esistenti all'interno dell'équipe della struttura in funzione del progetto riabilitativo individuale. Nell'ambito della definizione della rete regionale della riabilitazione, si dovrà tenere conto della necessità di assicurare il collegamento con le rianimazioni e con i trauma center in modo da garantire ai pazienti la continuità assistenziale.

4.4 L'assistenza agli immigrati

L'immigrazione nel nostro Paese è un fenomeno ormai strutturale. L'Italia, con 4.563.000 di stranieri regolarmente soggiornanti, 7,5% circa della popolazione totale, è al 4° posto in Europa per numero di immigrati e al 1° per l'incremento annuo del numero di stranieri. In particolare, come indicato nell'analisi di contesto, la Sicilia si colloca al 9° posto in Italia per numero di stranieri residenti.

E' chiaro quindi che il tema dell'integrazione va affrontato con interventi programmati e strutturali, uscendo dalla logica dell'emergenza che ha, sino ad oggi, contraddistinto il tentativo di governare il fenomeno.

Il governo nazionale e i governi regionali, ciascuno per i propri ambiti di competenza, sono chiamati a dotarsi di strumenti normativi e operativi in grado di promuovere una reale politica di inclusione di coloro i quali sono e saranno parte integrante del tessuto sociale del nostro Paese.

La conoscenza dello stato di salute e dell'accesso ai servizi da parte degli stranieri che vivono nel nostro Paese è importante al fine di valutare i bisogni, anche attraverso l'analisi e lo studio dei fattori di rischio e dei determinanti sociali, e di programmare gli interventi adeguati.

Il tentativo di applicare un approccio scientifico e metodologicamente corretto ai dati riguardanti la salute degli immigrati continua ad incontrare alcune difficoltà tecniche.

Sul fronte dell'assistenza pubblica disponiamo da alcuni anni dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri, sia in regime cosiddetto "ordinario" che di "day hospital", a carico di pazienti non italiani. Pur rappresentando un isolato episodio assistenziale le informazioni relative al ricovero rivestono uno specifico interesse. Non si dispone invece di dati esaustivi rispetto all'accesso al Sistema Sanitario al livello territoriale extraospedaliero.

Ancor meno conosciuto è il percorso di assistenza, attraverso la rete dei diversi servizi e strutture, dei migranti irregolari e/o clandestini.

Le casistiche degli ambulatori dedicati in modo particolare all'assistenza degli irregolari e/o clandestini (Linee Guida GURS 1 agosto 2003), confermano un generale stato di buona salute per buona parte degli stranieri assistiti (fenomeno conosciuto come "effetto migrante sano") e il ruolo preminente dei determinanti sociali nel condizionare la salute degli immigrati, soprattutto in riferimento ad alcune malattie infettive. I dati mostrano una nosologia tipica di un'assistenza di medicina generale che interessa praticamente tutti gli organi ed apparati.

Sono malattie che non hanno una particolare connotazione etno-geografica ma che riflettono sempre di più l'ambiente di vita in cui queste persone vengono a trovarsi durante l'immigrazione.

La possibilità di accesso ai servizi dedicati a prescindere dalla posizione giuridica permette di curare persone altrimenti fuori da ogni circuito tranne quello delle urgenze/emergenze e fa emergere la presenza di malattie "normali", oltre a quelle legate alle urgenze o alle disuguaglianze sociali.

Le malattie di più frequente riscontro tra gli stranieri sono quelle comuni della popolazione generale (respiratorie, gastroenterologiche, affezioni ORL, problemi osteo-articolari). Da alcuni anni si riscontra la presenza (in incremento) di malattie cronico-degenerative, neoplasie, malattie del sistema cardio-circolatorio, diabete, dato che indica un viraggio epidemiologico verso malattie più comuni nella nostra società, sia per l'invecchiamento progressivo della popolazione straniera, sia per l'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio.

L'aumento di accessibilità al sistema sanitario ha permesso incoraggianti risultati di salute in termini di riduzione delle disuguaglianze tra immigrati regolari e non e la popolazione italiana.

Nel contempo, però, alcuni indicatori ci segnalano una persistenza di condizioni di fragilità sociale che si ripercuotono negativamente sulla salute.

I dati a supporto di questo aspetto sono, a livello nazionale, l'elevata frequenza di ricorso all'IVG che non mostra alcuna tendenza alla diminuzione, il numero di complicanze legate alla gestazione e al periodo peri e neonatale; il rischio maggiore rispetto agli italiani di incidenti sul lavoro, spesso evidenziati indirettamente dall'accesso in ospedale per traumatismi; la frequenza tra le SDO di ricoveri ad alto rischio di inappropriately ed una espressione di rischio maggiore per le alcune malattie infettive, come la tubercolosi.

Rispetto all'accesso ai servizi sanitari, l'attuale ordinamento giuridico garantisce agli stranieri iscrivibili al S.S.N. servizi sanitari a parità di condizioni con i cittadini italiani. A fronte di tale diritto enunciato resta però il problema della reale fruibilità dei servizi, legato, tra l'altro, alla difficoltà di reperire informazioni adeguate, di accedere ai servizi, di trovare personale adeguatamente formato ai temi dell'accoglienza e delle norme, di incontrare mediatori linguistico-culturali nei servizi.

Per coloro i quali non sono iscrivibili al S.S.N., i così detti "irregolari" l'accesso al Sistema Sanitario viene garantito (art. 35 L. 286/98 e successive modifiche) attraverso il rilascio del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che assicura gli interventi urgenti ed essenziali, ancorché continuativi.

La Regione Siciliana, con grande tempismo e in anticipo rispetto ad altre regioni, ha promulgato nel luglio 2003 le proprie linee-guida sull'assistenza agli stranieri, che si sono rivelate uno strumento di lavoro importante. Le linee-guida prevedono, tra l'altro, l'apertura di servizi dedicati agli stranieri "irregolari" nelle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere.

Un problema emergente, a valenza nazionale, è stato di recente quello dei cittadini comunitari provenienti da paesi ad alta pressione migratoria, soprattutto Romania e Bulgaria, che, in quanto privi di contratti di lavoro e di risorse, sono rimasti esclusi dall'accesso al S.S.N.

La mancanza di qualsivoglia copertura sanitaria per questa numerosa popolazione di stranieri ha determinato un rilevante problema socio-sanitario. Il Ministero della Salute, sotto la spinta dell'urgenza di trovare una soluzione, ha ribadito il diritto alle cure essenziali e urgenti a tutti. L'Assessorato Regionale, con proprie direttive (prot. 2292/GAB. e 2293/ GAB. del 25/02/2009) ha chiarito le modalità di erogazione dell'assistenza a tale gruppo di popolazione, attraverso l'istituzione del codice ENI (Europeo Non Iscritto) e il diritto all'accesso dei pazienti agli ambulatori STP.

Gli strumenti normativi della Regione Siciliana si sono dimostrati efficaci nel garantire l'accesso alla salute da parte della popolazione straniera ma, come sempre accade in relazione a fenomeni in rapida evoluzione, necessitano di revisione e integrazione.

In particolare gli ambiti in cui si ritiene necessario intervenire prioritariamente sono i seguenti:

- Piani formativi specifici dedicati a tutti gli operatori predisposti in maniera omogenea e capillare su tutto il territorio regionale
- Campagne informative con strumenti adeguati, rivolte alla popolazione immigrata e inerenti il diritto e l'accesso ai servizi e i temi rilevanti della salute.
- Impiego strutturale e organico di mediatori linguistico-culturali eventualmente favorendo l'istituzione di un apposito albo regionale che ne garantisca la qualità della formazione.
- Coinvolgimento della rete del volontariato e del privato sociale in forme di collaborazione, opportunamente regolamentate, con i servizi socio-sanitari pubblici.

- Controllo della corretta e uniforme applicazione della normativa vigente.

Per gli immigrati regolari e iscrivibili al S.S.N. è opportuno :

- Semplificare le procedure di iscrizione al S.S.N. anche attraverso la realizzazione di protocolli d'intesa con enti pubblici diversi (Comune, Prefettura, Questura), volti a realizzare percorsi di accesso semplificati ai servizi.
- Facilitare l'accesso ai medici di base e ai pediatri di libera scelta consultori familiari
- Creare una rete territorio-ospedale per semplificare gli accessi

Per gli immigrati extracomunitari irregolarmente presenti e per i comunitari non iscrivibili e indigenti è opportuno:

- Uniformare le procedure di rilascio dei codici STP ed ENI e creare un flusso informativo specifico che costituisca uno strumento per il monitoraggio di un ambito assistenziale (irregolari e/o clandestini) che spesso sfugge ai sistemi di rilevazione corrente e che si dimostra in grado di offrire informazioni utili alla programmazione sanitaria regionale e aziendale
- Valutare il grado di applicazione delle linee-guida regionali del 2003, e in particolare la realizzazione e le modalità di lavoro degli ambulatori dedicati, (servizi di accoglienza attiva e ambulatori) delle ASP e delle Aziende Ospedaliere, al fine di potenziarli, ove necessario, e soprattutto di uniformarne le modalità operative.
- Predisporre sistemi uniformi e condivisi per la raccolta di dati epidemiologici per un gruppo di popolazione che sfugge ai comuni strumenti di monitoraggio

Progetto Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle Malattie della Povertà (INMP)

La Regione Siciliana partecipa al progetto sperimentale (istituito per decreto in data 3 agosto 2007 dal Ministro della Salute, in applicazione dell'art. 1, co. 827 della legge 296/06) che coinvolge tre centri regionali di riferimento istituiti in Sicilia, nel Lazio e in Puglia. L'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle Malattie della Povertà) ha l'obiettivo di promuovere un modello di ricerca ed assistenza sanitaria a basso costo ed alta efficacia nei confronti della popolazione migrante e delle fasce deboli della popolazione italiana che, per l'appropriatezza scientifica, sia estensibile a tutto il sistema sanitario nazionale.

Il progetto, coerente con l'art.28 della legge di riordino del sistema sanitario della Regione Siciliana, prevede la garanzia dell'accesso alle cure per tutte le persone residenti sul territorio siciliano, anche se clandestini, per un atto di umanità e di responsabilità.

La sperimentazione è resa operativa attraverso progetti che coinvolgono operatori sanitari, strutture di pronto soccorso, di degenza e ambulatoriali con la partecipazione di mediatori culturali e assistenti sociali. E' prevista la rilevazione epidemiologica delle malattie più diffuse tra le popolazioni migranti e povere, una diffusa e capillare informazione e prevenzione delle principali malattie infettive, formazione degli operatori, azioni rivolte alle donne (e in particolar modo alle donne vittime di violenza), azioni di comunicazione rivolte agli immigrati e agli stranieri per informarli sui diritti e doveri relativi alla salute individuale e pubblica.

Il Centro Regionale dell'INMP è in atto individuato presso l'Azienda Ospedaliera ARNAS Civico di Palermo, centro di riferimento e capofila amministrativo delle strutture che saranno coinvolte nei progetti di ricerca.

Si prevedono altre forme di sperimentazione gestionale anche rifacendosi a modelli già adottati in altre realtà sanitarie

4.5 Il ruolo del volontariato e del privato sociale

L'attuale contesto normativo (Legge Quadro sul volontariato 11 agosto 1991, n. 266, e Legge regionale 7 giugno 1994, n. 22 "Norme per la valorizzazione delle attività di volontariato"), ha costituito una guida per le iniziative di sviluppo del volontariato.

A riguardo, la legge di riforma del Servizio Sanitario Regionale n. 5/09, all'art. 4, comma 3, riconosce alle associazioni di volontariato impegnate sul fronte della tutela del diritto alla salute, il ruolo di soggetti partecipativi, concorrenti alla promozione di una cittadinanza consapevole e alla migliore realizzazione interventi sanitari ispirati ai principi di welfare pluralistico, coincidenti con la corretta implementazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie.

Il rafforzamento delle Associazioni di volontariato, Enti e Cooperative sociali favorisce, infatti, condizioni per un atteggiamento proattivo dell'utente del sistema sanitario e sociosanitario, riconducendone il ruolo da *paziente*, oggetto passivo, a *persona*, soggetto di "diritti", cui indirizzare una informazione chiara ed efficace, al fine di consentire un adeguato livello di consapevolezza del proprio percorso di cura.

Tali processi di condivisione consentono un corretto orientamento della domanda verso:

- livelli di maggiore appropriatezza
- rilevamento dei bisogni
- miglioramento degli interventi
- livello di soddisfazione
- innalzamento della qualità complessiva dei servizi.

E' a partire dalla condivisione del valore sociale del volontariato e del privato sociale, come espressione di solidarietà e pluralismo, che il Piano introduce, sulla base dell'individuazione di ambiti, modalità e regole esplicite, una strategia di azioni condivise in grado di far fronte ai bisogni del territorio.

Tale comune strategia avrà alla base la definizione delle seguenti regole:

- standard minimi e indicatori di qualità
- sistema di garanzia delle professionalità impiegate
- sistemi di monitoraggio e valutazione su qualità, quantità, appropriatezza delle prestazioni.

Il presente Piano della Salute intende pertanto orientare verso la definizione di modalità organizzative capaci di dare impulso alle risposte di assistenza affinché possano realizzarsi obiettivi di salute di qualità più vicina ai bisogni reali delle persone, riconoscendo il ruolo strategico e sussidiario delle Associazioni di Volontariato, Enti e Cooperative sociali, attive all'interno del Sistema Sanitario Regionale con particolare riguardo a specifici ambiti assistenziali.

E' di fondamentale importanza, altresì, favorire lo sviluppo di tali forme di partecipazione responsabile soprattutto in quelle aree, come le isole minori o le comunità montane, dove la presenza di risorse sanitarie pubbliche è limitata, al fine di determinare occasioni per il lavoro di rete quale snodo cruciale negli interventi di cura e di supporto.

Il presente Piano della Salute intende, inoltre, riconoscere il ruolo del Terzo Settore come interlocutore della rete territoriale nei diversi livelli di partecipazione attiva verso la maturazione di un reale sistema integrato dei servizi sociosanitari.

Il rapporto con il privato sociale e imprenditoriale, infatti, trova senso e reciproca utilità se vincolato fortemente a strategie unitarie e sempre governate dal servizio pubblico, attraverso la co-progettazione e la corresponsabilizzazione degli interventi e la partecipazione diretta dei protagonisti, destinatari dei servizi e della famiglia.

L'interazione e l'integrazione che s'intende sviluppare fra pubblico e privato sociale all'interno del percorso ha dunque l'obiettivo di determinare una modalità innovativa nella gestione dei servizi, delle relazioni, della formazione per la promozione attiva dei diritti di cittadinanza.

E' prevista pertanto l'attivazione delle seguenti azioni:

- ricognizione in ambito regionale delle varie realtà del volontariato e del privato sociale che opera attivamente in ambito sanitario e sociosanitario
- valutazione di specifici requisiti in relazione all'ambito di attività.

5. Le politiche del farmaco

5.1 Caratterizzazione dei consumi farmaceutici in Sicilia

I consumi dei farmaci e i relativi costi sostenuti dal SSR in regime convenzionale si sono attestati, nel periodo antecedente la vigenza del Piano di rientro a valori nettamente superiori rispetto al contesto nazionale, passando da un'incidenza sul Fondo sanitario regionale dal 21,94% nel 2006 al 18,09% nel 2009.

Per raggiungere tale risultato, si è imposta l'esigenza di un'ampia manovra di contenimento finalizzata a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario nel settore attraverso una serie coordinata e sinergica di interventi di sistema e di riduzione dei costi dei prodotti farmaceutici ed in particolare di quelli erogati tramite il canale convenzionale.

Le azioni attuate secondo quanto programmato nel piano di rientro si fondano in primo luogo, sull'orientamento dei consumi verso farmaci a brevetto scaduto e sulla distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo da parte delle aziende sanitarie. Peso rilevante sul piano economico hanno inoltre assunto in questo contesto gli interventi relativi alla rimodulazione del sistema di compartecipazione alla spesa per le prescrizioni farmaceutiche (ticket) ed all'applicazione del prezzo di rimborso di riferimento regionale per la classe di farmaci gastroprotettori, la prima classe, attestatasi nel 2006, per spesa e per consumi.

In vigenza del Piano di rientro e per effetto delle misure adottate, la Regione ha conseguito in materia farmaceutica rilevanti economie di spesa che hanno consentito, nell'arco del triennio 2007-2009, un progressivo riequilibrio dei costi.

Analisi dei consumi farmaceutici (dati al I semestre 2009)

Spesa SSN

L'analisi della spesa farmaceutica convenzionata, eseguita utilizzando gli indicatori di confronto in uso per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, registra nell'anno 2009, un decremento del valore della spesa netta a carico del SSN del -1,7%, più marcato rispetto al contesto nazionale (-0,9%) mostrando una certa variabilità a livello di ASP, con il maggior decremento della spesa a Ragusa (- 5,3%) e la maggiore percentuale di incremento a Catania (1,4%).

Utilizzando come indicatore di confronto la spesa netta SSN per 1000 abitanti residenti, il valore più basso si riscontra nell'ASP di Ragusa (€ 177.676) mentre il valore più elevato è riferito all'ASP di Messina (€ 230.793).

Dalla comparazione dei dati di spesa netta SSN/1000 ab. regionali e nazionali relativamente ai farmaci rimborsabili, distinti per mese, si osserva nell'anno 2009, che i valori registrati in Sicilia sono maggiori rispetto a quelli nazionali.

Rispetto alla media regionale le ASP di Agrigento e Messina si collocano a valori superiori, quelle di Caltanissetta, Palermo e Catania mostrano dati pressoché sovrapponibili a quelli medi regionali, mentre Enna, Ragusa, Siracusa e Trapani si collocano al di sotto di tali valori.

Consumi

Dall'analisi quali-quantitativa dei consumi dei farmaci per classe terapeutica al 1° livello della classificazione anatomico-terapeutica-chimica (ATC1) si riscontra, a livello regionale, che i farmaci per il sistema cardiovascolare incidono per la maggior quota (31,46%) sul totale del mercato, seguiti dai farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (22,62%), antimicrobici generali per uso sistemico (14,11%), sangue ed organi emopoietici (6,71%), farmaci per il sistema nervoso (6,1%) ed altri.

In termini di spesa netta a carico del SSN si riscontra, a livello regionale, che i farmaci per il sistema cardiovascolare incidono per la maggior parte (34%) sul valore totale del mercato, seguiti dai farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (16%), antimicrobici generali per uso sistemico (12%), farmaci per il sistema nervoso e per il Sistema respiratorio (9%), farmaci per il sistema muscolo scheletrico (5%) ed altri.

La prima categoria terapeutica al 4° livello della classificazione ATC per incidenza sulla spesa netta a carico del SSN è costituita, a livello regionale, dagli inibitori dell'HMG-coA reduttasi (statine), seguita dagli inibitori di pompa e dagli antagonisti dell'angiotensina.

Tale andamento regionale, sovrapponibile a quanto accade in ambito nazionale, si riflette anche nelle province siciliane, fatta eccezione, per le province di Catania, Ragusa, Caltanissetta ed Enna dove figurano al primo posto gli inibitori di pompa per spesa e consumi seguiti dalle statine e dagli antagonisti dell'angiotensina.

Il principio attivo più diffuso a livello regionale è l'atorvastatina (in accordo a quanto riscontrato in ambito nazionale) seguito da lansoprazolo e salmeterolo.

In ogni caso, i consumi farmaceutici in Sicilia, misurati in Dosi Definite Die (DDD) x 1000 abitanti, sono diffusamente superiori rispetto ai corrispondenti valori nazionali.

Si registra inoltre a livello regionale un consumo più elevato di eparinici e cefalosporina di terza generazione (rispettivamente sesta e settima classe ATC4) rispetto all'Italia (undicesima e decima classe ATC4).

Il consumo farmaceutico regionale nelle diverse modalità di distribuzione

Il consumo farmaceutico regionale ripartito in base ai diversi canali di distribuzione (convenzionata, diretta e ospedaliera), si attesta, secondo la rilevazione effettuata al primo semestre 2009, per il 72% in regime convenzionale (farmacie aperte al pubblico), per l'8% in distribuzione diretta (servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie) e per il 20% in ambito ospedaliero.

Rispetto alla distribuzione osservata in ambito nazionale, i consumi regionali assorbono maggiori quote di mercato in regime convenzionale (72% vs 65%), mentre non raggiunge ancora i livelli nazionali la quota destinata alla distribuzione diretta (8% vs 12%). Il livello ospedaliero presenta, invece, nei due ambiti a confronto, una quota inferiore di 3 punti percentuali riferita al contesto regionale rispetto al dato nazionale (20% vs 23%).

5.2 Il corretto uso del farmaco: dalla prescrizione, alla dispensazione e all'uso

L'impiego razionale dei medicinali e dei dispositivi medici costituisce un obiettivo strategico dell'ottimizzazione del livello di salute e di equità nell'allocazione delle risorse.

In tale ottica, l'insieme delle procedure di acquisto, conservazione, prescrizione, dispensazione, monitoraggio e vigilanza devono garantire al cittadino l'utilizzo di farmaci e dispositivi individuati secondo criteri di efficacia e sicurezza, in relazione allo specifico bisogno di salute accertato e al relativo percorso assistenziale.

Sotto l'aspetto economico, poiché i costi sostenuti per medicinali e dispositivi medici assorbono un quinto circa delle risorse del fondo sanitario regionale, è indubbio che il governo della politica farmaceutica sia determinante oltre che per la salute dei cittadini anche per la sostenibilità complessiva della sanità regionale.

A conferma di ciò, ne è prova il cospicuo recupero di risorse ottenuto attraverso il conseguimento dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica, in attuazione delle relative misure previste in materia dal Piano di rientro 2007/2009.

Tuttavia, permangono le seguenti criticità:

- incompleto sviluppo del sistema informativo per un adeguato governo regionale e locale;
- limitata diffusione della cultura dell'appropriatezza delle prescrizioni;
- difficile governo della domanda indotta dalle pressioni delle politiche settoriali di mercato;
- insufficiente informazione ai cittadini sul corretto uso del farmaco;
- sottosegnalazione delle reazioni avverse da farmaci (ADR) soprattutto se paragonata con gli elevati consumi;
- ridotta utilizzazione dei Registri di Monitoraggio.

Interventi prioritari

La connotazione strategica dell'assistenza farmaceutica si coniuga con un modello organizzativo a forte strutturazione pubblica ed integrazione gestionale e con adeguati investimenti di risorse tecnologiche ed umane ad elevata specializzazione.

La Regione, nelle sue articolazioni competenti, svolge le fondamentali funzioni di indirizzo, verifica e vigilanza nei confronti dei processi correlati al sistema-farmaco. Nell'ambito di tale ruolo, vanno intensificate le attività ad impatto sui livelli di salute e sulla razionalizzazione della spesa farmaceutica, comprendenti il monitoraggio dei consumi farmaceutici ospedalieri e territoriali, le verifiche sull'appropriatezza prescrittiva mediante i registri AIFA, l'informazione indipendente sul farmaco, la farmacovigilanza e la sorveglianza sui dispositivi medici.

Alle ASP, cui afferiscono i servizi farmaceutici territoriali e dei distretti ospedalieri, spettano tutte le funzioni già di competenza dei distretti, valorizzate in un'ottica di integrazione ospedale-territorio e di gestione unitaria delle pertinenti aree di attività che intersecano trasversalmente tutti i macrolivelli assistenziali.

Nelle Aziende ospedaliere ed ospedaliere universitarie, l'integrazione organizzativa ed operativa dei servizi di farmacia si esplica anche nelle funzioni gestionali e specialistiche proprie incluse la manipolazione e l'allestimento di chemioterapie antitumorali, la galenica clinica e la radiofarmacia.

In questo contesto va valorizzato il coinvolgimento del farmacista nel percorso di cura complessivo per la gestione sicura del paziente ed affidargli, in quanto "tecnico della terapia" la valutazione e la misura dell'efficienza del sistema in tema di rischio clinico ed appropriatezza prescrittiva.

Implementazione del sistema di monitoraggio dei consumi

Un sistema di monitoraggio efficiente che consenta di acquisire con tempestività indicazioni sulle priorità strategiche alle quali destinare progettualità e risorse non può prescindere da adeguati sistemi informativi alimentati dai flussi specifici per il governo del settore in riferimento.

In atto, le fonti informative sui flussi prescrittivi, sono, per la farmaceutica convenzionata, il sistema Tessera Sanitaria (*portale TS*), la banca dati SFERA (*Progetto Sfera IMS Health* utilizzato dal Ministero della Salute anche per i confronti interregionali) e il *Flusso D*, mentre per i farmaci distribuiti direttamente i *Flussi H ed F* e per le chemioterapie antitumorali somministrate in regime di day hospital e day service, il *Flusso T*.

Il predetto sistema informativo necessita, tuttavia, di un'omogeneizzazione dei flussi rispondenti alle medesime finalità nonché di essere integrato con il flusso relativo ai consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, secondo il decreto 04/02/2009 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, in modo da consentire la conoscenza in tempo reale di strategiche informazioni quali-quantitative sull'andamento dei consumi, utili per intraprendere misure volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, alla razionalizzazione della spesa e consentire il governo unitario del settore.

Implementazione dell'uso dei farmaci equivalenti

In Sicilia si registra ancora un ricorso limitato ai farmaci equivalenti. Tale caratterizzazione dei comportamenti prescrittivi è evidente sia al momento delle prescrizioni intraospedaliere che al momento della dimissione e quindi lungo il percorso dall'ospedale al territorio. Obiettivo del prossimo triennio è pertanto quello di adottare

strategie volte ad orientare i consumi verso i farmaci equivalenti attraverso canali di informazione indipendente e specifiche linee di indirizzo sulle classi a maggiore incidenza sui consumi e sulla spesa cui afferiscono farmaci non più coperti da brevetto, confermando l'importante ruolo che, rispetto a tale obiettivo, deve per legge assolvere la rete delle farmacie convenzionate sul territorio.

Il monitoraggio e la prevenzione degli errori clinici

E' molto frequente nella realtà sanitaria italiana un allarmante aumento degli errori connessi all'assunzione dei farmaci. Le cause che portano all'errore sono molteplici, in particolare la scarsa attenzione che si presta alla posologia prescrittiva e alla preparazione della ricetta, situazione che necessiterebbe di una risposta adeguata alla rilevanza del pericolo attraverso la valorizzazione della presenza del farmacista in ogni procedura o fase che preveda l'assunzione di farmaci.

Poiché alcune recenti sperimentazioni hanno dimostrato che il farmacista, con la propria presenza direttamente nei reparti ospedalieri, sarebbe in grado di ridurre notevolmente, fino a dimezzarli, gli errori legati alle terapie farmacologiche somministrate ai pazienti ricoverati, si ritiene opportuno promuovere la specifica presenza in corsia del farmacista, che attraverso la sua attività di consiglio agli altri operatori sanitari, medici e infermieri, e di vigilanza sulla somministrazione dei farmaci, potrebbe significativamente contribuire alla riduzione di tali inefficienze e disservizi.

Rafforzamento della continuità assistenziale ospedale-territorio

Lo sviluppo della *distribuzione diretta dei medicinali del PH-T* da parte delle strutture farmaceutiche del SSR ha consentito un rilevante recupero di risorse economiche, garantendo al contempo il livello qualitativo delle prestazioni erogate ai cittadini e favorendo la continuità ospedale-territorio.

Un'altra forma di dispensazione diretta, tuttavia attuata in maniera parziale e disomogenea sul territorio regionale, è la *dispensazione del primo ciclo terapeutico alle dimissioni dal ricovero ospedaliero*.

Si impone pertanto un adeguato investimento di risorse finalizzato ad un'uniforme diffusione nel territorio regionale di tale livello di assistenza.

Sviluppo della rete di vigilanza

Il sistema di farmacovigilanza sulle reazioni avverse da farmaci e vaccini si basa su due aspetti principali:

- nessun farmaco è sicuro al 100% per tutte le persone in tutte le circostanze
- un farmaco una volta immesso in commercio non può essere considerato sicuro.

Infatti, a causa dei limiti degli studi pre-marketing, la conoscenza del profilo rischio/beneficio del farmaco è incompleta.

La *farmacovigilanza* consente quindi di approfondire il profilo di tollerabilità di un farmaco e di individuare potenziali nuovi effetti terapeutici. Al riguardo è opinione ormai consolidata che le attività di farmacovigilanza, nei Paesi in cui la stessa è maggiormente sviluppata, ricevono particolare impulso laddove operano Centri di riferimento regionale con competenze e requisiti specifici.

L'intervento orientato al rafforzamento della sicurezza del cittadino non può prescindere quindi dal consolidamento della rete di farmacovigilanza e dallo sviluppo della vigilanza sui dispositivi medici.

Nel sistema di farmacovigilanza siciliano, costituisce un punto di forza l'attività tecnico-scientifica dei Centri regionali qualificati aventi sede presso le Università di Catania, Messina e Palermo che operano con il coordinamento dell'ufficio preposto dell'Assessorato Regionale della Salute il cui ruolo istituzionale assume una posizione centrale all'interno del sistema.

Nonostante l'attività di farmacovigilanza sia stata implementata negli ultimi anni, in Sicilia si registra ancora un tasso di segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini inferiore al valore medio nazionale specie se rapportato ai consumi.

Obiettivo del presente Piano è pertanto il potenziamento, attraverso il supporto tecnico-scientifico dei Centri di riferimento e il consolidamento della rete dei responsabili di farmacovigilanza delle Aziende sanitarie, delle attività favorevoli l'incremento del numero delle segnalazioni specificamente orientate ad una costante formazione/informazione degli operatori coinvolti.

Tali attività concorrono, insieme ad altre azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico correlato alla prescrizione, trascrizione, allestimento e somministrazione dei medicinali (come scheda unica di terapia, prescrizione informatizzata in reparto, interfaccia con sistemi informativi di *medical alert*, somministrazione controllata tramite codice a barre, armadi automatizzati di reparto, dose unitaria), a garantire la sicurezza del paziente contribuendo alle segnalazioni di sospette reazioni avverse, ad alimentare la banca dati regionale, nazionale ed europea, e quindi ad aumentare le conoscenze sul profilo di rischio dei farmaci e dei vaccini.

Come riportato da dati di letteratura, l'incidenza delle intossicazioni acute e croniche è in continua crescita, in relazione sia all'immissione nel mercato e nell'ambiente di sempre più numerose nuove molecole, sia ai cambiamenti degli stili di vita e dei modelli culturali nella nostra popolazione. L'esposizione a farmaci, agenti fisici e chimici, sostanze d'abuso, alimenti e tossine naturali, costituisce una causa rilevante di accesso al pronto soccorso da parte di un numero sempre crescente di utenti, sia in età pediatrica che adulta, e richiede vasta disponibilità di personale e strutture sanitarie specializzate preposte alla prevenzione, diagnosi e cura delle intossicazioni. Le malattie acute di pertinenza tossicologica colpiscono ogni anno 1,7-2,8 abitanti su 1000, rappresentando ~~essi~~ circa il 25% dei pazienti in coma e il 7% dei ricoveri d'urgenza; le farmacotossicodipendenze interessano inoltre circa il 10% della popolazione giovanile.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta pertanto, nell'ambito del sistema di farmacovigilanza regionale, alle intossicazioni da farmaci, intossicazioni croniche, farmacotossicodipendenze, al rischio malformativo da esposizione in gravidanza a farmaci, sostanze d'abuso e tossici ambientali.

Nel quadro della corretta gestione del farmaco e dell'appropriatezza prescrittiva, specie per i farmaci ad elevato impatto economico e sociale (biologici, oncologici, antimicotici ecc.) è indispensabile lo sviluppo di protocolli diagnostico terapeutici per particolari aree, idonei a supportare un uso più appropriato dei farmaci, ivi compresa l'implementazione di nuove tecniche diagnostiche sierologiche e molecolari per migliorare la "sorveglianza diagnostica" dei pazienti a rischio.

Misure per l'appropriatezza delle prescrizioni

Le attività che il presente Piano intende prioritariamente implementare ai fini di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche sono le seguenti:

- *revisione ed aggiornamento periodico del Prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale regionale (PTORS)*

Il PTORS è lo strumento per selezionare sulla base di criteri di efficacia, sicurezza ed economicità i farmaci da utilizzare nelle strutture pubbliche e private accreditate del SSR e da prescrivere all'atto delle dimissioni o in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali, nell'ambito di protocolli terapeutici e percorsi assistenziali.

- *Istituzione dell'Osservatorio regionale per i registri AIFA*

I farmaci innovativi, specialmente quelli biotecnologici, uniscono a grandi potenzialità diagnostiche e terapeutiche, scarse informazioni sulla sicurezza, un costo elevato e spesso anche un rilevante rischio di inappropriata prescrittiva, per cui l'AIFA ne ha sottoposto l'impiego ai Registri.

L'uso dei Registri di monitoraggio permette di ridurre progressivamente gli impieghi off-label evidenziando perciò una maggior appropriatezza d'uso, e garantendo la valutazione della sicurezza e dell'efficacia.

L'AIFA unitamente alla valutazione del potenziale innovativo dei farmaci ha dato avvio ad un nuovo approccio per la ripartizione/condivisione del rischio (*Risk Sharing*).

L'associazione di Registri di monitoraggio e accordi di Risk Sharing contribuisce alla definizione del giusto costo da sostenere da parte del SSN, sia definendo il valore terapeutico del nuovo farmaco nella pratica clinica, sia consentendone un uso più appropriato.

L'Osservatorio ha pertanto lo scopo di valutare l'applicazione delle modalità di registrazione e di attivazione delle procedure di *Risk Sharing* e/o *Payment by result*, verificando eventualmente i pattern di utilizzo clinico, con il supporto dell'attività del Centro Regionale di Farmacovigilanza.

- *Documentazione ed informazione e formazione indipendente*

Tra l'Assessorato regionale della Salute, l'AOUP "G. Martino" di Messina, l'Ordine Regionale dei Medici e dei Farmacisti della Sicilia è stato definito un protocollo d'intesa per un *sistema regionale di informazione indipendente sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci* rivolta all'operatore sanitario ed al cittadino. Tale azione, oltre alla realizzazione di report periodici sui consumi dei farmaci e sui loro effetti avversi, all'organizzazione di corsi di formazione presso le Aziende Sanitarie, alla divulgazione di note informative su nuovi profili di efficacia e sicurezza dei farmaci tratti dalla letteratura scientifica già espletate istituzionalmente in sede regionale, va altresì rinforzata mediante:

- *Interventi educazionali* della singola ASP nei confronti della popolazione, mirati ad un corretto uso del farmaco, anche con riferimento ai prodotti non più coperti da brevetto, a quelli senza obbligo di ricetta (SOP) e a quelli da banco (OTC);
- *Corsi formativi accreditati* rivolti alla classe medica, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi regionali;
- *Pubblicazione periodica di report* in cui si analizzano i dati di consumo delle classi a maggior impatto integrati con i dati di farmacovigilanza nazionali e regionali al fine di valutare, anche in base alle segnalazioni di eventuali in appropriatezze, i comportamenti prescrittivi regionali nell'ambito di tali categorie;
- *Pubblicazione di linee guida* elaborate anche in seno alla Commissione PTORS
- *Revisione dei Centri prescrittori* per i farmaci soggetti a particolari modalità prescrittive e/o ad elevato impatto, individuati in coerenza con le reti assistenziali relative alle patologie di interesse e secondo il modello "Hub e Spoke" cioè con organizzazione in Centri di riferimento (Hub) preposti alla diagnosi e alla responsabilità della scelta terapeutica in collegamento, anche telematico, con i centri prescrittori diffusi capillarmente sul territorio (Spoke) preposti alla continuità terapeutica (follow up di base, prescrizioni ecc.) con condivisione di dati e informazioni.

Nell'ambito delle attività istituzionali di programmazione territoriale occorre inoltre pianificare le seguenti attività:

- *Riattivazione dell'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche*

L'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, ricostituito con D.A. 3187 del 29/12/2010, ha la finalità di predisporre linee guida, di promuovere programmi di educazione al corretto uso dei farmaci, di fornire proposte operative per il controllo delle prescrizioni.

- *Progetti di collaborazione con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta*

La sovrabbondante esposizione della popolazione ai trattamenti farmacologici ed il grande impatto in termini di compatibilità economica, impongono che nel contesto di progetti di collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta siano definiti specifici obiettivi di salute e di razionalizzazione delle prescrizioni nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi attraverso tavoli tecnici di concertazione.

- *Riqualificazione della rete delle farmacie convenzionate*

L'insieme delle farmacie convenzionate, per le caratteristiche di capillarità ed informatizzazione, deve riqualificarsi nelle funzioni, in coerenza con i principi fissati nell'art. 11 della legge n. 69 del 18/06/2009 nella delega conferita in materia al Governo statale e dal conseguente decreto legislativo 153/09 .

Nel nuovo ruolo che a livello regionale sarà definito negli obiettivi, nei termini e nei vincoli da appositi atti normativi in aderenza ai criteri stabiliti a livello ministeriale, si prospetta la partecipazione della rete delle farmacie, in integrazione con le strutture preposte delle Aziende sanitarie, ai programmi di assistenza domiciliare integrata, di educazione sanitaria, di prevenzione, di informazione e di farmacovigilanza, al servizio di prenotazione in collegamento con il CUP regionale, di riscossione ticket e di ritiro dei referti di visite ed esami specialistici.

Nell'ambito delle politiche del farmaco, potranno altresì essere oggetto di tavoli tecnici regionali progetti sperimentali di medicina integrata (non convenzionale), anche con il coinvolgimento degli Ordini dei Medici e dei Farmacisti, sulla base di esperienze già avviate in altre regioni.

6.1 La rete ospedaliera

L'evolversi del quadro epidemiologico, il potenziamento dei servizi sanitari territoriali di prevenzione e cura delle patologie croniche nonché delle loro complicanze maggiori e la disponibilità di nuove tecnologie in contesti extraospedalieri, impongono il progressivo cambiamento dei profili dei ricoveri, restituendo all'ospedale la sua funzione storica e fondamentale di struttura per acuti, attraverso strategie orientate a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, a valorizzare l'appropriatezza dei servizi territoriali e sviluppando l'articolazione dei servizi sanitari in un'ottica di integrazione tra ospedale e territorio.

La riprogettazione della rete ospedaliera si svilupperà, pertanto, lungo le due linee direttrici:

- potenziamento delle funzioni proprie delle strutture di ricovero per acuti;
- riqualificazione dell'offerta con riduzione delle aree a maggior grado di inappropriatezza.

Il ricorso all'ospedalizzazione è da sempre riconducibile alle seguenti motivazioni:

- a) evento acuto che richiede prestazioni di urgenza e/o emergenza;
- b) necessità di inquadramento diagnostico;
- c) esecuzione di procedure che richiedono professionalità e tecnologie non disponibili nei servizi sanitari territoriali.

Questo percorso può essere sviluppato con il graduale trasferimento al territorio di attività e competenze storicamente svolte esclusivamente in ambiente ospedaliero, con la stessa affidabilità in termini di efficacia, sicurezza, tempestività, specializzazione e attraverso assetti organizzativi e processi di presa in carico capaci di assicurare una assistenza di qualità.

La riqualificazione, ad esempio, dell'attività ambulatoriale attraverso il modello organizzativo del *day-service*, per il cui approfondimento si rimanda agli specifici provvedimenti normativi e alle relative modalità applicative, contribuirà a ridurre i ricoveri programmati con finalità diagnostico-terapeutica e di monitoraggio che non richiedono la degenza.

Il presente Piano si pone l'obiettivo di riorganizzare le strutture ospedaliere perché, pur mantenendo il rapporto con le comunità afferenti, valorizzino meglio il loro ruolo nella rete ospedaliera regionale.

In coerenza con l'obiettivo, si rende necessario creare le condizioni perché la rete ospedaliera regionale funzioni secondo i principi della massima integrazione e della razionale distribuzione delle attività in base alla loro complessità ed al tipo di disciplina.

Lo sviluppo del sistema integrato delle funzioni ospedaliere deve avvalersi del modello *hub and spoke*: questo prevede il collegamento tra un centro di riferimento e più centri periferici per attività che, in base alla loro complessità, vengono distribuite tra le varie sedi garantendo l'omogeneità dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e percorsi assistenziali ben definiti.

Questo è il modello delle *reti cliniche*, che dovrà essere sviluppato in tutti i settori, da quelli di più alta complessità e frequenza (emergenza, onco-ematologia, patologia cardio-vascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, etc.) alle quali è dedicato nel presente Piano apposito capitolo, a quelli che rappresentano priorità per la politica socio-sanitaria regionale (area materno-infantile, disabilità, salute mentale).

E' importante che le *reti cliniche* vengano sviluppate in ciascun settore con il coinvolgimento di tutte le discipline interessate e con una gestione del patrimonio informativo aziendale coerente tra i vari attori, anche mediante soluzioni ICT (information and communication technology) innovative e utile, in termini di interoperabilità, ad alimentare piattaforme più ampie di condivisione di dati.

In quest'ottica, l'ospedale costituisce una parte della rete, da un lato rispondendo ai bisogni specifici della collettività, dall'altro integrando le proprie funzioni con quelle che derivano dalla programmazione dell'offerta territoriale.

La programmazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale obbliga a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni che si fondano su dati epidemiologici e su economie di scala, in grado di coniugare i seguenti obiettivi:

- equità nell'accesso ai servizi sanitari;
- qualità;
- sicurezza degli utenti e degli operatori;
- innovazione.

È su questi obiettivi che si dovranno concentrare i necessari investimenti, nella consapevolezza che il riassetto della rete ospedaliera non può consistere soltanto nel trasferimento di servizi al territorio, ma deve privilegiare dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione delle competenze e la ricerca costante di qualità e di adeguati volumi di attività per garantirne il mantenimento.

Occorre, in sintesi, far evolvere il sistema sanitario in una logica di "rete", rimodulando i servizi sanitari e socio sanitari verso una maggiore razionalizzazione e innovazione organizzativa, oggi resa possibile e necessaria anche grazie ai progressi dell'ICT (information and communication technology) e della telemedicina.

Questo è ancora più significativo per quelle aree che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, presentano elementi di criticità da risolvere, dovendo assicurare la risposta alle urgenze, tenuto conto anche dei tempi di percorrenza verso gli ospedali di riferimento.

In tal senso, le funzioni degli ospedali già presenti in queste aree, dovranno progressivamente essere assicurate da forme alternative di assistenza, avuto riguardo della necessità di garantire comunque livelli di cura qualitativamente adeguati, nella logica di tempestivo ed efficace collegamento in rete con le strutture ospedaliere di alta specialità per livello assistenziale, mediante il servizio del 118 e attraverso la telemedicina, tenuto conto del principio che il rischio clinico, l'errore medico sono inversamente proporzionali al numero dei casi trattati e all'esperienza degli operatori.

La ridefinizione delle funzioni di tali ospedali renderà inoltre possibile un migliore raccordo con l'assistenza territoriale e con la Medicina Generale.

6.1.1 L'assistenza secondo il principio delle reti integrate: l'applicazione del modello Hub & Spoke

L'assistenza sanitaria è un fenomeno complesso che non ha un unico centro propulsore e che si realizza con il contributo fondamentale di varie strutture e di diversi professionisti. In ragione di ciò, negli ultimi anni si sono diffuse le "reti assistenziali", che non rappresentano soltanto uno strumento di innovazione del sistema in termini di efficacia, efficienza e qualità. Le reti sono la premessa per il concretizzarsi delle logiche di equità di fronte al diritto alla salute, per contrastare le disuguaglianze assistenziali che tendono ad esasperarsi ancora di più nello scenario attuale che, da un lato deve tendere al progressivo specializzarsi di alcune parti del sistema, dall'altro deve determinare la contrazione necessaria dei costi. L'affermarsi delle logiche di rete, quindi, non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale ma rappresenta un campo di sfida sulle politiche sanitarie del prossimo futuro, lo strumento per mantenere vivi i presupposti di equità ed etica che hanno sempre contraddistinto, in particolare, il sistema sanitario italiano.

Come annunciato in premessa al presente Piano, le "reti assistenziali" sono ritenute un ambito prioritario di intervento per la Regione Siciliana. Esse, infatti, rispondono all'esigenza di superare la frammentarietà dell'assistenza, fornendo, anche tramite un uso significativo dell'ICT (information and communication technology) aziendale e sovraziendale:

- al cittadino maggiori garanzie di continuità per la gestione dei propri problemi di salute anche in riferimento all'umanizzazione delle cure;
- al sistema garanzie di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse;
- ai professionisti garanzie di sviluppo di "competenze distintive" appropriate e coerenti con le funzioni svolte, compatibili con le reali potenzialità del contesto nel quale essi sono chiamati ad operare.

L'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti integrate prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi di gestione, in un numero limitato di centri (HUB) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative e tecnologiche disponibili.

L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (SPOKE) che assicurano l'assistenza per la casistica a minore grado di complessità.

La qualità e la compatibilità economica del modello 'HUB & SPOKE' parte dal principio della "Equità di Accesso a Prestazioni di Qualità Uniforme".

Le caratteristiche che contraddistinguono il modello sono:

- minima congestione;
- forte specializzazione;
- miglioramento del grado di cooperazione e minima competizione;
- massima efficienza tecnica;
- minima ridondanza;
- concentrazione della casistica;
- tempestività di invio dalla periferia.

La creazione di un'assistenza ospedaliera 'HUB & SPOKE' necessita della creazione della 'Rete Integrata di Servizi' e cioè va studiato e implementato l'assetto della rete (distribuzione territoriale dei centri), la definizione della gerarchia fra il centro e i nodi, il sistema delle relazioni funzionali fra questi.

Per ogni funzione è necessaria l'individuazione dei bacini di popolazione di riferimento in relazione ai fabbisogni specifici e ai volumi di attività relativi al mantenimento della clinical competence.

Vanno definiti le caratteristiche dei nodi della rete e i criteri di comunicazione fra i servizi e le modalità attraverso le quali mantenere le competenze nei centri di riferimento nonché i processi per renderle disponibili ai vari punti del sistema. L'attuazione del piano dovrà comportare l'applicazione di nuovi modelli che saranno divergenti rispetto alle strutture o alle relazioni funzionali attualmente esistenti, che richiederà pertanto un attento studio di fattibilità che sappia integrare la pianificazione regionale e le varie autonomie aziendali.

Gli interventi prioritari da compiere in tal senso sono:

- il lavoro in equipe in sinergia con centri di ricerca nazionali ed internazionali pubblici e privati, promuovendo la ricerca e la traslazione della stessa e dei progressi tecnico scientifici alla pratica clinica;
- la promozione di progetti per lo sviluppo delle reti;
- lo sviluppo di database clinici dedicati (registri) per specifici interventi/servizi/patologia.

La realizzazione di tali interventi deve favorire la costituzione di network professionali in grado di coinvolgere l'insieme delle Aziende sanitarie della Regione, per la prevenzione del rischio e la valutazione della qualità dell'assistenza, oltre che per la conoscenza epidemiologica. La valutazione dei dati acquisiti per mezzo dei

registri, costituirà la base razionale per la pianificazione degli interventi e la valutazione precoce dell'efficienza delle tecnologie acquisite e dell'assistenza erogata.

Il disegno delle reti assistenziali nella Regione Siciliana

Il presente Piano dedica particolare attenzione, sulla base delle risultanze derivanti dall'analisi di contesto e dalla conseguente determinazione del fabbisogno di salute della popolazione siciliana, alla trattazione delle seguenti aree specialistiche:

1. salute della donna e del bambino;
2. prevenzione e cura dei tumori;
3. prevenzione e cura delle malattie cardiache;
4. prevenzione e cura delle malattie neurologiche;
5. area dei trapianti;
6. gestione dei politraumatismi;
7. salute mentale e le dipendenze.

Il disegno di massima delle reti, dettagliato per ciascuno dei suddetti ambiti specialistici nei pertinenti capitoli del presente Piano, dovrà essere successivamente applicato ad altri ambiti assistenziali che integreranno il Piano stesso secondo una logica dinamica di progressivo aggiornamento con allegati tecnici specifici per singola rete con il contributo delle Aziende sanitarie e delle società scientifiche.

Il lavoro di approfondimento delle reti già definite e di costruzione delle nuove reti si svilupperà attraverso alcuni step:

1. una fase di primo disegno delle "strutture", da articolare attraverso specifici gruppi di lavoro (panel regionali anche con il contributo di consulenti esperti esterni), che verifichino l'applicabilità anche del modello Hub and Spoke;
2. una successiva fase, nella quale i panel sulla base del disegno delle strutture articolato nella prima fase, saranno chiamati a:
 - dettagliare gli aspetti operativi ed il funzionamento delle singole reti attraverso la condivisione di "percorsi assistenziali" (P.A.) sui vari target di pazienti acuti (IMA, Ictus, ...) e cronici (Scompenso cardiaco, Diabete mellito, ...). I P.A. rappresentano, infatti, il metodo più valido ed affidabile per rendere evidenti:
 - quali risultati misurabili
 - con quali livelli di garanzia (standard)
 - per quali pazienti
 - con quali prestazioni erogate e da quali attori assistenziali
 - con quali strumenti e modalità
 - attraverso l'uso di quali risorse
 - ampliare progressivamente il disegno della rete attraverso il pieno coinvolgimento di tutte le componenti ospedaliere e territoriali, in una prospettiva di graduale ampliamento anche alle componenti socio-assistenziali della rete che, in particolare per la gestione di pazienti con patologie croniche, sono di fondamentale importanza.

In particolare sono in corso di definizione, oltre a quelle previste nel presente Piano, ulteriori reti assistenziali tra le quali la rete delle malattie renali, infettivologica, reumatologica, ematologica, talassemica, radioterapica, gastroenterologia, celiachia, tubercolosi, malattie rare e di assistenza pediatrica (neurologica, reumatologica, genetica), nonché quelle relative alle patologie correlate ad un alto tasso di migrazione sanitaria di cui ai DRG indicati nell'allegato al Decreto assessorile 2 aprile 2010 pubblicato sulla GURS 16.07.2010.

La Rete Nefrologica

In coerenza con quanto previsto dalla legge di riordino del Servizio Sanitario Regionale n° 5 del 14 aprile 2009 e in accordo con le indicazioni della Società Italiana di Nefrologia (v. La rete nefrologica italiana: rilevazioni e indicazioni SIN - www.sin-italy.org/Governo_Clinico) si ritiene di adottare un modello HUB & SPOKE gestito per livelli crescenti di complessità delle prestazioni erogate che prevede una Unità Operativa Complessa (UOC) di Nefrologia con dotazione autonoma di posti letto ogni 250-400 mila abitanti (centro hub), che funziona da Unità Nefrologica di Riferimento e che offre assistenza di maggiore complessità e Centri periferici (centri spoke), rappresentati dalle Unità Operative di Nefrologia insistenti in presidi ospedalieri coerenti con il minore grado di complessità di cure da assicurare.

Il modello si propone di: a) assicurare a tutti i pazienti uniformità di cura; b) assicurare cure adeguate nel luogo più vicino possibile alla residenza del paziente, compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento; c) centrare sul paziente l'organizzazione; d) valutare e monitorare le funzioni sanitarie con la partecipazione al Registro Siciliano di Nefrologia, Dialisi e Trapianto. Le strutture dialitiche private devono partecipare al processo come strutture nefrologiche avanzate nel territorio in un sistema coordinato, condiviso e co-gestito di interventi.

In base a questo criterio la rete nefrologica regionale sarà organizzata per livelli crescenti di complessità delle prestazioni erogate e per bacini di utenza secondo quanto previsto dal documento tecnico che sarà oggetto di apposito provvedimento.

Nell'ambito dell'assistenza in rete assume un ruolo strategico una corretta informazione- comunicazione medico-paziente, nonché l'attività di prevenzione, attraverso campagne informative e di screening sul territorio, con

programmi specifici che prevedano il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e degli Ambulatori nefrologici territoriali.

La programmazione regionale in ambito nefrologico trova utile strumento nel Registro Regionale di Nefrologia e Dialisi già operante nella Regione.

La Rete delle Malattie Rare

Una malattia è considerata "rara" quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti..

Il Decreto Ministeriale 279/2001 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", raccoglie le indicazioni del PSN 1998-2000, ribadite nel successivo PSN 2003-2005, che indicava, come risposta istituzionale alle problematiche correlate alle malattie rare, la realizzazione di una rete nazionale costituita da presidi, appositamente individuati dalle Regioni per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare.

Il 10 maggio 2007 è stato siglato l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul riconoscimento di Centri di coordinamento regionali e/o interregionali, di presidi assistenziali sovraregionali per le patologie a bassa prevalenza e sull'attivazione dei registri regionali ed interregionali delle malattie rare.

Il comune denominatore delle malattie rare è quello di avere una bassa prevalenza nella popolazione generale.

Ad oggi, anche in Italia non esiste una definizione unanime di malattia rara: diversi istituti o associazioni usano limiti definitori differenti. I limiti di prevalenza utilizzati da tutte queste fonti sono quasi sempre dissimili e di conseguenza le stime riportate sono altrettanto contrastanti. L'uso di limiti persino soggettivi è invalso soprattutto da quando sono a disposizione finanziamenti per lo studio delle malattie rare, non più "cenerentole" della medicina.

Il numero di persone affette da malattie rare è per definizione relativamente modesto, rispetto a quelle affette da malattie più comuni. Tuttavia, tali affezioni sono complessivamente alquanto diffuse ed interessano una percentuale significativa della popolazione nel suo insieme.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera almeno 5.000 le malattie e le sindromi che si possono considerare rare e pertanto esse costituiscono complessivamente il 10% del numero totale delle malattie.

Generalmente le malattie rare riconoscono cause genetiche (incluse le metaboliche) e cause ambientali. Alcune di esse possono risultare rare in alcune aree geografiche e frequenti in altre. Allo stesso modo, vi sono malattie comuni che presentano varianti rare.

Le malattie rare, seppur completamente differenti tra di loro, pongono comuni problematiche clinico-assistenziali.

Il percorso diagnostico delle malattie rare è frequentemente complicato. Talora il fenotipo clinico è evocativo di una specifica sindrome; quasi sempre, invece, esso non risulta evocativo o indirizza verso gruppi di malattie che necessitano di approfondimenti strumentali e di laboratorio.

Tra tutte le malattie rare conosciute, circa 1300 sono associate a disabilità intellettiva (DI). In tante di esse le caratteristiche tipiche della DI appaiono prevalenti e connotano in modo significativo il quadro clinico generale. In tali casi, sia per le procedure diagnostiche sia per quanto concerne gli interventi (a prescindere dall'eziologia) ci si avvale degli strumenti di assessment e dei modelli di trattamento della DI.

Nonostante i numerosi sforzi che si compiono nell'ambito dei vari percorsi diagnostici, circa il 50% delle malattie con DI non risulta diagnosticabile. I soggetti con malattie rare richiedono un massiccio intervento che consiste in un'assistenza specialistica continuativa rivolta ad una patologia, generalmente congenita, con caratteristiche di cronicità e spesso di evolutività e talora a rischio di vita.

È anche per questi motivi che, come in altre branche della medicina, si sta facendo sempre più uso delle Linee-guida e dei Protocolli Diagnostici.

Le Linee-guida e i Protocolli Diagnostici sono strumenti preziosi che, seppur migliorabili, consentono di gestire al meglio le problematiche clinico-assistenziali delle malattie rare, nel senso che consentono di eliminare dalle valutazioni gli aspetti soggettivi, di indirizzare concretamente verso le soluzioni più probabili, di suggerire gli interventi più collaudati, di risparmiare risorse umane, strumentali ed economiche, etc.

Il citato DM 18.05.2001, n. 279 (Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie) prevede forme di tutela per tali malattie che consistono sia nell'esenzione dalla partecipazione al costo di tutte le prestazioni sanitarie incluse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) necessarie per la diagnosi e il trattamento, sia nella creazione di una rete di presidi sanitari per l'assistenza. Ai fini dell'esenzione il Regolamento individua 284 malattie e 47 gruppi di malattie.

Il suddetto Regolamento prevede l'istituzione di una Rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, e promuovere l'informazione e la formazione. La Rete è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni quali centri abilitati ad erogare prestazioni finalizzate alla diagnosi ed al trattamento delle malattie rare, secondo protocolli clinici concordati. A tali presidi, inoltre, è affidato il compito di collaborare con i medici di famiglia ed i servizi territoriali. Il Regolamento prevede che i presidi della rete abbiano documentata esperienza di attività diagnostica o terapeutica specifica per i gruppi di malattie o per le singole malattie rare e dispongano di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, inclusi, per le malattie che lo richiedono, servizi per l'emergenza e per la diagnostica biochimica e genetico molecolare.

La sorveglianza è centralizzata attraverso l'istituzione del Registro nazionale delle malattie rare presso l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di ottenere a livello nazionale un quadro complessivo della diffusione delle malattie

rare e della loro distribuzione sul territorio e migliorare la conoscenza riguardo a cause e fattori di rischio ad esse associati.

Il DM 15.04.2008 ha individuato i Centri interregionali di riferimento per tutta una serie di malattie rare incluse nel DM 18.05.2001, n. 279. Il DPCM 23.04.2008 sulla modifica dei LEA ha identificato poi altre 109 malattie rare.

Interventi prioritari

La Regione intende, con il presente Piano, in aderenza al contesto normativo nazionale, ridefinire la rete dei presidi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare alla luce dell'innovato assetto delle Aziende sanitarie e secondo il modello di assistenza "Hub & Spoke" e di istituire il Registro regionale delle Malattie rare che si interfacci con il Registro Nazionale sia ai fini dell'analisi epidemiologica che di governo della domanda.

In particolar modo per le Malattie Rare, anche in coerenza con gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, sono previsti i seguenti interventi:

- l'identificazione di un coordinamento delle competenze in Assessorato e istituzione di un tavolo tecnico di supporto.
- l'opportunità di distinguere tra: centri di identificazione delle malattie rare (funzionali all'alimentazione del registro) e centri di riferimento (che possono coincidere ma sono funzionali al follow up specialistico)
- l'avvio - entro il 2011 - del Registro Regionale delle Malattie Rare
- la redazione di linee guida per i PTDA tra i centri di riferimento, gli spoke di secondo e primo livello, compresi MMG e PLS e specialistica per gruppi di patologie: genetiche, metaboliche, autoimmuni-reumatiche, neuromuscolari, oncologiche, scheletriche
- la promozione di specifiche azioni di formazione e comunicazione anche tramite il coinvolgimento delle associazioni di terzo settore per la diffusione delle informazioni e la conoscenza delle linee guida.

Le reti "virtuali"

L'organizzazione delle reti assistenziali dovrà altresì accompagnarsi al parallelo sviluppo di reti "virtuali" (telemedicina e teleconsulto) e di sistemi informativo-informatici a supporto, temi sui quali la Regione Siciliana ha in corso specifici progetti.

A titolo di esempio è prevista l'estensione ad altri centri del progetto TELETAC, rivolto a pazienti ricoverati/in elezione presso le Strutture richiedenti per un consulto in *first opinion* per patologie come

- traumi cranici con GCS<12;
- lesioni intracraniche traumatiche (ematoma epidurale, ematoma subdurale acuto, contusioni/lacerazioni cerebrali, brain swelling, danno assonale diffuso);
- ematomi cerebrali/cerebellari>3 cm con shift delle strutture mediane;
- peggioramento clinico e/o radiologico di paziente monitorato presso la Struttura richiedente.

La rete, da estendere sia funzionalmente all'interno dei presidi che per collegare nuovi centri, attualmente prevede le seguenti strutture eroganti (Hub)

- ARNAS Civico di Palermo, Azienda capofila del progetto
- A.O. Villa Sofia (oggi A.O. Villa Sofia Cervello)

E le strutture richiedenti (spoke)

- P.O. Cervello (oggi A.O. Villa Sofia Cervello)
- AUSL 6 P.O. Termini Imerese (oggi ASP Palermo)
- AUSL 6 P.O. Partinico (oggi ASP Palermo)
- A.O. Sciacca (oggi ASP Agrigento)
- A.O. S. Antonio Abate (oggi ASP Trapani)
- A.O. S. Elia (oggi ASP Caltanissetta)
- A.O. S. Giovanni di Dio (oggi ASP Agrigento)
- Istituto S. Raffaele Giglio di Cefalù (ASP Palermo)

All'interno del disegno di ciascuna rete assistenziale e di patologia dovrà essere prevista, accanto ai sistemi clinici di routine per la memorizzazione e lo scambio di dati strutturati secondo opportuni standard comuni, l'attivazione di un apposito registro per l'area di specifico interesse, quale strumento metodologico per raccolta dei dati sia ai fini epidemiologici che per la gestione delle attività di monitoraggio e verifica sul corretto funzionamento del sistema.

In conclusione, i disegni delle reti troveranno pieno sviluppo nel periodo di vigenza del Piano stesso, attraverso gruppi (panel) multiprofessionali e multidisciplinari di professionisti, coordinati dall'Assessorato nelle articolazioni competenti, si impegneranno nelle analisi dei dati di produzione e delle variabili di contesto locale per l'articolazione dettagliata delle singole reti assistenziali.

I documenti specifici sugli assetti organizzativi delle singole reti assistenziali e sul loro funzionamento, prodotti dai panel rappresenteranno strumenti di programmazione e di divulgazione collegati al presente Piano.

6.1.2 Criteri organizzativi dei Presidi Ospedalieri Pubblici

L'articolazione organizzativa delle attività ospedaliere di ricovero deve perseguire l'obiettivo della massima razionalizzazione delle risorse nel rispetto di specifici criteri quali, per esempio, l'articolazione delle attività in Dipartimenti fortemente integrati da un punto di vista organizzativo ed orientati alla massima condivisione dei percorsi assistenziali e delle risorse o la istituzione presso il servizio di Pronto Soccorso di posti letto tecnici di osservazione e degenza breve in numero pari al 2% dei posti letto complessivi di ciascun presidio ospedaliero.

La nuova classificazione delle UU.OO., secondo le indicazioni contenute nelle linee guida dell'Atto aziendale, consentirà di avviare a soluzione il problema della ridondanza del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali e la problematica dei "duplicati" nell'ambito dei presidi presenti nella stessa azienda/struttura.

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UU.OO. complesse sono indicati nelle Linee guida regionali dell'Atto aziendale.

Dipartimenti

L'istituzione, il mantenimento, la composizione è stabilita in coerenza con le Linee guida regionali dell'Atto Aziendale ed in particolare l'articolazione organizzativa deve possedere un comprovata disponibilità di un volume significativo e gestionale di risorse umane, materiali ed economiche.

Obiettivi delle Unità Operative

Gli obiettivi delle UU.OO. devono essere orientati alla ricerca dell'appropriatezza, della qualità e al trattamento del paziente attraverso percorsi definiti e condivisi che ne consentano la presa in carico e la cura della patologia nel suo complesso.

Concorrono al raggiungimento di tali obiettivi, una dotazione adeguata di servizi di degenza ordinaria, a ciclo diurno ed ambulatoriali, di risorse professionali, operative e organizzative, finalizzati all'ottimizzazione delle attività sia in termini di volumi che di qualità assistenziale.

Le performance realizzate sul piano del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti devono essere funzionali a garantire adeguati volumi di attività, contestualmente al contenimento della degenza, ad adeguati livelli di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, realizzando, conseguentemente, migliori livelli di outcome/output razionalizzando l'impiego delle risorse (posti letto, sedute operatorie, spazi ambulatoriali, strumenti diagnostici, ecc.) utilizzate.

A questo proposito sono di fondamentale importanza la ricerca e la sperimentazione di soluzioni organizzative e gestionali che consentano di razionalizzare l'organizzazione in modo da superare il frazionamento delle attività per esempio, attraverso la realizzazione di strutture definite "area posti letto indistinti" mediante l'accorpamento, sia sul piano logistico, sia sul piano organizzativo, di posti letto pertinenti all'area medica o chirurgica.

Il completamento del percorso assistenziale da parte delle UU.OO., si realizza attraverso la presenza al loro interno di attività ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche.

Di norma, ogni UOC deve essere dotata di un'area a livello della quale sia possibile erogare prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale di laboratorio e imaging, nonché di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale. Devono altresì attestarsi su parametri specifici di efficienza clinica in funzione anche dell'ottimale coordinamento tra attività di ricovero svolte per pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e pazienti afferenti in condizioni di elezione.

La medicina fisica e riabilitativa in ospedale

La legge 5/2009 indica tra i suoi obiettivi il potenziamento dei servizi e dei posti letto necessari alle attività di riabilitazione, lungodegenza e post-acuzie; al riguardo il D.A. 1150 del giugno 2009, provvede ad una puntuale rideterminazione dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza nelle singole province per singola azienda, avviandone contestualmente il processo di attivazione.

La riabilitazione ospedaliera prevede un approccio alla persona nella sua globalità con l'obiettivo di ridurre al minimo i postumi della lesione e di migliorare le abilità funzionali, fisiche e cognitivo-relazionali e di raggiungere la massima autonomia e partecipazione sociale. L'indice di prevalenza di disabilità in Italia è di circa il 10% e si associa ad un maggior carico socio-economico-assistenziale per l'individuo e la società.

La presa in carico della persona in ospedale necessita di interventi coordinati e richiede il coinvolgimento di molteplici professionisti medici (fisiatri, ortopedici, pneumologi, oncologi, geriatri, neurologi, cardiologi...) e delle figure delle professioni sanitarie riabilitative (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, educatori professionali, TNPEE, ecc.) che si integrano in rapporto all'evoluzione delle cure partecipando alla valutazione funzionale ed alla pianificazione del progetto clinico-riabilitativo. Tale situazione organizzativa rende possibile il governo complessivo delle risorse impiegate rispetto agli obiettivi ed ai risultati. L'ospedale rappresenta quindi uno dei livelli di attività della riabilitazione e costituisce elemento di raccordo nella rete (HUB & SPOKE) operando in regime di ricovero ordinario o di DH ed in alcuni casi attraverso reparti di degenza ad alta specialità riabilitativa (unità spinali per gravi cerebrolesi...). Le unità ospedaliere rispondono sia all'esigenza di accogliere i pazienti provenienti dal territorio regionale che presentano bisogni assistenziali complessi (HUB) non trattabili presso i centri SPOKE, sia all'esigenza di trattamento post-intensivo (SPOKE) per completare il progetto riabilitativo e procedere al piano di reinserimento domiciliare.

La riqualificazione delle attività delle case di cura private

Le case di cura private rappresentano, nell'ambito del progetto complessivo di riqualificazione dell'offerta ospedaliera, una importante risorsa del sistema sanitario siciliano. In tal senso le case di cura devono riorientare la loro offerta in modo da concorrere agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale in linea con i medesimi parametri fissati per le strutture pubbliche.

Pertanto occorre rimodellare il sistema in una logica di cooperazione e di condivisione di regole esplicite, fornendo l'integrazione necessaria al soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini.

Lo scenario delineato rende possibile migliori sinergie tra le diverse componenti del sistema sanitario che in questo modo concorrono unitariamente al perseguimento degli obiettivi di tutela della salute della popolazione.

In tale direzione dovranno attivarsi le Direzioni generali delle Aziende sanitarie attraverso lo strumento della contrattazione pubblico-privato da realizzarsi nell'ambito della programmazione aziendale tramite i piani attuativi aziendali nonché prevedendo protocolli operativi funzionali ad alcuni specifici percorsi assistenziali.

L'integrazione tra Università e Servizio Sanitario Regionale

Il processo di rinnovamento e riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera interessa anche le funzioni assistenziali dell'Università, che è chiamata a svolgere un ruolo fondamentale all'interno del Servizio Sanitario Regionale per lo sviluppo della ricerca scientifica e della didattica ma anche per la crescita di nuovi modelli organizzativi e funzionali, contribuendo alla riqualificazione e alla ottimizzazione di tutte le risorse del sistema nel contesto del quadro normativo ed istituzionale vigente.

Nell'ambito della prevenzione, le Università partecipano ai percorsi di educazione alla salute attraverso corsi diretti a docenti e alunni, anche in altri ambiti extraaccademici.

All'Università è riconosciuto il ruolo centrale nell'attività didattica dell'aggiornamento professionale nonché nell'attività di ricerca sia clinica che biologica traslazionale per lo svolgimento delle quali rappresentano un'importante risorsa le Scuole di Specializzazione, quale esempio di integrazione ospedaliero-universitaria.

Le Università partecipano altresì ai percorsi assistenziali integrati con la rete dei servizi ospedalieri e territoriali, concorrendo alla strutturazione delle reti di patologia e all'implementazione dei relativi registri al fine di creare le condizioni per il miglioramento della qualità dei dati sia ai fini epidemiologici che di studio delle patologie e dei fabbisogni per una corretta programmazione sanitaria.

Le Università, attraverso i propri centri qualificati, cooperano altresì in sinergia con il livello regionale, anche nell'ambito della rete regionale di farmacovigilanza, secondo il modello definito nello specifico progetto regionale di cui alla sezione specifica del presente Piano, con particolare riferimento all'analisi delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini e per particolari fasce di popolazione esposte ed ambiti specialistici.

Standard di posti letto per unità operativa

La presenza di più Unità Operative della stessa disciplina nel medesimo ospedale dovrà essere giustificata dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del numero di posti letto assegnati.

In ogni caso il numero dei posti letto minimi per UOC è quello riportato nella seguente tabella e potrà essere soggetto a deroghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo o sottomodulo sia per gli ospedali di piccole dimensioni e/o per la particolare collocazione geografica degli stessi, che nella considerazione che la modalità di ricovero per talune discipline in via prioritaria è quella a ciclo diurno e/o ambulatoriale.

MODULO STANDARD POSTI LETTO		
SPECIALITA' ALTA ASSISTENZA		
DISCIPLINA	P.L.	* I posti letto corrispondenti delle relative discipline tengono conto delle modalità di erogazione delle prestazioni normalmente rese in regime ambulatoriale o di ricovero diurno secondo nuovi modelli organizzativi. Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS. Ogni Unità Operativa deve essere composta da almeno un modulo di posti letto secondo gli standard, cui si possono aggiungere sottomoduli pari alla metà dello standard. Derghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per ospedali di piccole dimensioni e per la collocazione geografica degli stessi.
CARDIOCHIRURGIA	12	
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	12	
EMATOLOGIA CON TRAPIANTO	12	
GRANDI USTIONATI	12	
MALATTIE INFETTIVE	12	
MCAU	12	
NEFROLOGIA TRAPIANTI	12	
NEONATOLOGIA	12	
NEUROCHIRURGIA	16	
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	16	
PSCHIATRIA	15	
RIANIMAZIONE	8	
UTIC	8	
UTIN	8	
UTIR	8	
UNITA' SPINALE	20	
SPECIALITA' MEDIA ASSISTENZA		
DISCIPLINA	P.L.	I posti letto corrispondenti delle relative discipline tengono conto delle modalità di erogazione delle prestazioni normalmente rese in regime ambulatoriale o di ricovero diurno secondo nuovi modelli organizzativi. Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS. Ogni Unità Operativa deve essere composta da almeno un modulo di posti letto secondo gli standard, cui si possono aggiungere sottomoduli pari alla metà dello standard. Derghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per ospedali di piccole dimensioni e per la collocazione geografica degli stessi.
ANGIOLOGIA	16	
CARDIOLOGIA	16	
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	16	
CHIRURGIA PEDIATRICA	16	
CHIRURGIA PLASTICA	16	
CHIRURGIA TORACICA	16	
CHIRURGIA VASCOLARE	16	
CHIRURGIA D'URGENZA	16	
DERMATOLOGIA	8*	
EMATOLOGIA	16	
ENDOCRINOLOGIA	16	
GASTROENTEROLOGIA	16	
GERIATRIA	18	
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	16	
NEFROLOGIA DIALISI	16	
NEUROLOGIA	16	
NPI	16	
OCULISTICA	4*	
ODONTOIATRIA	8*	
ONCOLOGIA MEDICA	16	
ORL	16	
PEDIATRICA	16	
RADIOTERAPIA	8*	
UROLOGIA	16	
SPECIALITA' ASSISTENZA DI BASE		
DISCIPLINA	P.L.	* I posti letto corrispondenti delle relative discipline tengono conto delle modalità di erogazione della prestazione già rese in regime di ricovero ordinario, in regime diurno o in regime ambulatoriale secondo nuovi modelli organizzativi di ricovero. Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS. Ogni Unità Operativa deve essere composta da almeno un modulo di posti letto secondo gli standard cui si possono aggingere moduli aggiuntivi di un sottomodulo pari alla metà. Derghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per i piccoli ospedali e per la collocazione geografica degli stessi.
CHIRURGIA GENERALE	24	
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	24	
MEDICINA INTERNA	24	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	
SPECIALITA' AREA RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA		
DISCIPLINA	P.L.	* I posti letto corrispondenti delle relative discipline tengono conto delle modalità di erogazione della prestazione già rese in regime di ricovero ordinario, in regime diurno o in regime ambulatoriale secondo nuovi modelli organizzativi di ricovero. Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS. Ogni Unità Operativa deve essere composta da almeno un modulo di posti letto secondo gli standard cui si possono aggiungere moduli aggiuntivi di un sottomodulo pari alla metà. Derghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per i piccoli ospedali e per la collocazione geografica degli stessi.
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE	24	
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	24	
NEURORIABILITAZIONE	24	

La Regione promuove progetti di assistenza ospedaliera domiciliare in linea con gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, per precisi ambiti di patologia. Promuove altresì strategie organizzative interaziendali su base provinciale con particolare riferimento alle aree metropolitane, finalizzate al superamento della frammentarietà dell'assistenza in tali territori (es: Dipartimento Oncologico cittadino o pediatrico di tipo funzionale laddove l'assistenza è frammentata in diversi presidi)

Con specifico provvedimento saranno individuati parametri definiti per il riconoscimento dei Centri di riferimento regionali per particolari patologie (es. presidi di riferimento per malattie rare e per la prescrizione di farmaci con particolari modalità prescrittive).

A livello aziendale potrà essere previsto, per meglio rispondere in termini di efficienza alle necessità assistenziali, un modello organizzativo su base dipartimentale meglio indicato come "Dipartimento aperto".

7 Il sistema dell'emergenza sanitaria: le innovazioni del sistema

La Regione Siciliana, in considerazione dell'importanza che il sistema 118 riveste nella gestione in urgenza del cittadino in condizioni critiche, in raccordo con le altre aree funzionali (presidi di continuità assistenziale, PTE, Ospedali ecc.), ha proceduto alla riorganizzazione del Servizio su tutto il territorio regionale, comprese le isole minori.

Il D.A. n. 481 del 25 marzo 2009 "*Linee guida generali sul funzionamento del Servizio di Urgenza Emergenza Sanitaria regionale S.U.E.S. 118*", contiene la regolamentazione degli obiettivi e dei compiti delle Centrali operative di riferimento, del sistema di soccorso ospedaliero e territoriale dedicato al pronto soccorso, all'accettazione ed alla successiva gestione del paziente in emergenza – urgenza.

La legge 5/09 ha successivamente definito, all'art. 24, articolazione e funzioni della "Rete dell'emergenza-urgenza sanitaria" e, al fine di assicurare omogeneità di intervento, continuità assistenziale ed efficacia operativa, ha istituito il Comitato Regionale per l'Emergenza-Urgenza.

Le macro-aree interessate dal processo di riorganizzazione sono :

- *il processo di lavoro delle Centrali Operative*
- *l'organizzazione e la gestione delle risorse umane*
- *i mezzi di trasporto*
- *il servizio di elisoccorso*
- *i punti PTE operativi sul territorio regionale*
- *le tecnologie e i sistemi informativi*
- *la formazione del personale*

Il percorso dell'emergenza-urgenza è gestito e coordinato da quattro Centrali Operative del 118, allocate nei DEA, rispettivamente, per il bacino PA-TP nell'Azienda Ospedaliera ARNAS Civico, per il bacino di CT-SR-RG, nell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro, per il bacino di ME, nell'Azienda Ospedaliera Papardo-Piemonte, per il bacino di CL-EN-AG, nel presidio ospedaliero S.Elia dell'ASP di Caltanissetta, attraverso la ricezione delle richieste di soccorso, la valutazione della criticità, l'attivazione e il coordinamento dell'intervento e il raccordo con la protezione civile.

La Regione ha provveduto a definire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard stabiliti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali.

Il numero totale delle postazioni di Mezzi di Soccorso Avanzato (M.S.A.) previste è assegnato alla sede di Centrale Operativa, fatti salvi i principi di interscambiabilità del personale medico ed infermieristico dei servizi di emergenza territoriale e ospedaliera secondo protocolli concordati e condivisi tra i responsabili dei servizi interessati.

Al fine di predisporre un modello organizzativo per l'individuazione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate, la Regione Sicilia ha adottato un nuovo standard, attraverso l'introduzione del mezzo di soccorso avanzato, che ha comportato il superamento della precedente articolazione in Centri mobili di rianimazione ed ambulanze di tipo "A".

Detto standard si basa sulla previsione di un mezzo medicalizzato ogni 60.000 abitanti e sulla copertura di un territorio non superiore a 350 Km².

Quanto alla localizzazione dei mezzi di soccorso, oltre alla razionalizzazione numerica, è stata superata la rigida impostazione del sistema, articolato sulle ventiquattro ore e sono stati definiti anche orari di attività di 12 o 16 ore, da espletarsi nella fascia oraria diurna, caratterizzata da picchi di attività.

Al fine di assicurare un collegamento ottimale con le zone periferiche, è previsto un piano di ammodernamento delle elibasi esistenti e di costruzione di nuove elisuperfici.

I Presidi Territoriali di Emergenza (P.T.E.), rappresentano il livello minimo di operatività in cui si articola la risposta all'urgenza/emergenza sanitaria, presso i quali è possibile effettuare interventi di primo soccorso, di stabilizzazione dell'assistito in fase critica e, ove necessario, di attivazione del trasporto presso l'Ospedale più idoneo.

Compatibilmente con le esigenze territoriali, la postazione del mezzo di soccorso del sistema 118, laddove esistente, coincide con la sede del P.T.E..

Entro il prossimo biennio, in raccordo con il Dipartimento di Protezione Civile, è prevista l'attivazione delle frequenze radio dedicate assegnate al S.S.R.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione, è stato definito inoltre il processo di informatizzazione delle Centrali Operative 118.

I nuovi applicativi consentono la gestione di tutte le fasi dell'evento, dalla ricezione della chiamata di soccorso, all'affidamento della persona al presidio ospedaliero e la gestione amministrativa delle Centrali, compresa la creazione di un archivio informatico contenente tutti i dati dell'intervento.

La formazione deve garantire l'omogeneità dei comportamenti degli operatori sul territorio regionale e la revisione continua del livello di qualità, con l'implementazione delle Linee guida e dei protocolli operativi validati a livello nazionale e internazionale.

Oggetto dell'attività del Sistema di Emergenza Sanitaria è altresì la promozione di nuovi modelli operativi che vedano interessati tutti gli operatori coinvolti (medici, infermieri, autisti, soccorritori, eventuali altre figure tecniche e/o amministrative).

L'impegno assunto dalla Regione Siciliana in questo ambito trova conferma nella costituzione della nuova Società consortile per azioni, denominata SEUS, cui è affidata la gestione del Sistema di Emergenza Urgenza.

Il nuovo organismo senza scopo di lucro, composto dalle Aziende Sanitarie Provinciali, dalle Aziende Ospedaliere e dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Siciliana, persegue, ai sensi dell'art. 24, c. 10 della l.r.s. n. 5 del 2009, la collaborazione organizzativa e gestionale, dei servizi di emergenza sanitaria nell'ambito del Servizio Emergenza Urgenza Siciliano e provvede a tutte le attività strumentali connesse alla gestione del rapporto con l'utenza, ivi compreso il trasporto intra-ospedaliero, ai sensi dell'Atto di intesa tra Stato -Regioni del maggio 1996.

Per quanto attiene la sicurezza del trasporto sanitario, il Sistema di Emergenza Urgenza Regionale si attiene agli standard individuati, in accordo con la Joint Commission International, afferenti alle seguenti aree:

- governo, leadership e direzione (GLD) – 2 standard;
- miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti (QMI) – 3 standard;
- qualifiche e formazione del personale (SQE) – 2 standard;
- gestione delle informazioni (MOI) – 2 standard;
- accesso e continuità dell'assistenza (ACC) – 3 standard;
- cura del paziente (COP) – 2 standard;

La nuova Società cura, inoltre, tutte le attività previste dalla vigente normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione, qualificazione e formazione del personale addetto al servizio, ove le stesse attività non siano assunte in gestione diretta da parte del Servizio Sanitario Regionale.

Le azioni di natura programmatica alla base del processo di riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria sono puntualmente indicate nel Programma Operativo Regionale 2010-2012 ove sono fissati modalità e tempi per il suo completamento, ivi compreso il programma per gli aspetti relativi alla riqualificazione del personale dedicato.

Interventi prioritari

I seguenti interventi prioritari connessi al processo di riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza interessano trasversalmente le aree specialistiche trattate nel presente Piano:

- la gestione diretta delle chiamate ai presidi di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) da parte degli operatori delle Centrali Operative 118 anche attraverso collegamenti radio con le Centrali stesse tramite procedure concordate;
- attivazione della rete per la gestione delle sindromi coronariche acute (STEMI) e delle aritmie, con il trasferimento di tracciati ECG a 12 derivazioni dai mezzi di soccorso 118 direttamente ai centri di refertazione individuati dalla Regione, secondo le determinazioni assunte in esito alla definizione della rete per le emergenze cardiologiche, con l'obiettivo di ridurre sensibilmente i tempi necessari per il trattamento riperfusivo coronario;
- attivazione, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale secondo modelli hub e spoke, della rete integrata per il trauma con la definizione dei presidi ospedalieri sede di trauma-center.

7.1 Il percorso intraospedaliero del paziente in emergenza

Il Decreto Legislativo 229/99 e il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 richiamano chiaramente all'uso di strumenti d'indirizzo, quali linee guida e protocolli di tipo organizzativo gestionale e clinico al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ed ottimizzare le risorse disponibili.

Nella Regione si avverte la necessità di indirizzi chiari, mirati e supportati da evidenze, al fine di evitare l'uso improprio delle strutture ospedaliere dotate di PS/DEA, oltre che per l'ottimizzazione dei ricoveri anche per la riduzione dei rischi conseguenti ai trasferimenti non adeguati.

Pertanto si rende necessario elaborare, in particolare nella rete dell'emergenza, linee guida sui criteri clinico-organizzativi per il trasferimento della persona in condizioni critiche, nonché il protocollo sul trasferimento interospedaliero dello stesso in continuità di soccorso, che affrontino l'aspetto clinico del trasferimento inter – intraospedaliero delle persone affette da patologie critiche che necessitano di soccorsi tempestivi ed efficaci in quanto ad alto rischio di mortalità e di morbidità.

La produzione di tali strumenti è finalizzata a indirizzare le decisioni degli operatori, riducendo il margine di errore nelle scelte cliniche, consentendo un recupero di appropriatezza nel trasferimento del paziente critico in emergenza ed una migliore utilizzazione delle risorse economiche.

Le patologie indicate come critiche dovranno essere affrontate secondo la logica di rete, condividendo, in linea di principio, alcune risorse umane, mezzi e protocolli con il SEUS 118, le Aree di Emergenza e le UU.OO.

Le patologie inserite in rete devono costituire emergenze mediche e/o chirurgiche che richiedono cure di intensività e specialità medio alta, per le quali il tempo esordio-diagnosi-intervento, incide in modo rilevante su mortalità morbidità durata della degenza ed invalidità.

E' essenziale quindi razionalizzare al massimo:

- 1) tempo tra l'insorgenza dei sintomi e il primo contatto medico
- 2) tempo impiegato a raggiungere il luogo di somministrazione della terapia
- 3) tempo intraospedaliero necessario all'inizio delle cure
- 4) tempo necessario alla terapia per essere efficace

La necessità di razionalizzazione dei percorsi e dei tempi di intervento è tanto più pressante in quanto sono disponibili terapie efficaci entro le primissime ore dall'esordio (es: PTCA nell'IMA, terlipressina ed emostasi endoscopica nell'emorragia da varici esofagee, trombolisi ictus ischemico), praticabili solo presso alcuni centri specializzati.

Il 118 mantiene il contatto telefonico tra soccorritore, specialista destinatario ed Aree di Emergenza.

Secondo la logica del *"tutti vedono tutto"*, il percorso dell'assistito è il seguente:

- dall'Area di Emergenza alla degenza chirurgica /intensiva, alla degenza normale, alla riabilitazione, alla degenza cronica fino all'assistenza territoriale/domicilio.

Lo spostamento può avvenire all'interno dello stesso presidio o tra presidi diversi e nella stessa area o tra aree diverse.

La strategia di spostamento degli assistiti deve quindi essere condivisa all'interno dell'ospedale, tra ospedali, tra ospedale e territorio, seguendo una logica indipendente dalle unità operative.

7.2 Il ruolo del volontariato nel sistema di emergenza urgenza

L'area del volontariato, fino ai primi anni novanta, si è fatta carico dell'emergenza territoriale nella sua globalità, svolgendo anche funzioni prettamente sanitarie.

Il presente Piano sanitario intende quindi orientare alla definizione di modalità organizzative capaci di dare impulso alle risposte di assistenza affinché possano realizzarsi obiettivi di salute di qualità più vicina ai bisogni reali delle persone, riconoscendo il ruolo strategico e sussidiario delle Associazioni di Volontariato, Enti e Cooperative sociali, attive all'interno del sistema sanitario regionale con particolare riguardo a specifici ambiti assistenziali, in correlazione con il servizio di Emergenza Urgenza integrato con il sistema 118.

L'accesso del volontariato nel sistema Emergenza-Urgenza, previa ricognizione in ambito regionale delle varie realtà del volontariato e valutazione di specifici requisiti in relazione all'ambito di attività, potrà essere favorito mediante lo strumento della convenzione, sia per attività integrative nell'ambito dell'emergenza ordinaria, sia per il supporto in caso di grandi emergenze e il rimborso dei costi sostenuti per l'attività.

Nell'ambito degli interventi di emergenza il ruolo del volontariato è integrativo e non sostitutivo dei servizi professionali; la Centrale Operativa (C.O.) definisce le tipologie di servizio che possono essere assegnate ai mezzi del volontariato ed i protocolli operativi per il personale delle Associazioni.

La convenzione con le Associazioni di volontariato deve essere stipulata sulla base di uno schema tipo di convenzione concordato tra le Aziende e il testo di ciascuna convenzione dovrà essere sottoposto alla preventiva approvazione del Direttore della C.O.

L'accesso alle convenzioni è consentito esclusivamente alle Associazioni riconosciute che rispondano ai requisiti previsti dalle normative regionali in materia.

L'attivazione di convenzioni con il volontariato è subordinata comunque al parere vincolante del Direttore della CO. Le associazioni devono rispondere ai requisiti previsti dalle vigenti normative regionali in materia di autorizzazione ed accreditamento, nonché da ogni altra normativa regionale applicabile.

8 L'assistenza nelle isole minori

La situazione attuale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità affronta con un approccio specifico le problematiche sanitarie delle piccole isole in quanto hanno molte caratteristiche peculiari che costituiscono una particolare sfida per la pianificazione sanitaria. Ogni isola occupa una speciale nicchia in una matrice multidimensionale di grandezza, distanza dalla terraferma, clima, popolazione, ricchezza e misura di isolamento culturale, sia che essa sia un'isola singola sia che faccia parte di un arcipelago.

Tra i principi informatori della legge regionale 14 aprile 2009, n.5, di particolare rilevanza è quello che affida al SSR il compito di assicurare ai cittadini, in relazione al fabbisogno assistenziale, l'accesso e la fruizione appropriata dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione nonché di prevenzione ed educazione alla salute promuovendo altresì l'integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari, anche mediante il trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali, al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Tali indicazioni assumono una valenza senza dubbio maggiore laddove inserite in un contesto socio sanitario "difficile" quale quello presente nelle isole minori che, per la loro peculiarità, possono essere considerate quale laboratorio anche per sperimentare nuovi modelli organizzativi assistenziali.

Come è noto le isole minori che fanno parte del territorio regionale sono:

- l'arcipelago delle Egadi (costituito dalle isole di Favignana, Levanzo e Marettimo) e l'isola di Pantelleria dipendenti dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani;
- l'arcipelago delle Pelagie (costituito dalle isole di Lampedusa e di Linosa) e l'isola di Ustica dipendenti dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo;
- l'arcipelago delle Eolie (costituito dalle isole di Lipari, Vulcano, Panarea, Salina, Stromboli, Alicudi e Filicudi) dipendente dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina.

Dal punto di vista amministrativo l'intero territorio dell'arcipelago delle Egadi fa parte del Comune di Favignana, il territorio dell'arcipelago delle Pelagie fa parte del Comune di Lampedusa-Linosa mentre per quanto riguarda l'arcipelago delle Eolie il Comune di Lipari abbraccia il territorio delle isole di Lipari, Vulcano, Stromboli, Alicudi, Filicudi e Panarea mentre il territorio dell'isola di Salina è suddiviso fra tre Comuni : Malfa, Leni e S. Marina Salina.

Quanto sopra descritto è meglio evidenziato nella seguente tabella dove è stata anche riportata la popolazione residente in ogni Comune all'1.1.2010, suddivisa per sesso, secondo i dati ISTAT.

ASP	ISOLA	COMUNE	RESIDENTI MASCHI	RESIDENTI FEMMINE	RESIDENTI TOTALE	TOTALE PROVINCIA
Trapani	Favignana	Favignana	2196	2129	4325	12113
	Levanzo					
	Marettimo					
	Pantelleria	Pantelleria	3871	3918	7788	
Palermo	Lampedusa	Lampedusa	3249	3003	6252	7554
	Linosa					
	Ustica	Ustica	662	640	1302	
Messina	Lipari	Lipari	5645	5623	11268	13768
	Vulcano					
	Stromboli					
	Panarea					
	Alicudi					
	Filicudi					
	Salina	S.Marina S.	472	413	885	
		Malfa	472	465	937	
		Leni	345	333	678	
TOTALE			16911	16524	33435	

Ovviamente il numero dei soggetti realmente presenti nelle varie isole durante il corso dell'anno è molto variabile; infatti si assiste ad una grande dinamicità della densità della popolazione che si incrementa in modo notevole durante i mesi estivi per l'attrazione turistica laddove, in alcuni casi, il dato di popolazione può anche quintuplicarsi rispetto alla popolazione locale residente.

Nell'andamento della piramide demografica non risulta alcuna particolare differenza nelle varie isole rispetto alla distribuzione della popolazione per fasce di età della popolazione generale, né risultano particolari evidenze di differenziazione delle cause di morte ovvero di ricovero ospedaliero rispetto a quelle registrate nella popolazione generale.

L'assistenza sanitaria di base è garantita dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta mentre in tutti i Comuni è presente ed attivo H24 un presidio di continuità assistenziale.

Tale presidio è presente anche nelle isole di Vulcano, Stromboli, Panarea, Alicudi e Filicudi che fanno parte amministrativamente del Comune di Lipari mentre sull'isola di Salina sono presenti un presidio di continuità assistenziale nei Comuni di Malfa e Leni ed un PTE nel Comune di S. Marina Salina. Inoltre nel periodo estivo nelle isole di Lampedusa, Linosa, Pantelleria, Vulcano, Lipari, Stromboli, Panarea, Alicudi, Filicudi e Salina, in considerazione dell'elevato afflusso turistico, vengono attivati presidi di guardia medica turistica.

Le attività specialistiche ambulatoriali sono erogate presso i vari poliambulatori, anche se con notevoli differenze fra i presidi sia in termini qualitativi (discipline presenti) che quantitativi (ore svolte). Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati relativi alle attività specialistiche presenti nei poliambulatori di Lipari, Lampedusa e Pantelleria unitamente alle prestazioni svolte negli ambulatori ospedalieri dei presidi di Lipari e Pantelleria riferiti all'anno 2008 e 2009.

ANNO 2008

Sede	Lipari	Lampedusa	Pantelleria
Branche specialistiche			
Allergologia	X		
Angiologia		X	
Cardiologia	X	X	X
Chirurgia generale		X	
Dermatologia	X	X	X
Diagnostica per immagini -Radiologia		X	
Endocrinologia / Diabetologia	X	X	X
Geriatria	X		
Laboratorio analisi		X	
Medicina dello sport	X		
Medicina interna		X	
Medicina fisica e riabilitativa		X	
Neuropsichiatria infantile		X	
Neurologia	X	X	X
Oculistica		X	X
Odontoiatria		X	X
Oncologia		X	
Ortopedia e traumatologia		X	X
Ostetricia e Ginecologia		X	
Otorinolaringoiatria	X	X	X
Pneumologia	X		
Psichiatria		X	
Reumatologia	X		
Urologia	X	X	X

	Prestazioni branche aggregate Poliambulatorio territoriale	Prestazioni branche aggregate Ambulatori ospedalieri	Prestazioni laboratorio analisi ospedaliero per esterni	Prestazioni radiologia ospedaliera per esterni
Lipari	3549	9369	58315	4474
Lampedusa**	4177		2104*	474*
Pantelleria**	1984	1280	8611	529

Fonte: Mod. STS 11 e Flusso "C"

* trattasi di prestazioni rese all'interno del poliambulatorio

** l'informatizzazione dei flussi di attività è stata completata a partire dal IV trimestre

ANNO 2009

Sede	Lipari	Lampedusa	Pantelleria
Branche specialistiche			
Allergologia	X		
Angiologia		X	
Cardiologia	X	X	X
Chirurgia generale		X	
Dermatologia	X	X	X
Diagnostica per immagini -Radiologia		X	
Endocrinologia / Diabetologia	X	X	X
Geriatria	X		
Laboratorio analisi		X	
Medicina dello sport	X		
Medicina interna		X	
Medicina fisica e riabilitativa	X	X	
Neuropsichiatria infantile		X	
Neurologia	X	X	X
Oculistica		X	X
Odontoiatria		X	X
Oncologia		X	
Ortopedia e traumatologia		X	X
Ostetricia e Ginecologia		X	
Otorinolaringoiatria	X	X	X
Pneumologia	X		
Psichiatria		X	
Reumatologia	X		
Urologia	X	X	X

	Prestazioni branche aggregate Poliambulatorio territoriale	Prestazioni branche aggregate Ambulatori ospedalieri	Prestazioni laboratorio analisi ospedaliero per esterni	Prestazioni radiologia ospedaliera per esterni
Lipari	4344	9466	65328	4045
Lampedusa	18679		11578*	879*
Pantelleria	9544	7665	37197	2719

Fonte: Mod. STS 11 e Flusso "C"

* trattasi di prestazioni rese all'interno del poliambulatorio

Il presidio più completo dal punto di vista delle prestazioni erogate è quello di Lampedusa dove sono attivate 19 branche specialistiche: si sottolinea il fatto che gli specialisti ambulatoriali della branca di ostetricia e ginecologia svolgono anche attività consultoriali nell'ambito del progetto "Tutela della maternità e della popolazione pediatrica".

Va altresì segnalato il fatto che a partire dal mese di aprile 2010 è cessata l'erogazione delle prestazioni di patologia clinica all'interno del poliambulatorio in virtù delle disposizioni del "Piano di rimodulazione della rete dei laboratori pubblici" di cui ai DD.AA. n.62/09 e n.1133/09 e pertanto tali prestazioni vengono garantite – peraltro con costi gestionali ed organizzativi minori – dal laboratorio di analisi accreditato presente sull'isola che assicura anche i prelievi a domicilio ed un servizio di pronta disponibilità a favore del Pronto Soccorso.

Altri erogatori di prestazioni specialistiche sono rappresentati dai privati accreditati e, nella fattispecie, dal laboratorio di analisi presente a Lampedusa, a Pantelleria ed a Lipari, dal centro di medicina fisica e riabilitativa presente a Lampedusa e dalle prestazioni dialitiche erogate a Lampedusa da un centro privato.

L'assistenza psichiatrica viene erogata in maniera sufficiente dai presidi del modulo dipartimentale competente per territorio presso gli ambulatori di Lipari, Pantelleria, Ustica, Lampedusa e Favignana mentre per quanto riguarda la neuropsichiatria infantile si ha una sporadica presenza presso il poliambulatorio di Favignana e quello di Lipari mentre discreta risulta essere l'attività svolta presso il poliambulatorio di Lampedusa.

In nessuna delle isole sono attive strutture per disabili (tranne un centro diurno per disabili psichici a Lampedusa le cui attività sono condotte dallo psichiatra del poliambulatorio che si avvale della presenza continua di un terapeuta della riabilitazione psichiatrica e della consulenza del DSM con sede a Palermo) né sono presenti strutture di riabilitazione (ad eccezione di Lampedusa dove è attivo un Centro di riabilitazione accreditato ex art.25 della L. 833/78) o strutture operanti nell'ambito delle tossicodipendenze; viceversa dal 2010 è stata attivata una RSA con 10 posti letto presso Pantelleria.

L'assistenza domiciliare è attivata dall'ASP di Palermo presso Ustica e Lampedusa, dove il personale infermieristico del presidio sanitario garantisce anche l'assistenza al domicilio del paziente mediante accessi al di fuori dell'orario di servizio, e dall'ASP di Messina presso Lipari dove è presente un centro di riabilitazione pubblico a gestione diretta del dipartimento di riabilitazione aziendale che tratta sia minori che adulti. L'assistenza domiciliare palliativa per le terminalità è stata attivata solo a Lipari dove nel corso del 2009 sono stati seguiti 8 pazienti in ADI palliativa.

I trasporti in urgenza-emergenza dei pazienti presso le strutture ospedaliere sono garantiti dall'elisoccorso-118 e su tutte le isole sono presenti elisuperfici od elipiste per l'atterraggio degli elicotteri. All'interno delle varie isole i trasporti vengono effettuati da ambulanze la cui gestione e manutenzione fa capo alle A.S.P. o ai Comuni ed il cui personale spesso è messo a disposizione da associazioni di volontariato.

Nell'ambito delle attività connesse con l'emergenza, la medicina iperbarica è erogata presso le isole di Lampedusa, Ustica e Favignana durante il periodo estivo e presso le isole di Lipari e Pantelleria durante tutto l'anno.

Le camere iperbariche stagionali vengono gestite da personale dipendente delle ASP (medico anestesista ed infermieri), anche mediante specifici progetti, mentre le camere iperbariche di Lipari e Pantelleria, allocate all'interno dei rispettivi presidi ospedalieri, sono gestite dai relativi servizi di Anestesia.

Il PTE di Lampedusa, allocato nel medesimo immobile dove si trova il poliambulatorio, svolge le funzioni di Pronto Soccorso mediante un medico di chirurgia d'urgenza, un anestesista, due infermieri dipendenti dei presidi dell'ASP di Palermo ed un cardiologo proveniente dall'organico della UO di Cardiologia del P.O. Ingrassia di Palermo. Il servizio è garantito tutto l'anno ed i sanitari operano in regime di pronta disponibilità. Dal mese di maggio 2010 inoltre l'equipe cardiologica del P.O. Ingrassia gestisce le visite ambulatoriali, garantisce l'emergenza cardiologica H24 e la gestione dell'intero percorso assistenziale compreso il trasferimento del paziente dall'isola al P.O. cittadino. La stessa equipe garantisce anche le visite domiciliari.

Questa equipe affianca e supporta il sanitario della continuità assistenziale e della guardia medica turistica utilizzando le apparecchiature e le tecnologie presenti nel poliambulatorio. I pazienti vengono stabilizzati ed eventualmente trasferiti mediante elisoccorso.

L'offerta sanitaria in atto presente nei territori delle isole di Pantelleria e Lipari viene completata dai rispettivi presidi ospedalieri. Si tratta di presidi di comunità dove sono attivate le discipline di base (medicina, chirurgia, ostetricia, pediatria, ortopedia) con una dotazione di posti letto in ciascuno inferiore a 50.

Dall'esame dei dati di struttura e di attività di questi Presidi, desunti dalle SDO 2009, si rileva che presso il P.O. di Pantelleria sono attivi 22 posti letto per acuti e 6 di DH/DS mentre presso il P.O. di Lipari sono attivi 33 posti letto per acuti e 10 di DH/DS; l'indice di utilizzo dei posti letto del Presidio di Pantelleria è del 63% mentre quello del Presidio di Lipari è del 56%.

Va tuttavia segnalato che per effetto dei recenti DD.AA. di rimodulazione della rete ospedaliera regionale i posti letto del presidio di Lipari verranno ridotti a 26 di cui 4 DH/DS e 4 MCAU mentre quelli del presidio di Pantelleria saranno ridotti a 14 di cui 10 MCAU.

Nelle seguenti tabelle vengono riportati i dati relativi ai ricoveri complessivamente effettuati negli anni 2008 e 2009 dai cittadini delle isole nei presidi ospedalieri della Regione evidenziando in tal modo i relativi tassi di ospedalizzazione.

In queste tabelle non viene riportato il dato di mobilità extraregionale.

Anno 2008

Comune	Popolazione 1.1.09	Ricoveri Totali	Ricoveri Ordinari	Ricoveri DH/DS	T.O. totale	T.O. Ordinari	T.O. DH/DS
Favignana	4358	742	444	298	170.3	101.9	68.4
Lamped./Linosa	6170	819	591	228	132.7	95.8	36.9
Pantelleria	7736	1430	1031	399	184.8	133.3	51.5
Ustica	1330	242	148	94	181.9	111.3	70.6
Lipari	11239	3726	2209	1517	331.5	196.5	135.0
Malfa	902	152	105	47	168.5	116.4	52.1
Leni	690	111	63	48	160.9	91.3	69.6
S.Marina Salina	882	181	115	66	205.2	130.4	74.8
TOTALE	33307	7403	4706	2697	222.3	141.3	81.0

Fonte: Dati ISTAT – SDO 2008

Anno 2009

Comune	Popolazione 1.1.10	Ricoveri Totali	Ricoveri Ordinari	Ricoveri DH/DS	T.O. totale	T.O. Ordinari	T.O. DH/DS
Favignana	4325	743	453	290	171.8	104.7	67.1
Lamped./Linosa	6252	764	545	219	122.2	87.2	35.0
Pantelleria	7788	1345	975	370	172.7	125.2	47.5
Ustica	1302	250	146	104	192.0	112.1	79.9
Lipari	11268	3393	2048	1345	301.1	181.8	119.4
Malfa	937	127	72	55	135.5	76.8	58.7
Leni	678	107	67	40	157.8	98.8	59.0
S.Marina Salina	885	153	110	43	172.9	124.3	48.6
TOTALE	33435	6882	4416	2466	205.8	132.1	73.8

Fonte: Dati ISTAT – SDO 2009

Nella tabella seguente vengono invece riportati i dati di mobilità passiva relativi ai ricoveri complessivamente effettuati nell'anno 2009 dai cittadini delle isole nei Presidi Ospedalieri di altre regioni.

Regione	Comune di residenza								
	Favignana	Pantelleria	Ustica	Lampedusa	Lipari	Malfa	Salina	Leni	Totale
Piemonte	9	9	1	14	11	1		2	47
Lombardia	26	88	2	25	80	3	2	2	228

P.A. Trento					2				2
Veneto	8	24	1	6	32	1		4	76
F.V.G.		3		2					5
Liguria	6	5		28	11			1	51
Emilia-Romagna	15	25		78	60			3	181
Toscana	15	41	2	15	22		6		101
Umbria				1	1				2
Marche		1	2	13	2				18
Lazio	7	45	3	27	29	7	1	2	121
Osp. Bambin Gesù	4	7	2	30	3		1		47
Abruzzo	1			7	2				10
Campania	2	8	1	11	32	1			55
Puglia		3		8	3	1	3	1	19
Basilicata						1			1
Calabria		1		2	57				60
Sardegna	1	4		3	1			1	10
Totale ricoveri	94	264	14	270	348	15	13	16	1034

Fonte: Dati SDO 2009

Dall'esame delle soprastanti tabelle si evince che il dato relativo al tasso di ospedalizzazione dei residenti nei vari Comuni delle isole è molto variabile e, in particolare per i residenti di Lipari, il tasso è molto elevato sia in rapporto a quanto osservato in media sul territorio regionale (230 per mille) che in riferimento alle vigenti disposizioni che fissano quale ottimale un indice non superiore a 180 per mille abitanti. Si rileva comunque un trend in discesa certamente indice di una maggiore attività di filtro operata da parte delle strutture territoriali con un relativamente più appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere.

Significativo è il dato della mobilità passiva che dimostra come circa il 13% del totale dei ricoveri viene effettuato presso ospedali di altre regioni con un dato abbastanza singolare rappresentato dall'elevato numero di ricoveri dei residenti di Lipari presso una struttura sanitaria privata della regione Calabria.

La valorizzazione totale dei ricoveri dei residenti nelle isole per il 2009 risulta essere pari a circa € 18.650.000 di cui una quota pari a circa € 3.250.000 (18%) si riferisce alla valorizzazione dei ricoveri in mobilità passiva.

Obiettivi e interventi prioritari

Alcune delle maggiori difficoltà incontrate dalle popolazioni delle isole sono: la difficoltà nelle comunicazioni (che possono almeno in parte essere superate con l'utilizzo delle tecnologie); il fatto che piccole popolazioni non raggiungono la "massa critica" necessaria per essere destinatarie di specialisti ed attrezzature ad elevato impegno economico o di attività anche ospedaliere necessitanti di rilevanti numeri per potere essere effettuate garantendo la sicurezza dei pazienti e degli operatori; la necessità di raggiungere un corretto bilancio tra i residenti trasferiti altrove per la effettuazione di trattamenti ed il personale sanitario operante nell'isola; la difficoltà nel reclutamento di personale medico altamente specializzato e, non ultimo, l'isolamento professionale degli operatori.

In effetti tali difficoltà sono state puntualmente rilevate, limitatamente all'arcipelago delle Pelagie, dall'indagine "sul campo" effettuata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali i cui risultati sono stati pubblicati nel mese di luglio 2009 all'interno della monografia "Isole Pelagie – Analisi della domanda e dell'offerta di servizi sanitari: valutazione delle principali criticità e proposte di soluzione". In linea generale le conclusioni cui perviene lo studio possono essere condivise anche in riferimento alle altre isole minori del territorio siciliano.

La difficoltà di costruire una positiva relazione tra domanda ed offerta e di un progetto integrato di assistenza socio sanitaria che coinvolga tutti gli attori presenti sia pubblici che privati, comporta che la sanità viene vissuta dai residenti prevalentemente quale problema la cui soluzione è rappresentata unicamente da tecnologie, attrezzature o specialisti e non come la partecipazione ad un percorso responsabile, teso ad evitare comportamenti dannosi ed a ridurre i rischi, centrato sulla promozione della salute, sulla prevenzione e la diagnosi precoce in linea con la programmazione sanitaria.

Tale situazione impone quindi una rivasitazione dell'attuale sistema di offerta sanitaria che tenga conto di alcune priorità:

- Facilitare l'accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie mediante l'adozione di percorsi che consentano una maggiore efficienza ed efficacia del sistema.
- Adottare modelli organizzativi che garantiscano l'appropriatezza delle prestazioni erogate siano esse territoriali/distrettuali che di ricovero.
- Potenziare o attivare servizi in atto fortemente carenti quali quelli di riabilitazione anche con meccanismi di integrazione pubblico/privato.
- Favorire la attivazione di strutture per la lungodegenza e per l'assistenza alle persone "fragili" che allo stato sono assistite in maniera inadeguata ed inappropriata dalle famiglie potenziando e completando l'offerta dell'assistenza domiciliare.

Di seguito si illustrano alcune delle principali azioni che consentiranno di raggiungere tali obiettivi di salute con il presente Piano Sanitario Regionale.

Il sistema assistenziale delle isole minori deve essere parte di una rete sociosanitaria finalizzata all'integrazione fra prevenzione, assistenza territoriale ed ospedaliera, supportata da sistemi di informatizzazione e di telemedicina.

In tal modo saranno assicurati coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali e saranno facilitati l'accesso e l'erogazione delle prestazioni, contenuti i costi, consentiti il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni.

Tali competenze potranno quindi essere svolte, in maniera unitaria, mediante la attivazione di PTA secondo il modello organizzativo e funzionale già delineato nel capitolo specifico del presente Piano e già messo in parte in atto sull'isola di Pantelleria.

I servizi per i cittadini dovranno quindi essere incrementati attraverso l'attivazione (nelle isole dove ancora non è presente) o il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata mediante l'utilizzo di una rete di telesoccorso e di telemetria sanitaria e con il potenziamento di interventi alternativi alla ospedalizzazione.

Un primo intervento in tal senso, limitatamente alle isole Eolie, è stato già attivato mediante il progetto "Eolienet" che prevede la effettuazione, presso le sedi della continuità assistenziale, di esami di laboratorio, di esami radiologici e di ECG che vengono inviati in via telematica al P.O. di Milazzo o ad altri centri collegati che in tempo reale provvedono alla lettura, validazione ed alla trasmissione dei relativi referti per via telematica. Tale progetto che prevede anche la attivazione di un portale internet sul quale inserire una piattaforma di e-learning per gli operatori ed una sezione dedicata alla archiviazione e consultazione di dati sanitari è divenuto pienamente operativo nel mese di ottobre 2010 e consentirà certamente anche di realizzare delle economie gestionali ed una razionalizzazione dei trasporti in emergenza mediante elisoccorso.

Tale progettualità potrà essere trasferita anche presso altre isole con innegabile risparmio sui costi, minori disagi per i pazienti e diminuzione di prestazioni e ricoveri impropri.

L'accessibilità dei servizi ambulatoriali dovrà essere garantita per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni mediante sistemi informatizzati collocati presso il MMG e/o le farmacie valorizzando quindi il lavoro degli operatori sanitari che vedranno ampliate le capacità di comunicazione con gli altri servizi sanitari.

La telemedicina quindi è lo strumento di elezione per conferire efficienza ed efficacia alla rete sanitaria territoriale in quanto può rendere disponibili i supporti, sia tecnologici che professionali, necessari per fornire prestazioni sanitarie qualificate, limitando nel contempo gli spostamenti di assistiti ed operatori.

In ultima istanza può essere considerata anche un mezzo elettivo per espletare una funzione di filtro rispetto ad una ingiustificata ed eccessiva richiesta di assistenza d'urgenza, fermo restando che, nel momento di acuzie di patologie gravi, la telemedicina non può essere di per sé risolutiva per cui il paziente dovrà essere trasferito in centri di primo intervento locali o in ospedale.

Per quanto concerne le strutture ospedaliere esistenti, queste potranno essere mantenute nell'ottica di offrire una assistenza di base alle popolazioni di riferimento; si ritiene quindi che, al fine anche di limitare il verificarsi di possibili eventi avversi diminuendo i rischi sia per i pazienti che per gli operatori, gli attuali Presidi Ospedalieri di Pantelleria e Lipari debbano essere rifunzionalizzati, garantendo comunque un servizio di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza, con la relativa dotazione di posti letto, per consentire la stabilizzazione e la successiva osservazione del paziente prima dell'eventuale ricovero in un altro, più appropriato, presidio ospedaliero ovvero del rientro al proprio domicilio.

Contestualmente quindi, nel rispetto di specifici protocolli operativi che saranno definiti da appositi tavoli tecnici costituiti presso l'Assessorato, dovrà essere attivato il percorso nascita ed il percorso chirurgico secondo un "doppio binario" che prevede il trasferimento in presidi a maggiore complessità delle gravidanze a rischio e dei pazienti che devono sottoporsi ad interventi chirurgici di maggiore impegno limitando quindi le attività ostetriche e chirurgiche in loco ai casi di minore complessità.

Per quanto sopra verrà mantenuta una tipologia di assistenza essenzialmente medica limitando le attività chirurgiche a quelle prestate nell'MCAU ed a quelle di piccola chirurgia ambulatoriale e sarà quindi garantita una attività di ricovero con posti letto inseriti all'interno di aree indistinte di degenza medica e chirurgica.

Inoltre, nell'ottica di evitare fenomeni di marginalizzazione degli operatori in servizio presso questi presidi, verrà incentivata la rotazione programmata del personale medico fra i vari presidi del Distretto ospedaliero in modo da favorire da un lato la presenza di sanitari con maggiore esperienza all'interno dei presidi isolani e dall'altro l'acquisizione di manualità ed esperienza da parte dei sanitari che dal presidio isolano verranno utilizzati all'interno degli stabilimenti ospedalieri a maggiore complessità.

È inoltre necessario, come condizione imprescindibile di buona sanità, migliorare le infrastrutture ed i trasporti.

In considerazione della particolare situazione viaria presente all'interno delle isole, potranno essere funzionali a tale scopo, piccole ambulanze, anche a trazione elettrica, che possono essere fornite oltre che dalle ASP anche dai Comuni e/o dalla Protezione Civile, in rapporto funzionale con le C.O. del 118 di riferimento ed il cui personale, provvisto di specifico certificato di formazione *Basic Life Support* (BLS) o *Basic Life Support- Defibrillation* (BLS-D) rilasciato dalle C.O., potrà essere reperito dai Comuni o dalle Associazioni di volontariato presenti sul territorio anche mediante stipula di apposite convenzioni con il SSR.

In tal senso, l'Assessorato intende potenziare e/o qualificare, di concerto con il Dipartimento Regionale della Protezione Civile, il numero di elisuperfici esistenti rendendole idonee H24 all'atterraggio degli elicotteri del SUES 118, utilizzando a tal fine specifiche risorse derivanti da Fondi Europei; la SEUS, nuovo soggetto giuridico subentrato alla CRI nella gestione del servizio di ambulanze, dovrà invece assicurare il corretto svolgimento del

servizio sulla base delle direttive di organizzazione del sistema di emergenza-urgenza già emanate dall'Assessorato.

Inoltre, in considerazione della presenza nell'isola di Pantelleria di un aeroporto, potranno essere garantiti i trasporti sanitari in urgenza/emergenza mediante la disponibilità, su richiesta, di un elicottero del 118.

Anche la CRI dovrà essere attivamente coinvolta in particolar modo per le attività formative del personale volontario che potrà essere adibito alla guida delle ambulanze laddove non presente personale della SEUS.

Un ulteriore esempio di integrazione fra infrastrutture e trasporti, al fine di evitare i disagi organizzativi, fisici e psicologici dei cittadini che in atto debbono necessariamente recarsi sulla terraferma per sottoporsi ai trattamenti chemioterapici, può consistere nel trasporto in loco dei farmaci chemioterapici dotati della necessaria stabilità, preparati nelle farmacie ospedaliere dotate di camera bianca e recapitati attraverso corrieri, così da consentire la possibilità del trattamento chemioterapico in ambiente protetto ma senza spostamenti sulla terraferma.

Analogamente, per i pazienti in trattamento dialitico andrà attentamente valutata la possibilità di utilizzare tecniche di dialisi domiciliare in modo da evitare il più possibile gli spostamenti, talora molto difficoltosi per le condizioni meteo marine, verso centri della terraferma nella considerazione anche delle condizioni spesso compromesse di questi soggetti.

Dovrà essere altresì garantita la formazione continua degli operatori sia con modalità di Formazione a Distanza (FAD) che con aggiornamenti sul campo attraverso stages in strutture ambulatoriali ed ospedaliere extraisole, indirizzati agli specifici bisogni formativi di processo al fine, tra l'altro, di mantenere vivo negli operatori l'interesse per un continuo aggiornamento.

In ultima analisi vanno progettati per questi territori modelli organizzativi e professionali flessibili in modo da ampliare l'offerta qualificata delle competenze anche attraverso una coerente applicazione delle norme ordinarie, contrattuali e convenzionali.

L'Assessorato per la Salute quindi provvederà ad un costante monitoraggio a 360° delle attività che verranno svolte per fornire risposte efficienti ed efficaci ai bisogni di salute di queste popolazioni, garantendo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, valorizzandole risorse umane e strumentali disponibili e superando, ove necessario, le rigidità organizzative e di ruolo.

Aree prioritarie di intervento

L'analisi di contesto epidemiologica, demografica, biostatistica e socioeconomica del profilo di salute dell'intera Regione e la conseguente determinazione del fabbisogno descritte nella prima parte del presente Piano, mettendo in evidenza alcune aree di maggiore criticità, hanno orientato la scelta di indirizzi prioritari di intervento della programmazione regionale, come delineati nella presente sezione.

9 La Salute della donna, del bambino e dei giovani: obiettivi e azioni

La situazione attuale

La tutela della salute della donna e dei minori, per il rilievo delle sue implicazioni sociali e sanitarie, costituisce elemento prioritario delle strategie regionali finalizzate alla promozione e tutela della salute dell'intera popolazione, concordemente a quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che individua nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Va tuttavia precisato che l'area convenzionalmente definita come “materno-infantile” va piuttosto intesa nella sua accezione più ampia, comprendendo, da un lato, entrambi i genitori (*genitorialità condivisa e responsabile*), ed accogliendo, dall'altro, la domanda di salute dell'età giovanile da considerare, oltre la classica età adolescenziale, almeno fino all'età di 24².

In questa accezione, lo stato di salute materno infantile regionale è rappresentato dai seguenti indicatori:

- a. La mortalità infantile in Sicilia costituisce ancora un problema sanitario più rilevante rispetto ad altre regioni italiane (4,3 per 1000 in Sicilia contro 3,3 per 1000 in Italia – ISTAT 2007). Sebbene in costante diminuzione, l'entità della riduzione del tasso confrontata con quello del 1990 in Sicilia, è stata vicina al valore di riferimento nazionale (59% contro 60%).

La distribuzione sul territorio regionale della mortalità nel primo anno di vita è disomogenea, risultando più elevato nella provincia di Messina (6,78) e in quella di Agrigento e Trapani (4,92), più basso nella provincia di Enna (3,78) e Siracusa (3,52). Complessivamente è più elevato nella Sicilia orientale (6,4) rispetto alla Sicilia occidentale (4,3). È noto che le cause di carattere socioeconomico influenzano la mortalità infantile condizionando l'accesso alle strutture sanitarie e all'assistenza in gravidanza. (Stime provvisorie – Elaborazione DASOE su base dati RENCAM 2004-2008).

- b. Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è in continua riduzione nella regione soprattutto a carico delle donne meno giovani (il numero di aborti su 1000 nati vivi - tasso di abortività è di 6,8 – ISTAT 2008), mentre le adolescenti e post adolescenti continuano a rappresentare una fascia particolarmente a rischio (nelle fasce d'età 15-19 e 20-24 si registra un trend in lieve crescita – ISTAT 2006). Un aumento significativo del ricorso alle IVG, si registra a carico delle donne straniere (ISTAT 2007).
- c. I comportamenti sessuali a rischio degli adolescenti sono in aumento e vanno interessando fasce d'età sempre più precoci. Di contro i giovani fino a 24 anni seguiti presso i consultori sono pochi (< 6%) mentre le iniziative e gli interventi di promozione della salute sessuale presso le scuole della Regione appaiono disomogenee, sia da un punto di vista realizzativo che metodologico (scarso utilizzo di metodologie riconosciute efficaci dalla letteratura specializzata).
- d. Il peso delle persone immigrate su tutti i punti dell'assistenza materno infantile è sempre più rilevante e priva di rete assistenziale adeguata.
- e. La copertura regionale degli screening di prevenzione dei tumori femminili (mammella e collo dell'utero) è a macchia di leopardo;
- f. L'eccessiva medicalizzazione dell'assistenza ostetrica (*Lo stato di salute delle donne in Italia*. Ministero della Salute. Marzo, 2008) è testimoniata da:
 - Il più alto tasso (>50%) di parti cesarei in Italia (insieme alla Campania);
 - Eccessivo ricorso all'induzione di travaglio;
 - Un eccessivo numero di ecografie ed esami prescritti in gravidanza.
 - Bassa partecipazione delle gravide ai corsi di accompagnamento alla nascita con scarsa attuazione di assistenza domiciliare in puerperio e sovrautilizzo di procedure assistenziali con alto grado di variabilità e di inappropriatezza potenziale (taglio cesareo iterativo di routine, episiotomia di routine, cardiocografia antepartum);
 - basso numero di gravidanze seguite presso i consultori (< 15%);
 - elevata percentuale di assistenza ostetrica privata (86%).
- g. La percentuale di donne che allattano al seno è tra le più basse in Italia (inferiore al 60%) e solo il 26,6% delle donne allatta per più di sei mesi.

² La scelta di estendere il target dell'età giovanile fino a 24 anni è legata a 3 considerazioni: 1. l'età adolescenziale p.d., prima fissata a 17, non corrisponde più per motivi sociologici a questo limite; 2. il trend in leggera salita del tasso di abortività è simile nelle fasce d'età 13 – 19 anni e 20 – 24 anni; 3. non si lasciano “vuoti” di età nei destinatari degli interventi di offerta attiva, coincidendo la coorte finale del target giovanile con quella iniziale del target dello screening del cervicocarcinoma (25 anni).

Secondo l'OMS (WHO 1996; WHO 2003), l'uso degli stessi schemi assistenziali in tutte le gravidanze, a prescindere dal livello di rischio della gravidanza stessa, può comportare interventi inappropriati e dannosi per un contesto a basso rischio, mentre può favorire la sottostima del rischio di complicanze nelle condizioni di rischio più elevato.

Le prove scientifiche (Hodnett 2006) dimostrano che una corretta organizzazione dell'assistenza ostetrica in base ai livelli di rischio, favorisce:

- L'uso appropriato dei servizi e delle diverse professionalità presenti;
- La riduzione dell'interventismo;
- I benefici sulla continuità assistenziale;
- Il rispetto della fisiologia;
- Il potenziamento delle competenze delle persone assistite e l'incremento dell'allattamento al seno;
- La sicurezza e la qualità percepita dalle persone assistite.

La Regione ritiene, pertanto, urgente e prioritario nell'ambito del presente Piano, riorganizzare l'area materno-infantile, nell'ambito del processo di riordino del SSR, alla luce di quanto indicato nella L.R. 5/2009 e secondo le indicazioni del *Progetto Obiettivo Materno Infantile* (DM 24 aprile 2000).

I servizi dell'area materno infantile comprendono:

- la rete consultoriale con 183 consultori pubblici e 10 convenzionati a fronte dei 250 che, in base alla legge 34/96, sarebbero necessari per il bacino d'utenza regionale;
- 80 punti nascita (il 52% dei quali ha un numero di parti/anno < 500) di cui:
 - 20 in Aziende Ospedaliere
 - 43 in Presidi Ospedalieri di ASP
 - 17 in Case di cura.
- ambulatori di ginecologia (ospedalieri e specialistica convenzionata).

Secondo quanto indicato dal DM 24/4/2000 (*Progetto Obiettivo Materno infantile o POMI*), adottato dalla Regione nel PSR 2000/2002, tutti i servizi dell'area materno infantile ricompresi nelle ASP vanno inseriti all'interno del Dipartimento Materno infantile (DMI), unico contesto organizzativo in grado di *“sinergizzare le attività delle Aziende territoriali e ospedaliere valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, in particolare, a livello orizzontale, il Dipartimento della Prevenzione e, a livello verticale, il Distretto che diviene il bacino privilegiato per la pianificazione degli interventi in ambito territoriale e per la realizzazione del Piano Attuativo Locale, tenuto conto anche della necessità di integrare tutti gli interventi sanitari e sociali a livello territoriale”*.

I servizi dell'area materno infantile lamentano numerose criticità strutturali ed organizzative.

Tra le prime rientrano l'esistenza di consultori con organici incompleti, un'offerta prevalente non sempre coerente con la mission dei servizi (ad es. attività ambulatoriale prevalente a scapito delle attività di prevenzione e promozione della salute in ambito consultoriale, gestione delle gravidanze fisiologiche ed attività di prevenzione da parte degli ospedali, ecc.), l'assenza di piani di formazione mirati per gli operatori, la quantità eccessiva di punti nascita con numero di parti <500/anno. Tra le criticità organizzative sono da segnalare l'attivazione del Dipartimento Materno-Infantile (DMI) solo in 4 province, le difformità organizzative nei 3 livelli assistenziali previsti dal POMI all'interno del DMI, la disomogeneità nelle procedure e nei modelli organizzativi tra servizi di livello equivalente, l'assenza di un flusso informativo omogeneo (regionale/aziendale) per il monitoraggio delle attività, l'assenza di percorsi assistenziali integrati basati sui bisogni dell'utenza (percorso nascita, percorso ivg, percorsi adolescenti, percorsi menopausa), assenza di collegamento funzionale in rete dei servizi.

Obiettivi e interventi prioritari

Premesso quanto sopra, per la definizione degli obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio, sono stati considerati i seguenti target:

- Adolescenti e giovani d'età 13-24 anni
- Donne in età fertile
- Donne e minori immigrati
- Donne in età post-fertile

Particolare attenzione merita inoltre il fenomeno della violenza nelle relazioni familiari attraverso il contrasto all'abuso sui minori e la violenza a danno delle donne. Le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione devono essere affrontate in integrazione tra i competenti servizi di psicologia e il servizio sociale delle aziende e il privato sociale, anche attraverso l'adozione di protocolli interistituzionali.

TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

TARGET	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI
Adolescenti e giovani (13-24 anni)	• Riduzione dei comportamenti sessuali a rischio • Promozione della salute sessuale (malattie a trasmissione sessuale comprese le infezioni da HIV e HPV) • Prevenzione delle IVG nella fascia d'età 13-24 anni • Prevenzione dei maltrattamenti e abusi sui minori	• Incremento dell'utenza d'età 13-24 anni presso i consultori • Incremento degli interventi di promozione della salute sessuale presso le scuole • Incremento dell'uso di metodologie efficaci negli interventi di promozione della salute nelle scuole • Incremento della conoscenza e dell'uso dei metodi contraccettivi	• Realizzare "spazi giovani" presso i consultori • Creare reti funzionali tra servizi territoriali (Consultori, SERT, NPI, Ed. alla Salute, servizi sociali) che a vario titolo si occupano di adolescenti • Creare reti di collegamento stabile tra servizi territoriali e scuola in tutti gli ambiti territoriali • Formare gli operatori territoriali alle metodologie efficaci della promozione alla salute • Realizzare nelle scuole interventi di educazione alle <i>life skills</i> destinati agli alunni • Realizzare nelle scuole elementari e medie interventi di educazione alla salute destinati ai docenti • Realizzare nelle scuole superiori Sportelli d'Ascolto anche per il counselling contraccettivo • Realizzare progetti per la <i>genitorialità responsabile e per la valutazione delle competenze genitoriali</i> • Somministrazione di contraccettivi nei consultori

TARGET	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI
Donne in età fertile	- Prevenire le gravidanze a rischio e le malformazioni congenite - Demedicalizzare l'assistenza ostetrica - Diminuire la frequenza dei Tagli Cesarei - Promuovere e sostenere l'allattamento al seno - Ridurre la mortalità perinatale - Prevenire la depressione postpartum	- Incrementare il N. di donne/coppie che usufruiscono del counselling preconcezionale - Incrementare il N. di donne che assume acido folico in epoca preconcezionale - Ridurre il tasso dei TC dal 50% al 30% (la Regione si atterrà alle linee guida nazionali dell'Istituto Superiore di Sanità) - Incrementare il numero di donne con gravidanza fisiologica seguite presso i Consultori - Ridurre le procedure assistenziali inappropriate in gravidanza (eccesso di esami ed ecografie) - Incrementare la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita e l'empowerment delle donne - Garantire l'assistenza di III livello per le gravidanze a rischio	- Offerta attiva di counselling preconcezionale - Prescrizione di acido folico a tutte le donne che programmano una GR - Realizzare il Percorso Nascita in tutte le ASP (protocolli regionali differenziati secondo il livello di rischio della GR) - Rimodulazione tariffe DRG relative - Riqualificare i Consultori - Potenziare e riqualificare i Corsi di Accompagnamento alla Nascita e l'Assistenza in puerperio - Riqualificare il ruolo dell'ostetrica - Realizzare corsi di formazione per gli operatori ospedalieri e territoriali - Razionalizzazione/riduzione punti nascita e neonatologie - Definizione della rete di trasporto in utero (afferenza al punto nascita competente secondo il modello hub & spoke) - Definizione della rete STEN (trasporto d'emergenza neonatale)
	Prevenzione primaria e secondaria del ricorso all'IVG	- Riduzione del N. di IVG - Riduzione del N. di donne che ricorre ripetutamente alle IVG - Aumentare il N. di donne che richiede IVG prese in carico dai Consultori	- Assicurare il counselling per l'educazione alla sessualità e la procreazione responsabile a tutte le donne che si rivolgono ai Consultori, nonché a tutti i servizi di riferimento dell'area - Costruzione del percorso IVG - Eseguire il controllo post IVG presso i consultori - Somministrazione di contraccettivi nei consultori alle donne con modello ISEE
	Prevenzione dei tumori femminili	- Miglioramento del tasso di estensione degli screening oncologici femminili - Miglioramento del tasso di adesione agli screening oncologici femminili	- Implementazione degli screenings in tutte le ASP - Potenziamento delle campagne promozionali
	Prevenzione e riduzione della violenza contro la donna.		- Conoscenza della diffusione del fenomeno - Potenziamento e realizzazione di "centri antiviolenza" e sviluppo del lavoro di rete (zone territoriali -consultori,-MMG,-PS, comuni, operatori sociali, volontariato)

TARGET	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI
• Donne e minori immigrati	• Prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio dei minori • Miglioramento della qualità dell'assistenza ostetrica • Prevenzione delle IVG • Prevenzione delle mutilazioni genitali femminili • Prevenzione delle MTS • Prevenzione dei tumori femminili	• Incrementare il N. di giovani stranieri/e che accede ai servizi • Incrementare il N. di donne gravide straniere che partecipa ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita • Incrementare il N. di donne gravide straniere seguite presso i consultori • Incrementare il N. di donne che partecipa alle campagne di screening	• Facilitare la presa in carico da parte dei servizi e l'individuazione di percorsi assistenziali appropriati • Favorire la presenza di mediatori culturali nei servizi • Formare gli operatori all'approccio transculturale • Realizzazione nei Consultori di "spazi giovani integrati" in cui sia curata l'accoglienza dei giovani stranieri • Realizzazione di specifici percorsi nascita per le donne immigrate • Organizzare incontri presso i centri di aggregazione

TARGET	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI
• Donne in età post fertile	• Miglioramento della qualità della vita e promozione di stili di vita salutari • Prevenzione delle malattie cardiovascolari • Prevenzione dell'osteoporosi	• Incrementare il N. di donne che accetta di sottoporsi al counselling • Incrementare gli incontri di gruppo su tematiche specifiche	• Realizzazione di "spazi menopausa" presso i Consultori • Incontri di gruppo multidisciplinari • Offerta attiva di counselling

Presupposti fondamentali al raggiungimento degli obiettivi elencati sono:

- L'implementazione dei Consultori familiari e la loro riqualificazione
- L'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e sociosanitari
- La rimodulazione dei punti nascita
- Un piano di formazione mirato degli operatori

Il ruolo dei Consultori

I servizi consultoriali devono garantire delle attività di base sia attraverso l'adeguamento della rete e degli organici, sia attraverso la riorganizzazione dei carichi e della metodologia di lavoro (lavoro di rete, offerta attiva, rimodulazione dell'attività ambulatoriale) secondo quanto indicato dal POMI.

Tra le attività di base, garantite da tutti i Consultori, vanno inserite:

- Ambulatorio ginecologico di primo livello da limitare alle attività di prevenzione, alla presa in carico dell'utenza, e come supporto ad eventuali progetti specifici;
- Promozione e 1° livello dello screening del tumore del collo dell'utero. Il ruolo del Consultorio, essendo particolarmente importante nelle fasi di promozione e reclutamento dello screening, è essenziale nel determinare il tasso di adesione;
- Gestione della gravidanza fisiologica ed assistenza nel puerperio;
- Attività connesse alle richieste di IVG (ginecologiche, psicologiche, sociali);
- Prevenzione e sostegno verso donne e minori a rischio e/o vittime di maltrattamento ed abuso;
- Counselling preconcezionale e per la genitorialità responsabile, anche sociale e psicologico pre e post IVG;
- Prescrizione di contraccettivi ormonali ed applicazione di dispositivi intrauterini;
- Somministrazione di contraccettivi, inclusi quelli per la contraccezione d'emergenza, a fasce di utenza a rischio elevato di IVG (giovani fino a 24 anni, migranti, fasce socialmente deboli);
- Segretariato sociale per problematiche materno infantili;
- Consulenze psicologiche e sociali per problematiche materno-infantili, di coppia, familiari, individuali;
- Attività di promozione dei servizi consultoriali presso le scuole secondarie del territorio;
- Consulenze e sostegno sociale e psicologico nei casi segnalati dall'Autorità Giudiziaria.

Ulteriori attività dei Consultori consistono nel:

- promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale
- prevenire e curare possibili complicanze minori del postpartum
- sostenere l'allattamento al seno
- identificare tempestivamente condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati (medici, psicologici, sociali) comprese le depressioni postpartum e le psicosi puerperali.
- nell'assistenza al neonato attraverso il collegamento precoce con i pediatri di libera scelta e/o con centri di assistenza specialistici.

Le direzioni aziendali, al fine di garantire queste attività di base, da inserire all'interno di percorsi assistenziali definiti, e da erogare prevalentemente con la modalità dell'offerta attiva, articoleranno un Piano specifico, effettuando anche una valutazione della dotazione del personale, utilizzando, nei servizi carenti di alcune figure professionali, operatori appartenenti ad altri servizi, come indicato nel paragrafo precedente.

Il presente Piano intende infatti realizzare un assetto della rete dei consultori familiari in grado di distinguersi per criteri di miglioramento dell'appropriatezza degli interventi che si realizza attraverso le seguenti direttrici:

- distribuzione dei consultori in rapporto alle condizioni demografiche e geografiche
- orari di apertura flessibili
- garanzia di erogazione continuativa dei servizi
- programmazione-realizzazione di attività da svolgersi nel territorio
- collaborazione attiva con organizzazioni del volontariato
- risposte ai bisogni inerenti le tematiche di salute sessuale e di sessualità
- intervenire opportunamente nel percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG)
- svolgere funzioni di mediazione familiare
- operare nei percorsi procedurali per l'affidamento familiare e l'adozione nazionale ed internazionale
- Costituire i centri per il post-adozione

E' anche in questo ambito che si intende privilegiare il modello organizzativo dell'integrazione sanitaria con il sociale al fine di realizzare azioni congiunte delle ASP con i Comuni riguardo a particolari programmi di intervento a favore della genitorialità responsabile, del sostegno alle gravidanze problematiche, della tutela della maternità, della prevenzione di fenomeni di maltrattamento e abuso sessuale, ecc.

Altre attività nell'area materno infantile di secondo livello potranno essere affidate ad équipe distrettuali o sovradistrettuali, integrate e multidisciplinari. Tra queste vanno comprese:

- Diagnostica di 2° livello dedicata all'utenza consultoriale (ecografie, colposcopie);
- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Spazi giovani (destinati anche a giovani stranieri);
- Spazi donne e bambini stranieri;
- Centri menopausa;
- Centri per coppie infertili;
- Centri dedicati alla genitorialità fragile e a donne e minori abusati e maltrattati
- Counselling sessuologico;
- Valutazioni psicologiche e sociali per adozioni nazionali e internazionali;
- Valutazioni e trattamenti psicologico-sociali su richiesta del Tribunale;
- Valutazioni e trattamenti psicologico-sociali nei casi di maltrattamento e abuso;
- Psicoterapia;
- Progetti di educazione e promozione di stili di vita salutari destinati soprattutto alla fascia giovanile e alla popolazione migrante.

Le ASP, sulla base dei fabbisogni e delle esigenze del territorio, all'interno delle risorse assegnate, articoleranno le attività preposte alla realizzazione di specifiche linee di intervento su target di popolazione per le quali si ritiene prioritaria l'assistenza pediatrica dedicata (es. per i bambini immigrati) e l'erogazione diretta, per il tramite dei servizi farmaceutici delle stesse Aziende di riferimento, di farmaci e presidi essenziali.

Integrazione della rete consultoriale con gli altri servizi territoriali

Per le attività di promozione ed educazione alla salute, i consultori si integrano con le UU.OO. di educazione alla salute e con gli altri servizi delegati alla prevenzione in età giovanile (SERT, NPI e con i pediatri di libera scelta, collaborano e partecipano attivamente all'individuazione delle strategie più adeguate, alla progettazione e all'implementazione degli interventi, anche attraverso la formazione degli operatori. Sarà anche favorita l'integrazione con i servizi del privato sociale secondo gli ambiti di attività.

Tutta la rete Materno-Infantile deve trovare piena integrazione con i distretti ed in particolare con i PTA-Presidi Territoriali di Assistenza secondo il modello descritto nelle specifiche linee guida previste dall'art. 12 della L.R. 5/2009. Questa potrà realizzarsi attraverso:

- l'allocazione fisica di servizi ed attività materno-infantili all'interno della stessa sede del PTA;
- il collegamento a rete dei servizi afferenti all'area materno-infantile con il Punto Unico di Accesso del PTA, grazie al quale il cittadino potrà accedere a qualsiasi ambito e livello assistenziale.

Se da un lato è fondamentale la distribuzione capillare dei servizi di base e delle attività di primo livello su tutto il territorio, dall'altro, nei Piani aziendali, bisognerà prendere in considerazione l'eventuale accentramento delle

attività di secondo livello precedentemente dettagliate in seno ai PTA. Ciò al fine di generare utili economie di scala e di diversificare l'offerta specializzando alcune componenti del complesso sistema materno-infantile.

Il Dipartimento Materno Infantile (DMI)

Come indicato dal POMI, tutti i servizi dell'area materno infantile vanno inseriti all'interno del Dipartimento Infantile.

Pertanto è necessario istituire i DMI in tutte le ASP.

Il DMI, oltre i compiti già delineati nel DA 12/6/2003, ha i seguenti:

- Redigere *protocolli operativi e linee di indirizzo* per i percorsi assistenziali integrati dell'area materno infantile sulla base delle prove di efficacia esistenti e, sulla base di questi, implementare procedure omogenee nei servizi e nelle UU.OO.
- Attivare un flusso informativo omogeneo, informatizzato, coerente con gli obiettivi del POMI e del presente Piano.
- Predisporre, insieme ai Direttori di Distretto e per ciascun Distretto, un' *analisi di contesto* finalizzata:
 - alla definizione dei target degli interventi di offerta attiva (donne in età fertile e postfertile, popolazione 13-19 anni e 20-25 anni, numero classi e popolazione scolastica del territorio, popolazione straniera, ecc.);
 - alla ricognizione delle risorse umane e strumentali dei servizi dell'area materno infantile.
- Attivare gruppi di lavoro integrati su progetti specifici coerenti con gli obiettivi del POMI e del presente Piano.
- Attivare gruppi di lavoro integrati su progetti di natura interistituzionale anche attraverso la condivisione di dati su piattaforme informatiche al fine di assicurare il coordinamento e la continuità di competenze multidisciplinari nella presa in carico in ambito sociosanitario.
- Integrare funzionalmente tra loro servizi territoriali e ospedalieri che a vario titolo si occupano di salute materno infantile, promuovendo lo scambio mirato di documentazione clinica in formati elettronici standard (utilizzabili anche per il calcolo tempestivo di indicatori).

In modo particolare si raccomanda l'integrazione funzionale per i seguenti ambiti:

Per il *Percorso Nascita* e la prevenzione delle IVG:

- con le UU.OO. di ginecologia e neonatologia dei Presidi ospedalieri
- con le UU.OO. di ginecologia e neonatologia delle AA.OO.
- con gli ambulatori convenzionati interni di ginecologia
- con le UU.OO. di Educazione alla Salute
- con i servizi sociali delle Aziende sanitarie
- con i PLS
- con i MMG
- con i Servizi per immigrati

Per la Promozione della salute degli *adolescenti*:

- con le UU.OO. di Educazione alla Salute
- con i SERT
- con i PLS
- con i NPI
- con i Servizi per immigrati

Dovrà inoltre essere favorita, in ogni ambito, l'integrazione funzionale con gli enti e le associazioni del privato sociale, con il volontariato e i servizi sociali delle aziende sanitarie.

Il DMI ha anche il compito di favorire ed assicurare l'integrazione dei servizi dell'area non solo nell'ambito della ASP, ma anche con le UU.OO. di Ginecologia e con i Punti Nascita delle AA.OO e delle strutture private accreditate.

9.1 I percorsi assistenziali dell'area materno infantile

Malgrado gli ambiti di attività dei servizi dell'area materno infantile siano numerosi, alla luce dei dati e delle considerazioni illustrate in premessa, è possibile individuare delle aree prioritarie di intervento per le quali vanno realizzati percorsi assistenziali che rappresentano il necessario punto di partenza per attivare la rete integrata dei servizi da cui avviare successivamente gli altri progetti.

La logica della strutturazione dell'assistenza come "percorso" appare attualmente la più congrua ed appropriata alle esigenze dei cittadini e alle risorse disponibili del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale in quanto potenzialmente in grado di:

- garantire la continuità delle cure;
- aumentare il grado di soddisfazione e di sicurezza dell'utente;
- aumentare il grado di qualificazione e soddisfazione degli operatori;
- ridurre le procedure e gli interventi inappropriati;
- permettere una valutazione complessiva ed appropriata di tutto il sistema assistenziale;
- indurre un utilizzo appropriato delle risorse materiali e umane.

I percorsi assistenziali di cui è prioritaria la realizzazione sono:

1. *Percorso Nascita*
2. *Percorso IVG*
3. *Percorso Salute sessuale e riproduttiva dell'età giovanile*
4. *Percorso Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti*.

I quattro percorsi fondamentali sono rivolti all'utente principale (donna, neonato, bambino, adolescente, giovane) nel contesto del suo nucleo familiare, per cui le "cure" devono essere intese come presa in carico e sostegno delle problematiche del nucleo e devono valorizzare le relazioni con gli altri ambiti nei quali si svolgono (contesto sociale, scuola, ecc).

Relativamente a questi percorsi fondamentali la Regione definisce le linee di indirizzo, nel rispetto del *Progetto Obiettivo Materno Infantile* nazionale e nella consapevolezza dell'importanza dei processi valutativi da parte dei Dipartimenti Materno Infantili aziendali (DMI), che dovranno utilizzare, come principale strumento di valutazione, l'audit clinico relativo ai percorsi.

L'elaborazione e la realizzazione dei percorsi aziendali e di progetti interaziendali (tra ASP e ASO, tra ASP e ASP) costituiscono un necessario sviluppo dei percorsi assistenziali prioritari indicati dal livello regionale.

Per ogni percorso le ASP debbono dunque individuare:

- gli interventi efficaci, appropriati, sostenibili, "tracciabili" nei flussi;
- i servizi nei quali possano essere eseguiti;
- le professionalità coinvolte;
- gli indicatori di processo e di risultato, con i valori di partenza e gli standard cui tendere;
- la modalità di offerta attiva del "percorso" (informazione, coinvolgimento);
- eventuali collegamenti con altre iniziative già attive in Regione e/o nell'Azienda.

Vista l'importanza fondamentale di disporre di dati attendibili per un monitoraggio realistico dei percorsi, è necessario implementare i flussi informativi, garantire la raccolta puntuale dei dati nonché assicurare la qualità e la veridicità nella registrazione del dato.

Con particolare riferimento alla definizione dei punti nascita e dell'organizzazione dell'assistenza perinatale e neonatale è in atto operativo un apposito tavolo tecnico regionale costituito da specialisti ed esperti nel settore pubblico e privato.

9.1.1 La procreazione responsabile e il percorso nascita

Gli interventi finalizzati alla tutela della salute della donna devono strutturarsi nella maggiore percezione dei bisogni della popolazione femminile fin dalla giovane età e nella considerazione delle problematiche della sfera sessuale e riproduttiva; quest'ultima dovrà essere oggetto di particolare attenzione a partire dalle componenti preventive.

In quest'ottica la *procreazione responsabile* non va ridotta alla informazione contraccettiva che, di per sé, non comporta una responsabilità procreativa ma solo l'apprendimento di una metodica. Gli interventi dovranno essere innanzi tutto educativi aiutando la donna, e soprattutto la ragazza, a comprendere il significato della procreazione e del figlio, che non può essere un "incidente di percorso". Occorre condurre la ragazza alla conoscenza della sua corporeità, dei ritmi di fertilità naturale, dei principali contraccettivi, della profonda differenza tra contraccezione e aborto, ecc.

L'implementazione del *percorso nascita* intende raggiungere i seguenti obiettivi prioritari:

- Assicurare la continuità assistenziale alla diade madre/bambino dal periodo preconcezionale al puerperio, attraverso un percorso integrato, territoriale ed ospedaliero
- Assicurare una appropriata gestione della gravidanza fisiologica, riducendo le procedure e gli interventi inappropriati;
- Ridurre i parti cesarei inappropriati
- Favorire l'allattamento al seno

Interventi prioritari

Il raggiungimento di tali obiettivi è possibile attraverso:

- La realizzazione di percorsi differenziati secondo il livello di rischio (basso, medio, alto);
- La gestione delle gravidanze a basso rischio presso i consultori familiari;
- La centralità della figura dell'Ostetrica/o quale operatore qualificato per la gestione delle gravidanze fisiologiche.
- La redistribuzione del carico di lavoro tra servizi ospedalieri e territoriali in base alla loro mission (riduzione del carico di lavoro degli ambulatori prenatali delle UU.OO. ospedaliere, incremento del numero di donne gravide seguite presso i CCFF, semplificazione dell'accesso alla diagnosi prenatale di routine).

Le fasi principali del P.N. comprendono:

Il periodo preconcezionale

- Emersione rischio preconcezionale
- Prevenzione dei difetti del tubo neurale
- Vaccinazioni antirosolia prima della gravidanza nelle donne prive di anticorpi
- Consulenza genetica preconcezionale per le coppie a rischio

- Prevenzione disordini ipertensivi, ritardo di crescita e distocia di spalla attraverso il mantenimento del peso corporeo normale con BMI 18 – 30.
- Prevenzione delle patologie gravidiche

La gravidanza

- Prima presa in carico della donna gravida presso i consultori
- Diagnosi prenatale (identificazione dei centri accreditati)
- Corsi di accompagnamento alla nascita
- Istituzione presso i Punti Nascita di Ambulatori per la gravidanza a termine

9.1.2 Screening e diagnosi prenatale dei difetti congeniti del feto

L'evidenza scientifica riconosce il ruolo preminente dello *screening* ecografico del I trimestre mediante la misurazione della translucenza nucale (NT), o "combinato" (ecografico e biochimico), per la valutazione del rischio della sindrome di Down e per l'accesso alle procedure invasive.

La misurazione NT ha valore solo se rilevata da operatori esperti. La Fetal Medicine Foundation (FMF) di Londra rappresenta l'unico organo scientifico che garantisce il costante controllo di qualità. Pertanto gli operatori addetti ai test di *screening* devono essere accreditati presso la FMF e rispettare il programma annuale di controllo della qualità. Altre forme di accreditamento potranno essere introdotte sulla base di evidenze scientifiche e previo parere della Commissione Materno-Infantile Regionale.

Attualmente nella Regione Siciliana vi è un numero insufficiente di specialisti accreditati FMF ed è facile prevedere che l'offerta dello *screening* modificherà la cultura delle gestanti: è prevedibile il verificarsi di un progressivo incremento delle richieste e pertanto si rende necessario accreditare nuovi operatori mediante procedure da definirsi in ambito regionale.

E' necessario inoltre definire criteri specifici per l'accesso alla diagnosi prenatale invasiva, anche allo scopo di ridurre il numero di aborti provocati dalle procedure invasive spesso inappropriate e contenere la spesa sanitaria delle stesse.

Per queste finalità verrà istituito un gruppo di lavoro regionale multidisciplinare che avrà le funzioni di precisare i percorsi, monitorare le attività nonché di verificare - dopo un anno dalla adozione dei relativi provvedimenti - i risultati dello screening. Il medesimo gruppo di lavoro, in armonia con eventuali altri tavoli tecnici operanti nell'area materno-infantile, si occuperà della rete regionale di diagnosi ecografica prenatale, di definire i livelli diagnostici ed i criteri di identificazione dei Servizi di I, II e III livello per la diagnosi e terapia dei difetti congeniti, affrontare i problemi della formazione e individuare le procedure di accreditamento.

Interventi prioritari

Il Piano per lo screening e la diagnosi prenatale dei difetti congeniti del feto deve tenere in considerazione i seguenti punti:

- Definizione e integrazione dei "livelli" in una logica di rete

Le ecografie di I livello, effettuate dai Servizi di Ecografia delle Aziende Sanitarie e delle strutture private accreditate, sono finalizzate allo *screening* delle patologie della gravidanza. Le ecografie di II livello, o più precisamente "su indicazione", concernenti i dubbi diagnostici in numerose condizioni di patologia gestazionale (diabete, gestosi, ritardo di crescita fetale, gemellari, patologie degli annessi fetali, difetti congeniti), devono essere effettuate in un ambulatorio ecografico inserito nel contesto di un servizio ambulatoriale di patologia della gravidanza, in cui operino professionisti esperti nell'ambito.

Infatti le problematiche di chiarimenti diagnostici in determinate situazioni sono spesso correlate a patologie gestazionali e possano trovare una precisa e completa risposta solo in una sede dove sia possibile effettuare un approccio anche clinico alle problematiche stesse e non solo un semplice esame strumentale, identificandosi così i servizi di II livello ecografico più propriamente come strutture ambulatoriali per la sorveglianza delle patologie gestazionali.

Le collocazioni naturali di tali strutture sono i Servizi ambulatoriali specialistici di comprovata esperienza pubblici e privati accreditati di patologia della gravidanza. Il III livello deve essere in grado di offrire un approccio diagnostico multidisciplinare alle più importanti problematiche, come le gravidanze con feto affetto da malformazioni, e di garantire soluzioni terapeutiche pre- e post-natali.

I professionisti delle strutture di I livello, accreditati alla esecuzione delle procedure di screening, incluse quelle più avanzate (anomalie cromosomiche e cardiopatie), potrebbero essere integrati nel nuovo assetto di una politica di diagnosi prenatale che vede il primo livello come accesso ad un sistema diagnostico che riconosce al I livello lo "*screening*" ed al II livello il "*completamento diagnostico*", ma con un identico "*contenuto*" di livello professionale e di competenze. Il II livello presenterebbe così il valore aggiunto della collocazione della unità diagnostica nel contesto di una struttura che può fornire anche le necessarie e opportune soluzioni cliniche.

La risposta più concreta alle esigenze di integrazione è certamente quella di organizzare le attività diagnostiche prevedendo la partecipazione dei professionisti dei servizi ambulatoriali anche alle attività di II livello.

- Formazione e Accreditamento degli operatori
- Integrazioni
- Percorsi
- Procedure invasive

Le procedure invasive (amniocentesi) vanno effettuate nei centri di II livello al fine di garantire una sufficiente operatività. Il criterio di selezione può essere quello di garantire, a titolo esemplificativo, l'esecuzione di almeno 200 procedure per anno. Le villocentesi potrebbero invece essere effettuate nei centri di II livello specializzati nelle procedure di diagnosi prenatale ed in quelli di III livello. I prelievi di sangue fetale e le procedure di terapia in utero devono essere effettuate nei centri di III livello.

- Nuove tecnologie

Il programma da realizzare dovrà anche prevedere l'uso di avanzate tecnologie diagnostiche, sia nel settore della diagnosi ecografica (3-4D, Cardiotonic per le patologie cardiache) che in quello della diagnosi citogenetica (sviluppo di nuove tecniche di analisi delle anomalie cromosomiche) e genetica.

9.1.3 Il percorso IVG

La prevenzione della Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG) non deve limitarsi alla prevenzione contraccettiva, anche se questa costituisce una componente necessaria e irrinunciabile, ma occorre una prevenzione remota di carattere valoriale che porti la donna a comprendere la profonda differenza tra contraccezione e aborto e a non utilizzare, come più volte richiesto e ribadito dal Ministero della Salute, l'IVG come metodo contraccettivo.

Occorre inoltre potenziare i collegamenti tra le istituzioni di volontariato, i consultori e i servizi ospedalieri in cui si pratica l'IVG, come espressamente richiesto dalla legge 194/78 che obbliga il medico a informare la donna sulle strutture esistenti nel territorio.

Analogamente, le strategie preventive e di corretta informazione devono essere estese anche con riferimento all'interruzione farmacologica della gravidanza attraverso l'uso del farmaco "RU486", per la cui applicazione sono state definite apposite linee guida regionali in conformità alle indicazioni ministeriali e dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

9.1.4 La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

La sterilità di coppia rappresenta un problema emergente e di vaste proporzioni con un importante impatto sociale. Oltre il 30% delle coppie abbia difficoltà riproduttive. I dati ufficiali parlano di oltre 40.000 cicli di procreazione medicalmente assistita (PMA) effettuati in Italia nel 2008 con una richiesta di oltre 5.000 cicli di PMA/anno nella sola Regione Siciliana. A fronte di questa richiesta, attualmente, vengono effettuati nella nostra Regione circa 3.000/anno e precisamente sono stati eseguiti 3.120 cicli di cui solo 485 (15.5%) in centri pubblici e 2.635 (84.4%) in centri privati; i restanti 2.000 cicli rappresentano una delle maggiori voci di mobilità sanitaria extraregionale, soprattutto verso, l'Emilia Romagna (43.2% rispetto al totale dei pazienti trattati), la Toscana (36.2%), il Lazio, e Lombardia (18.9%). con un impatto negativo non indifferente sui conti sanitari regionali.

È ipotizzabile, tuttavia, che questi dati siano sottostimati per l'impossibilità di censire correttamente tutti i cicli di trattamento erogati all'estero, specialmente in Belgio, Francia e Spagna.

In Sicilia operano 36 centri di cui 7 pubblici e 29 privati (22.2% vs 77.8%) (Annual Report del Ministero della Salute, luglio 2010); nell'ambito dei 7 centri pubblici 1 effettua solo tecniche di I livello (Inseminazione semplice) mentre 6 effettuano tecniche di II e III livello: FIVET, ICSI e tecniche di prelievo chirurgico degli spermatozoi.

L'impossibilità di eseguire un numero più alto di prestazioni nei centri pubblici siciliani è legata a problemi organizzativi e strutturali.

I Centri pubblici e privati di Procreazione Medicalmente Assistita devono rispettare un accreditamento rigoroso; gli organismi preposti devono effettuare un'attenta e costante valutazione del mantenimento dei requisiti di accreditamento da parte dei centri autorizzati a praticarla, al fine di garantire il rispetto dei requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture, nonché delle caratteristiche del personale in esse impiegato definiti ai sensi dell'art. 10 della legge 19 febbraio 2004, n.40.

Ogni Centro di II e III livello deve avere personale dedicato (ginecologo, biologo, tecnico di laboratorio, infermiere) e ostetrico ed effettuare almeno 200 cicli annuali di tecniche di II e III livello per poter garantire gli standard di qualità ed efficienza precisi al compito.

La Regione prevede la costituzione di un gruppo di lavoro di professionisti esperti composto da operatori pubblici e privati finalizzato a definire indicazioni e criteri di accesso alla procedura di PMA, alla identificazione di un DRG specifico e della relativa tariffa anche nella prospettiva della definizione del percorso di accreditamento per le strutture pubbliche e private in tale ambito.

9.1.5 Il percorso Salute Sessuale e Riproduttiva dell'età giovanile

Rientra in tale percorso la prevenzione e la terapia delle malattie a trasmissione sessuale (STD).

La progressiva liberalizzazione dei costumi sessuali, l'abbassamento sempre crescente del coitarca e, in determinate fasce, anche una maggiore "offerta" della prostituzione, ha portato a un incremento delle STD.

Occorre predisporre i necessari interventi anche con ambulatori medici dedicati alla loro prevenzione e terapia.

Inoltre, numerose patologie come l'endometriosi, la policistosi ovarica, l'infezione da clamidia possono essere causa o concausa di sterilità. Molte volte sono sottovalutate o non si dispone di adeguati strumenti diagnostici. Occorre pertanto una maggiore sensibilizzazione del personale sanitario anche attraverso la predisposizione di ambulatori dedicati.

Sotto l'aspetto strettamente terapeutico, occorre potenziare la rete pubblica dei servizi dedicati alla terapia della sterilità (nella sua globale accezione non limitata alla PMA) oggi prevalentemente affidata all'ambito privato.

Alcune patologie di carattere sessuale, in parte anche alcune di tipo riproduttivo (a eziologia infettiva, per IVG ripetute, ecc.) sono strettamente correlate a particolari stili di vita.

Occorre quindi predisporre adeguate campagne informative sui rischi che condizioni di promiscuità sessuale o di marginalità sociale possono provocare.

Per quanto attiene gli aspetti di prevenzione oncologica correlati alla sfera sessuale e riproduttiva dell'età giovanile,

come evidenziato nella sezione del Piano relativa alle attività di prevenzione, per lo screening del cervico-carcinoma si è ancora lontani dall'aver raggiunto i risultati attesi. Questo è dovuto alla scarsa recettività alle campagne di prevenzione, specie da parte di alcune fasce sociali e al già ricordato abbassamento dell'età del coitarca non sempre accompagnato da una conoscenza della possibile esposizione a fattori oncogeni.

E' essenziale quindi, da un lato, sensibilizzare la popolazione a rischio e, dall'altro, predisporre campagne di screening più incisive e capillari. E' altresì necessario, sul piano educativo, far comprendere come il PAP test sia prioritariamente uno strumento di prevenzione oncologica e, solo secondariamente, di diagnosi infettivologica.

Interventi prioritari in questa direzione comprendono inoltre:

- *Piano vaccinale anti HPV*
- *Screening per Ca portio*
- *Screening per Ca mammella*

Tali interventi potranno essere attuati attraverso:

- adeguate campagne informative di prevenzione sui principali fattori di rischio rivolte alla popolazione in generale e ad alcune particolari fasce maggiormente esposte;
- inserimento della prevenzione del cervico-carcinoma nell'ordinaria attività della pratica ginecologica anche del privato (e non solo delle strutture consultori ali e ospedaliere);
- coinvolgimento dei medici di medicina generale;
- adeguamento, nel tariffario di alcune prestazioni (come ad es. la colposcopia) il cui basso importo è sproporzionato all'importanza, durata e delicatezza dell'esame;
- uniformità di protocolli e linee-guida sulle dinamiche comportamentali in caso di PAP test anomalo;
- insegnamento della tecnica dell'autoesame del seno a tutte le donne utilizzando occasioni di incontri per associazioni femminili e altre opportunità simili;
- promozione di strategie per l'abbattimento delle liste di attesa per le prestazioni diagnostiche.

Prevenzione delle patologie gravidiche e assistenza della gravidanza a rischio

La prevenzione primaria delle patologie gravidiche è certamente migliorata ma è ancora carente.

Occorre una più capillare sensibilizzazione dell'utenza ma anche della classe medica, soprattutto dei medici di medicina generale.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Campagne di educazione sanitaria sulle effettive possibilità di prevenzione primaria e, in particolare, per le malattie infettive.
- Campagne di informazione e prevenzione delle infezioni del gruppo TORCH in gravidanza.
- Campagne contro il tabagismo, già predisposte dai competenti organi sanitari e legislativi.
- Adeguata informazione della classe medica sugli effettivi danni da agenti teratogeni in gravidanza spesso mal conosciuti, enfaticizzati e trasmessi alla gestante (farmaci, radiografie, ecc.).
- Miglioramento dell'assistenza al parto attraverso dispositivi di VRQ ed MCQ sul personale ostetrico.
- Ottimizzazione degli organici anche al fine di evitare sovraccarichi lavorativi esitanti in cattivo management del parto e possibili danni perinatali.
- Attenzione verso i fattori di rischio pre e postnatali, anche in collaborazione con i servizi di salute mentale e di psicologia, sia in relazione a problemi di sterilità sia per quanto riguarda la depressione post-partum nelle sue varie forme e gradi, favorendo il potenziamento della collaborazione tra le strutture sanitarie e sociosanitarie coinvolte (reparti di ostetricia e ginecologia, consultori familiari, ecc.).

Promozione del parto naturale

L'allarme nazionale lanciato dai competenti organi sanitari nei confronti del numero eccessivo di parti cesarei nel nostro Paese, come evidenziato nell'analisi di contesto, è ancora più evidente in Sicilia.

Le ragioni di questo fenomeno sono molteplici: paura delle ripercussioni medico-legali in caso di mancato TC, esplicita richiesta della donna, carenze strutturali che rendono più semplice ricorrere al TC, impossibilità per carenze degli organi o degli assetti strutturali a eseguire parti di prova o parto per via vaginale dopo TC, ecc.

Pertanto è necessario promuovere una più appropriata prassi clinica per ciò che riguarda la gestione del parto e il suo naturale espletamento evitando, da un lato, l'eccessiva medicalizzazione e il ricorso ancora eccessivo al TC, dall'altro, l'eccessiva naturalizzazione rischiando di sottovalutare patologie che, adeguatamente trattate, potrebbero essere risolte.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Adozione di rigorose linee-guida e protocolli operativi a cui attenersi per decidere di ricorrere al taglio cesareo (TC).
- Previsione di strumenti di verifica dell'appropriatezza della prestazione in caso di ricorso al TC.

- Impiego di idonei strumenti informativi per l'utenza che chiariscano l'esclusiva competenza medica nella scelta di ricorrere al TC.
- Maggiore Umanizzazione del parto Naturale mediante potenziamento dell'offerta assistenziale (analgesia peridurale, parto in acqua, parto attivo) in tutte le Divisioni di ostetricia.
- Offerta assistenziale parto a domicilio e Centri Nascita Alternativi.
- Potenziamento delle risorse assistenziali (umane, strumentali e logistiche) per diminuire il ricorso al TC.
- Potenziamento dell'offerta di altre forme indolori in tutte le UU.OO. di ostetricia e ginecologia
- Rispetto degli standard qualitativi del parto con periodiche VRQ e la verifica degli outcome inerenti la mortalità perinatale.

9.1.6 L'assistenza ginecologica

Il presente Piano, in linea con gli orientamenti delle Società scientifiche e della WHO, promuove un'organizzazione delle cure ginecologiche secondo una classificazione dei presidi sulla base dell'intensità diagnostico-terapeutica.

I livelli di assistenza, distinti per complessità organizzativa ed intensità di trattamenti, possono essere così suddivisi:

- I Livello
Struttura di Ginecologia senza posti letto o con posti letto a ciclo diurno che erogano prestazioni di Day Hospital/ Day Surgery .
- II Livello
Strutture con posti letto in cui vengono assistite pazienti con condizioni cliniche a basso rischio .
Non meno di 200 interventi ginecologici maggiori .
- III Livello

Strutture con posti letto in cui vengono assistite pazienti con condizioni cliniche ad alto rischio chirurgico/anestesiologico. Tali strutture devono essere caratterizzate dalla contestuale presenza di altre U.O. specialistiche che permettano di affrontare qualsiasi patologia concomitante. Devono inoltre assicurare:

- non meno di 200 interventi ginecologici maggiori/anno;
- non meno di 15 interventi ginecologici oncologici/anno per patologia.

Inoltre, la cura della patologia onco-ginecologica deve usufruire di un approccio multidisciplinare (oncologia medica, radioterapia, chirurgia vascolare, chirurgia generale, urologia) nell'ambito di appositi protocolli terapeutici, anche mediante collegamento funzionale.

E' prevista la definizione, con il supporto della Commissione regionale materno-infantile, della Rete di servizi per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e delle disfunzioni del pavimento pelvico e, in condivisione con la Commissione oncologica regionale, della Rete delle patologie onco-ginecologiche.

9.1.7 Il percorso salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Il crescente flusso migratorio nel nostro Paese sta portando alla presenza di un numero sempre crescente di donne e di gestanti immigrate. Oltre il 10% delle nascite in Sicilia è di gestanti immigrate.

Questo, se da un lato non comporta una diversità di tipologia assistenziale sul piano strettamente sanitario, implica invece notevoli diversità culturali, inerenti le diverse etnie nonché la necessità di conseguenti mutamenti di carattere attitudinale e comportamentale. Molti ospedali si sono adeguati istituendo percorsi differenziati specifici per le donne immigrate. Se questo, da un lato, può costituire un utile elemento di attenzione prioritaria, dall'altro, è ipotizzabile il rischio di una certa ghettizzazione come se le gestanti immigrate costituissero una sorta di "classe a sé" da trattare in modo diverso separandole dalle altre gravide.

Gli interventi prioritari individuati nel presente piano sono:

- Formazione interculturale e transculturale del personale di assistenza che deve conoscere sempre i criteri generali di approccio al paziente immigrato e, nei limiti del possibile, anche il background culturale delle etnie con cui più frequentemente si confronta., in modo particolare per ciò che riguarda le "culture del parto".
- Potenziamento della rete dei mediatori culturali che non sono semplici interpreti linguistici, come spesso vengono ritenuti, ma reali "mediatori" tra due universi culturali.
- Previsione di percorsi differenziati se, dove, e nella misura e modalità necessaria a un effettivo vantaggio della gestante.
- Possibilità di favorire la presenza dei propri ministri di culto e delle pratiche religiose della propria etnia.
- Possibilità di inserire diete speciali differenziate secondo i propri usi alimentari al pari di quanto avviene con le diete speciali per tipologie patologica (ulcera, diabete, obesità, ecc.).

Tali interventi si inquadrano nel contesto più generale dell'assistenza alla popolazione immigrata definito nella sezione specifica 4.4 del presente Piano.

9.2 La prevenzione della mortalità neonatale, materna e delle malattie perinatali: messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato- counseling e diagnostica prenatale

Sono ancora pochi i centri che effettuano in modo competente e affidabile la diagnosi prenatale e soprattutto è assolutamente carente il counselling pre- e post-diagnostico.

Si pone quindi la necessità di inserire il percorso della diagnosi prenatale all'interno di un iter relazionale per cui esso debba essere innanzitutto "scelto" dalla gestante e non imposto dal medico. Inoltre è necessario sviluppare adeguate competenze e supporti di carattere psicologico e comunicativo.

Interventi prioritari

- Riduzione delle liste d'attesa nei Centri pubblici che effettuano diagnosi prenatale.
- Presenza dello psicologo con particolari competenze comunicative nell'ambito del counselling.
- Potenziamento delle abilità comunicative del medico con particolare riferimento alla "comunicazione di diagnosi infausta".
- Conoscenza e rispetto delle differenziate posizioni etiche degli utenti.
- Migliore collegamento con le strutture sanitarie e di volontariato del territorio per il miglior management della gravidanza, del parto e dell'assistenza al neonato nei casi in cui la madre decida di proseguire la gravidanza.
- Migliori collegamenti con i centri di riferimento nazionali (telefono rosso, ecc.) per la gestione della gravidanza e del parto in caso di anomalie evidenziate con la diagnosi prenatale.

9.2.1 Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato

Nell'ambito della riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale, la Regione, in linea con gli orientamenti programmatori nazionali e internazionali, intende rimodulare la rete materno-infantile per garantire adeguati standard di qualità relativamente all'organizzazione ed alle funzioni collegate all'assistenza.

Il processo di riorganizzazione della rete assistenziale materno-infantile è finalizzato ad attuare progressivamente, nel triennio di validità del presente Piano, le *"Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"* presentato alle Regioni dal Ministero della Salute il 4 novembre 2010 e in atto all'esame della Conferenza Stato-Regioni, rinviando, invece, per gli aspetti relativi agli standard strutturali e tecnologici, alla programmazione sanitaria regionale in tema di accreditamento istituzionale.

A tal fine, recependo già le indicazioni di detto documento tecnico, la riorganizzazione della rete dei punti nascita dovrà essere articolata su due livelli assistenziali sulla base dei criteri meglio esplicitati nel paragrafo seguente.

La costruzione della rete si basa sul principio della continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata attraverso percorsi specifici per gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio nonché realizzando un sistema fortemente integrato tra i vari livelli istituzionali sia in ambito sanitario che sociosanitario e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le diverse strutture che operano in ospedale, nel distretto sanitario/sociosanitario e ospedaliero e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

L'obiettivo è quello di migliorare il livello dei LEA, gli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento al numero dei parti cesarei garantendo maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

Al riguardo sono in corso di attuazione strategie finalizzate alla disincentivazione del ricorso al parto cesareo sia attraverso l'implementazione di linee guida per il miglioramento assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa sia attraverso la revisione dei regimi tariffari.

A tal fine il presente Piano si prefigge di riorganizzare le UU.OO di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, organizzandone i livelli di assistenza anche in relazione alla complessità dell'attività svolta e sull'organizzazione in rete dei servizi per patologia, volume e complessità.

Per quanto concerne la riorganizzazione delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, in considerazione della disomogenea e talvolta anomala distribuzione territoriale delle stesse, il presente Piano intende valorizzarne ulteriormente il collegamento funzionale con la rete regionale di emergenza e potenziare il Servizio di Trasporto per le Emergenze Neonatali (STEN) Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) su base regionale, allo scopo di garantire ottimali livelli di efficacia, efficienza ed economicità gestionale.

Nell'ambito del più ampio processo di riqualificazione del percorso materno-infantile, con specifico provvedimento sarà definito il programma di dettaglio di riorganizzazione e "messa in sicurezza" dei punti nascita ove si terrà conto delle indicazioni contenute nel documento di indirizzo nazionale attraverso un percorso graduale di integrazione del territorio a garanzia di sicurezza della madre e del bambino, tendendo progressivamente all' allineamento con gli standard nazionali. Contestualmente saranno riqualificate le Neonatologie con particolare riferimento ai requisiti organizzativi e tecnologici. In questo contesto, merita un'attenzione particolare la riorganizzazione delle UTIN (Unità di Terapia Intensiva Neonatale) anche sotto l'aspetto della formazione specifica per gli operatori.

Criterio generale per la disattivazione/mantenimento dei punti nascita

Nella prima fase di attuazione delle azioni volte a migliorare in termini di sicurezza, appropriatezza e qualità del percorso nascita onde raggiungere gradualmente gli standard previsti dal citato documento tecnico del Ministero della Salute, si è ritenuto di recepire le indicazioni dell'OMS, e le conformi prescrizioni nazionali (cfr. D.M. 24 aprile 2000 relativo alla adozione del progetto obiettivo materno-infantile), che fissano il livello minimo per ciascun punto nascita in almeno 500 parti annui, salve le eccezioni su cui *infra*.

Ed invero i punti nascita - presenti, in particolar modo, nell'Italia centrale e meridionale - con un numero di parti inferiori a 500, rappresentano ancora una quota intorno al 30% del totale; in tali strutture, inoltre, il numero di parti è esiguo (la media è inferiore ai 300 parti/anno) e rappresenta meno del 10% dei parti totali.

Partendo da tali premesse, il programma di "messa in sicurezza" e di costruzione della rete deve tenere conto non soltanto del numero dei parti/anno ma anche dell'andamento dell'attività ostetrica e ginecologica di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione relativamente agli anni 2005- 2009, come risultante dalle SDO e dalla caratterizzazione quali-quantitativa di quest'ultima, e dovrà essere attuato sulla base delle seguenti direttrici:

- la disattivazione dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno, con l'eccezione di quelli individuati come punti nascita in zona disagiata di cui al punto seguente;
- mantenimento dei punti nascita che, in relazione alla peculiarità dei territori montani, alla frammentazione territoriale e alle caratteristiche orografiche, pur al di sotto di 500 parti/anno, rispondono alle caratteristiche di zona montana, e/o disagiata, e/o con notevole distanza dalle strutture di riferimento ostetrico/ginecologiche di livello superiore più vicine;
- il mantenimento dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno che presentano un valore medio nei cinque anni che si approssima a 500 e con trend positivo e/o la cui attività è valutata positivamente in termini di appropriatezza e/o che assolvono alla funzione di riferimento provinciale, salvo quanto previsto nel punto successivo;
- l'accorpamento delle unità operative sedi di punti nascita ancorché con numero di parti di 500 o più annui se vicini da realizzarsi nella struttura che presenta le migliori condizioni di sicurezza (Utin, rianimazione etc).

In questa fase programmatica, per la quale si terrà conto dei parametri e criteri sopra indicati, verrà fissato tuttavia il numero di almeno 1000 parti/anno quale parametro standard a cui tendere progressivamente nel triennio.

Criteri specifici per l'individuazione dei livelli assistenziali dei punti nascita e dell'assistenza neonatale

I livelli dei punti nascita e della rete di assistenza neonatale saranno identificati secondo le indicazioni contenute nelle "Linee di indirizzo" del Ministero della Salute in atto all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Il Servizio di Trasporto per le Emergenze Neonatali (STEN) in ambito regionale

Il Servizio (STEN) per il trasporto dei neonati alle UTIN nella massima sicurezza possibile, consente di ridurre i rischi di mortalità e disabilità correlati con i danni perinatali ed è quindi requisito essenziale per il percorso nascita. Tale servizio è preposto anche al trasporto dei neonati pretermine e di quelli di peso molto basso, in quanto particolarmente a rischio di mortalità e di danni permanenti riconducibili ad una patologia respiratoria insorta o evidente alla nascita; in tali casi, la rianimazione alla nascita, la stabilizzazione delle condizioni cliniche e il trasporto assistito influenzano la possibilità e la qualità della sopravvivenza.

I Centri individuati dalla Regione per lo STEN intervengono su chiamata dei punti nascita e delle neonatologie, attraverso il coinvolgimento del servizio 118 e del personale medico ed infermieristico dedicato, operando sulla base di idonei protocolli operativi condivisi.

Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) in ambito regionale per la centralizzazione delle gravidanze a rischio nei centri di II livello per le cure ostetrico-ginecologiche e neonatali

Il Servizio (STAM), deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitaria territoriale (Servizio 118).

Per quanto possibile il trasporto materno deve essere programmato e prevede il collegamento continuo tra struttura inviante e struttura ricevente. Il trasporto assistito materno può essere affidato, purché in presenza di ostetrico ginecologo, ai mezzi operativi afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (DEA) di I e II livello secondo le citate linee guida per il sistema di emergenza-urgenza del 1996, elaborate dal Ministero della Salute in applicazione del D.P.R. 27/03/1992.

Come previsto per l'individuazione dei livelli dei punti nascita e quelli relativi all'assistenza neonatale, anche l'allocazione dei servizi STEN e STAM, sarà definita su proposta della Commissione regionale per l'assistenza materno-infantile, in considerazione delle indicazioni del documento in atto all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Interventi prioritari

Il processo di messa in sicurezza dei punti nascita sarà accompagnato, dunque, dalla definizione, con appositi provvedimenti assessoriali, durante il periodo di validità del presente Piano, di specifici protocolli operativi finalizzati a garantire, in una logica di continuità assistenziale, sia il percorso di cure per la gestante che i collegamenti con i punti nascita in elezione e in emergenza-urgenza.

Potenziamento dell'analgesia in travaglio di parto

Il programma assistenziale alla gravidanza necessita di una forte interdisciplinarietà tra le varie componenti professionali finalizzate alla promozione di una vera e propria continua umanizzazione dell'assistenza.

Sebbene il controllo del dolore possa ancora culturalmente essere considerato come qualcosa di non necessario l'analgesia in travaglio di parto si è dimostrata in grado di apportare notevoli benefici sia alla madre che al nascituro.

E' chiaro che, in un percorso che si prenda carico della donna fin dall'inizio della gravidanza, il trattamento del dolore da parto va preso in considerazione e programmato fin dalle prime visite.

La tecnica di analgesia ostetrica che consente di ottenere i migliori risultati con il minor numero di complicanze è l'analgoanestesia peridurale, le cui principali indicazioni sono, oltre al sollievo dal dolore: il travaglio discinetico, le malattie cardiache e respiratorie, il diabete mellito, l'ipertensione e il parto pretermine.

E' dimostrato infatti, da numerosi studi in letteratura, che il dolore da parto quando sia molto intenso o prolungato o non accettato assume di per sé effetti negativi sulla omeostasi fisiologica e sull'attuazione fisiologica del travaglio stesso. Un parto dolce è un ottimo punto di partenza per favorire l'allattamento al seno e il *rooming in*. In Sicilia già dal 1988 l'analgesia peridurale in travaglio di parto viene offerta a tutte le pazienti che la richiedono presso alcune strutture ospedaliere dell'Isola.

I risultati attesi sono:

- Percentuale del tasso di parti cesarei, nell'arco del triennio, tendenzialmente al 20% secondo le linee guida dell'ISS.
- Implementazione del 30% dell'allattamento fino al 3 mese di vita del bambino
- Incremento del 40% del *rooming in*.

9.3 Il puerperio e la salute del neonato e del bambino

Puerperio

La presa in carico precoce da parte dei consultori della diade madre/bambino, subito dopo le dimissioni dal punto nascita, favorisce la promozione del benessere della madre, del bambino e della famiglia nel periodo del fisiologico adattamento post-natale.

L'assistenza in puerperio, anche domiciliare se gradita dalla donna, ha i seguenti obiettivi:

- Sostegno alla funzione genitoriale
- Prevenzione delle possibili complicanze materne e neonatali nel periodo puerperale
- Identificazione e trattamento tempestivi di eventuali complicanze organiche e relazionali (depressione) nel periodo puerperale
- Procreazione responsabile
- Promozione di una tempestiva presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta
- Prevenzione ed aiuto alla risoluzione dei problemi che possono insorgere nei primi giorni dell'allattamento.

Promozione dell'allattamento al seno

L'allattamento al seno è la migliore via di alimentazione del bambino; l'OMS indica nell'alimentazione al seno materno esclusiva per i primi 5-6 mesi il gold standard per la crescita nutrizionale e globale del bambino.

In Sicilia la percentuale di bambini allattati al seno, come evidenziato nell'analisi di contesto, è inferiore al valore medio nazionale (40% vs 60%). Al riguardo la Regione aderisce alle reti italiane di progetti di qualità negli ospedali (rete HPH promossa dall'OMS, la rete degli ospedali "Amici dei bambini" promosso dall'UNICEF), finalizzati al raggiungimento di standard richiesti dall'OMS e dall'UNICEF.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Previsione di un percorso favorente l'allattamento al seno, all'interno dei punti nascita.
- Istituzione di corsi per gestanti e gruppi di sostegno per puerpere con il coinvolgimento dei pediatri di famiglia e di mamme volontarie.

I percorsi di facilitazione dell'allattamento al seno dovranno avvalersi del ruolo delle puericultrici.

Prevenzione della SIDS (Sudden Death Infant Syndrome)

La sindrome da morte improvvisa del lattante (SIDS) è un tragico evento che colpisce neonati apparentemente sani. La SIDS rappresenta, nei Paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi, con un rapporto femmine/maschi di 1:1,6.

L'80% dei decessi si verifica nei primi cinque mesi di vita con un picco di massima incidenza tra il secondo ed il quarto; complessivamente la SIDS è responsabile del 40% delle morti nel periodo post-neonatale.

L'incidenza è pari a circa l'1,0‰ fra i nati vivi. L'individuazione di quattro fattori di rischio fortemente correlati alla SIDS (posizione prona durante il sonno, ipertermia ambientale, fumo di sigaretta sia durante che dopo la gravidanza e allattamento artificiale) ha indotto alcuni Paesi (Nuova Zelanda, Australia, Inghilterra,

Olanda, Francia, USA) ad effettuare campagne di prevenzione su larga scala che hanno portato ad una riduzione della mortalità di circa il 40%.

In Sicilia, considerato l'elevato tasso di mortalità infantile (5,1/1000 nati vivi) che rappresenta ancora il secondo livello più alto in Italia (3,7/1000 nati vivi), è necessario diffondere l'informazione alle famiglie sui rischi conseguenti ad errati comportamenti (ad es. qualora il bambino non venga posto a dormire in posizione supina, quando la madre fuma in gravidanza e nel periodo neonatale e post-neonatale aumentando il rischio di morte improvvisa o quando i bambini vengono coperti eccessivamente o tenuti in ambienti con elevate temperature), nonché sul valore dell'allattamento al seno come fattore protettivo rispetto all'evento della morte improvvisa.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Campagne di prevenzione per l'eliminazione dei fattori di rischio finora individuati.
- Condivisione di messaggi univoci fra punti nascita, consultori e pediatri di libera scelta.
- Ampliamento degli screening neonatali già attuati a numerose altre malattie metaboliche, oggi possibile con microprelievi su carta mediante l'apparecchiatura denominata "*Tandem mass*". La diagnosi precoce permette in molti casi un normale sviluppo del neonato affetto, mediante provvedimenti dietetici o terapie sostitutive.
- Attuazione dello screening delle ipoacusie congenite mediante protocolli condivisi tra tutti i punti nascita, le Neonatologie, le UTIN, gli ambulatori territoriali di Audiologia e le U.O. Ospedaliere di Audiologia. La prevalenza dell'ipoacusia congenita in Sicilia è di 2,5 ‰ nati vivi (quasi doppia del resto d'Italia). Il costo sociale di un soggetto affetto da ipoacusia congenita è stato calcolato in € 737.994,76 se di sesso maschile e € 755.404,02 se di sesso femminile, di cui il 3,8 ‰ per costo medico diretto e il 96,2% per costo sociale.

Dimissione precoce protetta del neonato

La dimissione precoce potrebbe esporre il neonato ad un numero maggiore di rischi soprattutto in caso di condizioni socio-ambientali non idonee per la gestione del piccolo. Di contro, l'arrivo precoce a casa del neonato, favorisce il fisiologico adattamento della madre e del padre alla nuova condizione di genitori. Al fine di poter consentire dimissioni precoci in condizioni di sicurezza, il neonato fisiologico deve essere altrettanto precocemente affidato alle cure del pediatra di libera scelta e, in caso di necessità, del punto nascita. E' necessario, inoltre, che tra pediatra e punto nascita sia definita una modalità comunicativa. Un lavoro sinergico aiuterebbe nel sostegno all'allattamento al seno e, soprattutto, nell'effettuazione degli screening neonatali, metabolici e sensoriali. In tal senso, potrebbero essere affidate al personale dei Consultori (Ostetriche, assistenti sociali, psicologi), su segnalazione dei punti nascita, visite domiciliari in puerperio per il controllo generale del neonato e per il sostegno alle madri (es. norme di accudimento, allattamento al seno, depressione post-partum, ecc.) con particolare riguardo alle madri adolescenti e/o depresse.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Definizione di protocolli terapeutici comportamentali comuni tra punti nascita, consultori e pediatri di libera scelta.
- Definizione di modalità di verifica dell'effettuazione degli screening metabolici e sensoriali.

Rete assistenziale e follow up del pre-termine

Il parto prematuro si verifica circa il 6% delle volte; a fronte di un lieve aumento di tale percentuale, negli ultimi 15 anni è stato registrato un significativo incremento della sopravvivenza dei piccoli prematuri, seppure permanga ancora alto, il rischio di sequele neuro sensoriali talvolta gravi.

I programmi di follow-up del pretermine vengono effettuate da alcuni punti nascita solo fino al terzo anno di vita. Tuttavia, si registra una disomogeneità di comportamento nella esecuzione dei controlli talvolta eseguiti, in assenza di collegamento, sia dal punto nascita che dal pediatra di libera scelta, con spreco di risorse e con disagi per le famiglie.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Adozione di un protocollo unico di follow up in condivisione tra il punto nascita e il pediatra di libera scelta
- Previsione di un protocollo di follow up per i bambini oltre i tre anni.

Diagnosi precoce malattie genetiche, sensoriali e cognitivo-comportamentali del bambino

A fronte di una notevole riduzione delle patologie infettive dell'infanzia, si registra ancora una significativa incidenza di patologie genetiche, sensoriali e cognitivo comportamentali (per esempio Sindrome di Down, Autismo e malattie metaboliche).

La diagnosi precoce di queste patologie, tra cui anche la prevenzione visiva in epoca neonatale e infantile a cura dei professionisti sanitari esperti, ne migliora la prognosi; tali interventi devono, tuttavia, essere seguiti da un'adeguata assistenza socio-riabilitativa attenuando il disagio per le famiglie.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Identificazione di centri di riferimento diagnostici specifici per le malattie genetiche.
- Attivazione di corsi di formazione per gli operatori preposti alla diagnosi precoce.
- Costituzione di un team di riferimento per il trattamento e la presa in carico per i disturbi cognitivo comportamentali.

Vaccinazioni

La politica vaccinale della Regione Siciliana ha portato al raggiungimento di adeguate coperture vaccinali sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate.

Il calendario della Regione Siciliana deve essere costantemente aggiornato per rispondere alle nuove e più comprovate conoscenze sul piano scientifico al fine di rendere disponibili alla popolazione migliori garanzie di salute.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Aggiornamento periodico del calendario vaccinale
- Elaborazione di strategie vaccinali mirate
- Informatizzazione degli uffici vaccinali per la piena integrazione dell'anagrafe vaccinale con l'anagrafe assistiti.

9.4 L'educazione alla salute e ai corretti stili di vita in età pediatrica e nell'adolescenza

Tra i problemi attualmente prevalenti in età pediatrica e nell'adolescenza, emerge l'obesità; nel Sud e in Sicilia in particolare, si registra il più alto tasso di bambini obesi d'Italia.

Accanto all'eccessivo e squilibrato apporto di cibo, giocano un fattore favorente la scarsa attività fisica, le ore trascorse davanti alla televisione, ai videogiochi e al computer. Tutto questo rischia di condizionare negativamente lo sviluppo dei bambini sia in termini comportamentali (forme di devianza del comportamento come bullismo, o l'instaurarsi delle varie dipendenze come alcol, fumo, droga, etc.), che in termini di qualità di vita e di aspettative di sopravvivenza, essendo l'obesità un fattore determinante per l'insorgenza di malattie cardiovascolari e metaboliche.

Gli interventi prioritari individuati nel presente Piano sono:

- Implementazione di campagne di informazione e programmi rivolti alle famiglie ed alle scuole su:
 - educazione alimentare e corretti stili di vita
 - prevenzione dei disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia)
 - prevenzione degli incidenti domestici e stradali
 - prevenzione delle dipendenze (alcol, fumo, sostanze psicotrope, internet, gioco d'azzardo)
- Adeguamento strutturale e organizzativo delle Unità Operative Ospedaliere Pediatriche e della rete di assistenza territoriale alle esigenze sempre crescenti dei piccoli con obesità e diabete.

Al fine di assicurare l'assistenza pediatrica ai bambini immigrati saranno valutati dall'Assessorato progetti che prevedano la presenza del pediatra nei Consultori (coadiuvati anche da altre figure professionali come psicologi, assistenti sociali e infermieri), nonché la promozione della medicina scolastica a cura dei pediatri.

9.5 L'integrazione Ospedale-Territorio e i percorsi diagnostico terapeutici in pediatria

Anche in ambito pediatrico occorre promuovere forme assistenziali che si muovano nell'ottica di una riduzione dell'ospedalizzazione e di una maggiore integrazione Ospedale – Territorio.

La rete dei pediatri di libera scelta costituisce una qualificata e capillare rete di assistenza territoriale per i bambini italiani ed il pronto ricorso ai servizi da essa offerti si è consolidato nell'abitudine delle famiglie.

Tuttavia, le criticità dell'attuale sistema sono da identificare soprattutto nello scarso coordinamento che i Pediatri di famiglia hanno tra di loro e con le Pediatrie ospedaliere di riferimento, con i Servizi di Continuità assistenziale e con i Servizi Distrettuali in genere. Inoltre, la mancanza della copertura assistenziale nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi è uno dei fattori che contribuiscono all'elevato numero di accessi pediatrici inappropriati in Pronto Soccorso, proprio nei periodi di carenza assistenziale pediatrica sul territorio.

Ne conseguono un carico di lavoro ed un impegno di risorse economiche ingiustificato per il Servizio Sanitario, disagi per le famiglie, stress per il bambino e rischio di ricovero ospedaliero.

Per tali motivi, è necessario prevedere nella riprogettazione dell'offerta territoriale, forme di assistenza pediatrica non ospedaliera continuative.

Interventi prioritari

Al fine di ridurre i ricoveri impropri in ospedale, deve essere agevolato il processo di deospedalizzazione attraverso un sistema organizzativo che, consentendo la valutazione dei piccoli pazienti che afferiscono ai punti di primo intervento sia territoriali che ospedalieri, per patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, sia finalizzato ad un rapido inquadramento diagnostico-terapeutico e alla valutazione dell'appropriatezza del ricovero o della dimissione.

Tale esigenza trova risposta:

- sul territorio, nel modello organizzativo del PTA anche integrato con il PTE, ove è prevista la presenza dei pediatri di libera scelta in forme di associazionismo e viene garantito il servizio di continuità assistenziale;
- in ospedale, attraverso l'attivazione della funzione dell'Osservazione Breve in ambito pediatrico, diffusa ormai in tutti i paesi occidentali, con i seguenti obiettivi: miglioramento della qualità delle cure erogate agli assistiti in regimi alternativi al ricovero per acuti e trattamento dei quadri a complessità moderata con il conseguente contenimento dei costi sanitari.

Reti assistenziali pediatriche specialistiche

Per affrontare le esigenze assistenziali di patologie croniche e rare si rende necessario identificare percorsi dedicati ai soggetti in età evolutiva attraverso la individuazione di centri di riferimento per raggruppamenti di patologie, su base regionale o interprovinciale, con bacini di riferimento costituiti dagli ospedali di II livello, opportunamente collegati tra loro e verso il territorio con sistemi informatici in grado di fornire un adeguato supporto alle attività quotidiane.

Con tale sistema di Hub and Spoke ed il coinvolgimento dei pediatri di famiglia e delle strutture di riabilitazione, è possibile garantire una gestione avanzata ed integrata dei bambini e degli adolescenti con patologie d'organo e/o con patologie croniche, nella ottica di una riduzione della mobilità sanitaria, di una riduzione dei costi e di una più efficace gestione delle patologie stesse.

Modello di rete assistenziale per soggetti con malattie genetiche rare

Le malattie genetiche sono frequentemente caratterizzate da un interessamento multi-organo e/o deficit funzionali multipli per cui richiedono una assistenza multispecialistica e multidisciplinare (medica, psicologica, sociale etc.) integrata tra strutture universitarie e/o ospedaliere di riferimento e strutture sanitarie e sociali territoriali.

La prevalenza delle malattie genetiche viene stimata in circa lo 0,5% (1/200) nelle fasce di età tra 0 e 18 anni. Molte delle patologie genetiche sono malattie rare (prevalenza nella popolazione generale <1/2.000 persone) e per ciò necessitano di Centri di Riferimento Regionali o Nazionali per la diagnosi e la successiva "presa in carico" della persona e dei suoi familiari.

Poiché le malattie genetiche sono numerose nel loro insieme, ma ciascuna di esse ha una frequenza tanto bassa da richiedere competenze specifiche per la diagnosi e cura, i Centri di riferimento per malattie rare devono indicare di quali patologie si occupano e devono essere collegati in rete con altri Centri.

Per assicurare il miglior livello assistenziale possibile per le malattie rare, presso il Centro di riferimento deve operare una equipe multispecialistica (genetista, pediatra, neuropsichiatra, etc.) e multidisciplinare (psicologo, assistente sociale etc.) e devono, inoltre, essere presenti laboratori di biochimica, citogenetica, citogenetica molecolare e genetica molecolare.

Qualora non sia possibile effettuare la diagnosi in sede, la collaborazione con altri Centri Nazionali o Internazionali permetterà l'invio di campioni di sangue o altro materiale biologico (colture cellulari, biopsie tissutali etc.) per confermare la diagnosi evitando lo spostamento dei pazienti.

Il modello assistenziale per le malattie genetiche rare prevede un ruolo centrale del Centro di Riferimento che deve operare in modo integrato coordinando i vari interventi medico-sociali:

- Centro di riferimento
- Strutture e U.U.O.O. ospedaliere specializzate per problemi clinici specifici (U.U.O.O. di Neonatologia, Pediatria, Neuropsichiatria infantile, Medicina etc.)
- Medici o Pediatri di famiglia
- Servizi specialistici territoriali
- Reti assistenziali nel sistema sociale
- Associazioni di familiari e Volontariato sociale

I Centri di Riferimento per le malattie genetiche rare collegati in rete avranno in carico la gestione globale della salute di soggetti con:

- malattie cromosomiche
- sindromi genetiche e malformative
- malattie metaboliche ereditarie
- displasie scheletriche

Al Centro di Riferimento spetta la responsabilità primaria del percorso assistenziale:

- formulare la diagnosi
- offrire la consulenza genetica (comunicare la diagnosi, informare sulla storia naturale della patologia, calcolare di rischio di ricorrenza della patologia nella famiglia, identificare i portatori, offrire la possibilità di diagnosi prenatale etc.)
- sviluppare percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi (follow-up clinico e psicomotorio con il coinvolgimento di diversi specialisti in relazione alle patologie associate)
- garantire la presenza di materiale informativo sulla patologia per le famiglie e per gli operatori
- offrire informazioni sulle norme in favore dei soggetti con patologia genetica
- coinvolgere il medico o il pediatra di famiglia (informazione sul paziente, sulla patologia, condivisione del programma di follow-up clinico anche attraverso sistemi integrati di controlli clinici)
- sviluppare con il medico o pediatra di famiglia un "piano assistenziale integrato" con i servizi territoriali (riabilitazione, scuola, attività ludiche, formazione lavoro etc.), con le associazioni di familiari e con il volontariato sociale
- garantire il supporto formativo necessario per gli operatori
- aggiornare periodicamente la mappa dei servizi territoriali in sinergia con la ASP di residenza dell'assistito (al fine di garantire che le terapie riabilitative possano essere effettuate in modo continuativo nel tempo, vicino alla residenza cosicché il progetto riabilitativo possa integrarsi con il percorso scolastico e le risorse sociali).

- realizzare “database clinici specifici per patologie” in modo da fornire, attraverso i Registri per le Malformazioni Congenite e per le Malattie Rare, dati oggettivi circa l’impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio.

Il Centro di Riferimento dovrà assicurare il collegamento operativo sia con il medico o pediatra di famiglia, che con i diversi specialisti che dovranno gestire problemi clinici acuti o specifici, con i referenti delle ASP per la riabilitazione, con il personale della scuola, con le associazioni di familiari e di volontariato sociale.

Le strutture e U.O. ospedaliere (U. O.di Neonatologia, Pediatria, Neuropsichiatria infantile, Medicina) faranno parte della rete per la gestione di problemi clinici specifici o acuti e dovranno contattare il “*patient manager*” del Centro di Riferimento, per condividere la gestione globale della persona con malattia genetica rara.

I medici o pediatri di famiglia, ricevuta la relazione sul paziente e sulla patologia, dovranno contattare il “*patient manager*” del Centro di Riferimento per un programma di follow-up clinico integrato. Al pediatra o medico di famiglia spetterà la gestione di vaccinazioni, bilanci di salute, interventi anticipati di prevenzione, trattamento di problemi clinici acuti a livello territoriale e di cure primarie. Tali interventi dovranno essere integrati con i controlli clinici periodici specifici per le diverse patologie genetiche da effettuare presso il Centro di Riferimento.

Il personale dell’ASP di residenza e quello della scuola dovranno raccordarsi con il “*patient manager*” del Centro di Riferimento per stilare gli interventi di riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

In Sicilia i Centri di Riferimento per le malattie genetiche rare collegati in rete, sono rispettivamente individuati nelle tre Università e nell’ I.R.C.S.S. Associazione Oasi Maria S.S. Troina, (quest’ultima, in particolare, per i casi di ritardo mentale in considerazione della peculiarità della struttura):

- Centro di Riferimento dell’Università di Catania, Dipartimento di Pediatria
- Centro di Riferimento dell’Università di Messina, Dipartimento di Scienze Pediatriche
- Centro di Riferimento dell’Università di Palermo, Dipartimento Materno-Infantile
- Centro di Riferimento I.R.C.S.S. Associazione Oasi Maria S.S. Troina, U.O. di Pediatria.

Organizzazione delle cure intensive pediatriche

Un bambino in condizioni critiche può essere assistito in maniera diversa, specie in fase iniziale, a seconda del centro di accoglienza. Le cure intensive possono infatti essere fornite da almeno quattro tipi di ospedale:

- 1) l’ospedale provinciale con reparto di pediatria, che deve essere in grado di iniziare un trattamento intensivo;
- 2) il centro ospedaliero sede della terapia intensiva pediatrica di riferimento, che deve rispondere alla gran parte delle richieste assistenziali di livello intensivo, per il rispettivo bacino d’utenza, fornendo consigli telefonici e possibilmente organizzando un sistema di trasporto dedicato. Tale centro dovrebbe inoltre organizzare una attività di formazione specifica e continua per le figure sanitarie operanti negli ospedali afferenti, garantendo anche assistenza psicologica e sociale al bambino e alla sua famiglia;
- 3) il centro ospedaliero per acuti, sede di Pronto Soccorso e di grandi reparti di terapia intensiva per l’adulto, che relativamente spesso forniscono assistenza intensiva anche a pazienti pediatrici;
- 4) l’ospedale ultraspecialistico, che può fornire terapia intensiva pediatrica nell’ambito di particolari specialità (cardiochirurgia, neurochirurgia, centro ustioni).

La gestione ottimale dell’**emergenza – urgenza pediatrica** necessita della costruzione della rete integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza che, nel definire i diversi livelli assistenziali attraverso anche un’attenta revisione della rete ospedaliera pediatrica e la riorganizzazione dei servizi dell’emergenza – urgenza, assicuri un’integrazione ospedale – territorio con riduzione della ospedalizzazione mediante nuove forme assistenziali (*osservazione breve e temporanea, potenziamento del follow – up ambulatoriale*) e il maggior coinvolgimento della Pediatria di Famiglia, anche nell’ambito di un più adeguato processo educativo e di prevenzione.

Nella definizione del percorso dell’assistenza pediatrica in emergenza dovrà prevedersi altresì la presenza di pp.II. di osservazione intensiva in ogni P.S. che ha accessi di pazienti in età pediatrica.

La Regione, al fine di procedere ad una riorganizzazione che tenga conto degli attuali indirizzi strategici che vedono nella realizzazione delle reti assistenziali una risposta in chiave moderna ai problemi di riqualificazione dell’offerta oltre che di efficientamento delle risorse disponibili, ha iniziato un percorso di revisione della rete dell’offerta dei servizi di emergenza-urgenza dell’età neonatale e pediatrica che troverà attuazione in appositi provvedimenti nel triennio di validità del presente Piano.

10.1 La prevenzione dei tumori

I tumori rappresentano in Sicilia la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari, costituendo, insieme a queste ultime, circa i 2/3 dei decessi complessivi.

Per questo motivo il presente Piano dedica particolare attenzione alle risposte assistenziali correlate alla patologia oncologica a partire da tutte le forme di prevenzione già richiamate nei precedenti capitoli.

Le strategie preventive sono di due tipi:

- primaria, finalizzata a ridurre l'incidenza della patologia tumorale attraverso un'azione di contrasto ai principali fattori di rischio (fumo, sovrappeso ed obesità, alcol, agenti infettivi, agenti cancerogeni presenti negli ambienti di vita e di lavoro) ed attraverso una capillare campagna informativa nelle scuole e negli ambiti lavorativi, specie quelli a rischio (chimica, petrolchimica, serre, trattamento di inerti);
- secondaria, finalizzata a ridurre la mortalità attraverso interventi che consentano di individuare tumori (o lesioni che ne precedono l'insorgenza) in una fase precoce in modo da limitare i danni all'organismo e di modificare la prognosi della malattia. Rispondono a queste finalità i programmi di diagnosi precoce organizzata (screening). Gli screening riconosciuti generalmente efficaci in campo oncologico sono quelli per il tumore della mammella, per il carcinoma della cervice e del colon retto. E' obiettivo del presente piano la diffusione su tutto il territorio dei programmi di screening attraverso una rete di strutture sanitarie pubbliche e private adeguatamente qualificate con procedure e protocolli omogenei e creazione di percorsi di approfondimento diagnostico e terapeutici preferenziali all'interno del sistema sanitario regionale che consentano una esaustiva risposta alla domanda indotta dai casi screenati alla riconvertire il viatico dei "viaggi della speranza". A tal fine è necessaria l'adozione di un programma informatico unico per il territorio regionale che consenta la uniformità delle procedure di reclutamento, i richiami per i casi sospetti, il riciclo periodico dell'esame di screening, il monitoraggio del percorso terapeutico, gli outcomes delle procedure. E' indispensabile un raccordo con i registri tumori territoriali al fine di valutare l'impatto della prevenzione secondaria sulla mortalità da tumori rilevata sul territorio.

In tema di prevenzione la Regione intende promuovere tutte le attività necessarie al potenziamento dei programmi già attivi e all'avvio di nuovi programmi coerenti con le indicazioni derivanti dalle analisi dei bisogni dei cittadini siciliani e dagli indirizzi nazionali.

10.2 La cura dei tumori: la rete oncologica e radioterapica e i percorsi diagnostico-terapeutici

L'assistenza al paziente oncologico è caratterizzata da una complessità intrinseca dovuta alla polispecialità della disciplina, agli stadi della patologia all'atto della diagnosi, alla sua evolutività e pertanto richiede un supporto organizzativo coerentemente complesso.

L'area oncologica prevede i seguenti momenti assistenziali: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, diagnosi precoce, cura della malattia in fase precoce, follow up, cura della malattia in fase avanzata, prendersi cura nella fase terminale; in ciascuno di questi momenti assistenziali, in base alla tipologia della malattia diagnosticata, diventa indispensabile l'intervento di più specialisti anche se talvolta è preminente ma non esclusivo l'intervento del singolo specialista.

Le linee assistenziali devono pertanto programmaticamente muoversi in due direzioni: "orizzontale" e "verticale". La linea organizzativa "orizzontale", dal momento che la persona con patologia oncologica richiede un impegno di alte professionalità che trasversalmente si impegnano in modalità coordinate e contestuali (coordinamento orizzontale), riguarda le diverse articolazioni di competenze professionali che le neoplasie richiedono per un'adeguata diagnosi e per il migliore trattamento e trova la sua più chiara espressione nella pluridisciplinarietà di approccio.

La linea organizzativa "verticale" riguarda invece la continuità temporale di assistenza, che inizia dalla diagnosi e si estende in un impegno costante che copre le necessità assistenziali fino al termine del percorso. In altre parole, le diverse professionalità devono esplicare il proprio ruolo in una sinergia che realizzi un coordinamento non solo spaziale (lo specialista giusto per il paziente "giusto") ma anche temporale (lo specialista giusto al momento giusto).

L'organizzazione in Rete deve pertanto garantire una stretta integrazione che si basa su due cardini principali:

- *simultaneous care* per percorsi diagnostico terapeutici specifici e condivisi a livello regionale della fase di diagnosi e cura, meccanismi operativi per le dimissioni protette e l'attivazione di corsie preferenziali per la diagnostica e i ricoveri programmati nei differenti settori della rete, con una forte integrazione nel contesto della rete stessa
- *continuità assistenziale* fra la fase di cura e le terapie di supporto in qualunque momento della malattia attraverso percorsi condivisi, meccanismi operativi per le dimissioni protette, una forte integrazione tra la Rete stessa, la rete di assistenza palliativa, di terapia del dolore, i MMG o PLS, i soggetti erogatori di cure domiciliari e le organizzazioni di volontariato, sviluppando la cultura del collegamento che accompagni la persona malata all'interno delle Rete assistenziale pubblica e privata, favorendone la percezione di essere al centro delle cure.

Le necessità assistenziali di ogni singolo paziente non solo sono articolate in relazione alla complessità del quadro morboso da cui è affetto, ma subiscono una costante modifica nel tempo (in relazione alla storia naturale della malattia) richiedendo di volta in volta l'impiego tempestivo di competenze umane e di risorse tecnologiche sempre diverse. L'assistenza oncologica, quindi, deve tenere conto di tutti gli aspetti della patologia, da quelli clinici e psicologici alla gestione del percorso di cura, alla riabilitazione, in modo da assicurare alla persona malata e alla sua famiglia una migliore qualità di vita.

In tal senso, occorre valorizzare tutti gli interventi sia ospedalieri che territoriali e domiciliari, favorendo il collegamento in rete e l'integrazione fra i diversi regimi assistenziali e il coordinamento delle risorse. Particolare importanza va riconosciuta inoltre, nell'assistenza alla persona con patologia oncologica, al ruolo del MMG o del PLS nonché al coinvolgimento delle associazioni no profit e di volontariato che consentono una migliore organizzazione dell'intero percorso assistenziale e di soddisfare al meglio i bisogni della persona e della famiglia in ogni fase della malattia.

L'oncologia clinica è una branca nella quale il modello di rete trova piena applicazione.

Cardine di questo sistema è il coordinamento funzionale di tutta l'attività specialistica ospedaliera e territoriale.

La legge regionale di riforma sanitaria con la creazione delle Aziende Sanitarie Provinciali favorisce tale coordinamento ospedale-territorio che deve costituire modello di riferimento anche per gli ambiti metropolitani dove persistono aziende sanitarie a vocazione diversificata.

La integrazione ospedale territorio costituisce dunque elemento essenziale per la sostenibilità del sistema in quanto:

- finalizza i risultati dell'azione sanitaria di screening,
- consente anche nella fase di cura della malattia la possibilità di cura al domicilio del paziente (farmaci biologici e chemioterapici orali) sotto qualificato controllo,
- consente la esecuzione di esami diagnostici di I livello (ematocimici, cardiologici, radiologici) in ambito territoriale in preparazione o completamento degli atti assistenziali in ricovero, day hospital o day service
- consente la osmosi tra assistenza domiciliare ed assistenza residenziale in Hospice per i pazienti terminali
- garantisce l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni nonché il corretto uso delle risorse disponibili secondo i criteri della *clinical governance*.

La realizzazione della Rete oncologica e radioterapica della Regione, cui concorrono le strutture pubbliche e private accreditate sulla base di standard e criteri oggettivamente misurabili, mira quindi a migliorare tre requisiti di sistema:

1. sicurezza e qualità delle cure
2. equità dell'accesso alle cure
3. compatibilità economica delle scelte.

La costruzione e l'operatività della rete presuppone le seguenti fasi:

- *Definizione di servizi sanitari in rete* (definizione di rete secondo il modello "hub e spoke"), riferimento a presupposti normativi nazionali e regionali, diverse forme di rete: strutturale e funzionale, ecc.)
- *Bacini di utenza. Dimensioni della rete* (definizione del bisogno; profilo di intervento nel campo dell'alta e media specialità richiesta dalla disciplina oncologica; opportunità di centralizzazione o decentramento dei servizi su base di opportunità geografiche, ecc.)
- *Organizzazione degli ospedali e della rete ospedaliera*
- *Modelli di erogazione e organizzazione dei servizi*
- *Ruolo dei professionisti. Gli attori della rete.* (relazioni tra professionisti; cambiamenti del fabbisogno formativo in relazione alla organizzazione della rete; motivazione e coinvolgimento rispetto all'organizzazione; relazione col paziente).

La Regione Siciliana, quindi, adottando il modello organizzativo della *simultaneous care* e *continuous care* mira ad implementare tale modello progettuale nel proprio territorio, integrandolo con analoghi modelli adattati alle altre realtà regionali e garantendone la realizzazione in coerenza con i requisiti e gli standard previsti.

E' fondamentale, infatti, la realizzazione di sinergie tra le varie componenti che partecipano alla gestione dei processi, data la loro complessità.

L'organizzazione della Rete assistenziale deve quindi seguire linee guida condivise necessarie per un approccio unitario alle problematiche della persona.

Per la definizione delle stesse occorre tenere presente le seguenti direttrici di intervento individuate quali indicazioni imprescindibili cui questa Regione intende attestare l'organizzazione dell'assistenza:

- garantire livelli uniformi di assistenza in tutto il territorio regionale superando le difficoltà geografiche e la carente unità spaziale dei servizi mediante l'integrazione funzionale e la gestione in rete;
- porre la caratterizzazione biologica dei tumori quale criterio indispensabile per l'uso appropriato dei nuovi farmaci biologici;
- creare un data-base regionale al fine di rendere accessibili da ogni punto oncologico assistenziale della Regione le informazioni cliniche e strumentali di ciascun paziente oncologico al fine di evitare duplicazioni di accertamenti strumentali o inappropriatezza di cura per pazienti che accedono a più strutture per migrazione sanitaria interna o per necessità logistiche. A tal fine, occorre definire anche con le regioni che erogano prestazioni ai pazienti oncologici siciliani, intese sull'opportunità, da parte di queste, della registrazione del paziente nel data base regionale, al fine di rendere fruibili al sistema sanitario regionale le

relative informazioni per continuità di cura e per verifica della appropriatezza degli atti eseguiti, prevedendo che tale condizione costituisca elemento indispensabile per accedere ai fondi di compensazione della mobilità sanitaria;

- fare riferimento a modelli organizzativi che sviluppino la necessaria condivisione di informazioni attraverso forme di coordinamento alternative, come la condivisione di occasioni formative periodiche da includere nel catalogo formativo e/o spazi di condivisione informativa;
- tenere conto del livello di prestazioni erogate, della qualità e quantità assistenziale offerta;
- non adottare decisioni che contrastino con la politica regionale della razionalizzazione, efficienza e ottimale impiego delle risorse del Fondo Sanitario regionale in relazione all'appropriatezza del DRG 410 (chemioterapia antitumorale) se somministrato in regime di Day-service (anche a seguito di benchmarking interregionale);
- verificare la sostenibilità dei modelli assistenziali proposti (in termini di risorse umane coinvolte, di attrezzature e unità operative), anche nel caso della domiciliarizzazione (buone prassi: oncoematologia pediatrica e cure palliative);
- favorire la condivisione di linee guida e protocolli di comportamento espressi da gruppi di studio anche interregionali al fine di ridurre la mobilità passiva e di arricchire l'offerta formativa in sede di formulazione contenuti ECM;
- favorire l'individuazione di centri di eccellenza pubblici e privati, sulla base di criteri predeterminati in modo da supportare un modello di rete basato sui contenuti di attività piuttosto che sulle strutture/competenze, individuando modalità e coinvolgimento delle informazioni, anche attraverso l'implementazione e lo sviluppo di un Registro Tumori Integrato;
- favorire l'integrazione e l'organizzazione delle cure palliative al fine di garantire l'intero percorso della continuità di cura;
- favorire l'implementazione di attività oncologiche in settori di patologie attualmente non coperte in Regione e/o in settori dedicati come, per esempio, quello dell'oncoematologia pediatrica e dell'ematologia;
- favorire l'implementazione delle attività relative al trapianto di cellule staminali per fini terapeutici;
- verificare la sostenibilità e implementazione di modelli assistenziali sia su scala metropolitana che su scala territoriale;
- favorire l'implementazione e la conduzione della ricerca scientifica.

La Regione Siciliana ha inteso conferire un respiro più ampio al processo di strutturazione in rete sottoscrivendo con le Regioni Campania, Puglia, Calabria e Basilicata, in data 4 settembre 2009, un protocollo di intesa dal titolo "Equo accesso alle cure oncologiche e di alta specialità", con la finalità di "garantire ad ogni cittadino la possibilità di ricevere nei tempi e nelle modalità adeguate il massimo in termini di diagnosi e di cura attualmente messo a disposizione dalla *best practice* in ognuna delle fasi che caratterizzano la malattia cancro, secondo un modello di *continuous care* (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, follow-up, cure palliative)".

L'Assessorato ha previsto l'allineamento degli obiettivi della Commissione Oncologica Regionale (COR) agli indirizzi dettati dalla L.R.05/09, dal presente Piano e dalla linea 6.1.2.1 del Po Fesr 2007-2013 dedicata alle Alte Tecnologie (che ha previsto investimenti per 119 milioni di euro per adeguare la rete delle attrezzature a scopo diagnostico e terapeutico).

Per gli ulteriori approfondimenti si rimanda ai "Quaderni del Ministero della Salute -maggio-giugno 2010" in materia di "Appropriatezza diagnostico-terapeutica in oncologia" in cui vengono definiti gli standard diagnostico-terapeutici e assistenziali nei pazienti con patologia oncologica e oncoematologica con particolare riguardo all'utilizzo ottimale sia delle nuove metodiche diagnostiche che delle modalità terapeutiche innovative. In particolare, si puntualizza che per l'individuazione dell'Hub oncologico si terrà conto della necessaria presenza al suo interno di un team multispecialistico.

10.3 I tumori in età pediatrica

L'assistenza al bambino/adolescente con patologia neoplastica, o di alcune malattie croniche non tumorali ma di pertinenza ematologica (insufficienze midollari mono o plurilineari: dalla anemia, piastrinopenia alla aplasia midollare; immunodeficienze congenite) è organizzata in Italia dalla Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP; www.aieop.org).

Si tratta di una struttura a rete di 55 centri, di cui 2 sono quelli presenti in Sicilia:

- "Divisione di Ematologia ed Oncologia Pediatrica" presso la Clinica Pediatrica del Policlinico di Catania
- "U.O. Oncoematologia Pediatrica" presso l'Ospedale dei Bambini – ARNAS Civico di Palermo.

In Sicilia ogni anno sono circa 150 i nuovi casi di tumore in età pediatrica (cui si aggiungono quelli di malattie emato-immunologiche) che afferiscono ai due Centri con una ripartizione sostanzialmente geografica.

La migrazione sanitaria, pur se drasticamente ridotta negli ultimi anni, attestandosi al 15% per entrambi i Centri, appare oggi difficilmente eliminabile, a causa della persistente mancanza di una neurochirurgia infantile e di un centro di chirurgia oncologica ortopedica di alto livello sul territorio regionale.

La gran parte dei pazienti che attualmente migrano infatti, sono affetti da tumore cerebrale e/o sarcomi ossei, mentre una ulteriore piccola quota (4-5 casi all'anno) è costituita dai casi di tumore dell'occhio (retinoblastoma);

sono invece sporadici i casi che, per disinformazione o per retaggio culturale, vengono ingiustificatamente inviati presso altri centri del Nord Italia. Praticamente inesistente è la migrazione verso paesi esteri.

Complessivamente, nell'ultimo quinquennio sono stati presi in carico in modo integrale, fin dalla diagnosi iniziale, circa 50 nuovi pazienti all'anno per centro; altri 10 pazienti circa all'anno vengono reindirizzati ai centri siciliani da altri centri dopo la diagnosi. Sono poi 50-60 le nuove diagnosi all'anno di malattie ematologiche non tumorali.

Inoltre, poichè questi pazienti vengono seguiti per lungo tempo, spesso anche in età adulta, per il follow-up dei possibili effetti collaterali a lungo termine, in atto sono in carico a ciascuno dei due Centri siciliani circa 700 pazienti; il loro numero, alla luce del progressivo miglioramento della prognosi e quindi del numero dei soggetti guariti, è destinato ad aumentare progressivamente, impegnando entrambi i Centri ad erogare un'assistenza multidisciplinare (Endocrinologo, Cardiologo, Psicologo, Neuropsichiatra Infantile etc).

I progressi nella cura sono legati in generale alla intensificazione dei programmi di cura ed al miglioramento delle terapie di supporto. In alcuni casi di malattia resistente o recidivata, in altri casi congenita, lo strumento terapeutico che ha permesso di ridurre la mobilità sanitaria, è stata la attivazione in Sicilia del trapianto di cellule staminali emopoietiche.

Un sistema complesso come quello sopra delineato rende indispensabile la piena funzionalità di diverse attività di supporto quali le diagnostiche di laboratorio e strumentali, ma anche i laboratori specialistici di onco-ematologia, annessi strutturalmente o funzionalmente alle Unità cliniche, dove vengono condotte indagini citofluorimetriche, citogenetiche, di biologia molecolare, essenziali per una diagnosi accurata, o la manipolazione di cellule staminali emopoietiche a scopo di trapianto.

Interventi prioritari

Relativamente alle criticità del sistema gli interventi prioritari sono:

- Colmare l'assenza sul territorio regionale di centri di eccellenza chirurgica nei campi dell'ortopedia infantile, della neurochirurgia pediatrica e dell'oftalmologia pediatrica e l'assenza sul territorio regionale di un centro trapianti abilitato ad eseguire trapianti da donatore non familiare in età pediatrica. Vanno inoltre sviluppate sinergie con settori di altre specialità, (cardiologia, endocrinologia, terapia intensiva etc) e con servizi (radiologia, laboratorio, radioterapia) al fine di creare percorsi idonei alla gestione/trattamento dei bambini oncoematologici.
- Aggiornamento professionale, strutturale e tecnologico. Vanno stimulate anche la formazione e l'aggiornamento sia sul campo che attraverso programmi di collaborazione o scambio con altre istituzioni. Infine va considerata l'esigenza di dotare i centri di uffici di *data managing* per svolgere le funzione di gestione dei protocolli di trattamento e della documentazione relativa all'attività di trapianto, fino ad oggi svolti da unità mediche. Vanno elaborati inoltre programmi di edilizia sanitaria e di aggiornamento tecnologico al fine di garantire la possibilità di adeguamento agli standard internazionali sia nel campo dell'assistenza sanitaria che in quello della ricerca.
- Implementazione dei centri Trapianto: la rete dei Centri di Trapianto di midollo osseo non può oggi prescindere dall'ottenimento dell'accreditamento secondo lo standard internazionale JACIE, che il Centro Nazionale Trapianti ha fissato come standard ineludibile per la esecuzione di trapianti nel prossimo futuro, prevedendo anche l'accesso ai trapianti da donatore volontario (cordone e/o banca). Questo elemento rappresenta una priorità assoluta anche in relazione agli alti costi relativi alla migrazione sanitaria che essa comporta. In tale ottica non può essere esclusa la creazione di programmi misti adulti-bambini che consentirebbe di superare l'ostacolo dei requisiti numerici, pur consentendo il mantenimento delle specifiche peculiarità assistenziali.
- Integrazione ospedale-territorio mediante la costruzione di una rete oncoematologica che coinvolga tutte le figure utili alla cura globale dei bambini: pediatra di base, UUOO di pediatria degli ospedali e di riferimento territoriale, servizi sociali e scolastici, associazioni di volontariato. In tale ottica un elemento vincente deve essere la stretta continuità delle cure che potrà consentire di "trasferire", al domicilio del bambino, anche prestazioni erogate dal centro di riferimento -con costi non solo sociali ma anche economici inferiori-. Alla rete concorrono i pediatri di famiglia prevalentemente nella fase diagnostica e nella prosecuzione della cura sul territorio.
Sia all'interno dell'ospedale che del territorio è determinante la presenza anche di altre figure con compiti specifici quali lo psicologo, il fisioterapista, l'insegnante della scuola, l'assistente sociale.
Possono essere coinvolte associazioni di volontariato con ruoli integrativi anche di natura non sanitaria.
- Integrazione tra laboratori e centri di ricerca la ricerca clinica e traslazionale rappresenta un elemento irrinunciabile per il mantenimento di standard assistenziali in linea con quelli dei maggiori centri nazionali ed internazionali. In tale ottica, con il presente Piano, la Regione si impegna a sostenere progetti di ricerca e collaborazioni con centri di ricerca nazionali ed internazionali al fine di garantire una formazione continua sul campo ed un aggiornamento costante con chiari benefici anche sul piano delle applicazioni terapeutiche per il miglioramento degli standard assistenziali.

10.4 La rete delle radioterapie

L'erogazione di una terapia radiante è l'atto finale di un processo che inizia al momento della prima visita da parte dell'oncologo radioterapista. Una volta posta l'indicazione a radioterapia il medico radioterapista, come previsto dal DL.vo 187/2000, utilizza le radiazioni ionizzanti a scopo terapeutico scegliendo la tecnica migliore a disposizione per ottenere l'obiettivo che si è prefissato (guarigione, cura, palliazione).

Nel tempo, le esigenze della moderna radioterapia inserite nel quadro della multidisciplinarietà clinica e nell'ottica perseguita dalla moderna oncologia di minima invasività, di massima preservazione dell'organo e delle sue funzioni, devono trovare applicazione in aggiornamenti tecnologici che assicurino una radioterapia rivolta a dare la massima possibilità di cura con il minimo di sequele acute e croniche.

I trattamenti radioterapici e la tecnica che può attuarli sono oggi molto sofisticati e solo una piccola percentuale di pazienti può essere ragionevolmente trattata con tecniche semplici. In ipotesi, solo il 10-20 % dei trattamenti potrebbe rispettare una opportuna garanzia di qualità se effettuato con una tecnica 2D, mentre per il restante 80-90 % dovrebbero essere previste tecniche più sofisticate (3DCRT, IMRT, Stereotassi etc...).

Le prestazioni possono essere classificate, tenendo conto delle nuove tecnologie a disposizione.

Classificazione delle prestazioni:

Prestazioni "standard" (A)

- Radioterapia con tecniche 2D, 2D "avanzata" e conformazionale 3D
- Per la conformazionale 3D il "minimo per standard" dovrebbe essere di almeno 300 nuovi casi/anno

Prestazioni "più sofisticate" (B)

- Radioterapia ad intensità modulata della dose (Intensità Modulated Radiation therapy -> IMRT)
- "Minimo per standard" almeno 15 casi/anno
- Radioterapia stereotassica
- "Minimo per standard" almeno 30 casi/anno

Prestazioni di "eccellenza" (C)

- -Diverse modalità di erogazione di IMRT per miglioramento distribuzione della dose ai volumi di interesse (tecniche Volumetric-Tomodoterapia-Cyberknife)
- "Minimo per standard" almeno 100 casi/anno
- -Possibilità di IGRT tramite cone-beam CT o KV o introduzione di markers fiduciali
- -Gating respiratorio

Tecniche speciali (D)

- Radioterapia Intraoperatoria (IORT), Brachiterapia, Irradiazione corporea totale (Total Body Irradiation -> TBI), Irradiazione cutanea totale (Total Skin Irradiation -> TSI)
- Minimo per standard: IORT almeno 30 casi/anno
- Brachiterapia almeno 25 casi/anno
- TBI almeno 10 casi/anno (solo in centri forniti di oncoematologia)
- TSI almeno 10 casi/anno

Tutti i centri devono essere in grado di erogare prestazioni A e, possibilmente, B.

I centri individuati come "riferimento" dovrebbero essere in grado di erogare tutte o gran parte delle prestazioni C e D.

Con apposito provvedimento verrà definita la rete regionale per l'assistenza radioterapica anche in relazione alle indicazioni contenute nei *Quaderni Ministeriali di Appropriatazza diagnostico-terapeutica in oncologia*.

10.5 La riabilitazione in oncologia

La riabilitazione della persona con patologia oncologica ha una forte connotazione sociale in considerazione dell'aumentata sopravvivenza e degli esiti dei trattamenti. La riabilitazione in oncologia ha, infatti, come obiettivo la qualità di vita della persona in qualunque fase della malattia, aiutando la stessa e la sua famiglia a riprendere il più possibile condizioni di vita normali, limitando il deficit fisico, cognitivo e psicologico e potenziandone le capacità funzionali residue.

Interventi prioritari

- potenziare la cultura della riabilitazione;
- determinare il fabbisogno al fine di una corretta programmazione delle risorse necessarie alla realizzazione di progetti dedicati ;
- potenziare e rendere accessibili i servizi di riabilitazione in una logica di integrazione funzionale ed operativa con la rete oncologica e radioterapica, la rete di assistenza palliativa e di terapia del dolore;
- predisporre percorsi riabilitativi dedicati ai pazienti oncologici;
- promuovere l'implementazione di attività di supporto psicologico attraverso interventi individualizzati da parte di personale professionalmente competente e specificamente dedicato.
- promuovere l'integrazione tra il "terzo settore" e il servizio pubblico attraverso anche l'attivazione di un sistema di certificazione/accreditamento per le organizzazioni no profit che intendono partecipare alla rete e integrarsi nei percorsi assistenziali.

11 Le cure palliative e la terapia del dolore

11.1 La rete delle cure palliative

Le cure palliative sono rivolte a tutti i malati affetti da patologie inguaribili in fase avanzata ed evolutiva e che sono ricomprese tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)- DPCM del 2001.

Sulla base di questa premessa, la Regione Siciliana, in coerenza con la programmazione regionale di settore di cui al DA n.873/2009 e con quanto disposto dalla normativa nazionale in materia e, più recentemente, dall'intervenuta legge 38/2010, è impegnata a sviluppare la rete regionale di cure palliative che, oltre ad allineare tale livello di assistenza ai parametri nazionali (circa 0,5 posti per 10.000 abitanti) deve prevedere un'importante integrazione con il settore oncologico e con la rete della terapia del dolore. A tal fine la Regione Siciliana ha costituito il Coordinamento Regionale per le cure palliative e la terapia del dolore al quale sono state attribuite varie funzioni tra cui quella di coordinare i servizi assistenziali e di garantire l'erogazione di livelli uniformi di assistenza.

L'obiettivo è quello di assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia garantendo una presa in carico globale fin dall'inizio del percorso terapeutico con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita.

In linea con la normativa nazionale è necessario che vengano pertanto garantiti Livelli Essenziali di Assistenza uniformi per tutti i malati in fase terminale in particolare con interventi domiciliari, con ricoveri in strutture *Hospice* e con l'assistenza ambulatoriale ed in *day Hospice*.

Le cure palliative sono cure attive erogate da un'equipe multidisciplinare nell'ambito di un approccio globale (biologico, psichico, sociale, spirituale) alla persona affetta da una malattia cronica inguaribile, evolutiva e/o terminale. Hanno quale scopo quello di garantire la migliore qualità di vita fino alla morte, salvaguardare la dignità della persona malata e sostenere la sua famiglia.

Per cure palliative si intende il complesso delle attività assistenziali che coprono tutti i bisogni del malato in fase terminale, volte ad intervenire, contemporaneamente, nella dimensione biologica, psichica, sociale e spirituale dell'individuo. Quindi l'approccio palliativo è multidimensionale e conseguibile con il contributo di più competenze fin dalle fasi più precoci del percorso di cura e fino al decesso. Attualmente si registra ancora un'insufficiente disponibilità di cure per tutti i malati che ne potrebbero usufruire.

Per conseguire questo obiettivo è necessario che il coordinamento generale di processo venga condotto in modo unitario: le Aziende Sanitarie dovranno definire piani per:

- La valutazione del bisogno e la messa in atto di programmi di cure personalizzati
- L'attuazione di programmi di presa in carico dei pazienti e della loro famiglia
- La realizzazione di un modello organizzativo ed assistenziale che garantisca la continuità delle cure nell'ambito dei diversi livelli assistenziali (domicilio, Hospice, ambulatorio, ciclo diurno)
- L'attivazione di riunioni multi professionali di discussione del caso di ogni singolo malato
- Il sostegno psicologico dell'equipe curante in particolari situazioni di difficoltà
- La misurazione della qualità di vita dei malati con strumenti specifici e validati

Inoltre dovrà essere consentita la piena attuazione delle linee regionali già esistenti, secondo modalità di lavoro in équipe e con la presenza di operatori con differente competenza per tutelare il malato e la sua famiglia in tutte le dimensioni di vita.

Infine, dovrà essere previsto un ampliamento delle cure da erogarsi a domicilio da parte di operatori dotati di specifica preparazione e dovrà essere implementata la rete regionale dei centri residenziali di cure palliative - Hospice.

I risultati attesi da questa serie di azioni saranno:

- l'implementazione della rete regionale di Cure Palliative con la completa attivazione dei posti letto in Hospice secondo quanto previsto dal DA 8.05.09;
- l'attuazione delle cure palliative in tutte le fasce di età e fin dalle prime fasi di malattia;
- il miglioramento significativo della capacità di presa in carico, favorendo ogni forma di assistenza in Hospice, in ospedale e al domicilio ed implementando la formazione e le competenze di coloro che effettuano le cure palliative;
- la definizione delle modalità e degli strumenti per la stretta integrazione fra i livelli assistenziali domiciliari, gli Hospice e le strutture di degenza per acuti;
- l'implementazione delle reti domiciliari di cure palliative;
- la definizione delle prestazioni in regime di assistenza ambulatoriale e di ospedalizzazione diurna in cure palliative;
- la creazione di almeno un'equipe di cure palliative in ogni provincia ed in ogni dipartimento oncologico di III Livello;
- la formalizzazione attraverso codici specifici delle unità di cure palliative e la definizione di codifica, definizione dei percorsi di cura in ambito domiciliare e negli Hospice;
- la valorizzazione del ruolo del MMG e dei PLS, il cui intervento appare di grande utilità nella gestione dell'attesa di vita della persona e nel supporto all'equipe di cure palliative;
- il coinvolgimento degli enti non profit e di volontariato nel processo assistenziale;

- la definizione di un sistema di accreditamento istituzionale e di qualità per tutte le strutture della rete ivi comprese le associazioni non profit che operano nel settore;
- la riduzione del ricorso a prestazioni inappropriate, in particolare ospedaliere, per sopperire alla carenza di altri sistemi di offerta.
- lo sviluppo di programmi specifici di informazione ai cittadini sui principi di una migliore assistenza ai malati e sulle modalità di accesso ai servizi delle rete.

11.2 La rete della terapia del dolore

Il dolore è un problema sanitario emergente che determina gravi sofferenze ai malati ed ai loro familiari. E' presente alla diagnosi nel 25% dei malati di tumore, nel 50% durante i trattamenti antitumorali e nella fase avanzata-terminale di malattia nel 75-80% dei soggetti. Il dolore non può tuttavia considerarsi solo un sintomo delle fasi avanzate e terminali di malattia in quanto è presente in numerose altre forme morbose con manifestazioni acute o croniche. Per tale motivo il medico che prende in cura il malato deve essere in grado di riconoscere precocemente il dolore e di saperlo trattare in modo adeguato. Una percentuale compresa tra il 3 e il 5% dei malati soffre di dolori persistenti ed intrattabili nonostante un corretto approccio terapeutico.

Pertanto è necessario identificare, in accordo con i bisogni ed il modello regionale, gradi differenti di complessità della rete della Terapia del Dolore. La rete va integrata con il progetto "Ospedale senza Dolore" che deve essere attivato in tutti gli Ospedali e nell'ambito di tutte le forme di assistenza domiciliare ed ambulatoriale.

I risultati attesi da questa serie di azioni saranno:

- Il completamento della rete regionale della Terapia del dolore;
- La creazione di un sistema di accreditamento istituzionale e di qualità dei soggetti erogatori di cura e di assistenza;
- La creazione di indicatori di qualità e di processo dei diversi livelli assistenziali della rete;
- L'attuazione in tutti gli Ospedali del progetto "Ospedale senza dolore" e nell'ambito di ogni ASP del progetto "Territorio senza dolore";
- La definizione di codici di riferimento per le strutture operative nella rete di terapia del dolore
- La definizione e codifica delle valorizzazioni tariffarie delle prestazioni e dei percorsi di cura;
- La valutazione del dolore come parametro vitale;
- Infine, un impegno specifico dovrà essere rivolto alla cura dell'inguaribilità e del dolore nei confronti dei bambini e degli adolescenti che, sebbene in numero contenuto, rappresentano una quota della popolazione con particolare vulnerabilità e debolezza.

11.3 Il ruolo del Non Profit, del Volontariato e del Terzo Settore

Il patrimonio di capacità umane, professionali ed organizzative espressione del settore non profit e più in generale del Terzo Settore è un bene al quale attingere, che necessita di un riconoscimento adeguato.

Le Associazioni non profit identificano frequentemente e talvolta prima delle istituzioni, i bisogni inespressi dei malati e favoriscono la nascita di iniziative indirizzate alla loro risoluzione.

Gli interventi caratterizzati dalla relazione d'aiuto e dal supporto inserito nei livelli assistenziali contenuti nelle aree di intervento di cui ai paragrafi precedenti, costituiscono i presupposti per lo sviluppo di questa azione specifica.

I risultati attesi da questa serie di azioni saranno:

- L'individuazione ed il censimento delle Organizzazioni no profit (ONP) evidenziandone l'area di azione e possibilmente il livello qualitativo dell'offerta;
- La definizione degli interventi caratteristici della sussidiarietà orizzontale, nelle fasi del percorso assistenziale e di supporto del malato e della sua famiglia;
- La predisposizione di un Albo Regionale al fine di attivare un sistema di certificazione per le ONP che intendono integrarsi nei percorsi assistenziali;
- La predisposizione di un sistema di accreditamento per le ONP che intendono partecipare alla rete delle cure palliative fornendo prestazioni professionali.

12.1 La Prevenzione del Rischio Cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari costituiscono la più importante causa di morte nel mondo e la loro elevata crescente prevalenza incide, anche nel nostro Paese, in modo sostanziale nella salute pubblica, sulle risorse sanitarie ed economiche, rappresentando una vera e propria emergenza sanitaria.

L'impatto di queste malattie in termini di mortalità, morbidità ed ospedalizzazione si mantiene elevato e rimane il primo problema di sanità pubblica. La distribuzione per numero assoluto e grandi categorie ICD IX (Classificazione Internazionale delle Malattie) mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio.

Dal quadro epidemiologico consegue la necessità che ampia parte delle risorse del sistema sanitario debbano essere dedicate a prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari.

E' ampiamente dimostrato che il rischio cardiovascolare è reversibile e che la riduzione dei maggiori fattori di rischio riduce il numero e la gravità degli eventi.

Obiettivi generali dell'attività di prevenzione sono: ridurre la frequenza, ritardare l'epoca di comparsa e diminuire la gravità e le conseguenze invalidanti delle malattie cardiovascolari. Ciò è possibile attraverso azioni mirate a ritardare l'evoluzione naturale della malattia e/o a rimuovere i fattori di rischio.

Interventi preventivi sono indirizzati a pazienti con pregressa malattia coronarica e/o vascolare, ma anche a soggetti asintomatici, ad alto rischio per la presenza di diabete mellito, dislipidemia, ipertensione arteriosa, familiarità, ma anche incongruo stile di vita (sedentarietà, alimentazione scorretta).

Il quadro epidemiologico dell'intero territorio nazionale dimostra l'efficacia della prevenzione secondaria, sui pazienti già affetti da patologia cardiovascolare, nelle aree del Centro-Nord dove è stata maggiormente applicata, mediante la collaborazione tra cardiologi e medici di medicina generale, in un sistema di continuità assistenziale Ospedale-Territorio. La distribuzione geografica della mortalità vede invece un minor calo delle morti cardiovascolari al Sud e nelle Isole, motivando la necessità di orientare maggiori sforzi verso la prevenzione cardiovascolare globale nella nostra Regione.

Considerati gli obiettivi della prevenzione secondaria, tutti i cardiologi, in stretto collegamento con la Medicina Generale, devono assicurare un programma articolato e completo per tutti i pazienti che abbiano sofferto di un episodio coronarico acuto.

Il presente Piano intende promuovere l'implementazione e l'adeguamento organizzativo-strutturale, nella pratica clinica corrente, delle strutture di prevenzione secondaria, organizzate secondo uno specifico modello assistenziale, sia in ambito ospedaliero che territoriale, dove possono avere grande impatto gli interventi preventivi, rivolti sia ai soggetti ad alto rischio (migliorando, ad esempio, il controllo anche farmacologico dell'ipertensione) sia all'intera popolazione (come per es. attraverso campagne contro il fumo, l'obesità, la sedentarietà, per mantenere in particolare un profilo di rischio "favorevole").

12.2 La Rete dell'emergenza cardiologica

La rete per l'emergenza cardiologica costituisce la risposta organizzativa, strutturale e culturale alle necessità di assistenza della persona con cardiopatia acuta. La rete integra le strutture del 118, della Medicina d'Urgenza e della Cardiologia ed è organizzata per prendere in carico il paziente e governarne il percorso, conformemente alle sue necessità e senza differenze quale che sia il punto di ingresso².

La Rete per le emergenze cardiologiche rappresenta un modello assistenziale funzionale, ampiamente collaudato poiché è attuato ormai in quasi tutta Europa e nella maggior parte delle Regioni italiane. E' enormemente vantaggiosa per tutta la comunità in quanto serve a soccorrere tempestivamente i cittadini colpiti da attacco cardiaco, a diagnosticare la natura dell'attacco lì dove esso si verifica e a trasferire gli stessi nel centro più attrezzato per la terapia ottimale.

La Rete riunisce in sé i vantaggi di un approccio più precoce alla persona con infarto miocardico acuto, esteso a tutto il territorio e dunque con più equo accesso alle cure. Offre inoltre una maggiore razionalizzazione della spesa eliminando l'eccessiva frammentazione dei trattamenti e un migliore controllo degli standard assistenziali e dei risultati, primo fra tutti la riduzione della mortalità.

La definizione della rete per l'emergenza cardiologica ha dunque come finalità quella di aumentare il numero di soggetti trattati, di accelerare e di ottimizzare le terapie, e di rendere più funzionali le strutture esistenti, identificando le competenze e riducendo le attività improprie, nonché i rischi per i pazienti.

² Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia: executive summary G Ital Cardiol 2009; 10 (Suppl 3-6): 35-65.

Obiettivi

L'obiettivo che si intende perseguire è, attraverso la costruzione ed il corretto funzionamento della rete, garantire a qualunque persona nel territorio siciliano colpita da Infarto Miocardico Acuto (IMA) [indicato nella letteratura

internazionale con l'acronimo STEMI: infarto con ST sopraslivellato] adeguato soccorso e nel più breve tempo possibile (idealmente entro un'ora dall'inizio dei sintomi), per due motivi principali:

- la morte per arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare, che è una complicanza frequente dell'IMA, avviene solitamente nelle primissime ore e la persona può sopravvivere solo se si trova a portata di defibrillatore elettrico (strumento che peraltro, nel nostro sistema, è utilizzato soltanto nei reparti di emergenza e in alcuni mezzi di soccorso);
- la quantità di muscolo cardiaco che può essere salvata, riaprendo l'arteria coronarica che si è occlusa, è massima se si interviene molto presto (mediante trombolisi farmacologica oppure dilatando il vaso con l'intervento percutaneo denominato angioplastica primaria, ovvero PPCI della letteratura internazionale), mentre dopo le prime 2 ore il beneficio della "riperfusione" (ripristino del flusso di sangue nella coronaria ostruita) si riduce notevolmente.

Negli ultimi 10 anni, è stata dimostrata la superiorità dell'angioplastica primaria rispetto alla trombolisi nel trattamento dell'IMA con ST sopraslivellato, sia nei trials randomizzati "testa a testa", sia nelle metanalisi "a posteriori".

Il vantaggio del trattamento con PPCI si manifesta anche quando la persona accede ad un ospedale senza Emodinamica, purché egli venga trasferito tempestivamente in un centro idoneo all'intervento.

Le attuali linee-guida per il trattamento dei pazienti con IMA con ST sopraslivellato (STEMI), sviluppate dalla European Society of Cardiology (ESC) e dall'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) e quelle della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) in un "Consensus Document" raccomandano l'angioplastica primaria come terapia di riperfusione in classe I, livello di evidenza A. in un largo spettro di situazioni cliniche e logistiche.

In conseguenza di ciò, la comunità cardiologica ha acquisito la consapevolezza di dover dare a tutti i pazienti con IMA la possibilità dell'angioplastica primaria sulla base delle loro necessità cliniche e indipendentemente dalle caratteristiche dell'ospedale di primo soccorso.

Tuttavia da un'analisi di contesto si rileva che i miglioramenti terapeutici degli ultimi anni mentre hanno ridotto di molto la mortalità intra-ospedaliera per IMA, non hanno modificato in alcun modo la prognosi e gli eventi dei malati nella fase pre-ospedaliera dove si concentra la mortalità maggiore, che può arrivare fin oltre il 50% della mortalità globale.

Il problema è dunque l'appropriata gestione nel territorio dell'Infarto Miocardico Acuto e assicurare, nel tempo più precoce possibile, la migliore terapia a ciascun paziente, compresi coloro che raggiungono un ospedale senza UTIC o che, purtroppo, non lo raggiungono affatto. Si rende necessario, dunque, un radicale riassetto dell'organizzazione per la gestione delle emergenze cardiologiche secondo il modello di rete inter-ospedaliera e territoriale integrata "HUB and SPOKE".

Per il trattamento ottimale dei pazienti con IMA diventa quindi indispensabile disporre di Centri di Emodinamica e Cardiologia Interventistica ad elevata competenza nell'angioplastica primaria (Centri Hub) e, al contempo, deve essere possibile trasferire velocemente presso questi Centri i pazienti provenienti direttamente dal territorio e/o da altri Centri senza Emodinamica (Centri Spoke).

Modello organizzativo

Le UU.OO. di Cardiologia con UTIC ed Emodinamica pubbliche e private accreditate svolgono il ruolo di Centro di Riferimento (HUB) per il suddetto trattamento percutaneo, e la rete di ambulanze ed elicotteri del 118 (SPOKE), unitamente alle UTIC senza Emodinamica (SPOKE) e ai presidi ospedalieri territoriali senza UTIC (SPOKE), resi idonei alla diagnosi "in loco" di IMA, provvedono al trasporto dei pazienti ai Centri HUB più vicini per l'esecuzione dell'angioplastica primaria.

Così come indicato nei "Quaderni del Ministero della Salute" gennaio-febbraio 2010 a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti, il fabbisogno di posti letto in UTIC è generalmente calcolato in 4-5 letti ogni 100.000 abitanti o in 10 letti ogni 100.000 accessi al DEA per anno. Si ritiene inoltre che l'organizzazione sanitaria deve essere in grado di garantire circa 650 angioplastiche per milione di abitanti per anno per infarti miocardici con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI).

L'intervallo intercorrente tra l'inizio dei sintomi dell'infarto e la riperfusione coronarica, il cosiddetto "fattore tempo", è costituito da quattro componenti sui quali è necessario intervenire in modo differenziato per ridurre i ritardi. Sono definiti "tempi precoronarici":

- il tempo tra l'insorgenza dei sintomi e il primo contatto medico;
- il tempo impiegato a raggiungere il luogo di somministrazione della terapia;
- il tempo intraospedaliero necessario all'inizio delle cure;
- il tempo necessario alla terapia per essere efficace.

Il "tempo precoronarico" complessivo, ossia l'intervallo che intercorre fra l'inizio dei sintomi di infarto e l'inizio della terapia riperfusiva, suole essere suddiviso in tre segmenti:

- tempo decisionale (tra l'inizio dei sintomi e il momento in cui la persona decide di cercare soccorso);
- tempo casa-ospedale (tra l'inizio della ricerca di soccorso e l'arrivo in ospedale);
- tempo intraospedaliero (fra l'arrivo in ospedale e l'inizio della terapia riperfusiva).

In seno a ciascuno di questi segmenti temporali avvengono abitualmente ritardi di vario tipo (potenzialmente più o meno evitabili), ma la perdita di tempo più rilevante suole essere quella dovuta all'esitazione dei pazienti nel decidere se cercare soccorso (cosiddetto "ritardo decisionale"). Tale ritardo, che scaturisce dal tempo che la persona impiega a riconoscere i sintomi e ad allertare il sistema di cure, può essere sensibilmente ridotto tramite

opportune campagne educazionali del pubblico, degli operatori professionali, dei pazienti con storia di cardiopatia ischemica o con fattori di rischio.

La valutazione preventiva dei tempi precoronarici costituisce il criterio principale sul quale le linee-guida in vigore basano le indicazioni ai due tipi di trattamento riperfusivo, trombolisi farmacologica o angioplastica primaria. Esse raccomandano il PPCI se si verificano le seguenti condizioni:

- a) in ogni caso, se il tempo di presentazione in ospedale supera le 3 ore;
- b) se invece il ricovero avviene entro le 3 ore, solo nei casi in cui il ritardo aggiuntivo per trasferire il paziente nel Centro idoneo ad eseguire l'angioplastica è < 60 minuti. Altrimenti il trattamento farmacologico è considerato una valida alternativa.

Obiettivi

Gli obiettivi specifici che il progetto si propone di raggiungere sono :

1. aumentare il numero di pazienti con IMA che arrivano vivi in ospedale;
2. giungere il più precocemente possibile ad una adeguata terapia di riperfusione, tenendo conto che la mortalità è direttamente proporzionale - e la quantità di miocardio che può essere salvato inversamente proporzionale - ai tempi di intervento;
3. ottenere nel complesso almeno il 75 % di trattamenti riperfusivi, in accordo con le indicazioni della Società Europea di Cardiologia;
4. ridurre la mortalità globale e intraospedaliera per IMA.

Interventi prioritari

Tali obiettivi possono essere raggiunti attraverso i seguenti interventi prioritari:

- campagne di informazione-educazione del pubblico in grado di ridurre il “ritardo decisionale”;
- realizzazione di una efficace rete di intervento sul territorio, in grado di ridurre i tempi pre-ospedalieri, gestita dal servizio per l'emergenza territoriale del “118”;
- una organizzazione codificata tramite 118, in grado di trasferire rapidamente i pazienti con IMA dagli ospedali di primo soccorso (Centri SPOKE) al Centro di riferimento per la riperfusione miocardica con angioplastica primaria (Centri HUB);
- un miglioramento della qualità dei percorsi e delle cure intra-ospedaliere.

Modello logistico-operativo

Il modello operativo prevede una rete di unità mobili (118) attrezzate per il soccorso in loco della persona colpita da dolore toracico, il cui personale registrerà gli elettrocardiogrammi (ECG) e li trasmetterà per via telematica al centro di refertazione regionale, che a sua volta comunicherà la diagnosi alla centrale operativa del 118 con cui è collegato e indicherà il luogo dove dovranno trasportare l'assistito, dopo avere allertato lo staff di cardiologia interventistica del Centro di riferimento per l'angioplastica primaria, con conseguente riduzione del tempo precoronarico complessivo. I pazienti con IMA devono essere ammessi direttamente alla sala di cateterismo, bypassando il pronto soccorso o l'UTIC, configurando così un “door to balloon time” (tempo che intercorre tra l'ingresso in ospedale e la prima dilatazione con pallone della coronaria ostruita) il più breve possibile.

Tenendo conto delle potenzialità operative delle strutture esistenti, della richiesta in termini quantitativi attesa dal territorio e del decisivo apporto della rete di collegamento “118”, tutti i pazienti con IMA eleggibili all'angioplastica primaria potrebbero teoricamente essere sottoposti alla procedura.

In questo contesto il modello Hub & Spoke si realizza fondamentalmente con due modalità:

- a) triage preospedaliero
- b) trasporto interospedaliero.

In relazione ai diversi “scenari”, si applicheranno specifici protocolli operativi che saranno oggetto di apposita linea guida regionale.

I bacini d'utenza

Le dimensioni geografiche dei bacini, la definizione delle strutture hub e spoke e l'identificazione dei centri per la refertazione della rete per l'IMA sono in corso di definizione dal gruppo di lavoro regionale attualmente operante, costituito da esperti cardiologi, emodinamisti e componenti di società scientifiche.

Risultati attesi

- riduzione dei tempi preospedalieri di ischemia
- riduzione della mortalità preospedaliera per IMA
- aumento del numero di pazienti colpiti da IMA che giungono vivi in ospedale
- riduzione del door-to-balloon time
- aumento del numero di angioplastiche primarie tempestivamente eseguite
- riduzione della mortalità ospedaliera globale per IMA
- riduzione della degenza media per IMA

Per i pazienti che raggiungono l'ospedale HUB con i propri mezzi dovranno essere inoltre ottimizzate le procedure diagnostiche intraospedaliere al fine di ridurre al minimo il tempo trascorso nelle sale dell'Area d'Emergenza.

Presso ogni centro devono essere eseguite almeno 400 procedure di PCI all'anno. Tale requisito minimo di attività deriva da alcune osservazioni recenti che dimostrano che l'esecuzione di almeno 400 PCI coronariche/anno garantisce buoni risultati in termini di outcome, soprattutto nelle procedure eseguite in emergenza e, in caso di PCI, per trattare STE-ACS (17,20).

Tale numero consente di mantenere una adeguata esperienza per più di un operatore, di utilizzare con sufficiente frequenza nuovi dispositivi e di fronteggiare con maggiore sicurezza le complicanze immediate.

Un limite più basso può essere ritenuto tollerabile quando il laboratorio è situato in aree geograficamente isolate che presentino notevoli difficoltà per quanto riguarda il trasferimento rapido dei pazienti.

È opportuno ricordare che secondo le maggiori Società Scientifiche sono richiesti per il mantenimento di un'adeguata preparazione un numero di PCI >75/operatore/anno solo se l'operatore opera in un laboratorio che esegua complessivamente più di 400 PCI/ anno (1,2).

I centri di recente e/o nuova istituzione devono avere un Emodinamista di riferimento, con comprovata esperienza di gestione/organizzazione di laboratorio e che abbia eseguito un numero di procedure interventistiche come primo operatore superiore a mille, ufficialmente certificate.

12.3 La Gestione in rete delle aritmie

Le aritmie cardiache nell'ambito della patologia cardiologica per prevalenza, importanza e per consumo di risorse, hanno assunto negli ultimi due decenni un peso rilevante nell'assistenza sanitaria. Conseguentemente la Cardiologia italiana si è attrezzata per soddisfare il crescente bisogno assistenziale ed oggi l'aritmologia in Italia è una subspecialità "adulta" della Cardiologia, non solo dal punto di vista clinico assistenziale ma anche dal punto di vista scientifico, caratterizzata da un buon livello assistenziale medio, dalla presenza di numerosi Centri di eccellenza e da una buona diffusione nell'intero Paese.

Questo sviluppo prorompente da una parte ed i mutamenti organizzativi in atto nella Cardiologia italiana dall'altra, rendono necessario l'avvio di un processo di organizzazione strutturale e funzionale dei presidi aritmologici di tutte le Regioni al fine di migliorare la performance assistenziale nei confronti della persona con aritmia, secondo criteri di efficacia e di efficienza in risposta ad un moderno processo di organizzazione del sistema sanitario.

Lo Scompenso Cardiaco in particolare, come ben noto, è un problema sanitario tra i più rilevanti nei paesi industrializzati, rappresentando la patologia con maggiore diffusione e rientrando tra le prime cause di morte.

Il 40% delle morti per SC è dovuto a morte improvvisa (MI) ad eziologia aritmica.

Dalla letteratura si evince che la terapia con defibrillatore impiantabile (ICD) riduce la mortalità in percentuale variabile dal 20 al 60%. In base ad una stima dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC), in Italia, il numero di pazienti/annui candidati all'impianto di tale device sarebbe intorno a 5.000 per prevenzione primaria e a 7.000 per prevenzione secondaria.

Rapportando la popolazione della Sicilia a quella dell'Italia, la stima dei candidati all'impianto di defibrillatore in Sicilia è di 1.046/ anno (436 per prevenzione primaria e 610 per prevenzione secondaria).

Considerato che anche in altre patologie cardiologiche a rischio di MI viene consigliato dalle Linee-Guida l'impianto dell'ICD, si evince chiaramente come, nell'ambito di una programmazione dell'assistenza sanitaria in Sicilia, sia di rilevante importanza prevedere un aumento degli impianti di questi dispositivi ormai identificati come "salva-vita", fino al raggiungimento della media nazionale degli impianti, pari a circa 75 x milione di abitanti, concorrendo all'abbattimento della mobilità passiva extraregionale.

La terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) è un trattamento che nei pazienti con scompenso cardiaco si è dimostrato in grado sia di migliorare notevolmente la qualità di vita dei pazienti, determinando una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione in percentuale variabile dal 66 al 94% in base a tutti i trial portati a termine, che di ridurre la mortalità.

In Sicilia sono stati registrati circa 16.000 pazienti ricoverati con scompenso nel 2008; di questi, circa il 15% (2.400) ha registrato alterazioni della sincronia di contrazione cardiaca, potendosi pertanto giovare della terapia di resincronizzazione.

Dati la complessità, i rischi per il paziente e i costi della procedura di impianto dei device per resincronizzazione, allo scopo di garantire da un lato, la qualità del servizio, dall'altro, il contenimento dei costi, è opportuno individuare centri idonei all'esecuzione della procedura.

Un ultimo aspetto è quello del trattamento interventistico delle tachiaritmie, consistente nell'ablazione transcatetere mediante radiofrequenza. L'applicazione di tale metodica in Sicilia è ancora ad uno stadio iniziale, per motivi legati soprattutto all'aggiornamento tecnologico; alcune procedure, ed in maniera particolare l'ablazione della fibrillazione atriale, non vengono ancora eseguite autonomamente dalle strutture pubbliche, costringendo un gran numero di malati a recarsi in altre regioni a spese della Sanità Siciliana.

Modello organizzativo in aritmologia: un sistema integrato

Nel giugno 2009 è stato pubblicato dal Giornale Italiano di Cardiologia, organo ufficiale della FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), un modello di consenso univoco della Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia che ha stabilito dei modelli per il raggiungimento di obiettivi strategici, basati sul concetto della Rete,

in cui una o più strutture di riferimento devono servire da HUB per le altre strutture, tenendo conto dei fabbisogni e della clinical competence degli operatori.

Ai fini programmatici, lo sviluppo di questa Rete può contribuire ad una razionalizzazione dei posti letto e delle risorse che fanno capo all'area della Cardiologia Interventistica aritmologica e di Cardioritmo, nonché garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la corretta utilizzazione dei servizi sanitari, l'eliminazione delle prestazioni ripetitive e la riduzione delle liste d'attesa.

L'aritmologia interventistica, costituita dall'insieme di elettrofisiologia e cardioritmo, rappresenta un importante aspetto della cardiologia interventistica, il cui fabbisogno medio/annuo è peraltro in ascesa, considerati la sempre più diffusa applicazione di alcune procedure al trattamento dello scompenso cardiaco (SC), l'aumento della fascia degli anziani, l'ampliamento delle indicazioni per certe patologie e la maggiore disponibilità delle tecnologie.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili e di fornire al paziente il migliore trattamento possibile, il modello organizzativo proposto nel presente Piano prevede una suddivisione delle strutture sanitarie deputate allo svolgimento delle procedure diagnostiche e terapeutiche in tre differenti livelli di complessità.

Le strutture di livello superiore dovranno necessariamente soddisfare, oltre alle caratteristiche organizzative per lo specifico livello di appartenenza, anche tutte quelle inferiori.

A differenza però di altri settori della Cardiologia in cui il modello della rete integrata secondo il modello *hub and spoke* può rappresentare un'adeguata risposta al bisogno assistenziale del paziente, nel caso del paziente aritmico il collegamento delle strutture aritmologiche deve necessariamente essere meno rigido e codificato e costituire più che una rete integrata, un sistema integrato.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili e fornire al paziente il miglior trattamento possibile il modello organizzativo prevede la classificazione delle strutture deputate allo svolgimento delle attività di aritmologia diagnostica e terapeutica in tre livelli a complessità differente in base ai requisiti organizzativi e tecnologici posseduti da ciascuno. Le strutture di livello superiore dovranno soddisfare, oltre alle caratteristiche organizzative previste per il proprio livello di appartenenza, anche tutte quelle dei livelli inferiori.

Inoltre secondo il modello *hub and spoke*, le strutture sanitarie di livello superiore potranno fungere da punto di riferimento per quelle di livello inferiore.

La struttura aritmologica di I livello ha come scopo principale il collegamento col territorio, il primo soccorso in caso di aritmie in atto e la valutazione non invasiva del paziente aritmico con particolare riguardo alla presenza/assenza di cardiopatia. Esso inoltre in accordo a binari predefiniti o per accordi tra i responsabili delle strutture, quando il livello di assistenza supera la soglia propria del livello, riferisce il paziente, a seconda dei casi ad un centro di II o III livello

La struttura aritmologica di II livello si caratterizza per la erogazione, in aggiunta a quelle proprie del I livello di prestazioni aritmologiche invasive "di base", sia dal punto di vista elettrofisiologico (studio elettrofisiologico endocavitario a scopo diagnostico o prognostico, sia dal punto di vista impiantistico - impianto di pacemaker (PMK), defibrillatori cardiaci impiantabili (ICD) mono e bicamerale e terapie resincronizzanti cardiache (CRT). L'impianto di PMK o ICD con CRT per la cura del paziente con scompenso cardiaco, in considerazione della tipologia di intervento che non richiede attrezzature diverse rispetto alla impiantistica semplice e della epidemiologia e rilevanza sociale della scompenso cardiaco, possono essere erogati nei presidi di II livello.

La struttura aritmologica di III livello eroga le prestazioni- procedure di I e II livello e si caratterizza essenzialmente per la terapia ablativa delle aritmie.

Quando il livello assistenziale sale al di sopra di una data soglia il presidio di livello inferiore deve trasferire l'assistenza al livello superiore.

Obiettivi del sistema integrato delle strutture aritmologiche

Obiettivi del sistema integrato delle strutture aritmologiche sono:

- favorire l'integrazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri, pubblici e privati accreditati, al fine di garantire a tutti i cittadini equità di accesso alle indagini, procedure e terapie aritmologiche favorendo la continuità assistenziale dei percorsi;
- sviluppare la cultura dei registri;
- attivare processi di complementarietà e non di gerarchia tra i vari presidi, per cui un presidio può essere "riferimento" per gli altri per alcuni quadri e percorsi aritmici e "riferente" ad altri per altri quadri e percorsi aritmici;
- garantire la appropriatezza dei percorsi e delle prestazioni;
- ridurre le liste di attesa;
- promuovere una uniforme distribuzione dei vari presidi aritmologici in Sicilia.

Con decreto n. 1823 del 13 luglio 2010, l'Assessorato ha emanato specifiche linee guida che, in coerenza con gli indirizzi ministeriali, fissano i criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare.

I percorsi in aritmologia

Ogni paziente "aritmico" deve avere un percorso appropriato volto alla individuazione della eventuale cardiopatia sottostante, al perfezionamento diagnostico, alla accuratezza della stratificazione prognostica ed al miglior trattamento, farmacologico e non farmacologico, del quadro aritmico, indipendentemente dalla sua situazione logistica. La combinazione tra la presentazione clinica (aritmia in atto o anamnestica, sintomi in atto o anamnestici) e le condizioni logistiche condizionano l'inizio del percorso: accesso diretto al Pronto soccorso (PS),

valutazione elettiva in un ambulatorio cardiologico, valutazione elettiva o con “priorità” (urgenza differita) in ambulatorio aritmologico.

In linea di principio qualsiasi Pronto Soccorso (PS), avvalendosi o meno di adeguate consulenze specialistiche, deve essere in grado di interrompere/stabilizzare le aritmie con gravi ripercussioni emodinamiche o minacciose per la vita. In caso di accesso al PS la consulenza cardiologica è auspicata. Per tutte le aritmie il percorso può iniziare in un presidio di I livello per progredire poi, se è il caso, ai livelli superiori. In linea di massima le bradicardie hanno un percorso che si esaurisce al I o al II livello, le tachicardie approdano al III livello essenzialmente per la terapia ablativa.

Organizzazione della emergenza aritmica

Anche se alcune aritmie “lente” (arresto sinusale, blocca A-V totale) e rapide (tachiaritmia sopraventricolari e tachicardie ventricolari) possono rappresentare un’ emergenza aritmica (cui comunque qualsiasi Pronto soccorso dovrebbe poter far fronte), l’arresto cardiaco è la vera e più importante emergenza aritmica, sia dal punto di vista epidemiologico-sociale, che dal punto di vista organizzativo.

Un’ efficace e moderna strategia di lotta alla morte improvvisa (ineluttabile conseguenza dell’arresto cardiaco non prontamente trattato) deve prevedere l’implementazione di progetti di PAD (Public Access Defibrillation), incentrati sul DEU e sul sistema 118 al fine di accorciare i tempi di intervento che vedono nella defibrillazione precoce l’atto più importante dell’intera catena della sopravvivenza. Tale implementazione è oggi possibile sia per la disponibilità di Defibrillatori semiautomatici di facile uso e gestione sia in forza di precisi atti legislativi (Legge 120 del 3 aprile 2001, Legge 69 del 15 marzo 2004, DDL del 2 febbraio 2006).

La rete cardiologica con le UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica) è, insieme al DEU, il fulcro del sistema della emergenza aritmologica sia poiché nel 75-80% dei casi una Sindrome coronarica acuta è alla base dell’arresto cardiaco, sia in quanto potenzialmente in grado di assicurare al paziente sopravvissuto ad un arresto cardiaco il percorso valutativo e terapeutico più appropriato.

Indicatori di qualità delle prestazioni aritmologiche

La qualità delle prestazioni sanitarie è stata fino ad ora valutata da indicatori di struttura (le dotazioni strutturali e tecnologiche, le risorse umane) e di processo (inteso come numero di procedure). Si tratta ovviamente di indicatori “surrogati”, che lasciano ampio spazio e giustificazione al dubbio che essi possano non essere completamente predittivi della qualità del risultato, unico evento che realmente interessa all’utente.

Il volume procedurale della struttura, per quanto importante, non può essere considerato l’unico o il principale indicatore di qualità. Maggior valore, in questo ambito, ha infatti il numero di procedure espletate da un singolo operatore che non può essere inferiore ad un minimo variabile da procedura a procedura e la “continuità” nella erogazione degli interventi da parte del medesimo operatore.

Accanto agli indicatori “tradizionali” sono quindi oggi importanti gli indicatori che valutano direttamente risultati e complicità di una procedura sanitaria per ciascun centro e per ciascun operatore e li confrontano con uno standard di riferimento (benchmark). Sicuramente da promuovere e da incoraggiare è la partecipazione a Registri, la regolarità e completezza del follow-up e l’adesione totale ad audit delle Società scientifiche o degli organi accreditanti.

12.4 La rete gestionale integrata per la cura dello Scompenso Cardiaco (SC)

Il numero crescente di pazienti affetti da SC e l’aumento esponenziale della spesa sanitaria per questa patologia, impongono di ridisegnare i percorsi sanitari di cura.

Gli studi condotti con modelli di gestione integrata dello SC di tipo multidisciplinare con la presenza sul territorio di personale medico e non medico e l’adozione di nuove modalità di comunicazione come la telemedicina hanno dimostrato evidenti vantaggi su:

- il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita;
- l’educazione dei pazienti, l’adesione e la capacità di autogestione della terapia;
- l’individuazione precoce dei casi a rischio d’instabilizzazione;
- il controllo della progressione della malattia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e della mortalità.

La gestione integrata dei pazienti in una rete di servizi territoriali richiede l’esplicitazione dei processi di cura, attraverso la definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici (PDT), dei profili assistenziali, dei ruoli e delle responsabilità dei diversi operatori sanitari.

Se il fulcro dell’assistenza per una patologia cronica come lo SC deve essere prevalentemente territoriale, di fondamentale importanza sono adeguati PDT anche all’interno dell’ospedale e la garanzia della continuità delle cure anche attraverso strutture ospedaliere differenti, in stretta collaborazione tra loro.

Critica è inoltre la definizione delle modalità d’accesso al ricovero ospedaliero e di dimissione, momenti in cui la comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedaliera e territoriale appaiono decisive per una efficace presa in carico a garanzia della continuità e qualità delle cure.

Infine cruciale, come in tutte le patologie croniche, è l’assunzione di un ruolo responsabile e attivo del paziente nella gestione della sua malattia attraverso un appropriato intervento educativo.

La Gestione del Paziente con SC nell’Ospedale e nel Territorio

Il percorso assistenziale del paziente con SC dovrà essere basato sul principio della rete integrata, che consente di decentrare le attività e creare interazioni di competenze, ottimizzando l'impiego delle risorse.

Organizzazione in ambito ospedaliero: la struttura ospedaliera

Come specificato nel documento della Federazione Italiana di Cardiologia “Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia”, è necessario che in ogni ospedale, pubblico o privato accreditato, idoneo per struttura e territorio di riferimento, sia avviato un processo di adeguamento organizzativo-strutturale finalizzato alla migliore assistenza per i pazienti con scompenso cardiaco.

Interventi prioritari

- Identificare un team multidisciplinare di medici ed infermieri, responsabile/i della diagnosi e cura del paziente affetto da SC da individuare fra le professionalità con competenze maturate nella gestione dello SC. Il team dovrebbe essere composto in primo luogo da cardiologi, internisti e infermieri con competenze specifiche, inclusi i medici coinvolti nelle attività di Pronto Soccorso/Dipartimento d'Emergenza (PS/DEA), ma idealmente allargato all'apporto di diversi specialisti (geriatri, nefrologi, etc.) e di competenze professionali non mediche (psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti). Esso rappresenta un punto di riferimento per la gestione intraospedaliera del paziente, per quella territoriale e, ove non sia presente un Ambulatorio SC, per la gestione del malato complesso deospedalizzato.
- istituire un Ambulatorio dedicato alla cura dello SC, cui afferisce il team medico-infermieristico con competenze specifiche per lo SC, aperto al coinvolgimento diretto di internisti e geriatri. L'Ambulatorio SC rappresenta un punto di riferimento per garantire la continuità assistenziale e fornire supporto e collaborazione alla cura del paziente all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera, fino alla presa in carico dei pazienti più complessi. In realtà non dotate di ambulatorio dedicato, l'ambulatorio cardiologico generale si struttura per garantire continuità al percorso assistenziale del paziente con SC.

Rete organizzativa delle strutture ospedaliere

A livello regionale, in base alle diverse realtà locali, va promossa la costituzione di una rete organizzativa fra strutture pubbliche o private accreditate e centri di riferimento dotati di Emodinamica, Elettrofisiologia e Cardiochirurgia, inclusi i centri con Programmi Trapianto Cardiaco (PTC), secondo il modello organizzativo “hub & spoke”, già consolidato in molte realtà per la gestione della sindrome coronarica acuta.

Organizzazione in ambito territoriale

Come detto nella premessa, la base per una gestione efficace ed efficiente dello SC è la “Gestione Integrata” (G.I.), termine con il quale deve intendersi un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG o PLS, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione di assistenza al paziente.

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un Percorso di cura articolato e proattivo, di un “piano di cura” con follow-up condiviso, che deve emergere da un programma mirato sui bisogni specifici del paziente ed attivamente concordato tra MMG/PLS e Specialista e tra questi e tutte le altre figure professionali chiamate a contribuire al percorso di cura (infermiere, assistente sociale per le problematiche socio-familiari che inficiano le capacità di gestione della patologia, dietologo, altro personale specialistico).

Alla base della gestione integrata in ambito territoriale sta l'associazionismo dei MMG/PLS, nelle sue diverse forme previste dall'Accordo Integrativo Regionale e nelle nuove prospettive emergenti dal Nuovo ACN- Accordo Collettivo Nazionale siglato nel luglio 2009 (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie). Le forme aggregative più avanzate, che prevedono l'integrazione con gli specialisti poliambulatori rappresentano l'orizzonte verso il quale tendere perché costituiscono la piattaforma organizzativa sulla quale poter consolidare percorsi assistenziali integrati ed evidence-based.

Le Linee Guida di riorganizzazione dell'attività territoriale previste dall'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009, alle quali si rimanda per approfondimenti, prevedono una riorganizzazione dell'attività specialistica dei Poliambulatori territoriali, mirata a rinforzare la gestione integrata con l'ambito della medicina generale, basata sulla costituzione di team specialistici multiprofessionali e multidisciplinari, integrati dalle professionalità infermieristiche ed in rapporto stabile con i MMG ed i PLS.

Questi team opereranno anche attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati, organizzati per patologia (di cui l'Ambulatorio Scompenso sarà una componente) all'interno di programmi di gestione integrata tra MMG/PLS, Specialisti ed Infermieri distrettuali.

Gli ambulatori dedicati allo Scompenso devono, però, operare in una logica di rete integrata, anche con il livello ospedaliero, in una prospettiva di piena valorizzazione delle diverse potenzialità legate non tanto alle competenze, ormai ampiamente diffuse in ambito cardiologico, quanto alla presenza di tecnologie di maggiore o minore livello specialistico. In altri termini, il paziente con scompenso dovrà avere come riferimento stabile il proprio MMG e, a seconda delle esigenze assistenziali legate al grado di avanzamento della propria patologia, dovrà poter fare riferimento agli ambulatori specialistici territoriali e, per esigenze maggiori (cateterismo, resincronizzazione, etc.), agli ambulatori del livello ospedaliero. Ciò permetterà di ridurre progressivamente l'intasamento delle strutture ospedaliere nel caso di persone con problematiche gestibili a livello territoriale, offrendo il setting più adeguato ai fabbisogni di salute.

Per i casi di malattia in fase più avanzata è utile ricorrere ad un'offerta più complessa che a livello territoriale includerà anche il *Day Service Ambulatoriale Territoriale (DSAT)* con i relativi *Pacchetti di Prestazioni Assistenziali Complesse (PAC)*, cui si è fatto cenno nel paragrafo relativo alla gestione della cronicità (per approfondimenti si rimanda alle specifiche Linee Guida regionali di riorganizzazione dell'attività territoriale). Oltre agli ambulatori dedicati in rete ed ai Percorsi integrati, di significativa importanza nell'integrazione ospedale-territorio, sono le "dimissioni facilitate" effettuate attraverso l'Ufficio Territoriale che sarà costituito a livello ospedaliero, inteso come una diramazione del PTA territoriale in ambiente ospedaliero, mirata a garantire la continuità assistenziale con la rete territoriale già in fase pre-dimissione.

12.5 La Riabilitazione cardiovascolare

Le linee guida nazionali e internazionali definiscono la riabilitazione dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari come "la somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti cardiopatici post acuti o cronici possano conservare e/o riprendere il proprio ruolo nella società".

E' necessario pertanto favorire la stabilità clinica dei pazienti attraverso l'ottimizzazione dell'intervento terapeutico, la riduzione dei sintomi legati alla malattia e il miglioramento della capacità funzionale. E' altresì importante modificare il loro profilo di rischio nel tentativo di ridurre l'incidenza di nuovi eventi cardiovascolari e di attuare così una valida prevenzione secondaria.

Bisogna infine consentire il graduale processo di recupero e il reinserimento lavorativo di cardiopatici per migliorare in ultima analisi il più possibile la loro qualità di vita. Tali obiettivi si possono ottenere sviluppando e attuando specifici programmi riabilitativi basati su:

- stima del rischio cardiovascolare globale con valutazione clinica e indagini strumentali anche complesse;
- identificazione di obiettivi specifici per ciascun fattore che influenza il rischio (fumo, dislipidemia, ipertensione arteriosa);
- formulazione di un piano di trattamento individuale che combini il cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso corporeo, dello stato d'ansia e della depressione) con la prescrizione dell'attività fisica controllata;
- interventi psicologici di ridefinizione cognitiva e di attivazione motivazionale
- possibilità di verificare e consolidare nel tempo i risultati ottenuti.

Ne deriva la necessità di ricercare e prevenire i fattori responsabili della progressione della malattia, di identificare i pazienti a maggiore rischio su cui concentrare le risorse e sviluppare modelli di intervento che possano garantire la continuità assistenziale.

I modelli di intervento possono essere assicurati e gestiti dalle strutture di cardiologia riabilitativa, snodo centrale nell'ambito dell'intera assistenza cardiologica.

E' necessario pertanto programmare percorsi riabilitativi differenziati per ciascun gruppo di cardiopatici: dagli ischemici stabili a quelli in esito di evento acuto (post IMA), ai cardioperati e a quelli cronicamente scompensati. Pertanto i pazienti scompensati e ad alto rischio devono essere indirizzati alla struttura riabilitativa di tipo degenziale a più alto livello diagnostico, assistenziale e organizzativo, mentre quelli a medio o basso rischio possono essere gestiti da strutture riabilitative di livello intermedio o ambulatoriale.

Il numero di pazienti acuti che dalle unità di terapia cardiologica viene trasferito in strutture di riabilitazione cardiologica è ancora molto basso.

Le strutture di prevenzione cardiovascolare secondaria devono garantire:

- la gestione di un elevato numero di pazienti con profilo di rischio cardiovascolare particolarmente elevato provenienti dal territorio;
- favorire nel post acuto la realizzazione di programmi di riabilitazione cardiologica con prevalente indirizzo verso la prevenzione secondaria.

In una rete interospedaliera cardiologica la continuità assistenziale va assicurata prioritariamente ai pazienti a più alto rischio; a questo scopo le strutture di riabilitazione- prevenzione cardiovascolare devono assicurare percorsi sinergici.

E' necessario pertanto che le singole strutture dedicate alla prevenzione/ riabilitazione cardiovascolare vengano integrate in una rete assistenziale che abbia come snodi centrali le strutture di livello e complessità superiori (centri HUB) collocate in dipartimenti cardiovascolari (ospedalieri, interaziendali o ospedale-territorio) o in strutture riabilitative pubbliche e private che garantiscano il più alto livello diagnostico assistenziale e organizzativo. Sarà, quindi opportuno prevedere strutture riabilitative pubbliche e private di livello intermedio cui accederanno pazienti scompensati o cardiopatici a medio e basso rischio. Nell'ambito delle strutture di degenza dovrà essere prevista la possibilità di erogare prestazioni ambulatoriali, mentre potranno esistere strutture ambulatoriali appositamente organizzate che si inseriscono nella rete della riabilitazione cardiologica.

Tali realtà potrebbero fornire supporto agli ambulatori dei presidi periferici (centri SPOKE), favorendo una positiva osmosi assistenziale.

12.6 L'assistenza cardiocirurgica

In questi ultimi anni, l'innovazione tecnologica ha drammaticamente modificato l'approccio chirurgico e le indicazioni al trattamento delle malattie cardio-vascolari acquisite.

Anche la tipologia del paziente cardiocirurgico è diventata sempre più complessa e ad alto rischio, interessando individui sempre più anziani e con un profilo di comorbidità sempre più esteso.

Sono ,pertanto, entrate nella pratica clinica corrente, una serie di procedure che comportano il coinvolgimento contemporaneo del cardiocirurgo e del cardiologo interventista e/o radiologo vascolare. Esempio di tali procedure sono il trattamento endovascolare degli aneurismi toraco-addominali ed il trattamento della stenosi valvolare aortica per via percutanea o trans-apicale. Tali procedure richiedono il supporto di infrastrutture tecnologicamente avanzate , che mettano a disposizione degli operatori le “sale ibride”, ossia sofisticate sale operatorie che contengano oltre al letto chirurgico anche il letto radiologico con relativa apparecchiatura angiografica di ultima generazione.

Pertanto, un centro cardiocirurgico moderno deve essere dotato di una infrastruttura di eccellenza che consenta di:

- disporre di un'impostazione tecnologica avanzata (sale operatorie ibride; imaging diagnostico aggiornato; terapia intensiva ad alto contenuto tecnologico; supporto informatico adeguato);
- offrire all'utente tutte le attività interventistiche d'avanguardia, in modo tale da consentire il trattamento ibrido delle patologie cardio-vascolari complesse e ad alto rischio, sia in urgenza-emergenza che in elezione;
- avere la funzione di centro *hub*, collegato in rete con tutti i centri periferici, *spoke*, che hanno il compito di indirizzarvi i pazienti che necessitano di cure di livello superiore.

Tali centri cardiocirurgici devono essere funzionalmente integrati con i centri di Cardiologia Clinica e di riabilitazione, di supporto alla gestione del paziente cardiopatico complesso, sia nella fase acuta/pre-operatoria che nel recupero post-chirurgico.

A supportare questa stretta integrazione tra cardiologia e cardiocirurgia nel territorio sarà importante una costante auto-revisione della qualità della prestazione erogata, grazie alla disponibilità di risorse informatiche e statistiche per l'analisi dei risultati. Inoltre questa stretta collaborazione deve essere supportata da programmi di ricerca e di formazione estesi a tutta la Regione, nell'ottica di una proficua integrazione tra tutti i centri specialistici per la gestione dei pazienti in una logica di assistenza in rete.

Così come riportato nei “*Quaderni del Ministero della Salute*” gennaio-febbraio 2010 a cui si rimanda per gli approfondimenti di dettaglio, la programmazione sanitaria di settore deve tenere conto di una stima della domanda di circa 80/100 procedure cardiocirurgiche ogni 100.000 abitanti.

13 Le Neuroscienze: obiettivi e azioni

13.1 Lo sviluppo delle neuroscienze in Sicilia e la messa in rete delle competenze

Le Neuroscienze, intendendo sotto questa denominazione il vasto campo delle conoscenze e delle competenze relative alle malattie del Sistema Nervoso e dell'Apparato Muscolare, hanno sempre avuto in Sicilia un terreno fertile per il loro sviluppo e campo applicativo. Infatti, la presenza nell'Isola di Centri specificatamente dedicati negli Ospedali, negli IRCCS e nelle Università, ha consentito uno sviluppo notevole delle Neuroscienze, anche se in modo disomogeneo.

A causa di ciò, purtroppo, ancora oggi è presente una notevole spinta migratoria verso altre Regioni, soprattutto del Nord Italia, da parte di pazienti che, evidentemente, non ricevono risposte soddisfacenti alle loro necessità assistenziali.

Occorre quindi ottimizzare le risorse disponibili creando delle reti di competenze che possono realmente dare risposte concrete alla domanda di Salute dei Cittadini.

Le reti hanno la funzione di razionalizzare il sistema di erogazione delle prestazioni, fornendo collegamenti tecnici e funzionali tra strutture di diverso grado di specializzazione e tra diversi livelli di assistenza. Da questo punto di vista, i modelli organizzativi delle varie reti possono essere diversificati in funzione di specifici obiettivi. Nell'ambito delle Neuroscienze dovranno essere sviluppate:

- La rete per l'emergenza neurologica
- La rete per le malattie neurologiche croniche.

13.2 La rete per l'emergenza neurologica

L'emergenza neurologica rappresenta una condizione ineludibile che presuppone diagnosi tempestiva e interventi immediati. Vi sono condizioni emergenziali (stato di male epilettico, crisi miasteniche, poliradicolonevriti acute, etc) che non richiedono particolari modelli organizzativi per una gestione efficace delle problematiche connesse. In altre condizioni, come le malattie cerebrovascolari e i traumi cerebro-spinali, un'organizzazione che metta in rete vari operatori e strutture può essere in grado di modificare sensibilmente la prognosi.

13.2.1 Malattie cerebrovascolari e StroKe Unit

L'eccesso di mortalità in Sicilia per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari con una media annua di oltre 7000 decessi.

Il presente Piano intende promuovere la costruzione di una rete per l'emergenza delle malattie cerebrovascolari finalizzata alla gestione globale del paziente con un percorso assistenziale completo dalla fase acuta alla fase post-acuta. L'emergenza neurologica di maggiore impatto clinico e sociale è l'ictus cerebrale la cui assistenza è garantita attraverso il sistema integrato delle stroke units.

E' dimostrato, infatti, che i pazienti con ictus traggono beneficio non solo dalla terapia farmacologica, ma anche e soprattutto da una gestione globale in "aree/strutture dedicate" da parte di un'equipe multidisciplinare specializzata e formata secondo linee guida standardizzate sullo stretto monitoraggio clinico e strumentale del paziente ("Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2004").

In Italia, il concetto di "assistenza dedicata" al paziente con ictus nei centri specializzati e organizzati in rete è riportato nel documento della Conferenza Stato-Regioni del 2005 - "*Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale*" ove è descritto il percorso assistenziale dalla fase acuta alla fase post-acuta e sono indicati i principi organizzativi e funzionali delle strutture dedicate.

La Regione Siciliana con D.A. n. 02589/07 ha istituito tre centri per la funzione di Stroke Unit rispettivamente presso l'ARNAS "Civico e Di Cristina" di Palermo, l'A.O. "Cannizzaro" di Catania e l'AOU Policlinico "G.Martino" di Messina, all'interno delle relative UU.OO.CC. di Neurologia, dedicati ai pazienti affetti da patologia cerebro vascolare acuta e con indicazione a terapia trombolitica.

Più di recente, è stato individuato un ulteriore centro per la funzione di Stroke Unit presso l'Azienda Ospedaliera Villa Sofia-Cervello di Palermo.

Nei "*Quaderni del Ministero della Salute*" marzo-aprile 2010 a cui si rimanda per approfondimenti, le Stroke Unit vengono distinte in tre livelli e, in relazione al quadro epidemiologico dell'ictus, si stima, con riferimento a tali strutture, un fabbisogno di circa 50 letti per milione di abitanti.

Le strutture dedicate all'assistenza ai pazienti con ictus cerebrale devono essere in possesso dei requisiti necessari per essere riconosciuti come centri autorizzati a eseguire la terapia trombolitica intravenosa nell'ambito del registro internazionale SITS-ISTR (Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke -Monitoring Study), di cui alla Determinazione AIFA del 16 novembre 2007, assunta in conformità al D.M. 24 luglio 2003.

I centri devono avere una solida esperienza nel trattamento dell'ictus acuto ed un accesso diretto alle unità di emergenza dell'ospedale in cui è inserito.

I centri devono essere dotati altresì di un reparto specializzato nella gestione dell'ictus acuto sotto la responsabilità di un neurologo o, in alternativa, di un medico esperto nella gestione in emergenza del paziente con ictus acuto nonché di un'equipe infermieristica specializzata ed almeno un fisioterapista ed un logopedista. Gli stessi devono inoltre disporre di *servizi di diagnostica H24 (radiologia per TC, RMN, UTIC ed emodinamica, diagnostica di laboratorio, neurochirurgia, cardiologia, anestesia e rianimazione, chirurgia vascolare)*. Il modello organizzativo di rete per le emergenze cerebrovascolari prevede il collegamento tra Centri di Riferimento, denominati tradizionalmente "Unità di trattamento Neurovascolare" (UTN) di II e I livello e Centri Periferici integrati tra loro e con il sistema regionale per l'emergenza (118), nonché con le strutture di neuroriabilitazione e con la lungodegenza. Il sistema deve essere in grado di selezionare i pazienti da trattare presso i Centri di Riferimento ed evitare l'inappropriatezza dei trasferimenti presso questi Centri.

Centri di Riferimento

A) L'UTN di II livello (UTN-II), centro Hub, è un reparto di terapia semi-intensiva dedicato alla cura di pazienti con deficit cerebrale focale iper-acuto (entro 6 ore) e di pazienti con ictus in condizioni di criticità, suscettibili di trattamento.

Le funzioni che l'UTN-II deve assolvere sono: diagnosi tempestiva, intervento immediato medico (eventualmente con trombolisi) o chirurgico, riabilitazione intensiva entro 48 ore dal ricovero, trasferimento entro 96 ore in ambiente adeguato dopo avere raggiunto la stabilizzazione del paziente.

I requisiti che l'UTN-II deve possedere per ottemperare a queste funzioni sono:

- Collocazione in una struttura sede di DEA di II livello, possibilmente nell'area dell'emergenza;
- Posti letto monitorizzati per il controllo dei parametri vitali e della funzionalità cardiaca;
- Team multidisciplinare composto da neurologi, internisti, fisioterapisti, logopedisti e infermieri esperti nella gestione di pazienti acuti;
- Pronta reperibilità per neuroradiologi, neurochirurghi, chirurghi vascolari, cardiologi e rianimatori;
- Accesso rapido e preferenziale di servizi di radiologia, neuroradiologia, cardiologia, dialisi;
- Presenza di guardia esperta H24;
- Adeguata esperienza con esecuzione di almeno 500 ricoveri/anno.

B) L'UTN di I livello (UTN-I), centro Spoke di II livello, gestisce pazienti con deficit cerebrale focale acuto (da più di 6 ore a meno di 96 ore dall'esordio dei sintomi) che non presentino condizioni di criticità e pazienti provenienti da UTN-II dopo le prime 48 ore di ricovero.

Le funzioni da assolvere sono: diagnosi tempestiva; intervento immediato medico (esclusa la trombolisi) e riabilitativo; trasferimento dei pazienti in UTN-II se le condizioni dovessero diventare critiche.

Centri Periferici – Centri Spoke di I livello

Appartengono a strutture ospedaliere in cui, pur venendo ricoverati pazienti con ictus, non possiedono Centri di riferimento (UTN-I e UTN-II). Consentono la corretta gestione dei pazienti e in collaborazione con il PS selezionano i pazienti che necessitano di trasferimento in Centri di riferimento (UTN-I o UTN-II) per approfondimento diagnostico con strumentazioni non disponibili in loco o per complessità di trattamento.

13.2.2 Neurotrauma

Nella maggior parte dei casi, i pazienti traumatizzati hanno un trauma cerebrale e/o midollare; in tali casi gli stessi devono essere trasferiti in neurochirurgia e trattati prima che subiscano danni irreversibili.

Per tale motivo i reparti di neurochirurgia devono essere inseriti all'interno del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT) che prevede la costituzione di Centri Traumi di Alta Specializzazione (CTS), Centro Traumi di Zona (CTZ), Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST).

Il fabbisogno di neurochirurgie per la Regione Siciliana è stato stimato in una Neurochirurgia ogni 700.000 abitanti.

13.3 La rete per le malattie neurologiche croniche

Le malattie neurologiche croniche più frequenti (demenze, parkinsonismi e disturbi del movimento, Epilessia, Sclerosi Multipla, Malattie Neuromuscolari) sono causa di disabilità importante non solo negli anziani, ma anche nei giovani. Pongono problematiche rilevanti di tipo socio-sanitario sia per quanto riguarda l'assistenza a chi ne è affetto sia per il sostegno necessario alle famiglie dei pazienti.

Per queste patologie, se si eccettua la malattia di Alzheimer, in cui valutazione e trattamento vengono affidati alle U.V.A. (Unità Valutative Alzheimer), non sono previste modalità organizzative assistenziali particolari.

Ciò provoca parcellizzazione delle competenze, spreco di risorse e inadeguatezza nella risposta assistenziale.

Si ritiene pertanto necessaria la creazione di reti assistenziali per patologia e sviluppate in precisi ambiti territoriali, in cui si possa creare una forte interazione tra soggetti differenti pubblici e privati al fine di assicurare:

- un'assistenza che risponda a criteri di qualità e competenza;
- una presa in carico globale del paziente con continuità assistenziale in ogni fase di malattia;
- un sostegno reale alle famiglie per quanto riguarda gli aspetti gestionali e amministrativi.

Per assolvere a queste funzioni, una rete assistenziale deve comprendere:

- Centri di Riferimento (CR) per diagnosi e cura, allocati in strutture Ospedaliere e Universitarie o Centri Territoriali qualificati, pubblici e privati accreditati, individuati dalla Regione, con elevate competenze e adeguata esperienza derivante da ampie casistiche (a seconda delle patologie da 300 a 600 casi/anno), in grado di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di II livello e trattamenti terapeutici peculiari, anche con il supporto di team multidisciplinari e, infine, capaci di presiedere al monitoraggio clinico dei pazienti una volta che questi sono stati avviati verso gli altri soggetti che compongono la rete;
- Centri di Assistenza Territoriale (CAT), rappresentati da specialisti pubblici e privati accreditati presenti sul territorio, in grado di interagire con i MMG, per l'invio da parte di questi dei pazienti con specifico sospetto clinico, e con i CR, cui vengono inviati i pazienti per il completamento diagnostico e da cui ricevono i pazienti per la gestione terapeutica ordinaria;
- Centri di Assistenza Socio-Sanitaria (CASS), allocati nei distretti e presenti sul territorio, in cui vengono affrontate le problematiche di presa in carico globale del paziente e della sua famiglia per quanto concerne i vari aspetti dell'assistenza e del supporto. E' a questo livello che potranno essere gestite le interazioni, oltre che con i CR e i CAT, con le strutture competenti in neuroriabilitazione, lungodegenza, assistenza domiciliare, aspetti amministrativi.

I vantaggi derivanti dalle reti sono principalmente di tre tipi:

- 1) alleggerire il carico assistenziale degli ospedali e delle U.O. non dedicate a tali patologie;
- 2) permettere un maggior controllo, anche a fini epidemiologici, delle patologie in esame;
- 3) concentrare risorse in pochi centri con notevoli economie di sistema.

13.3.1 Demenze e malattia di Alzheimer

Una rete assistenziale per le demenze in Sicilia deve comprendere 5 Centri di Riferimento (CR); poiché le competenze richieste riguardano la diagnosi e il trattamento di tutte le condizioni dementigene, e non solo della malattia di Alzheimer (per la quale si procederà in coerenza con gli obiettivi di piano sanitario nazionale), i team multidisciplinari devono essere composti da neurologi, neuropsicologi, geriatri, neuroradiologi, internisti, infermieri, fisiatristi, terapisti O.T..

I CR dovranno offrire prestazioni diagnostiche specialistiche adeguate (cliniche, neurofisiologiche, valutazioni neuropsicologiche e di neuroimaging, indagini molecolari su campioni biologici) e approcci terapeutici anche di tipo sperimentale. Il successivo monitoraggio dei pazienti, affidati ai Centri di Assistenza Territoriale (10-15 per ogni CR) per la gestione terapeutica ordinaria, avrà cadenza annuale in assenza di particolari complicazioni o peggioramenti clinici.

I Centri di Assistenza Socio-Sanitaria (CASS) potranno sovrapporsi alle U.V.A. già esistenti e promuovere attività occupazionali e di stimolazione cognitiva per i pazienti, unitamente a iniziative volte a sgravare le famiglie dal carico assistenziale. Le figure professionali operanti nell'ambito dei CASS saranno neurologi/geriatri/psichiatri, fisioterapisti, infermieri professionali, psicologi, assistenti sociali.

13.3.2 Parkinsonismi e disturbi del movimento ed Epilessia

Le reti assistenziali per queste patologie presentano similitudini organizzative.

Ogni rete assistenziale deve essere composta da 4 CR, in cui potere disporre di servizi diagnostici adeguati. In alcuni di questi CR, dotati di U.O. di Neurochirurgia, dovrebbero essere sviluppati adeguati programmi per il trattamento chirurgico, funzionale o lesionale, delle patologie di interesse.

Nei CR, inoltre, devono essere previsti alcuni posti letto di ricovero ordinario per pazienti gravi, in cui è necessario procedere a manipolazioni terapeutiche e a trattamenti riabilitativi polifunzionali non gestibili altrimenti. Al fine di garantire la necessaria assistenza ospedaliera ai pazienti che necessitano di manipolazioni terapeutiche non altrimenti gestibili e di ridurre la migrazione sanitaria, è prevista la possibilità per le strutture pubbliche e private accreditate che dimostrino di avere un'elevata casistica in tal senso, di concorrere all'erogazione delle suddette prestazioni ospedaliere.

I pazienti verranno monitorati nel tempo e affidati e gestiti dai CAT e dai CASS con modalità simili a quanto precedentemente riportato nei paragrafi precedenti.

13.3.3 Sclerosi Multipla

La rete assistenziale deve contare su almeno 5 CR (II livello) dotati di specifiche competenze in campo diagnostico neurologico e immunologico, nonché di competenze in campo terapeutico, con specifiche autorizzazioni per l'uso di particolari farmaci e disponibilità di servizi di riabilitazione neurologica.

A livello territoriale il presente Piano prevede Centri di riferimento di I livello, almeno uno per provincia.

I centri regionali di I livello sono rappresentati dai CAT.

I Centri Regionali di I livello si occupano anche della distribuzione e monitoraggio dei farmaci immunomodulanti, prescritti dai CR di II livello.

I CASS dovrebbero essere presenti in ogni ASP e devono avere un alto livello di integrazione con i CR II livello e con i CAT. La Riabilitazione funzionale neurologica deve essere presente nei Centri di II livello.

Il modello deve essere sempre quello della presa in carico, in questo caso clinico-riabilitativa e deve essere previsto la stesura di un Progetto clinico-riabilitativo individuale.

A livello territoriale si devono prevedere delle strutture riabilitative, sia ambulatoriali sia domiciliari, secondo le tipologie dell'ex art. 26 – legge n. 104/92, specialistiche per la presa in carico clinico-riabilitativa delle persone con SM. Queste devono avere un raccordo operativo stabile con i Centri di II livello, con i Centri di I livello (CAT) e con i CASS.

Sono allo studio nell'ambito di tavoli interregionali a cui partecipa la Regione Siciliana, evidenze relative a nuove terapie sperimentali (CCSV) consistenti in uno studio multicentrico per la cura della Sclerosi multipla già avviato e finanziato dall'AIMS.

13.3.4 Malattie neuromuscolari

Queste patologie comprendono malattie più rare come la Sclerosi Laterale Amiotrofica, la Miastenia, le Miopatie. I CR della Regione dedicati saranno 3-4 dove, oltre a offrire competenze diagnostiche e terapeutiche di elevata professionalità, siano resi disponibili team multidisciplinari composti da neurologi, fisiatrici, pneumologi, logopedisti, fisioterapisti, psicologi, nutrizionisti, chirurghi, in grado di assistere compiutamente i pazienti nelle varie fasi di malattia. In questa rete, i CAT hanno la funzione di indirizzare i pazienti ai CR, mentre i CASS devono interagire con i Servizi preposti alla riabilitazione, alla lungodegenza e all'assistenza domiciliare. In tale ambito sarà sviluppato il progetto relativo alla facilitazione della comunicazione.

Per particolari patologie come la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) la Regione si impegna a supportare programmi di intervento specifici che prevedano, tra l'altro, oltre alla presenza di equipe multidisciplinari dedicate con figure professionali adeguate, procedure per facilitare l'accesso ai farmaci, alle certificazioni di invalidità nonché il sostegno alla ricerca.

Trattamento chirurgico delle malattie neurologiche croniche

La neurochirurgia funzionale è una branca della neurochirurgia che si occupa del trattamento di malattie del sistema nervoso, quali il Morbo di Parkinson, il tremore essenziale, le distonie, il dolore cronico di origine neuropatica, le cefalee e l'epilessia farmacoresistente, malattie molto diffuse, causa spesso di disabilità severa e di un notevole costo sociosanitario.

Recenti progressi tecnologici consentono di migliorare in maniera notevole i sintomi collegati a queste malattie attraverso la stimolazione cerebrale profonda (DBS), che determina in molti casi un miglioramento importante della sintomatologia e la riduzione dell'assunzione dei farmaci.

Il trattamento di questi pazienti richiede non soltanto un approccio neurochirurgico, ma un'organizzazione più articolata che vede l'impegno di altre figure professionali quali il neurologo, il neurofisiopatologo, il radiologo, gli anestesisti ed i fisioterapisti in un percorso ben stabilito.

L'identificazione in Sicilia di strutture che posseggono già tale vocazione e i requisiti necessari ridurrà la necessità che questi pazienti siano costretti a rivolgersi ad altri centri italiani, incidendo, contestualmente e notevolmente, sulla riduzione della spesa sanitaria regionale.

Progetto per la facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

La facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie (tetraparesi e sostanziale perdita della parola) costituisce a partire dal 2007 uno degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale.

Molti pazienti con malattie neuromotorie gravi, quali SLA, distrofie muscolari, cerebropatie, ecc, possono presentare un importante deficit motorio agli arti superiori e una progressiva disartria fino all'incapacità totale di poter comunicare verbalmente.

La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA), nata nel 1971 in Canada, ha come principio operativo il fatto che un soggetto impossibilitato a esprimersi verbalmente può comunque trasmettere il proprio pensiero, mediante modalità diverse della parola.

La Regione Sicilia nel 2007 ha approvato, nell'ambito dei "Progetti per le patologie degenerative del Sistema Nervoso", annualmente promossi ed attivati, un Progetto proposto dalla ex AUSL n.3 di Catania- U.O. Handicap provinciale, che consentiva di dotare, a fronte di una istanza, gli utenti siciliani affetti da gravi patologie neuromotorie (tetraparesi e sostanziale perdita della parola) di sistemi di comunicazione alternativi (SICCO).

Questo Progetto, la cui operatività si è estesa anche al 2008, ha consentito alla ex AUSL n.3 di Catania di essere un Centro Unico Regionale di assegnazione per questi specifici ausili.

La Regione Sicilia ha regolamentato, attraverso il D.A. n.251 del 18/02/08 le modalità di richiesta degli ausili specifici, i requisiti necessari. Le attività progettuali hanno dato luogo alla definizione di apposite Linee Guida, alla costituzione di una Commissione Regionale rappresentativa.

Il Progetto ha consentito di dotare di questi sistemi di comunicazione alternativa, tutti gli utenti siciliani affetti da gravi patologie neuromotorie (SLA – PCI Cerebropatie ed ecc.) che ne hanno fatto regolare richiesta.

L'obiettivo per il periodo di validità del presente Piano è estendere l'erogazione a tutti gli utenti siciliani affetti da gravi patologie neuromotorie e considerati eleggibili all'utilizzo di SICCO, sistemi di comunicazione alternativi.

Affinché un paziente possa essere considerato eleggibile all'utilizzo di SICCO dovrà essere sottoposto ad una valutazione, secondo le Linee Guida e modulistica appositamente redatte ai sensi del D.A.n.251/08 del 18/02/08

dalle Cliniche Neurologiche delle Università di Palermo e Catania; unici centri in atto presenti nel territorio della Regione , in grado di potere effettuare tali specifiche valutazioni.

La “Casa dei risvegli” e le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP)

La “Casa dei risvegli” e le SUAP rappresentano un nodo della rete per grave cerebrolesione acquisita per i pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera protratta. Questi modelli organizzativi consentono di realizzare un percorso definito che garantisce un’offerta assistenziale specifica, assicurando un adeguato livello di osservazione, cura e riabilitazione del paziente e al contempo un sostegno alle famiglie nella fase postacuta riabilitativa, sulla base di una forma di assistenza per permanenze prolungate non tipicamente ospedaliera. Per l’implementazione di tali modelli organizzativi il Piano rimanda ai provvedimenti di settore.

I traumi rappresentano la prima causa di morte per la fascia d'età sotto i 40 anni.

La valutazione di un traumatizzato comincia al momento del primo soccorso sul territorio, spesso in condizioni di difficoltà e prosegue all'interno del Pronto Soccorso dove la possibilità di completare l'iter diagnostico-terapeutico con esami strumentali consente al medico di identificare meglio sede ed entità delle lesioni.

La prima valutazione effettuata nel luogo del trauma permette in genere il riconoscimento del traumatizzato grave con conseguente "centralizzazione" della persona verso ospedali dotati di reparti specialistici attrezzati per la gestione delle emergenze traumatologiche (chirurgia toracica, neurochirurgia).

Inoltre, pazienti che alla prima valutazione presentano traumi di moderata gravità, con assenza di criteri di instabilità emodinamica e di evidenti lesioni degli organi vitali, possono andare incontro ad un rapido ed a volte drammatico peggioramento a causa di lesioni interne potenzialmente fatali che possono manifestarsi solo a distanza di ore dall'evento traumatico.

Di conseguenza, sia l'evoluitività di molte lesioni che la dinamica del trauma, devono indurre il medico ad una prudente permanenza dentro l'ospedale. L'Osservazione Temporanea, che permette di garantire la stretta osservazione del soggetto per un breve intervallo di tempo, si pone come possibile valida alternativa ad un eventuale ricovero che in assenza di lesioni risulterebbe inappropriato. Mentre per determinate patologie traumatiche sono state già sviluppate linee guida atte a facilitare il percorso di un paziente a seconda del quadro clinico e/o strumentale, per altre condizioni cliniche non esistono linee guida specifiche.

Appare quindi evidente l'importanza di conoscere ed applicare le corrette modalità di gestione della persona traumatizzata che giunge alle porte del Pronto Soccorso, sulla base delle nozioni ormai patrimonio comune e delle più recenti acquisizioni scientifiche.

Il trauma maggiore, inteso come quadro clinico caratterizzato da lesioni mono o polidistrettuali tali da appresentare un rischio immediato o potenziale per le funzioni vitali, rappresenta una patologia ad alta complessità, i cui esiti in termini di mortalità e di disabilità dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla qualità degli interventi assistenziali, dal territorio all'ospedale, fino alle strutture di riabilitazione.

In tal senso, lo sviluppo di sistemi integrati di assistenza per questa patologia, ha consentito il raggiungimento di risultati significativi sia in termini di salvabilità delle vittime sia in termini di riduzione delle disabilità residue.

Nella persona politraumatizzata i progressi della Chirurgia Ortopedica e Plastica nonché della terapia intensiva hanno permesso di ridurre il numero delle amputazioni post-traumatiche, aumentando al contrario il salvataggio degli arti in presenza di lesioni importanti dei tessuti molli.

In questa tipologia di pazienti è infatti indispensabile un approccio multidisciplinare per la presa in carico globale del paziente con la risoluzione condivisa di problematiche complesse, al fine di evitare l'amputazione degli arti.

14.1 Trauma cranio-encefalico

La patologia traumatica, ed in particolare il trauma cranio-encefalico, rappresenta una delle realtà più drammatiche della società moderna per l'elevata incidenza annua di morti e di nuovi invalidi, soprattutto in età giovanile.

In particolare l'incidenza dei traumi cranio-encefalici, stimata su dati nazionali ed internazionali, è fra i 200-300 casi/anno ogni 100.000 abitanti, pari a 180.000 casi/anno su tutto il territorio nazionale, di cui circa il 2,5% (4500 casi/anno) sono traumi cranio encefalici gravi, riferiti nel 70% dei casi a soggetti di età inferiore ai 35 anni.

La rappresentazione grafica della curva epidemiologica della morte secondaria a trauma permette di individuare una distribuzione trimodale:

- un primo picco che corrisponde alle morti che si verificano entro pochi secondi/minuti dall'evento, in una fase in cui nessun paziente può essere salvato e la prevenzione rappresenta l'unico mezzo per ridurre la mortalità;
- un secondo picco corrispondente alle morti che si verificano da pochi minuti ad alcune ore dopo il trauma (che sono comunemente dovuti ad ematomi subdurali, extradurali o intracerebrali, emotorace o pneumotorace, rotture spleniche od epatiche, fratture della pelvi e/o lesioni multiple associate ad una significativa perdita ematica), in cui la possibilità di sopravvivenza del paziente è spesso legata ad una precoce rianimazione, alla stabilizzazione nelle prime ore di cura, al trasporto, al ricovero e al trattamento in strutture idonee;
- un terzo picco che corrisponde alle morti che sopraggiungono dopo giorni o settimane di trattamento e che sono secondarie a sepsi o ad insufficienza acuta multiorgano, essendo fattori coadiuvanti tutte le manovre o procedure non correttamente eseguite nelle fasi di soccorso e/o di primo soccorso.

Sulle cause determinanti il 2° picco della curva di mortalità influisce significativamente l'efficienza del sistema dell'emergenza/urgenza sanitaria in termini di tempestività, continuità d'intervento, razionalità ed appropriatezza degli atti assistenziali, inclusi la stabilizzazione ed il trasporto protetto.

Sul 3° picco invece influiscono l'efficienza e l'efficacia delle varie tappe del processo assistenziale extra ed intraospedaliero.

Nei traumi cranio-encefalici gravi, inoltre, la mortalità in fase acuta incide per circa il 35% (1575 casi/anno); una quota pari a circa il 40% (1800 casi/anno) dei soggetti presenta esiti invalidanti modesti, mentre il 25% (1125

casi/anno) è affetta da danni o complicanze di gravità tale da richiedere il ricovero in strutture di riabilitazione e terapia intensiva ed interventi di alta specialità neuroriabilitativa; lo 0,8% (36 casi/anno) permane in stato vegetativo dopo 12 mesi dall'evento.

14.2 Il Trauma Center

Il trauma center rappresenta un sistema di trattamento che fa riferimento ad un modello assistenziale composto da un centro guida (*trauma center*) collegato con il servizio 118 e tutte le strutture ospedaliere che già operano su un determinato territorio e sono in possesso dei requisiti necessari per assicurare interventi tempestivi, continui ed appropriati nelle diverse fasi assistenziali.

Tale modello organizzativo prevede l'organizzazione di Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) che sono costituiti da un centro guida (Trauma Center o Hub) in rete con altri presidi ospedalieri (spoke) collegati funzionalmente ed integrati nel sistema stesso.

Il centro "Hub" deve essere in grado di assicurare un percorso diagnostico/terapeutico completo in caso di una emergenza in un paziente politraumatizzato cranio-facciale in cui, comunque, a causa della entità e complessità dell'evento traumatico, sia verosimile la coesistenza di una patologia traumatica anche in altri distretti corporei (encefalo, torace, addome, arti).

L'"Hub" deve inoltre poter disporre di specialità Neurologica, Neurochirurgica, Neuroranimatoria, Maxillo-Facciale, Ortopedica, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Toracica.

Deve essere inserito in un ospedale dotato di Area di emergenza di 3° livello e quindi con alta tecnologia diagnostica. Tale centro deve assicurare l'ottimizzazione dei tempi di trattamento combinato Neurochirurgico/Maxillo-facciale, con riduzione/azzeramento degli interventi dilazionati, riduzione dei tempi di degenza medi e tempi di recupero, finalizzata al miglioramento degli esiti disfunzionali ed estetico/psicologici mediante la precocità di trattamento chirurgico, come indicato nelle Linee Guida Internazionali.

Deve inoltre operare in collaborazione in Telemedicina con Centri Polispecialistici Traumatologici di documentata esperienza al fine di migliorare l'appropriatezza diagnostica polispecialistica con identificazione delle priorità di trattamento e definizione del "timing" operatorio.

In atto sono stati individuati nella Regione Siciliana, sulla base delle caratteristiche sopra elencate, quattro strutture con funzioni di Trauma Center (centro Hub) rispettivamente presso le province di Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta.

Il Centro "Spoke" deve svolgere i seguenti compiti:

- a) l'identificazione del paziente;
- a) la trasmissione dei dati al Centro Hub;
- b) il trasporto dei pazienti ad alto rischio Neurologico/Neurochirurgico/Maxillo e/o politraumatizzato al Centro Hub di riferimento;
- c) la terapia a basso rischio.

Affinché tale sistema funzioni in modo appropriato e con copertura H24 è indispensabile inoltre lo sviluppo di collegamenti informatici tra i vari nodi del SIAT sia per permettere l'invio e la ricezione di immagini radiologiche (telemedicina) che lo scambio e la raccolta di dati su tutti i pazienti traumatizzati.

Pertanto il SIAT può essere definito come un sistema di trattamento dei pazienti politraumatizzati che si fonda su un'organizzazione programmata su algoritmi decisionali rigidi e ben stabiliti che permette non solo di ridurre la mortalità ma di condurre la persona all'ospedale meglio organizzato per la gestione e il trattamento di "quel tipo" di trauma in una logica di "*closet appropriate facility*", che trasforma il concetto di "portare il paziente all'ospedale più vicino" con quello di "portare il paziente all'ospedale più vicino che può trattare tutte le lesioni a rischio di vita".

Requisito fondamentale di tale sistema sarà una ben definita organizzazione di quattro momenti fondamentali:

- Cure preospedaliere (servizio 118)
- Ammissione ospedaliera (organizzazione ospedaliera dell'emergency room-care)
- Centralizzazione dei traumi maggiori presso il Trauma center (organizzazione regionale del Trauma system o SIAT)
- Riabilitazione precoce intraospedaliera ed extra-ospedaliera

In questa organizzazione si deve inserire anche la creazione e l'impiego del Registro del Trauma, che non deve essere considerato soltanto come una metodologia di registrazione di dati clinico-epidemiologici, ma anche come parte integrante di questo progetto culturale che ha come obiettivi primari la definizione di un linguaggio uniforme, la valutazione organica delle capacità organizzative e cliniche, la programmazione e l'implementazione di nuove e più aggiornate metodologie d'intervento.

Il Registro del Trauma nasce nel 1969 al Cook Country Hospital di Chicago e si è progressivamente diffuso soprattutto nei paesi anglosassoni e più recentemente in Europa (Germania, Inghilterra, Penisola Scandinava ed Italia).

Tale registro, che può essere definito come un database di archiviazione, è divenuto in molti Paesi un metodo di verifica di qualità sull'affidabilità globale di un sistema o di una struttura. Dall'analisi dei dati attraverso il registro dei traumi emerge infatti la capacità di incidere sull'adeguamento della legislazione dei sistemi di emergenza, sull'applicazione dei sistemi di prevenzione e conseguentemente, su una progressiva riduzione della morbilità e della mortalità a cui si associa un evidente risparmio sulla spesa sanitaria.

14.3 Il Sistema integrato di riabilitazione ospedale-territorio

Per “grave cerebrolesione acquisita” (GCA) si intende un danno cerebrale, dovuto a trauma cranioencefalico o ad altre cause (anossia cerebrale, emorragia, etc.), tale da determinare una condizione di coma a cui possono far seguito esiti permanenti di tipo motorio, cognitivo e comportamentale.

Tali esiti determinano molto spesso disabilità di vario grado con difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo.

Una persona affetta da grave cerebrolesione acquisita necessita dapprima (*fase acuta*) di un ricovero ospedaliero per trattamenti rianimatori o neurochirurgici, di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane.

Successivamente, possono rendersi necessari trattamenti clinico-riabilitativi di tipo intensivo (*fase riabilitativa*) che richiedono il ricovero ospedaliero e che possono durare da alcune settimane ad alcuni mesi.

Infine, poiché nella maggior parte dei casi persistono gravi sequele neurologiche, si rendono necessari trattamenti di carattere sanitario e sociale a lungo termine (*fase degli esiti*) che hanno il compito di affrontare tutte le menomazioni e le disabilità persistenti, al fine di permettere il migliore reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo.

Si ritiene pertanto necessaria la creazione di un sistema a rete integrata di servizi che consenta, con l’obiettivo di garantire interventi riabilitativi adeguati per tutte le persone affette da GCA nel territorio regionale, la loro presa in carico, con la garanzia di adeguati livelli di cura e continuità degli stessi, seguendo il principio dell’equità nelle condizioni di accesso e di fruizione. E’ opportuno pertanto:

- individuare modalità organizzative che garantiscano continuità ed integrazione delle diverse fasi del percorso di cura, in quanto tale percorso riabilitativo non può esaurirsi solo in strutture ospedaliere riabilitative specializzate, prevalentemente orientate agli interventi in fase post-acuta, subito dopo la fase dei trattamenti neurochirurgici e rianimatori;
- garantire la continuità attraverso appropriati livelli di cura, non solo per assistere i pazienti ma anche le loro famiglie, sino al raggiungimento del migliore reinserimento sociale.

Tale continuità è possibile mediante una rete di strutture e servizi riabilitativi, i cui interventi devono integrarsi con quelli in fase acuta, post-acuta e durante il reinserimento sociale.

Per tale modalità di erogazione di tale prestazione sanitaria è auspicabile la creazione di una rete di servizi basati sul modello “Hub and Spoke” che prevede la interdipendenza ed integrazione fra centri ad elevata specializzazione (Hub) all’interno del sistema ed una rete di centri periferici (spoke), dove prevedere la possibilità di inviare i pazienti al livello di cura più appropriato sia nell’ambito della rete sia per ogni fase del processo clinico di cura, al fine di utilizzare le competenze specialistiche in modo distribuito nei diversi punti della rete.

Lo sviluppo di tale rete potrà consentire di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse delle diverse strutture riabilitative regionali, favorendo il trasferimento di conoscenze e collaborazioni fra il centro Hub e tutte le strutture periferiche (spoke). In sintesi la rete deve essere così composta da:

- Centro Hub: struttura ospedaliera complessa di medicina riabilitativa intensiva e/o di neuroriabilitazione di alta specializzazione. Essa accoglie pazienti dall’intero territorio regionale e che presentano bisogni assistenziali complessi e non trattabili presso i centri H/S o gli spoke O.
- Centri H/S: unità operative di medicina riabilitativa e/o di neuroriabilitazione in ambito ospedaliero, dotate di degenza riabilitativa intensiva con articolazioni organizzative specificatamente dedicate alle gravi lesioni cerebrali
- Spoke A (spoke acuti): strutture di medicina riabilitativa e/o di neuroriabilitazione che operano in collaborazione con le unità operative per acuti (neurochirurgia e rianimazione) per la precoce identificazione delle necessità riabilitative e del percorso di cura con il compito di favorire tempestivamente il trasferimento presso le unità di medicina riabilitativa (spoke O)
- Spoke O (spoke ospedalieri): unità operative di medicina riabilitativa e/o di neuroriabilitazione con degenza in grado di prendersi carico globale dei pazienti con GCA. Esse rispondono, in una determinata area territoriale, ai centri spoke A (specialmente quando non è possibile il trasferimento diretto di pazienti dagli spoke A verso i centri Hub o Hub/spoke). Esse hanno anche il compito di riaccogliere i pazienti provenienti dai centri H/S o Hub per completare il progetto riabilitativo e per predisporre il piano di reinserimento domiciliare.
- Spoke T (spoke territoriale): strutture di medicina riabilitativa che hanno il compito di gestire i percorsi di deospedalizzazione e affidare le persone con disabilità alle strutture specifiche per il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo attraverso interventi erogabili con modalità ambulatoriale.

15.1 L'Area dei trapianti: obiettivi e azioni

I trapianti d'organo sono la terapia di scelta per le insufficienze terminali di organi vitali conseguenza di un gran numero di malattie congenite od acquisite che possono colpire pazienti in ogni fascia di età, da neonati ad anziani. L'Italia, negli ultimi 10 anni, con l'approvazione della legge 91/99, l'istituzione del Centro Nazionale Trapianti, il miglioramento dell'organizzazione delle attività di donazione, prelievo e trapianto di organi, ha fatto considerevoli progressi nell'aumentare il numero e migliorare la qualità dei trapianti.

Tale miglioramento non è però avvenuto in modo omogeneo sul territorio nazionale e l'analisi dei tassi di prelievo e trapianto di organi dimostra chiaramente la presenza di un gradiente nord-sud, con le regioni meridionali che hanno tassi sensibilmente inferiori.

Quantità e Qualità dei Trapianti: I Fattori

Le capacità di risposta alle necessità di trapianto in ogni determinata area, dipende principalmente dalla disponibilità di organi da donatore cadavere, ossia dal numero assoluto di donatori che completano l'intero ciclo fino alla fase del prelievo e dalla "qualità" dei donatori.

Da donatori anziani o da donatori che, in seguito alla patologia che ha provocato il decesso o a causa di una gestione medica inadeguata, sono portatori di organi con funzionalità compromessa, il numero di organi prelevabili e trapiantabili (più spesso gli organi toracici) si riduce.

Un'altra variabile dipendente che influenza il numero degli organi trapiantabili è la disponibilità e competenza delle squadre chirurgiche di prelievo.

Il numero assoluto di donatori cadavere dipende poi dai seguenti fattori:

- efficienza e livello tecnologico-professionale dei sistemi di trasporto dei pazienti con patologie traumatiche o spontanee (es: incidenti cerebro-vascolari) a rischio di evoluzione verso la morte cerebrale;
- disponibilità delle competenze e tecnologie necessarie a porre la diagnosi di morte cerebrale;
- propensione dei familiari a rispondere positivamente alla richiesta di consenso alla donazione;
- propensione e competenza specifica dei professionisti delle terapie intensive a condurre il colloquio di comunicazione dell'avvenuto decesso e richiesta di consenso alla donazione;
- competenza e preparazione specifica dei professionisti delle terapie intensive e anestesisti che gestiscono il donatore cadavere in fase di prelievo a controllare l'instabilità emodinamica e metabolica che si associa alla morte cerebrale;
- comprensione degli aspetti legislativi, etici, organizzativi, economici e sociali del processo dal prelievo al trapianto di organi da parte del management delle strutture sanitarie pubbliche.

L'esigenza sempre più avvertita negli ultimi anni di escludere la trasmissione di patologia attraverso gli organi prelevati, comporta il ricorso a indagini talvolta sofisticate e rende indispensabile ormai la creazione di una rete diagnostica dedicata coordinata dal Centro Regionale Trapianti.

Il numero e la qualità dei trapianti sono poi legati a:

- disponibilità, competenza specifica e dotazioni tecnologiche del Centro Regionale Trapianti che coordina le attività di prelievo e trapianto;
- disponibilità nei centri di trapianto delle professionalità necessarie mediche (chirurgiche, anestesologiche ed intensivistiche, internistiche – nelle varie branche, quali cardiologia, pneumologia, epatologia, nefrologia, malattie infettive ecc.), infermieristiche, tecniche ed amministrative, nonché i servizi e le tecnologie di supporto (laboratori di analisi, diagnostica per immagini, ecc.).

Sulla base di questi elementi è possibile analizzare la situazione attuale e definire interventi migliorativi delle attività di prelievo e trapianto di organi in Sicilia.

La situazione attuale

La Regione Siciliana ha, negli ultimi 10 anni, compiuto importanti progressi nel campo dei trapianti di organo, migliorando significativamente l'offerta ai cittadini grazie al potenziamento di centri di trapianto e alla costituzione del Centro Regionale Trapianti.

Tuttavia in Sicilia, il tasso di donazione e trapianto rimane significativamente inferiore rispetto alla media nazionale che dovrebbe rappresentare l'obiettivo da raggiungere.

Permangono tuttavia quali elementi critici del sistema:

- un'insufficiente attività di prelievo di organi, nonostante l'importante attività svolta dalle Associazioni che operano nel settore, e la presenza di registri regionali dedicati come quello riferito alla donazione di midollo osseo. La Sicilia si trova, infatti, al disotto dei livelli medi nazionali in quest'ambito e registra ancora un tasso di opposizione alla donazione superiore nettamente alla media nazionale;
- l'asimmetrica distribuzione sul territorio regionale dei centri di trapianto;
- un assetto piuttosto precario del CRT di cui è necessario definire il profilo istituzionale e il modello gestionale;
- l'assenza di un network per l'intero ciclo di cura dei pazienti trapiantati. L'attuale attività di trapianto e, ancor di più, l'incremento che ci si attende nel prossimo futuro comportano la necessità di creare una sinergia

tra i Centri di trapianto e le strutture ospedaliere che attendono alla cura dei pazienti affetti da insufficienza terminale di organi e che una volta trapiantati devono essere sottoposti a regolari e complessi controlli clinici. Occorre pertanto creare una rete integrata tra i Centri di trapianto e alcune UO ospedaliere qualificate per fungere da unità di riferimento per la preparazione, la gestione in lista di attesa e il follow-up post-trapianto dei pazienti con insufficienza terminale di organo.

- il banking dei tessuti è ancora frammentato in vari segmenti indipendenti: esistono attività di raccolta, processazione e innesto di tessuti (cornee, cute, cellule staminali emopoietiche, cordone ombelicale, insulae pancreatiche, segmenti e tessuto osseo) in varie strutture sanitarie regionali che devono essere riunite in un unico, organico programma regionale di banking e trapianto dei tessuti.

Obiettivi prioritari

Alla luce di queste premesse possono essere individuati i seguenti obiettivi prioritari:

- A) incremento nel triennio del tasso di donazione degli organi dall'attuale valore di 10 donatori per milione di abitanti al valore medio nazionale di 20 donatori per milione di popolazione;
- B) rivalutazione dei programmi di trapianto di organi in relazione ai bacini di utenza sul territorio regionale;
- C) miglioramento del livello organizzativo, delle competenze professionali e dotazioni tecnologiche del Centro Regionale Trapianti (CRT)
- D) creazione di una rete di assistenza integrata tra i Centri di trapianto e le Unità operative specialistiche ospedaliere per la preparazione al trapianto e il follow-up post trapianto dei pazienti affetti da insufficienza terminale di organo;
- E) definizione e l'attuazione di un piano regionale organico per il banking e il trapianto di tessuti.

Interventi prioritari

A) Incremento delle Attività di Donazione, Prelievo e Trapianto

a) *Intervento di Comunicazione sull'Etica della Donazione*

- Indagine sulle attuali conoscenze dei cittadini in relazione a morte cerebrale, processo della donazione di organi, utilità dei trapianti.
- Piano di comunicazione con eventi ricorrenti (mezzi di comunicazione di massa, interventi nelle scuole ed università).
- Ripetizioni periodiche dell'indagine di cui al punto 1 per la verifica dei risultati.

b) *Intervento di miglioramento delle capacità di primo soccorso e di trasporto efficace dei pazienti critici, in particolare dei neurolesi gravi.*

- Indagine su competenze professionali e dotazioni tecnologiche degli attuali sistemi di trasporto.
- Definizione di indicatori clinici di efficienza ed efficacia delle metodiche di trasporto
- Monitoraggio dell'outcome dei pazienti trasportati e implementazione di una sistema di risk management/quality improvement
- Adeguamento delle competenze professionali mediante programmi di formazione
- Adeguamento tecnologico dei sistemi di trasporto.

c) *Intervento di miglioramento delle capacità di diagnosi di morte cerebrale*

- Verifica delle disponibilità professionali e tecnologiche per una pronta diagnosi di morte cerebrale secondo i criteri stabiliti dalla legge in tutte le terapie intensive siciliane.
- Organizzazione di una rete di équipes professionali e dotazioni tecnologiche in grado di fornire un servizio di diagnosi di morte cerebrale su tutto il territorio regionale

d) *Intervento di formazione del personale delle terapie intensive nel processo di comunicazione della diagnosi di morte cerebrale e richiesta di consenso alla donazione*

- Verifica dell'esistenza di condizioni ambientali atte a colloqui con i famigliari per la comunicazione delle condizioni cliniche del potenziale donatore
- Organizzazione di corsi di formazione sulla comunicazione alle famiglie di potenziali donatori per personale delle terapie intensive.

e) *Intervento di miglioramento delle capacità di gestione clinica del potenziale donatore di organi*

- Istituzione di corsi di formazione per personale delle terapie intensive sulla fisiopatologia della morte cerebrale e tecniche di gestione del potenziale donatore, inclusa la fase del prelievo di organi.
- Verifica ed adeguamento tecnologico delle terapie intensive, con particolare riguardo alle dotazioni necessarie alla gestione del potenziale donatore.
- Implementazione di una rete di tele-medicina per supporto professionale alla gestione del potenziale donatore.

In particolare, le politiche per la donazione devono comprendere anche il sostegno psicologico degli operatori, delle famiglie del donatore e del ricevente, nonché la predisposizione delle migliori condizioni di accoglienza per i familiari dei donatori (es: stanze dedicate negli ospedali con personale addetto).

f) *Intervento di formazione di figure manageriali su prelievo e trapianti di organi*

- Organizzazione di un evento educativo per managers della sanità pubblica su legislazione, etica, organizzazione, risultati clinici e aspetti economici delle attività di prelievo e trapianto di organi solidi.

- Implementazione di un sistema di formazione a distanza (FAD) su legislazione, etica, organizzazione, risultati clinici e aspetti economici delle attività di prelievo e trapianto di organi solidi per managers della sanità.

B) Rivalutazione dei programmi di trapianto di organi in relazione ai bacini di utenza sul territorio regionale

- Definizione delle necessità di centri e programmi di trapianto sulla base dei bacini di utenza e efficienza professionale ed economica.
- Verifica ed adeguamento delle risorse infrastrutturali e professionali dei centri e programmi di trapianto.
- Definizione di indicatori di qualità ed efficienza dei centri e programmi di trapianto d'intesa con gli organismi nazionali e regionali preposti al governo del settore.

C) Miglioramento del livello organizzativo, delle competenze professionali e dotazioni tecnologiche del Centro Regionale Trapianti (CRT)

- Definizione dell'assetto del CRT.
- Creazione di un canale di collegamento operativo tra il CRT e il sistema di primo soccorso e di trasporto dei neurolesi gravi (118 e rete ospedaliera delle terapie intensive.)
- Verifica ed adeguamento delle professionalità necessarie al funzionamento del CRT con particolare riferimento all'individuazione di Aziende Sanitarie di riferimento per il prelievo di organi e all'istituzione e al funzionamento presso tutte le Aziende sanitarie dell'Ufficio di coordinamento locale per i prelievi e i trapianti.
- Verifica ed adeguamento delle modalità di gestione informatizzata delle liste d'attesa.
- Verifica ed adeguamento dei sistemi ICT di acquisizione e trasmissione dei dati relativi ai donatori potenziali ed effettivi tra terapie intensive e centri trapianto (compresi gli studi per immagini).
- Verifica ed adeguamento delle risorse infrastrutturali e professionali dei laboratori di immunologia, analisi cliniche e anatomia patologica per la gestione del processo di matching immunologico, studio dei markers infettivologici e neoplastici, analisi istopatologica degli organi.
- Attribuzione al CRT delle risorse e responsabilità di gestione dei sistemi di trasporto di organi ed équipes.

Nel 2008 sono stati effettuati 122 trapianti di rene (53 presso il Centro del Policlinico di Catania, 47 presso il Centro dell'Ospedale Civico di Palermo, 21 presso l'Ismett e 1 presso il Centro del Policlinico di Palermo), 76 trapianti di fegato (tutti in Ismett), 18 trapianti di cuore (12 in Ismett e 6 presso il Centro di Cardiocirurgia dell'Ospedale Ferrarotto di Catania), 9 trapianti di polmone (tutti in Ismett) e 6 trapianti combinati (3 di fegato-rene, 2 di rene-pancreas, 1 di cuore-rene, tutti in Ismett).

Considerati il progressivo invecchiamento della popolazione in dialisi e il prevedibile incremento del numero di soggetti che necessitano di un trapianto combinato di organi vitali e di rene, è opportuno che Ismett consolidi e ulteriormente espanda il suo attuale profilo di Centro trapianti multiorgano, con particolare vocazione, per quanto riguarda il trapianto di rene, ai trapianti di rene in soggetti ad elevata complessità clinica, tra cui i bambini, e ai trapianti combinati, nonché l'attività di trapianto da vivente come efficace modalità per contribuire al divario disponibilità e necessità di organi.

Alla luce dei dati disponibili andrebbe inoltre considerata la possibilità di riallineare i programmi regionali di trapianto per assicurare una più puntuale risposta alle esigenze della popolazione servita attraverso un più razionale assetto e una migliore allocazione delle risorse umane e professionali esistenti sul territorio.

L'attività di trapianto di cuore è strettamente correlata con l'attività di cardiocirurgia di cardiologia e di emodinamica del territorio; in atto i due Centri del Policlinico di Catania e dell'AO Civico di Palermo svolgono una consolidata attività di trapianto di rene da donatore cadavere, ampiamente al di sopra dello standard minimo fissato dal Centro Nazionale Trapianti in 25 trapianti annui.

In tal senso, appare ragionevole individuare due poli regionali di trapianto, uno a Palermo (Ospedale Civico) e uno a Catania (AO Policlinico-Ferrarotto) presso i quali proseguirà l'attuale attività di trapianto e, quando ne ricorreranno le condizioni, soprattutto per quanto riguarda l'attività di prelievo di organi, potrà ulteriormente espandersi ad altri programmi di trapianto.

I centri di trapianto verranno periodicamente sottoposti a verifica ed adeguamento delle risorse infrastrutturali e professionali e dovranno soddisfare indicatori di qualità ed efficienza che saranno definiti d'intesa con gli organismi nazionali e regionali preposti al governo del settore.

D) Creazione di una rete di assistenza integrata tra i Centri di trapianto e le Unità operative specialistiche ospedaliere

E' stato elaborato dall'Assessorato della Salute con gli specialisti del settore "un progetto" di network con 25 U.O. di gastroenterologia ed epatologia distribuite su tutto il territorio regionale, per l'assistenza ai pazienti in attesa di trapianto di fegato e già trapiantati. Analogo network dovrà essere creato per tutti gli altri programmi di trapianto di organi solidi. Nell'ambito delle U.O. identificate saranno svolti dal CRT e dai Centri Trapianto, specifici programmi di formazione del personale sanitario, a cui saranno quindi affidati compiti di preparazione dei candidati al trapianto e di assistenza e follow-up posttrapianto.

E) Definizione e attuazione di un piano regionale organico per il banking e il trapianto di tessuti

Considerato che sono già attive in Regione alcune strutture di banking (come la banca delle cornee e la banca del cordone ombelicale) appare opportuno attivare un coordinamento di queste attività secondo il modello *hub and spoke* al fine di promuovere il settore centralizzando attività come la formazione, la qualità, e, al contempo, valorizzando le specificità di ogni settore in modo da ottenere il massimo risultato in termini di efficacia/efficienza del sistema, ottimizzando i costi di gestione a carico del SSR.

15.2 Il Piano Regionale Sangue e Plasma 2010-2012

Nel contesto degli interventi finalizzati a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza, si colloca – nella fase di passaggio dal Piano di rientro al Piano sanitario, la definizione del Piano Sangue e Plasma 2010-2012 e la rifunionalizzazione della rete trasfusionale, ponendosi tra gli atti di programmazione coerenti con le innovazioni introdotte dalla L.R. n.5/09.

Attualmente, i Servizi trasfusionali assicurano attività di medicina trasfusionale a maggiore complessità, (plasmexchange, eritroexchange, fotoafesi, LDL aferesi raccolta CSE, banking, tipizzazione tissutale e immunogenetica), implementate negli anni presso i singoli servizi sulla scorta delle esigenze aziendali.

La riorganizzazione del sistema trasfusionale regionale

Il sistema assicura il rispetto dei livelli essenziali di assistenza trasfusionale attraverso:

- una accurata programmazione della raccolta di sangue ed emocomponenti;
- una gestione puntuale degli scambi intraregionali ed extra regionali;
- l'introduzione di nuovi modelli e nuove modalità per contenere i costi di gestione;
- la centralizzazione di alcune attività miranti ad aumentare le masse critiche;
- la definizione delle allocazioni delle attività trasfusionali ad alta specializzazione, di tipizzazione e di banking tissutale che non possono essere erogate in maniera ridondante, rispetto ai reali fabbisogni regionali;
- l'ottimizzazione della rete informatica per il controllo dei flussi di informazione in tempo reale, indispensabili per adottare tempestive misure di intervento.

Obiettivi e interventi prioritari

Nel triennio di riferimento, la realizzazione del Piano deve perseguire i seguenti obiettivi:

- autosufficienza regionale di sangue, plasma e piastrine, attraverso il potenziamento della raccolta di emazie e plasma e il supporto più capillare ed integrato ai centri di raccolta associativi;
- dotazione nelle unità di raccolta (UdR) di strumenti per la raccolta del sangue (bilance, separatori cellulari) e per la tracciabilità delle operazioni;
- innalzamento dei livelli di sicurezza e qualità nella qualificazione biologica attraverso la messa in rete di tutte le Strutture Trasfusionali che preveda l'adozione di procedure e comportamenti standardizzati;
- innalzamento dei livelli di sicurezza e di appropriatezza delle prestazioni trasfusionali;
- prevenzione dell'errore trasfusionale ABO;
- realizzazione e completa implementazione della rete informatica trasfusionale;
- implementazione di un sistema di emovigilanza regionale in piena armonia con il sistema SISTRA, che consenta di monitorare la raccolta, i bisogni e la mobilità di emocomponenti all'interno della Regione;
- implementazione di sistemi di qualità previsti dalle norme dell'accreditamento a sostegno di una politica sociale di promozione della donazione del sangue e della informazione sanitaria e tutela ai cittadini.

La rifunionalizzazione della rete trasfusionale

La rete trasfusionale regionale risulta costituita da 9 Strutture Provinciali di Coordinamento per le attività trasfusionali, all'interno delle quali operano 33 Strutture Trasfusionali (unità operative complesse, semplici e unità di raccolta ospedaliere) allocate nelle nove province del territorio regionale, modulate su livelli di attività e di raccolta. Ad esse si aggiungono le unità di raccolta gestite dalle Associazioni o Federazioni dei donatori di sangue, regolarmente autorizzate al funzionamento nel rispetto della programmazione regionale.

In ciascuna delle 9 Strutture provinciali opera una Unità Operativa Complessa che svolge la funzione di coordinamento (UOCC). Il coordinamento provinciale viene affidato al Direttore della U.O.C. che produce il maggior numero di emocomponenti che presiede un Comitato costituito da tutti i Direttori di Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici e Unità di Raccolta Ospedaliere.

Nel contesto del processo di riqualificazione della rete trasfusionale si riconosce l'importanza del ruolo delle associazioni di volontariato nelle attività di donazione del sangue.

Livello A: 4 strutture trasfusionali

Tutte le attività del Livello B + Qualificazione biologica degli emocomponenti ai sensi del DM 3 marzo 2005:

Test di validazione biologica con tecnica di biologia molecolare (cd. Test NAT)

Test sierologici di validazione: HBsAg, anti HCV, anti HIV, Sifilide

Test di chimica clinica sui donatori: Glicemia, Protidemia, Creatininemia, Colesterolemia, Trigliceridemia, ALT, Sideremia, Ferritinemia.

Livello B : 27 strutture trasfusionali

Selezione donatori - Promozione della donazione del sangue - Raccolta emocomponenti – Conservazione emocomponenti - Lavorazione e produzione emocomponenti - Assegnazione emocomponenti ed emoderivati - Promozione del buon uso del sangue - Verifica della appropriatezza delle richieste di emocomponenti ed emoderivati – Immunoematologia - Prevenzione della MEN – Attività di predeposito e tecniche auto trasfusionali (recupero perioperatorio ed emodiluizione) – Supporto trasfusionale tecnico nell’ambito dei servizi di emergenza urgenza - Funzione di osservatorio epidemiologico ai fini dell’emovigilanza - Attività di diagnosi e cura in ambito ematologico - Medicina trasfusionale di base.

F URO : 2 unità di raccolta ospedaliera

Selezione donatori - Promozione della donazione del sangue - Raccolta emocomponenti - Attività di predeposito e tecniche auto trasfusionali (recupero perioperatorio ed emodiluizione) promozione della donazione del sangue. Frigoemoteca per stoccaggio emocomponenti per trasfusioni in emergenza.

Unità di raccolta fisse, mobili e temporanee associative. Informazione ed educazione al dono del sangue ed alla prevenzione dei comportamenti a rischio – Selezione donatori – raccolta sangue intero e plasmaferesi produttiva. Considerata la diffusione territoriale delle strutture trasfusionali e di raccolta del sangue e del plasma, nonché la vasta platea dei donatori che vi accedono con regolarità, la rete trasfusionale siciliana è coinvolta nel Piano regionale di prevenzione dei tumori secondo le previsioni e i dettami delle “direttive regionali per la predisposizione dei protocolli operativi aziendali per l’attivazione o l’adeguamento dei programmi di screening”.

Le attività di Medicina Trasfusionale ad alta specializzazione e le attività di banking

Le attività speciali previste nell’odierno documento programmatico identificano:

- Centri per la raccolta, la manipolazione e la conservazione delle cellule staminali emopoietiche (CSE), periferiche e midollari: Catania, Palermo
- Centri per la Tipizzazione Tessutale (HLA) ed Immunogenetica : Palermo, Ragusa, Catania
- Centro per LDL aferesi : Palermo
- Centri per Plasma Exchange ed Eritroexchange: Catania, Palermo, Ragusa, Siracusa.
- Centri per fotoferesi : Palermo. Catania
- Centri per emofiltrazione: Palermo, Catania
- Biobanca emazie rare: Ragusa
- Banca del Sangue Cordonale : Sciacca
- Banca degli occhi : Palermo.

La messa in rete di tutte le ST consentirà di concentrare la qualificazione NAT, EIA e CHIMICA CLINICA (8 parametri DM 2005) sui 4 centri NAT. Risulterà possibile garantire maggiormente il livello di qualità delle prestazioni di laboratorio finalizzate alla qualificazione biologica, con automazione totale, interfacciamenti integrati con il sistema informativo regionale e audit ispettivi, interni ed esterni, più frequenti. L’adozione di un sistema qualità certificato da ente terzo garantisce ulteriormente l’adesione a procedure e comportamenti standardizzati.

Le economie di scala, che scaturiranno dalla concentrazione dei processi di qualificazione biologica, determineranno un vantaggio economico e libereranno risorse sia strumentali che umane che renderanno più agevole il pieno rispetto delle norme e il potenziamento della raccolta del sangue e del plasma finalizzata a garantire l’autosufficienza. Il supporto ai centri di raccolta associativi potrà essere pertanto più capillare ed integrato. Si potranno inoltre liberare risorse per garantire al meglio il rispetto della appropriatezza d’uso degli emocomponenti e degli emoderivati su tutta la rete ospedaliera pubblica e privata.

La concentrazione dei processi di lavorazione del sangue e degli emocomponenti effettuata presso 27 strutture con attività di tipo B potrà subire nel tempo ulteriori consolidamenti, man mano che l’assetto provinciale trasfusionale si sarà pienamente allineato alle direttive del piano.

Questo primo consolidamento della lavorazione del sangue consentirà di aumentare la massa critica, facilitando l’applicazione delle buone pratiche di produzione nel rispetto della Raccomandazione Europea R95..

L’individuazione di attività di banking, con precisa allocazione e mission, consentirà all’intera Regione di usufruire di cellule e tessuti, secondo i fabbisogni di ogni singola struttura sanitaria.

L’individuazione di attività di medicina trasfusionale ad alta specializzazione consentirà l’erogazione di tutte le prestazioni previste dai LEA trasfusionali, di cui alla Legge 219/2005, a favore di tutte le strutture ricadenti nel territorio regionale.

L’incremento della raccolta di emazie e plasma, nel triennio, potrebbe determinare la totale autosufficienza in emazie e in emoderivati, evitando, pertanto, l’acquisizione extraregionale di emazie e riducendo la quota di emoderivati di origine commerciale.

La piena implementazione del sistema informativo in rete, facente capo al Servizio 6 Trasfusionale consentirà in tempo reale di monitorare la raccolta, i bisogni e la mobilità di emocomponenti all’interno della Regione.

15.3 Riassetto e rifunionalizzazione della rete per l'assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie

Con specifico riferimento al riassetto e alla rifunionalizzazione della rete per l'assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie ereditarie (es. talassemia), nell'ambito di una revisione delle attività assistenziali prestate a favore dei pazienti affetti da tali patologie, è in corso una rifunionalizzazione della rete regionale con l'obiettivo di rispondere al bisogno di salute e al miglioramento della qualità di vita dei pazienti assistiti.

A tal fine risulta già operante un tavolo tecnico costituito dai Dirigenti dei Servizi preposti, da specialisti in materia di emoglobinopatie e da rappresentanti delle associazioni dei pazienti.

Il modello organizzativo proposto consentirà di rimodulare la rete regionale su livelli di attività identificando i Presidi territoriali, i Centri di supporto regionale delle emoglobinopatie e il Centro di coordinamento regionale delle emoglobinopatie, con l'obiettivo di assicurare la diagnosi prenatale e l'eventuale terapia fetale nonché di garantire il monitoraggio periodico dei pazienti talassemici mediante adeguate indagini diagnostiche.

16.1 La Salute Mentale: promozione di percorsi di ripresa

I problemi relativi alla Salute Mentale hanno assunto un'importanza crescente a seguito del trend in aumento delle patologie psichiatriche, nonché ai costi diretti ed indiretti associati alle disabilità conseguenti.

Sempre maggiore significato vanno assumendo in tal senso i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva-adolescenziale, caratterizzati dalla prevalenza dei disturbi di personalità, da disturbi del comportamento alimentare, dalla presenza di comorbidità tra disturbi psichiatrici ed abuso di sostanze.

Non minore importanza rivestono i disturbi mentali della popolazione anziana, con particolare riferimento alle patologie croniche degenerative, come le demenze nelle loro varie forme.

“Non c'è salute senza salute mentale” è il messaggio consegnato alle Nazioni Europee dalla conferenza di Helsinki del 2005 con il quale l'Unione Europea si impegna a promuovere politiche di salute mentale improntate all'ottica di salute pubblica, all'attenzione di tutte le fasce di età, alla qualificazione di interventi, alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali.

Il Parlamento Europeo con la risoluzione del 19/02/09, accogliendo il Patto Europeo, ha posto l'accento sulla prevenzione dei disturbi mentali attraverso un intervento sociale, prestando attenzione ai gruppi più vulnerabili.

Ha affermato altresì l'esigenza di utilizzare al meglio le risorse disponibili e organizzare programmi di sensibilizzazione e formazione, sostenendo che:

- il lavoro ha un ruolo centrale nell'integrazione sociale delle persone affette da disagio mentale;
- il rafforzamento del ruolo delle organizzazioni delle persone affette da disagio mentale e delle famiglie;
- la destigmatizzazione della malattia mentale abbandonando l'uso di pratiche invasive ed inumane;
- la promozione delle attività di riabilitazione psicosociale realizzate attraverso strutture abitative-riabilitative pubbliche di piccole dimensioni, caratterizzate dal modello familiare ed inserite all'interno di contesti urbani favorevoli all'integrazione dei residenti durante tutte le fasi del processo terapeutico-riabilitativo.

La risposta a bisogni così complessi caratterizzati dalla dimensione multifattoriale, non può essere definita in ambito esclusivamente sanitario, ma necessita del collegamento e dell'integrazione, in regime di sussidiarietà, dei soggetti interessati, istituzionali e non, coinvolti: Azienda Sanitaria Provinciale, Enti Locali, associazioni di volontariato e terzo settore, scuola, medici di medicina generale, associazioni di familiari e pazienti, nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, con l'assunzione di precisi compiti e responsabilità.

In tal modo si porranno le condizioni per l'attivazione di una salute mentale di comunità capace di sviluppare, d'intesa con la rete informale e la società civile nonché la famiglia, progetti terapeutico-riabilitativi individuali dei quali i soggetti portatori del disagio siano protagonisti e non già destinatari passivi.

Tale impostazione presuppone la capacità di promuovere servizi di Salute Mentale capaci di ridefinire modelli clinico-organizzativi, in grado di procedere ad un riconoscimento precoce dei disturbi gravi, alla presa in carico globale del paziente, alla stesura di un Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) condiviso.

Il PTI prevede tutti gli interventi integrati possibili e tende al mantenimento e/o ri-acquisizione del diritto di cittadinanza attraverso l'inserimento abitativo, lavorativo e sociale. In questo caso va anche ripensata l'offerta della residenzialità psichiatrica, che va vista sempre più quale offerta abitativo-riabilitativa e quindi sempre più verso il modello “casa”.

Tale progetto presuppone sul piano gestionale l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività socio-riabilitative (formazione/lavoro, residenzialità) nel quale il pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio.

In tal senso, al fine di definire una partnership di qualità, è possibile istituire, presso ogni Azienda Sanitaria Provinciale, un albo delle imprese sociali per la realizzazione dei PTI.

Sulla base di queste considerazioni si ritiene necessario definire una visione strategica della politica di salute mentale, articolata su due assi principali:

- promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa
- promuovere la salute mentale nella comunità.

16.2 Integrazione della Salute Mentale con le Dipendenze Patologiche e con i distretti

Il Distretto rappresenta il luogo ove si realizzano sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il Servizio di Salute Mentale, nella programmazione della propria attività, si integra con l'attività di programmazione del Distretto, attraverso la formulazione dei piani di attività territoriali, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale.

Nell'ambito della programmazione distrettuale ed aziendale è necessario assicurare maggiore attenzione agli interventi diretti alla salute mentale dell'infanzia e della adolescenza, definendo ed adottando in ogni ASP protocolli condivisi tra i servizi di salute mentale, di neuropsichiatria infantile (NPI), di psicologia e servizio sociale e gli altri servizi sanitari e sociali presenti nel territorio, relativamente all'infanzia-adolescenza al fine di migliorarne l'integrazione e la collaborazione.

Al fine inoltre di rendere agevole l'integrazione tra i servizi di salute mentale e i Ser.T. occorre promuovere lo sviluppo della presa in carico globale del soggetto con problematiche psichiatriche e problematiche di dipendenza

patologica nelle varie fasce di età con protocolli condivisi. In ogni caso i dipartimenti Salute Mentale ed i Ser.T. metteranno insieme risorse per istituire servizi integrati per le patologie e le problematiche socio-sanitarie di confine.

Sul piano operativo, negli interventi che verranno coordinati sia con la Neuropsichiatria Infantile (NPI) sia con i Ser.T. , si dovrà adottare una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione del case management e disegnando collaborazioni e rapporti che garantiscano una presa in carico globale utilizzando lo strumento del PTI-budget di salute.

Obiettivi prioritari

Piano strategico regionale sulla Salute Mentale

Attraverso la costituzione di un Coordinamento Regionale da parte degli Uffici competenti dell'Assessorato verrà definita il piano strategico regionale per attivare politiche sociali e di salute mentale che abbiano carattere di universalità e di esigibilità, che siano partecipative, sistemiche e fortemente emancipatorie, diversificate rispetto ai contesti territoriali e finalizzate alla restituzione del potere alle persone ed alle comunità locali, coerentemente con i principi della legge 328/00 e con gli articoli 2, 3, 38 della Costituzione.

Il Piano strategico dovrà definire linee guida integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istruzione, lavoro, trasporti, comunicazione.

Inoltre promuoverà e sosterrà attraverso azioni di ricerca, formazione, ed accompagnamento approcci alla programmazione locale tipici dei territori socialmente responsabili, basati sulla coerenza di tutte le politiche locali e su metodologie verificabili di governance partecipata, finalizzati al benessere di tutti i cittadini, a partire da quelli più deboli.

Le azioni del Coordinamento avranno come obiettivo principale l'organizzazione di un sistema di welfare capace di promuovere la comunità nel suo complesso attraverso:

- il potenziamento della capacità di trasferimento di innovazione scientifico-tecnologica,
- il potenziamento dello scambio con sistemi territoriali esterni di risorse e di conoscenza,
- l'acquisizione della sostenibilità ambientale e sociale come bagaglio metodologico,
- la promozione di sistemi socio-economici eticamente orientati,
- la regolamentazione e il monitoraggio dell'applicazione uniforme dei LEA;
- l'implementazione della metodologia dei progetti individualizzati di inclusione (budget di salute) destinando risorse finalizzate a sostenere i diritti fondamentali all'abitare, all'affettività/socializzazione, alla creatività, alla formazione permanente, all' inserimento lavorativo e all'autoimprenditorialità, anche attraverso le pratiche di microcredito.

A tale scopo il Coordinamento produrrà strumenti di accompagnamento (documentazione, ricerca, formazione e trasferibilità di buone prassi) per sostenere le azioni di programmazione e valutazione dei distretti socio-sanitari dell'Isola. Si adopererà, inoltre, allo sviluppo di partnership con l'economia sociale (welfare mix) finalizzata all'infrastrutturazione sociale, sanitaria e ambientale della Regione.

Il Coordinamento avrà il compito di organizzare con cadenza biennale la Conferenza Regionale sulla Salute Mentale per:

1. definire le priorità operative dei DD.SS.MM;
2. monitorare e verificare il raggiungimento degli Obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale;
3. favorire lo sviluppo di progetti innovativi.

La Salute mentale di Comunità

Obiettivo prioritario del presente Piano è la definizione e realizzazione di una Salute Mentale di comunità, che operi in un determinato territorio, in un sistema a rete, con interventi integrati operati dai vari soggetti interessati, istituzionali e non, sanitari, sociali, privati, no profit, rete informale della società civile, fondazioni e famiglie, utilizzando al meglio le prescrizioni della legge 328/2000.

A tal fine:

- le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno completare il processo di dipartimentalizzazione dei servizi di Salute Mentale;
- i DD.SS.MM. opereranno per la costruzione di una rete di servizi capace di fornire un intervento integrato, con particolare riferimento alla riabilitazione, e svilupperanno un'organizzazione attraverso la quale assegnare responsabilità tecniche e gestionali precise, in grado di garantire la corretta presa in carico globale del paziente e la continuità dell'azione, stimolando e favorendo la partecipazione dei familiari.

In tale ottica l'Azienda Sanitaria Provinciale si doterà di un proprio Piano di azione locale per la Salute mentale, elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le agenzie del proprio territorio (Distretti, Enti Locali, Imprese sociali e imprenditoriali, Associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro sindacali, volontariato e organizzazioni culturali e ricreative, del mondo della formazione).

Nell'individuare gli obiettivi dovrà indicare anche le priorità a medio e breve termine compatibili ed adeguate con le dotazioni finanziarie disponibili e dovrà integrarsi con i Piani di Zona.

A tale scopo ogni Dipartimento deve promuovere un tavolo di concertazione locale per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individuerà gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della *governance* clinica dei progetti terapeutici individualizzati, definendo così un'ampia base di partecipazione e condivisione.

La Salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)

La legge 230/99 ed il DPCM 01/04/08 impongono una assunzione di responsabilità dei DD.SS.MM., competenti per territorio, relativamente alla organizzazione di un servizio che, garantendo una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza consenta da un lato di prendere in carico, all'interno delle carceri, i soggetti con patologia psichiatrica e dall'altro di operare per il definitivo superamento dell'OPG.

In ottemperanza alla norma citata dovrà essere prevista la realizzazione all'interno delle carceri di misure e azioni necessarie per la tutela della salute mentale degli internati con la possibilità di attivare servizi o reparti da destinare a imputati o condannati con sopravvenuta infermità mentale.

Ciò consentirà il rientro dall'OPG di questi ultimi con la conseguente riduzione del carico di internati. Si potrà, quindi, con l'approntamento di idonei PTP e i necessari accordi con i DD.SS.MM. dei territori di provenienza, provvedere alla progressiva dimissione dei pazienti internati e attivare, al contempo, le azioni necessarie alla realizzazione di progetti alternativi all'internamento in OPG.

Con successivo progetto specifico si provvederà a definire gli strumenti organizzativi necessari per affrontare i problemi discendenti.

La gestione integrata dei disturbi del comportamento alimentare

Nel loro complesso sono disturbi relativamente diffusi nella popolazione, di sempre maggiore riscontro clinico, in particolare nella fascia di età giovanile-adulta. A fronte però di un aumento della richiesta di interventi non si è registrata una corrispondente crescita dell'offerta da parte dei servizi, con la creazione di strutture specializzate, situazione questa notevolmente grave nell'Italia centro meridionale.

Data la complessità della patologia, deve essere garantita una risposta multidisciplinare alla multifattorialità che contraddistingue tali disturbi, non potendosi più immaginare l'intervento di un solo specialista in una situazione clinica in cui disturbi fisici sono strettamente correlati ai disturbi psichici.

In considerazione di ciò sarà compito di ciascun DSM attrezzarsi per garantire una gestione integrata del problema, alla quale partecipino oltre agli psichiatri, neuropsichiatri infantili, tossicologi, dietologi, endocrinologi, psicologi, internisti, nutrizionisti ecc.

L'integrazione va garantita con opportuni protocolli che definiscano la fase dell'accoglienza, della diagnosi, e del trattamento attraverso una corretta presa in carico, evitando il ricorso ad interventi extra- regionali creando in loco i presidi necessari, anche di tipo semiresidenziale e residenziale.

La Psichiatria di Collegamento e di Consultazione (P.C.C.)

La psichiatria di collegamento e di consultazione (P.C.C.) svolta nell'Ospedale generale ed in collaborazione con i Medici di Medicina generale garantisce importanti risultati sia sul piano della individuazione precoce dei disturbi psichici, che sul piano della qualità dell'assistenza di base.

La necessità dell'attivazione di una P.C.C. è determinata anche dall'aumento considerevole del numero dei malati cronici (infartuati, dializzati, trapiantati, diabetici, malati di cancro) che presentano problemi psichiatrici e sociali, dal riconoscimento da parte dei medici di altre discipline che un sostegno di tipo psichiatrico può essere determinante nell'incrementare la compliance da parte del paziente, con una migliore riuscita delle procedure diagnostico- terapeutiche previste; dalle richieste sempre più pertinenti di un miglioramento della relazione medico-paziente, basato sulla umanizzazione delle relazioni stesse e sull'ascolto, attento ed empatico, delle istanze di chi vive una sofferenza fisica e/o psichica.

La P.C.C. dovrà, quindi, prendere in carico il paziente nei reparti ospedalieri, evitando il trasferimento in SPDC; sensibilizzare gli specialisti di altre branche a passare, nella prassi medica di tutti i giorni, dal modello "curare-guarire" al modello "prendersi cura" della persona malata e della famiglia.

La psicogeriatría

I disturbi psicopatologici dell'anziano e le sindromi demenziali sono in continuo aumento in tutto il mondo a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e rappresentano dunque una delle più importanti emergenze che i sistemi sociosanitari si troveranno ad affrontare nei prossimi anni.

Le disabilità che queste patologie comportano hanno un costo personale, familiare e sociale notevole e necessitano pertanto di un adeguato intervento medico e sociale.

I DD.SS.MM. dovranno identificare i bisogni di cura ed assistenza, attraverso le U.V.A. e le U.V.G. ed apponteranno idonei percorsi terapeutici-assistenziali da realizzarsi, tramite opportuni protocolli, in maniera integrata con tutte le agenzie presenti sul territorio, che di tale problema si occupano.

Interventi prioritari

Le azioni volte ad affrontare i problemi inerenti ad alcune specifiche patologie per l'alto costo personale e sociale che le stesse comportano (es. psicosi gravi, comportamenti suicidari, disturbi di personalità, disturbi dell'adolescenza con particolare riguardo ai disturbi del comportamento alimentare, demenze) sono quelle di seguito individuate:

- promuovere l'integrazione con i servizi per le tossicodipendenze e per l'età evolutiva al fine di intervenire efficacemente nelle patologie di confine, nelle doppie diagnosi, nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, nei disturbi del comportamento alimentare;
- garantire l'applicazione di interventi precoci sugli esordi psicotici attraverso programmi di intervento integrati tra le varie figure professionali secondo modelli operativi basate su evidenze scientifiche consolidate;

- favorire le aggregazioni di genitori e pazienti stimolando la formazione di associazioni e gruppi auto-mutuo-aiuto al fine di garantire al meglio la partecipazione alle scelte di salute mentale;
- favorire l'accesso ai servizi, attuando misure di flessibilità affinché gli stessi si proiettino all'esterno cessando di essere servizi di attesa e si trasformino in servizi attivi che vadano a farsi carico del problema laddove si produce, intensificando l'attività domiciliare, in collaborazione con i familiari, i M.M.G. e altre istituzioni, consentendo quanto più è possibile la permanenza dell'utente al proprio domicilio;
- implementare direttamente o in mix pubblico-privato sociale le strutture semiresidenziali con finalità sia di socializzazione, sia di orientamento professionale;
- definire in maniera chiara le procedure per gli accertamenti sanitari obbligatori ed i T.S.O., specificando responsabilità e titolarità dell'intervento;
- garantire la partecipazione attiva del paziente alla stesura del progetto terapeutico individualizzato che lo riguarda, e la possibile condivisione della famiglia;
- partecipare alla programmazione ed attuazione degli interventi integrati previsti dalla Legge 328/00 per le problematiche di competenza;
- sviluppare "il gruppo di lavoro" al fine di monitorare e migliorare il lavoro di équipe multi- professionale;
- sostenere la motivazione e la formazione degli operatori delle UU.OO., allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sviluppando metodiche per la corretta gestione del rischio clinico.

Strumenti e modalità operative

Il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) è uno strumento operativo col quale viene riaffermata la centralità della persona e il valore del legame nella comunità. Riaffermare il valore della persona, anche quando disabile o demente o apparentemente improduttiva, vuol dire fare di tutto per non relegarla alle istituzioni assistenziali, sostenendo con più forza la famiglia e ricercando nuove forme di mutualità comunitaria al fine di aumentare la "capacità di presa in carico".

Il PTI si colloca all'interno di un intervento più ampio che ha come obiettivo finale la costruzione di un sistema di sostegno e cura ad alta integrazione socio-sanitaria alle persone con bisogni, fondata sul rafforzamento delle reti di comunità, sulla qualificazione degli interventi di volontariato e di economia sociale e sulla migliore integrazione con i servizi socio-sanitari, divenuti capaci di fare comunità, del terzo settore e delle organizzazioni produttive.

In questo senso si vuole sviluppare un programma di passaggio progressivo da forme prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale, radicando le persone con disabilità nel tessuto di vita normale, sia dal punto di vista abitativo che lavorativo e sociale, contribuendo in tal modo al miglioramento della qualità della vita discendente dall'inserimento in un'attività lavorativa soddisfacente, dal vivere in un luogo dignitoso liberamente scelto, dall'avere amici, relazioni, vita sociale.

Il PTI prevede interventi volti a :

- ridefinire l'organizzazione dei servizi territoriali per renderla più coerente con l'approccio di cura comunitario;
- ri-orientare le professionalità degli operatori in genere che si occupano del territorio verso la cultura della *community-care*;
- valorizzare l'informale nelle attività riabilitative;
- approfondire le conoscenze della comunità attraverso la definizione di profili che ne rappresentano le aree- risorse e le aree problematiche;
- coinvolgere il terzo settore ed il privato imprenditoriale, divenuto soggetto attivo capace di esprimere l'utilità sociale del proprio lavoro, in collaborazione con altri soggetti del territorio e secondo logiche di partenariato con il sistema pubblico;
- promuovere, nelle realtà locali, nuove forme di mutualità con strumenti innovativi di espansione del sistema di protezione ed integrazione sociale legata al territorio, in grado di fornire nuove opportunità occupazionali e relazionali per le "fasce deboli";
- valorizzare l'identità sociale, l'habitat ed il lavoro quali alternative necessarie ai percorsi di istituzionalizzazione o abbandono di persone con disabilità sociale;
- realizzare, in accordo con il privato sociale, forme di habitat sociale e formazione/lavoro alternativi alla istituzionalizzazione, favorendo il sostegno abitativo di tipo domiciliare;
- individuare, per ogni PTI, il *case manager* che avrà la funzione di integrazione di tutti gli interventi multiprofessionali e multiistituzionali.

La diffusione e la personalizzazione nelle prassi del modello del PTI non solo consentirà di adoperare una "buona pratica", ma garantirà prognosi positive e protagonismo delle persone- utenti.

Presa in carico globale del paziente grave

Rappresenta una missione specifica del DSM, con priorità di intervento, deve essere orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro tra tutti i componenti del sistema a rete.

Ciò comporta un forte investimento della équipe multiprofessionale del DSM e dei partners della rete al fine di garantire una progettualità che partendo dalla osservazione del soggetto con i suoi bisogni e le sue abilità e verificate le risorse disponibili nella comunità, definisca un PTI, di cui il DSM ne assume la responsabilità. Il PTI garantisce al soggetto un sostegno ed un punto di riferimento stabili che ne impediscono la deriva sociale. Una presa in carico così globale consente una risposta reale ai bisogni della persona con disagio, da svolgersi nei

luoghi propri del soggetto, riducendo anche i costi di gestione diretti e indiretti conseguenti ad un eventuale ricovero. Tale modello operativo è una buona pratica clinica specialmente nei confronti di pazienti con gravi disturbi psichici e notevole deficit del funzionamento psicosociale.

Con i soggetti che spesso negano il bisogno e vivono l'approccio come intrusivo e minaccioso, vanno adottate tutte le strategie necessarie per costruire un rapporto di collaborazione in seno al loro contesto familiare e sociale e ciò in quanto la relazione di fiducia tra le persone e gli operatori è la *conditio sine qua non* per poter realizzare un trattamento efficace.

Saranno valutati dall'Assessorato progetti specifici aziendali inerenti la gestione dell'emergenza in psichiatria che prevedano la presenza di P.S. per la Salute Mentale attivi nelle 24 ore, sia all'interno dei DSM e/o negli SPDC, al fine di ridurre il ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO).

Saranno valutati inoltre progetti orientati a promuovere modelli telematici di assistenza psichiatrica "a distanza" che consentano il collegamento tra il professionista e il paziente al proprio domicilio.

Integrazione pubblico-privato

Le attività d'integrazione socio-sanitaria in salute mentale hanno come obiettivo la trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria, con restituzione delle persone affette da situazioni di grave rischio/vulnerabilità al corpo sociale.

Il rapporto con il privato sociale e imprenditoriale trova senso e reciproca utilità quando è vincolato fortemente a strategie terapeutiche uniche e sempre governate dal servizio pubblico e soprattutto finalizzato alla costruzione di un prodotto di concreti diritti.

Il pubblico si confronta con il privato co- progettando e costruendo cogestione sui progetti terapeutici individualizzati, che prevedono la corresponsabilità anche della municipalità, con la partecipazione diretta dei protagonisti, destinatari dei servizi, e della famiglia.

Spetta al DSM elaborare metodologie che siano di sostegno allo sviluppo ed alla fornitura di servizi sociosanitari integrati ed alla creazione di una rete di connessione. Il DSM inoltre favorirà la messa a punto di un sistema di relazioni, di prevenzione, di assistenza, di consulenza e formazione per il miglioramento, l'accessibilità, la qualità e la diffusione dei servizi sanitari.

L'interazione e l'integrazione che s'intende sviluppare fra il pubblico ed il privato sociale all'interno del percorso ha l'obiettivo di determinare una modalità innovativa nella gestione dei servizi, delle relazioni, della formazione per la promozione attiva dei diritti di cittadinanza, rappresentati da un habitat riabilitativo dignitoso, da attività di relazioni e socializzazione, da formazione permanente, da attività lavorative.

La partnership di qualità può essere identificata con la costituzione di un albo aziendale delle imprese sociali disponibili a co-gestire PTI ed il mix gestionale riabilitativo può essere realizzato limitatamente alle attività abilitativo- riabilitative, formative e lavorative.

Inclusione sociale e lavorativa delle persone affette da disagio psichico

Nell'affermazione del diritto di cittadinanza è unanimemente riconosciuta la centralità dei processi di inclusione sociale e lavorativa, quali elementi che possono determinare un reale cambiamento della condizione della persona affetta da disagio psichico.

L'inclusione sociale non può prescindere dalla implementazione del PTI, coprogettato e cofinanziato dall'Ente locale, in linea con i Piani di Zona, nonché dalla collaborazione con il privato sociale.

In questi ambiti i D.S.M. opereranno affinché il diritto al lavoro venga garantito a tutti i fruitori del servizio, attivando percorsi di formazione-lavoro, ricercando opportunità lavorative e promuovendo, quindi, una reale autonomia degli utenti; contribuiranno, inoltre, a valorizzare il ruolo svolto dalla cooperazione sociale ed a promuovere la realizzazione di vere e proprie imprese sociali, delle quali gli utenti siano soggetti attivi, protagonisti della propria vita, costruendo progetti lavorativi che coniughino il diritto al lavoro con i principi di mutualità, solidarietà e sviluppo dell'individuo e del contesto sociale.

Sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità per le persone con disagio psichico

La chiusura dei manicomi ha dato vita ad una trasformazione culturale tendente all'abbattimento delle barriere ed alla individuazione di percorsi di inclusione sociale attiva per le persone con disturbi psichici.

In questo senso hanno preso l'avvio una serie di esperienze di residenzialità a minore o maggiore protezione e con caratteristiche disomogenee nel territorio regionale.

Le residenze, comunque, debbono consentire alle persone che esprimono un disagio e una sofferenza psichica, di evitare la separazione dalla vita sociale che spinge verso esiti di invalidazione, di deprivazione e di riappropriarsi della propria dignità e della propria autonomia, fermo restando che non possono essere concepite come soluzione abitativa permanente.

L'esperienza, già in più parti maturata, evidenzia l'esigenza di utilizzare lo strumento del PTI per la promozione del sostegno abitativo-riabilitativo e la piccola dimensione della casa quale elemento favorente le relazioni interpersonali. Tali strutture inserite nel contesto urbano, devono essere organizzate con un grado di protezione non definito aprioristicamente in maniera rigida al fine di poter andare incontro alle esigenze degli utenti ed ai loro bisogni.

Sarà compito, quindi, dei D.S.M., fermo restando il limite massimo di 20 posti letto, incentivare e promuovere le sopracitate residenze di piccole dimensioni con caratteristiche di civile abitazione, in modo da favorire un clima

che valorizzi relazioni personalizzate, emotivamente investite da pazienti e operatori, facilitando percorsi di uscita dal circuito psichiatrico.

A tal fine e nell'intento di prevenire e ridurre il ricorso alla residenzialità, va potenziata l'attività domiciliare negli abituali contesti abitativi degli utenti.

Le strutture abitato-riabilitative sono gestite direttamente dai D.S.M. o cogestite con il privato sociale, in un mix pubblico-privato sociale o dal privato convenzionato accreditato. Le stesse avranno un numero complessivo tendenziale per ASP di 3 posti letto per 10.000 abitanti.

Con specifico provvedimento verrà rivisitato il modello organizzativo della residenzialità psichiatrica tenuto conto di peculiari bisogni assistenziali.

Gli ingressi e le dimissioni dei pazienti, disposti dai DD.SS.MM., avvengono in accordo con la persona assistita, la famiglia ed eventuali altri soggetti interessati, in conformità al PTI ed alle periodiche verifiche in esso previste.

I soggetti ultrasessantenni con residualità psichiatrica e morbidità multifattoriale geriatrica-internistica, dovranno trovare allocazione, in comunità protette e/o in RSA sulla base della normativa vigente e dalle indicazioni di programmazione sanitaria.

I soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali sono assistiti nelle strutture residenziali previste dall'art. 26 della legge 833/78 coerentemente alle indicazioni del DPCM 14/2/2001 in tema di prestazioni sociosanitarie.

Completano il panorama della residenzialità le comunità alloggio ed i gruppi appartamento: tali strutture, con caratteristiche sociali e socio-assistenziali, non direttamente gestite dai DD.SS.MM., sono destinate, sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente, a pazienti psichiatrici stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare ed ambientale che non si adattano ad un domicilio proprio.

Sistema informativo regionale e aziendale

Va istituito un sistema di raccolta delle informazioni, sia a livello regionale che dei DD.SS.MM., che possa garantire il monitoraggio delle strategie di intervento ed il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il sistema informativo regionale, attraverso il monitoraggio dei Servizi con l'analisi del volume delle prestazioni, le valutazioni epidemiologiche dell'utenza e i pattern di trattamento, permetterà di valutare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli stessi e degli interventi, aventi al centro la persona, messi in atto per soddisfare il bisogno di salute di quest'ultima.

Il sistema informativo regionale, unitamente a quello di DD.SS.MM., consentirà l'organizzazione e la verifica di qualità delle attività dei Servizi e la fruizione degli strumenti indispensabili per la programmazione e per la Ricerca ed il Miglioramento Continuo della Qualità.

16.2.1 La formazione in Salute Mentale

Oggi si sottolinea l'importanza, per l'operatore, di sentirsi parte non solo della singola equipe, ma di un'intera organizzazione nel suo complesso, ovvero di un sistema sociale e sanitario che si interroga ed opera per lo sviluppo della salute mentale in una determinata comunità locale.

In atto i servizi psichiatrici sono caratterizzati da una forte frammentazione nelle prassi, una debole identità professionale, una forte demotivazione, un elevato rischio di burn-out.

Incidere su questa realtà diffusa nei servizi psichiatrici necessita un impegno delle Direzioni Aziendali che innalzi la motivazione e fornisca strumenti condivisi che diano senso al processo lavorativo.

La "formazione", in tal senso, specie se mirata ad ambiti specifici, contribuisce a determinare prassi condivise, efficienza, risultato e quindi maggiore identità e fiducia negli operatori stessi, destinatari della formazione,

In ambito psichiatrico l'attenzione alla persona "operatore" è di fondamentale importanza.

In questa direzione, la psichiatria, per la sua specificità rispetto ad altri ambiti della medicina, non può prescindere dalle qualità relazionali ed umane dell'operatore, così le singole mansioni e competenze non possono parcellizzarsi in relazione sia all'unicità del "soggetto" della cura, sia alla necessità di "personalizzare" la cura stessa.

Una formazione che addestri alla tolleranza dell'insicurezza ed alla relazione, riduce la minaccia all'autostima per l'operatore. L'intervento poi in ambiti diversi, quali le residenze, il sociale, il lavoro necessita ancora di più una identità forte e una formazione orientata alla relazione.

Lo strumento della formazione continua è uno dei cardini per la governance clinica e per la crescita culturale del DSM. A tal fine, va promossa una formazione che dia gli strumenti per valutare i percorsi di cittadinanza, la qualità e l'efficacia degli interventi, che consenta di sperimentare metodi di lavoro nuovi e valutarne gli esiti e approfondire e sviluppare la ricerca, necessaria al miglioramento dei percorsi di cura e di salute.

Appare inoltre opportuno promuovere la supervisione – intesa come co-visione – per sostenere e accompagnare i processi di formazione permanente dei gruppi di lavoro deputati alla cura psichiatrica, alla promozione ed alla tutela della salute mentale.

Infine, nel rispetto delle reciproche autonomie, andranno previste intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del DSM nella formazione universitaria.

16.2.2 La ricerca orientata alla Salute Mentale

La ricerca in salute mentale, oltre a seguire le usuali linee tecnico-scientifiche, dovrà essere orientata alla valutazione delle prassi assistenziali e dei loro esiti. In tal senso la ricerca avrà il compito di:

- Promuovere una cultura comune e una prassi condivisa rispetto alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi
- Motivare ad un uso routinario degli strumenti di valutazione
- Valutare la gravità e il miglioramento dei pazienti
- Osservare "l'ampiezza dell'effetto del trattamento" e "la riproducibilità" del miglioramento
- Indagare come le diverse variabili socio-demografiche e cliniche incidono sul decorso della malattia
- Valutare l'evoluzione del carico e dei problemi dei familiari
- Valutare l'evoluzione della soddisfazione degli utenti nei confronti degli interventi proposti
- Valutare la recidività dei ricoveri, dei tentativi di suicidio e degli agiti antisociali.

16.3 La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza è riconosciuta come esigenza sociale fondamentale, particolarmente enfatizzata in tutti i documenti d'indirizzo e di pianificazione nazionali e sopranazionali.

All'interno di questo orientamento di carattere generale un'attenzione particolare merita la salute mentale e neurologica dei soggetti in età evolutiva, per la valenza preventiva che gli interventi assumono in questa età della vita rispetto alla comparsa di disturbi invalidanti nelle età successive, per la complessità dei modelli d'intervento, per le notevoli interrelazioni che costantemente si instaurano tra dimensione più strettamente sanitaria e dimensione sociale e relazionale.

Il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute in quest'ambito è profondamente cambiato negli ultimi anni, anche sotto la spinta delle profonde trasformazioni che hanno interessato i nostri contesti sociali.

Se il miglioramento delle condizioni complessive che attengono alla gravidanza, al parto e alle cure perinatali ha ridotto la componente di grave disabilità neuromotoria e cognitiva, si presentano in incremento i bisogni correlati al disagio e alla sofferenza mentale, a volte con correlati comportamentali eclatanti, spesso con sintomatologia discreta, ma con uguale o maggiore probabilità di condizionare il percorso evolutivo di questi bambini.

In questi ultimi anni hanno acquistato particolare rilevanza epidemiologica e/o sociale alcune problematiche specifiche:

- incremento dei tassi di incidenza della psicopatologia "maggiore" in adolescenza, probabilmente correlata anche ad un abbassamento dell'età d'esordio di questi disturbi;
- patologia correlata a situazioni di maltrattamento, trascuratezza e abuso;
- disturbi generalizzati dello sviluppo;
- disturbi del comportamento alimentare;
- calo progressivo dell'età d'inizio dei comportamenti d'abuso;
- difficoltà del bambino immigrato;
- disagi emotivi correlati alle separazioni problematiche dei genitori.

Contemporaneamente l'accresciuta consapevolezza del diritto alla cura e all'assistenza condiziona una domanda sempre più consistente e puntuale da parte degli utenti ed è significativamente aumentata la richiesta di interventi da parte dei committenti istituzionali (Scuole, Tribunali, Servizi Sociali).

Inoltre è necessaria l'adozione strutturata di procedure diagnostiche e terapeutiche basate sulla evidenza, premessa indispensabile per dare coerenza e validità agli interventi complessivi ed elevare i livelli qualitativi dell'assistenza.

Parimenti si rende indispensabile individuare strategie e modalità per effettuare una sistematica valutazione di risultato mediante studi di follow-up che non si possono fermare all'età evolutiva ma debbono necessariamente essere protratti fino all'età adulta.

Riferimenti per la programmazione

La pianificazione dell'area d'assistenza richiede di recuperare i contenuti del Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000, all'interno della cornice concettuale contenuta nelle "Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale" recepite dalla Regione siciliana con Decreto 24 settembre 2009 e al Progetto Materno Infantile (DM 24Aprile 2000).

Alcuni dati rilevanti di natura epidemiologica e metodologica vanno assunti come indispensabili riferimenti per la programmazione.

Il carico assistenziale potenziale si deduce dai tassi di prevalenza che oscillano tra il 12 ed il 20 % della popolazione di riferimento (22% della popolazione complessiva). L'utenza potenziale nella nostra Regione oscilla tra 130 e 220 mila pazienti.

Vengono riportati altissimi indici di comorbidità tra i disturbi delle tre aree di competenza (psicopatologia, neurologia e neuropsicologia) anche in diverse e successive fasce di età, sullo stesso asse problematico o su assi problematici diversi.

Gli interventi acquistano una valenza preventiva intrinseca rispetto alla patologia psichiatrica dell'età adulta. Studi epidemiologici recenti dimostrano che la gran parte dei pazienti adulti con disturbi psichiatrici presentava

sintomi già in età evolutiva: il 75% di loro prima dei 18 anni (Offord 2000) ed il 50% prima dei 14 anni (Kessler 2005).

In questo contesto, la presa in carico multiprofessionale è una modalità d'intervento consolidata, in considerazione della stretta interdipendenza che esiste tra processo di sviluppo e contesto di vita e che necessita di un approccio che integri la dimensione neurobiologica, psicologica, relazionale, sociale e pedagogica.

Le situazioni che afferiscono ai servizi si caratterizzano, in genere, per la complessità della sintomatologia clinica, per durata medio-lunga dei sintomi, per la presenza di fasi di acuzie e di relative remissioni, per le temporanee situazioni di scompenso nelle relazioni familiari e sociali.

L'assistenza richiede la disponibilità di strutture differenziate (ambulatorio, strutture semiresidenziali tipo centro diurno, strutture residenziali, day hospital, polo ospedaliero con degenza), con possibilità di un passaggio coordinato da un regime assistenziale ad un altro, in modo da offrire opzioni di cura a vari livelli di intensità, complessità e durata, e dare risposte complessive e coerenti alle esigenze degli utenti, garantendo la continuità terapeutica.

A livello operativo appare indispensabile adottare iniziative atte a garantire la necessaria integrazione con altri ambiti sanitari "di confine" (U.O. ospedaliere di pediatria, di neonatologia, di terapia intensiva neonatale; pediatri di libera scelta; medici di medicina generale; consultori familiari; medicina scolastica; riabilitazione; ecc) e con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore.

Obiettivi prioritari

Il presente Piano individua i seguenti obiettivi prioritari:

- garantire, in tutto l'ambito regionale, i livelli essenziali di assistenza, di cui al D.P.C.M. del 29 novembre 2001;
- promuovere la salute mentale in età evolutiva con particolare riferimento ai soggetti in età adolescenziale e ai minori immigrati;
- individuare precocemente, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, i gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole;
- ridurre le conseguenze invalidanti delle gravi disabilità neurologiche e psichiatriche, sviluppando le abilità residue, favorendo le autonomie personali ed i processi di adattamento;
- individuare le "patologie sottosoglia", spesso non diagnosticate e curate, con frequente tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione sfavorevole, anche nelle età successive;
- prendere in carico i minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso;
- contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia "maggiore", attraverso programmi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale;
- effettuare una diagnosi precoce e la presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare.

Interventi prioritari

- garantire la continuità assistenziale ed il collegamento funzionale tra le diverse strutture operative di NPJA, territoriali ed ospedaliere;
- integrare i servizi di N.P.I.A. con altri ambiti sanitari "di confine": U.O. ospedaliere di pediatria, di neonatologia, di terapia intensiva neonatale; pediatri di libera scelta; medici di medicina generale; DSM; SerT; consultori familiari; medicina scolastica; riabilitazione, ecc;
- garantire i collegamenti con gli altri servizi della ASP e con le altre Istituzioni coinvolte nella tutela dell'infanzia (Enti Locali, Scuola, Autorità Giudiziarie, Privato Sociale);
- contribuire a programmare interventi di educazione alla salute prioritariamente intesa come formazione ed aggiornamento del personale di altre istituzioni o servizi che intervengono sull'età evolutiva ed in particolare sulla salute mentale e sull'handicap;
- sviluppare la ricerca epidemiologica ed effettuare analisi sistematiche di processo e di esito;
- adottare protocolli diagnostici e terapeutici indicati da Società scientifiche accreditate per le principali categorie nosografiche e favorire interventi fondati sulla evidence based medicine;
- promuovere e monitorare il processo di miglioramento continuo della qualità;
- garantire il collegamento, la collaborazione e la partecipazione delle associazioni dei familiari degli utenti.

Rete dei servizi assistenziali.

In riferimento alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, di cui al D.P.C.M. del 29 novembre 2001, ai bambini e agli adolescenti con disturbi neurologici, psicopatologici e neuropsicologici va garantita:

- l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- l'assistenza ospedaliera

I servizi per l'assistenza territoriale sono articolati in:

1. Unità Operative Territoriali
2. Strutture Semiresidenziali
3. Strutture residenziali per adolescenti

1. Le U.O. multiprofessionali territoriali di NPIA sono le strutture deputate alla presa in carico globale del bambino e dell'adolescente con disturbi di competenza.
Le attività delle suddette UU.OO., come di seguito indicate, dovranno essere ricondotte all'interno di progetti di presa in carico individualizzati e dovrà essere garantita l'integrazione degli interventi complessivi e la continuità delle cure:
- Effettuano interventi ambulatoriali e domiciliari multiprofessionali per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
 - Svolgono le attività sanitarie finalizzate all'integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della legge 104/92, del DPR 24 febbraio 94, e delle normative successive, con l'eventuale supporto di specialisti, specificamente individuati, per determinate patologie (oculista, ORL, ortopedico, ecc.).
 - Definiscono percorsi terapeutico-riabilitativi per gli utenti di competenza, di concerto con le strutture distrettuali di riabilitazione e condivisi con le strutture private accreditate eventualmente presenti nel territorio, ed effettuano attività di prescrizione, verifica e valutazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali nel rispetto di un percorso di programmazione condivisa e coordinata.
 - Partecipano agli interventi di tutela dei soggetti in età evolutiva richiesti dalla Magistratura o derivanti da provvedimenti emanati dalla stessa in collegamento con i servizi sociali del territorio.
 - Garantiscono collaborazione specialistica nell'assistenza domiciliare integrata e negli interventi necessari a garantire l'assistenza domiciliare ai minori con problematiche neuropsichiche.
 - Assicurano il collegamento funzionale con i servizi sanitari "di confine" (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, medicina preventiva, consultori, Moduli Dipartimentali di Salute Mentale, SERT, riabilitazione, ecc.) e con le varie Agenzie sociali coinvolte a vario titolo nella presa in carico (scolastiche, giudiziarie, terzo settore, ecc.).
 - Effettuano attività di consulenza e sostegno multidisciplinare nelle strutture residenziali a carattere socio-assistenziale (gruppi appartamento, pronta accoglienza, centri socio-riabilitativi, comunità alloggio) per la parte specialistica di competenza.
 - Svolgono attività di programmazione congiunta e di raccordo per i pazienti ricoverati nelle U.O. ospedaliere di NPIA e per quelli inseriti in strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche.
 - Svolgono specifiche azioni assistenziali o il trattamento di singole patologie o quadri patologici che richiedono specifiche o particolari competenze ed in particolare attraverso attività ambulatoriali finalizzate a:
 - valutazione e trattamenti nei confronti dei minori abusati e/o maltrattati
 - abuso di sostanze e/o patologie comportamentali in età evolutiva
 - psicoterapia in età evolutiva
 - disturbi pervasivi dello sviluppo
 - trattamento dell'epilessia e della cefalea in età evolutiva
 - trattamento delle psicopatologie in età adolescenziale e di confine (16 - 20 anni)
 - trattamento dell'emergenza e del disagio psichico in età adolescenziale
2. Le Strutture Semiresidenziali effettuano attività terapeutico-riabilitative per gravi disturbi della comunicazione, della relazione e della socializzazione.
Sono finalizzate a garantire interventi intensivi, complessi e coordinati che consentano di:
- acquisire abilità cognitive, comunicative e relazionali;
 - acquisire le autonomie possibili adeguate al proprio contesto ambientale;
 - prevenire la cronicizzazione dei disturbi;
 - contenere il rischio dei ricoveri impropri;
 - garantire continuità e raccordo con le strutture educative di appartenenza del bambino/adolescente.
- Le attività effettuate presso le strutture semiresidenziali dovranno trovare adeguate modalità d'integrazione con quelle effettuate dalle U.O. distrettuali.
Le strutture semiresidenziali possono trovare articolazioni diverse, tra quelle possibili si indicano:
- *centri diurni diagnostico-terapeutici per la prima e seconda infanzia*, finalizzati alla diagnosi ed al trattamento per cicli intensivi, di breve durata, dei disturbi di sviluppo.
 - *centri diurni per adolescenti* con gravi disturbi psicopatologici, finalizzati a contenere al massimo il ricovero ospedaliero e la sua durata, prevenendone la necessità mediante trattamento terapeutico intensivo e permettendo dimissioni protette.
- I centri per l'assistenza semiresidenziale hanno valenza sopradistrettuale, devono essere dotati di équipe multiprofessionali e devono essere attivi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana.
3. Le Strutture Residenziali Terapeutiche accolgono adolescenti con disturbo psicopatologico o gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi intensivi, complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo continuo e per brevi periodi.
Sono preferibilmente collocate nell'area di residenza della famiglia per garantire una continuità di rapporto con le relazioni significative e le istituzioni educative.
Devono prevedere un intervento integrato socio sanitario ed educativo.

L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve essere parte di un sistema complesso e coordinato di interventi, fortemente integrato con la comunità locale, e il progetto terapeutico deve andare oltre la stretta residenzialità, che deve essere limitata nel tempo ed orientata al proprio superamento, ed in stretto raccordo con le strutture territoriali di NPIA invianti.

Le strutture residenziali per adolescenti devono essere dotate di équipe multiprofessionali ed hanno valenza sopradistrettuale.

L'assistenza neuropsichiatria infantile all'interno degli ospedali deve assolvere ai seguenti compiti:

- rispondere ai bisogni di diagnosi e cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute e di elevata complessità;
- gestire le situazioni di emergenza-urgenza neurologica e psichiatrica;
- offrire attività di consulenza neuro-psichiatrica;
- garantire la continuità assistenziale ed il collegamento funzionale con le altre strutture di NPIA del territorio e con i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura per la gestione integrata delle situazioni di emergenza-urgenza psichiatrica dei soggetti adolescenti.

Risorse

La periodica rilevazione delle risorse, effettuata da questo Assessorato, ha consentito di evidenziare profonde differenze di risorse dedicate alla NPIA nei vari ambiti provinciali, tali da configurare significative disuguaglianze nelle reali opportunità di cura di questa particolare categoria di utenti.

Per superare le attuali discrepanze ed assicurare a tutta la popolazione minorile della nostra Regione pari diritti per quanto riguarda questo aspetto particolare di tutela della salute, le risorse umane da destinare all'area assistenziale devono costituire un organico unico da utilizzare in maniera dinamica e razionale.

La presa in carico multiprofessionale del paziente è assicurata dal lavoro di équipe composte dalle seguenti figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva:

- neuropsichiatri infantili,
- psicologi
- assistenti sociali, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva,
- terapisti della riabilitazione psichiatrica,
- logopedisti,
- pedagogisti/educatori professionali,
- infermieri,
- tecnici.

Modello organizzativo

Le competenze della NPIA attengono tradizionalmente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicopatologici e psicologici dei soggetti in età evolutiva.

L'ambito di azione della Disciplina e dei relativi servizi, oltre alla salute mentale, comprende quindi importanti aspetti di salute fisica, di disabilità psico-fisica e di tutela sociale che, in questa fase della vita, appaiono quasi sempre profondamente intrecciati tra di loro.

La NPIA integra competenze che attengono alle neuroscienze e alle scienze del comportamento e si pone, sul piano assistenziale, come punto d'incontro rispetto ad altri ambiti d'assistenza (salute mentale, materno – infantile, riabilitazione).

La collocazione della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza nel DSM-DP, che appare essere in linea con gli attuali orientamenti diagnostici e con le recenti indicazioni di pianificazione nazionale, presuppone che vengano stabilite modalità di raccordo funzionale con gli altri ambiti assistenziali di confine al fine di dare coerenza agli interventi complessivi, evitando la loro sovrapposizione ed incrementi di spesa.

I documenti di programmazione sanitaria regionale finora adottati, non hanno contemplato una pianificazione organica per l'assistenza ai bambini e agli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici, ma hanno previsto competenze specifiche in vari ambiti di assistenza (salute mentale, handicap, riabilitazione, ecc.).

Considerato che la gran parte dell'utenza esprime domande di salute che intersecano i vari ambiti, si rischia nei fatti di determinare una discontinuità della presa in carico che contrasta con tutte le evidenze e le raccomandazioni di tipo scientifico e gestionale, in ambito nazionale ed internazionale.

Appare indispensabile definire un modello organizzativo che deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione, l'omogeneità delle prestazioni e la continuità della presa in carico, con il decentramento distrettuale e la forte integrazione sociosanitaria.

La complessità e la criticità dei compiti richiedono una specifica competenza specialistica e una articolazione di servizi (a valenza distrettuale, sopradistrettuale ed interdistrettuale), che operando a differenti livelli di complessità, intensità e durata, assicurano ed integrano i differenti livelli essenziali d'assistenza.

Le Dipendenze patologiche rappresentano un'espressione di disagio psico-sociale e mentale che il ricorso a modalità compulsive con utilizzo di diversivi chimici non permette di alleviare, finendo per sommare una patologia al disagio preesistente.

Il concetto di irreversibilità della condizione morbosa di tossicodipendenza sotto le sue varie forme rischia di scivolare verso quello della cronicità ed impedisce in quest'ottica culturale il ricorso a modelli di cura sostenibili ed integrati, considerando che i Servizi Pubblici per le dipendenze Patologiche sono stati congegnati in un'ottica multidisciplinare.

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze della Regione Siciliana si caratterizza per i seguenti elementi:

- Omogeneità di "mission".
- Alto grado di collaborazione e condivisione operativa.
- Solida strutturazione con spiccata capacità di lettura del territorio
- Particolare attenzione al "total quality management".
- Solida esperienza nel campo della prevenzione universale, selettiva ed indicata.

Caratteristiche queste che sono state costruite nel tempo partendo dal comune sentire che il paziente è "al centro" di un processo assistenziale e terapeutico a cui partecipano attivamente più attori, ognuno portatore di un proprio "sapere" e di una propria professionalità.

Il "Sistema dei servizi" della Regione Siciliana ha maturato finora esperienza e capacità per potersi porre obiettivi in linea con le nuove sfide che il fenomeno della diffusione e consumo di sostanze psicotrope ed alcool propongono per fasce d'età (età a rischio 14-64) sempre più precoci ad ogni livello della scala sociale e professionale.

Criticità

- L'aumento notevole dell'uso di sostanze d'abuso psicostimolanti, soprattutto cocaina, LSD ed MDMA
- La crescita della cultura della "normalizzazione dell'uso di droghe" diffusissima tra i giovani e gli adolescenti
- L'aumento del poliabuso e del consumo di alcool nelle fasce adolescenziali.
- L'ampliamento della fascia d'età dell'utenza, 14-64 anni
- L'aumento della utenza femminile, nello specifico dipendenza da alcool, nicotina e cocaina con un notevole incremento delle patologie sessualmente trasmesse (HIV, HCV, herpes genitalis etc)
- L'aumento della utenza genitoriale che rappresenta in atto il 15% dell'utenza totale
- L'aumento dell'incidenza del disturbo psichiatrico, delle patologie infettive (HIV, HCV, tubercolosi) nei consumatori di droghe
- L'aumento dell'utenza con dipendenze patologiche comportamentali (gioco d'azzardo patologico, dipendenza sessuale, shopping compulsivo, dipendenza da internet)
- La carenza organizzativa e di personale: i SerT hanno un elevato numero di utenti con un incremento negli ultimi 6 anni del 100% (dati DOE SICILIA rapporto Regionale 2008), ma operano spesso in condizioni di sotto dimensionamento rispetto ai bisogni dell'utenza e del territorio di competenza, meno 30% del personale rispetto alla data di attivazione del 1992, mancata applicazione della Legge del 18 febbraio del 1999 n.45 recante "Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze" e mancata revisione degli organici sulla base del nuovo quadro epidemiologico delle tossicodipendenze, della rilevazione del numero di utenti in trattamento e della popolazione a rischio.
- La mancata definizione dei requisiti specifici necessari per l'accreditamento per i servizi pubblici e privati per la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche
- La difficoltà dei SerT a collegarsi con gli altri servizi territoriali e a diventare, oltre a punto di riferimento per l'assistenza sanitaria, anche centro di prevenzione e promozione attiva della salute per le aree fragili
- Il passaggio al SSN dei Presidi per le Tossicodipendenze degli Istituti Penitenziari
- Certificazione di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori a rischio (Decreto Assessorato Sanità 24 luglio 2009).

La complessità che emerge da questi nuovi indicatori rende necessaria una evoluzione dei servizi per le dipendenze da "sistema" erogatore di prestazioni a "sistema integrato di reti territoriali, relazionali, pensanti, progettuali ed operativi" per un intervento globale sui reali bisogni di salute nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Interventi prioritari

1. Rafforzare il Sistema dei Servizi per le dipendenze della Regione Siciliana con la attivazione dell'Area Dipendenze Patologiche attraverso anche la revisione organizzativa dei SerT
2. Mantenere e migliorare l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Dipendenze per valutare in modo appropriato i bisogni di salute.
3. Mettere a regime la manutenzione del sistema di gestione delle attività dei servizi denominato Osservatorio Provinciale Dipendenze (OEPD), parte costitutiva integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e Nazionale, in atto molte ASP siciliane hanno un debito informativo con il Ministero della Salute.
4. Promuovere una efficace attività di prevenzione delle dipendenze patologiche attraverso la valorizzazione delle risorse disponibili.
5. Incrementare il numero di soggetti consumatori e/o dipendenti in contatto con la rete dei servizi per ora collocati nel sommerso.

6. Potenziare i programmi finalizzati al reinserimento familiare e lavorativo degli utenti, mirando al pieno recupero della persona.
7. Attivare il sistema di "allerta precoce e risposta rapida per le droghe" al fine di prevenire le morti per overdose e tagli pericolosi.
8. Monitorare i risultati e gli esiti dei trattamenti anche ai fini del recupero e delle dimissioni dal trattamento con successivo follow up.

Attività di prevenzione

Sulla base delle indicazioni del Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga (2009/2012), e del Piano d'Azione Nazionale contro le Droghe recepito dalla Regione Siciliana, l'attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche deve proporsi i seguenti obiettivi :

1. Prevenire il consumo di stupefacenti e i rischi ad esso connessi.
A tale scopo è necessario promuovere l'innovazione nei programmi e negli interventi di prevenzione a carattere generale previsti dai Piani di zona nei diversi Distretti socio-sanitari:
 - incentivando la creazione di campagne informative, non di tipo dissuasivo, basate su dati probanti e valutati, riguardo gli effetti dell'uso e abuso di sostanze tossiche all'organismo;
 - valorizzando le esperienze positive già attivate sul territorio con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità da dipendenza da sostanza;
 - coinvolgendo i diversi attori interessati, soprattutto le scuola, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento;
 - prediligendo metodologie che favoriscono il confronto tra pari e la creazione di Centri di aggregazione ed educativi in ogni comune.
2. Prevenire il comportamento ad alto rischio dei consumatori (compreso il consumo endovenoso) tramite interventi mirati a:
 - elaborare ulteriormente i sistemi di individuazione precoce e di tempestivo intervento;
 - continuare ad elaborare e porre in essere una prevenzione efficace, selettiva e valutata mirata ai gruppi vulnerabili, offrendo loro servizi facilmente accessibili di sostegno psicologico e di gestione dei comportamenti problematici con lavoro di prossimità, ove opportuno;
 - ridurre le situazioni di disagio giovanile che potrebbero sfociare in dipendenze da sostanze psicotrope attraverso la presenza di operatori specializzati in tutte le scuole medie e superiori della Regione (artt.105-106 DPR 309/90, legge 49 del 2006).
 Tale attività va realizzata nell'ambito dei Piani di zona dei Distretti socio-sanitari, , mettendo in sinergia le risorse del fondo nazionale lotta alla droga, della scuola, degli enti locali, del privato sociale e degli operatori sanitari dei Ser.T preposti alla prevenzione della tossicodipendenza.

Il sistema dei Servizi: l'Area per le Dipendenze Patologiche

Le Dipendenze patologiche rappresentano un'espressione di disagio psicologico e sociale, nonché mentale che il ricorso ad alcol e stupefacenti permette di alleviare, finendo per sommare un grave problema ad uno persistente. Al perseguimento degli obiettivi della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti concorrono diverse realtà all'interno delle Aziende Sanitarie Provinciali, unitamente ad altre amministrazioni pubbliche (comuni, prefetture, scuole, carceri...), al privato sociale accreditato ed al volontariato. Per una migliore organizzazione dei servizi occorre favorire una nuova cultura di intervento, che permetta un approccio interdisciplinare ed un più efficace livello di integrazione aziendale ed extra-aziendale, nell'area delle dipendenze patologiche da sostanze d'abuso o psicotrope.

In tal senso, occorre creare una alleanza terapeutica tra paziente/cittadino e operatori per prevenire, curare i danni indotti da comportamenti a rischio, dall'uso problematico e dalle dipendenze da sostanze legali, illegali e da comportamenti patologici, recuperare e reinserire la persona al suo ruolo sociale.

All'Area delle Dipendenze Patologiche afferiscono i SERT dell'A.S.P., gli Enti accreditati e convenzionati con l'A.S.P. che perseguono comuni finalità tra loro interconnesse ed ha come obiettivo generale quello di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nel settore delle dipendenze patologiche ad elevata integrazione socio-sanitaria con raggiungimento di obiettivi di salute ottimali.

All' Area compete la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la valutazione annuale del *Progetto Dipendenze Patologiche*, anche per quello che concerne le risorse assegnate.

L'Area deve provvedere inoltre a:

- coordinare le attività delle UU.OO. e le strutture accreditate riabilitative, a progetto, di volontariato che vi afferiscono in un'azione concertata e finalizzata all'obiettivo comune di evitare i fenomeni di abuso e di curare quelli in atto;
- rilevare i bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici attraverso l'Osservatorio provinciale delle Dipendenze Patologiche;
- esercitare funzioni di valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza erogata;
- promuovere la formazione continua e l'aggiornamento tecnico, scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate al Dipartimento;
- predisporre il Piano qualità annuale;

- proporre alla Direzione aziendale, in base all'attività di valutazione, il budget necessario per la realizzazione delle attività previste dal *Progetto Dipendenze Patologiche* al fine di soddisfare le reali esigenze del territorio;
- stabilire protocolli di collaborazione con le altre strutture aziendali non facenti parte del DSM e con altre amministrazioni (prefetture, scuole, carceri, comuni, ecc.) secondo un sistema di interventi a rete, definendo gli obiettivi prioritari e le competenze di ciascun componente la rete, al fine di evitare la dispersione e la sovrapposizione delle risorse e delle azioni.
- Riorganizzazione dell'attività dei SERT anche in funzione delle nuove forme di Dipendenze patologiche.
- Formazione Continua
- Valutazione Budget necessario
- Predisposizione piano di qualità

L'Area può articolarsi al suo interno in Ser.D. – Servizio Dipendenze e Ser.T..

I Ser.D. sono strutture anche con valenza pluridistrettuale e provvedono, con apposito piano provinciale sulle droghe, all'individuazione di azioni e prestazioni preventive, assistenziali e riabilitative.

I Ser.T. sono strutture distrettuali dotate di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie che operano nella nuova ottica del servizio territoriale inteso come servizio alla persona ed alla comunità con prestazioni socio-sanitarie, programmi integrati dove l'utente e la sua famiglia trovano una risposta personalizzata ad una pluralità di bisogni e garantiscono, nell'ambito del Distretto socio-sanitario, la necessaria integrazione socio-sanitaria nei modi e nelle forme previste dalla normativa vigente (legge 49/2006, DPR309/90, Piano Nazionale sulle droghe 2008, legge n. 328/00 e L.R.5/2009).

La programmazione delle attività, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva, al Comitato delle Dipendenze, degli operatori del Ser.T e degli Enti accreditati e convenzionati con l'ASP.

Il Comitato delle Dipendenze è l'organo di gestione e di programmazione interna dell'Area.

L'Osservatorio Epidemiologico Provinciale Dipendenze (Circolare n.1259 del 6/8/09) è un organo di supporto con compiti di raccolta ed analisi dei dati di ricerca sulla evoluzione della diffusione dell'uso delle sostanze e sugli stili di consumo nel territorio al fine di percepire con tempestività i bisogni di intervento o di assistenza espressi e programmare il più precocemente possibile strategie socio sanitarie di prevenzione, di contrasto o di governo.

Nell'ambito della riorganizzazione dei servizi per le tossicodipendenze, il potenziamento dei SERT e il riconoscimento della loro funzione peculiare sulla base delle indicazioni assessoriali costituisce il presupposto per garantirne l'autonomia gestionale, organizzativa e funzionale a fronte dell'incremento dei consumi di sostanze d'abuso e delle nuove dipendenze e quindi dell'utenza, fermo restando i contatti con la S.M.. per la doppia diagnosi indipendentemente dall'appartenenza

Reinserimento lavorativo

Un' azione efficace e completa contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase della inclusione nel mondo del lavoro di coloro che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza.

Gli interventi saranno basati sulla valorizzazione delle buone esperienze già in atto nel sistema pubblico e nel privato sociale accreditato.

Obiettivo di questi progetti è favorire l'integrazione sociale del soggetto in difficoltà attraverso processi di socializzazione che mirano;

- all'acquisizione di un ruolo lavorativo,
- allo sviluppo del senso di appartenenza alla comunità;
- allo sviluppo di abilità sociali quali la ricerca di occupazione, di nuovi gruppi amicali e dell'abitazione

Gli interventi si pongono in continuità con i trattamenti medici, psicologici, pedagogici e socio-riabilitativi definiti dal Ser.T. e ne costituiscono una componente inscindibile.

Gli obiettivi sono raggiungibili attraverso attività e strumenti messi in atto dagli Organi ed Enti istituzionalmente competenti.

Tossicodipendenza e strutture carcerarie

Viste le recenti disposizioni normative, al fine di garantire un'adeguata assistenza ai tossicodipendenti detenuti, si ritiene necessario la costituzione di unità operative multi-disciplinari all'interno di ciascun carcere della Regione anche utilizzando personale che in esse già opera.

16.5 La doppia diagnosi: la gestione integrata

La presenza di un quadro clinico di dipendenza da sostanze, accanto a rilevanti patologie di natura psichiatrica, osservata con una frequenza crescente in questi ultimi anni, costituisce un rilevante problema di carattere sociosanitario a cui corrisponde l'esigenza di una presa in carico globale attraverso attività congiunte e coerenti,

anche mediante la stipula di protocolli di intesa tra l'Area della Salute Mentale e l'Area delle Dipendenze patologiche, con la finalità di pervenire ad un modello integrato di gestione.

I protocolli dovranno stabilire:

- i modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei servizi allo stesso;
- i tempi e le modalità di definizione dei programmi terapeutici compresa la definizione del servizio referente , del case manager e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per psicofarmaci;
- le modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera;
- la metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali;
- le modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in strutture;
- le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi servizi territoriali;
- i livelli di responsabilità all'interno delle aree Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sulle attività sopra elencate.

Attraverso la costituzione di un Coordinamento Regionale per le Dipendenze Patologiche sarà definito il piano strategico regionale delle politiche sociosanitarie nel settore.

Qualità, Ricerca e Sviluppo

17.1 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

Il Governo clinico viene definito *“il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”*. La traduzione del termine inglese Clinical Governance ha generato, tuttavia, in Italia interpretazioni distorte (*“governo dei clinici”, “governo delle direzioni sanitarie”, etc.*) che hanno attribuito al termine connotati di sistema che impone dall'alto le proprie azioni ed i suoi determinanti. In realtà il concetto di governo clinico è intrinsecamente ed inscindibilmente legato ad un approccio di tipo *“integrato”* e *“partecipato”* che richiede l'interazione dei molteplici attori che operano ai diversi livelli del sistema: livello macro (regionale), livello meso (management aziendale) e livello micro (medici, infermieri ed operatori sanitari erogatori dei servizi).

Una importante criticità emersa dalle recenti esperienze in alcuni contesti regionali ed in alcune realtà locali è rappresentata dall'eccessivo distacco, caratterizzante le organizzazioni sanitarie, tra management o direzione aziendale e mondo dei professionisti, erogatori terminali dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

In coerenza con le indicazioni del PSN 2006-2008, del nuovo Patto per la Salute e sulla base dell'esperienza e delle criticità emerse negli ultimi anni a livello nazionale, la Regione Siciliana si impegna a promuovere, attraverso le politiche di governo clinico, in modo sistematico e permanente, la qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute ed il soddisfacimento dei bisogni della popolazione, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa.

Nello sviluppo del sistema per la qualità ed il governo clinico è necessario considerare:

- gli strumenti, i metodi e le tecniche per progettare, valutare, migliorare la qualità delle organizzazioni sanitarie e delle cure con la partecipazione, la tutela e la soddisfazione dei cittadini;
- gli strumenti, le tecniche ed i metodi propri delle culture professionali;
- gli strumenti, le tecniche ed i metodi della gestione manageriale dei sistemi sanitari e socio-assistenziali e delle organizzazioni sanitarie, ad elevato grado di complessità, finalizzati ad ottenere il miglioramento dello stato di salute dei cittadini trattati, la prevenzione delle condizioni morbose nelle popolazioni a rischio e la sicurezza dei trattamenti.

Sulla base delle recenti valutazioni di esperienze regionali e locali, il superamento delle criticità del governo clinico necessita l'applicazione dei seguenti elementi fondamentali:

1. Il principio dell'*accountability*, ovvero del *“rendere conto”* di ciò che viene fatto ai diversi livelli del sistema (macro, meso, micro) tramite il ritorno informativo e l'effettivo utilizzo degli strumenti per la valutazione e la misurazione delle attività svolte.
2. La collocazione del governo clinico nel contesto organizzativo di tipo dipartimentale: il dipartimento, infatti, favorendo il coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato per assicurare la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, l'audit clinico, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.
3. L'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali tramite il coinvolgimento attivo del Collegio di direzione, nella pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, nella implementazione degli strumenti fondamentali del governo clinico, quali le linee guida ed i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, le raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico, l'individuazione di indici di performance, di indicatori di efficienza e dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, la valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

Questi obiettivi sono oggi facilitati dalla disponibilità di efficaci soluzioni ICT (information and communication technology), a partire dalla gestione quotidiana aziendale dei singoli dati clinici e dallo scambio mirato delle informazioni tra gli attori coinvolti, fino alla produzione in tempo reale degli indicatori di processo e di esito.

In tale ottica di ammodernamento del sistema, tramite un approccio che metta in relazione ed integri gli aspetti clinici, gestionali ed economici, nonché quelli della ricerca e dello sviluppo, della sicurezza dei pazienti e degli operatori, dell'informazione e della valutazione delle tecnologie sanitarie, il servizio sanitario della Regione Siciliana si pone l'obiettivo di garantire che ogni paziente riceva la prestazione con il miglior esito sulla base delle conoscenze disponibili, con il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, il minor consumo di risorse e la massima soddisfazione per il paziente. Per quanto riguarda la formazione, costituisce una priorità l'integrazione con l'Università, affinché i nuovi professionisti possano acquisire nella formazione di base la competenza di metodo e contenuto necessaria per agire in una ottica di miglioramento ed inserirsi quindi adeguatamente nel contesto operativo. La formazione permanente deve contribuire al costante aggiornamento delle competenze dei professionisti, valorizzando le singole professionalità ma favorendo nel contempo lo sviluppo della integrazione professionale e del lavoro in équipe.

17.2 Programma Regionale per la Promozione permanente della Qualità (PROQUAL)

Per attuare le politiche di promozione della qualità, la Regione Siciliana recepisce e si impegna a perseguire gli obiettivi strategici e le azioni previste nel Programma Nazionale per la Promozione permanente della Qualità nel Servizio Sanitario Nazionale (PROQUAL), previsto al punto 4 dell' art.16 dell' Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

I principi che hanno ispirato il PROQUAL sono:

1. Centralità dei bisogni dei cittadini
2. Equità
3. Efficacia
4. Appropriatezza
5. Sicurezza
6. Efficienza
7. Responsabilità, onestà e trasparenza

La Regione si impegna a perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- Promuovere il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti ed attuare forme costanti e strutturate di valutazione
- Promuovere l' erogazione di prestazioni sanitarie efficaci comprese nei livelli essenziali di assistenza
- Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza
- Promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico
- Migliorare i processi, sviluppare e gestire il sistema dei servizi in forma integrata nella logica della clinical governance.

In apposito documento tecnico assessoriale che integrerà il presente Piano nel periodo di vigenza dello stesso, verranno indicati in modo dettagliato principi ispiratori, obiettivi strategici e azioni specifiche nel settore.

17.3 La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure

La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Il principale obiettivo è la prevenzione degli eventi avversi, ovvero gli eventi inattesi, non intenzionali correlati al processo assistenziale e che comportano un danno ai pazienti.

In seguito al verificarsi di “eventi sentinella” in Regione sono state avviate a partire dal 2005 diverse iniziative per il miglioramento della sicurezza dei pazienti adottando i seguenti provvedimenti dal 2005

- D.A. 23 settembre 2005 di istituzione della commissione regionale per la sicurezza del paziente nell'ambito delle strutture operatorie
- D.A. 5 ottobre 2005 di costituzione, presso le aziende sanitarie della Regione, le aziende policlinico e le case di cura private, del comitato per il rischio clinico nell'ambito delle strutture operatorie
- Intesa 27 gennaio 2006 sottoscritta dal Ministro della salute e l'Assessore per la sanità
- D.A. 22 febbraio 2006 istituzione del Centro di Coordinamento Regionale, quale cabina di regia tecnica per le attività relative alla sicurezza dei pazienti ed alla gestione del rischio clinico
- D.A.11 gennaio 2008 Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118.

17.3.1 La funzione aziendale per la qualità e la sicurezza dei pazienti

Le Aziende sanitarie si impegnano a recepire ed attuare le indicazioni contenute nel D.A. 3181 del 23/12/2009 che istituisce presso ciascuna azienda sanitaria pubblica e privata, la funzione permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti.

Nell'istituire tale nuova funzione, le Aziende sanitarie potranno organizzarsi in piena autonomia, assicurando, tuttavia che tale funzione, per la cui assegnazione dovrà tenersi conto di specifiche competenze professionali e formative, sia integrata al Sistema Qualità Aziendale, considerato che la sicurezza dei pazienti è una delle dimensioni in cui si articola la Qualità in ambito sanitario. Ciò al fine di evitare inutili, quanto inefficienti, sovrapposizioni di funzioni nell'organizzazione aziendale.

Ogni Azienda del SSR si impegna a:

- Predisporre ed attuare il piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico e per l'implementazione delle buone pratiche. Tale piano dovrà contenere gli obiettivi annuali e le modalità di verifica del raggiungimento degli stessi e sarà parte integrante del piano aziendale per la qualità.
- Predisporre una relazione annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico. Tale relazione sarà pubblicata su sito web aziendale e sarà oggetto di specifica valutazione in sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi dei direttori generali, ai sensi dell'art. 3bis, comma 6, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

- Elaborare ed attuare il piano formativo aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti secondo le indicazioni regionali.
- Individuare, in ambito clinico, un referente ufficiale a cui affidare la gestione della comunicazione verso l'esterno, avuto riguardo delle specifiche competenze professionali e formative. Lo stesso, inoltre, dovrà seguire un apposito corso di formazione secondo le indicazioni regionali previste nel paragrafo precedente.
- Il Direttore Generale provvederà ad individuare, con proprio atto, le modalità con le quali la funzione aziendale per la gestione del rischio clinico dovrà interagire con le funzioni di staff della direzione generale, con il collegio di direzione, con il comitato per il rischio clinico e con le articolazioni organizzative dell'azienda per favorire l'implementazione del piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico e le attività di cui all'art.6.

17.3.2. Monitoraggio eventi avversi

Tra le attività inerenti la sicurezza dei pazienti, i sistemi di reporting rappresentano uno strumento fondamentale per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al principio dell'imparare dagli errori.

La Regione Siciliana riconosce prioritariamente l'importanza del monitoraggio degli eventi avversi e si impegna ad incrementare l'alimentazione del sistema di monitoraggio degli "eventi sentinella" con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Regionale.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito;
- b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

Il D.A. 3181 del 23/12/2009 istituisce il flusso informativo SIMES mediante il quale tutte le aziende sanitarie pubbliche, e le strutture private accreditate, sono tenute a segnalare nei modi e nei tempi previsti dal Ministero della Salute, gli "eventi sentinella" verificatisi nonché le denunce di sinistri.

17.3.3 Programma Regionale per l'implementazione di raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti

Le analisi degli "eventi sentinella" verificatisi negli ultimi anni hanno evidenziato l'esigenza di attivare programmi di implementazione di raccomandazioni e procedure specifiche per prevenire gli errori, attivando strategie innovative che influenzino e realmente modifichino il comportamento clinico assistenziali degli operatori sanitari.

La Regione si impegna ad attivare un programma specifico per l'implementazione di raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti; Tra gli argomenti prioritari saranno trattati i seguenti:

- Raccomandazione sulla sicurezza dei pazienti che riguarda la prevenzione della reazione da incompatibilità AB0. Tale attività rappresenta la prima iniziativa sul territorio nazionale che utilizza una strategia di intervento multimodale per la sicurezza trasfusionale.
- Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria, che prevede la modifica dei comportamenti delle equipe operatorie, che in tal senso dovranno allinearsi ai migliori standard riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, "safe surgery save lives") e già applicati nei migliori ospedali a livello internazionale.
- Raccomandazioni per il miglioramento dell'igiene delle mani, secondo le raccomandazioni dell'OMS nell'ambito del programma "prima sfida globale per la sicurezza del paziente: cure pulite sono cure più sicure", con l'obiettivo di promuovere la sicurezza per quanto concerne le pratiche di controllo delle infezioni ospedaliere.
- Diffusione ed implementazione degli *International Patient Safety Goal* promossi dall'OMS e dalla *Joint Commission International*.

Altri argomenti saranno scelti sulla base delle evidenze della letteratura internazionale e nazionale e sulla base delle lezioni apprese dal sistema di reporting degli eventi avversi.

17.3.4 Programma di collaborazione con Joint Commission International

A partire dall'aprile 2006 la Regione Siciliana ha avviato un programma per la gestione del rischio clinico basato sull'introduzione di standard della *Joint Commission International* per ospedali e per i trasporti sanitari.

Sulla base dei risultati e delle criticità emerse si sottolinea la rilevanza degli obiettivi prefissati e l'esigenza di spostare l'attenzione sull'attivazione dei percorsi di miglioramento per il raggiungimento degli stessi standard e sulla capacità delle organizzazioni di valutare sistematicamente i propri livelli di rischio nelle aree individuate. Pertanto, tutte le aziende del SSR si impegnano a:

- valutare sistematicamente il livello di rischio nelle aree individuate dagli standard;
- sviluppare sistematici piani di miglioramento misurandone la realizzazione e gli effetti;

- diffondere all'interno dell'ospedale la conoscenza degli standard e del sistema di valutazione del rischio predisposto anche attraverso l'adozione di specifici programmi formativi.

17.4 Il Coinvolgimento dei pazienti

La Regione si impegna ad attivare un programma per la promozione di una nuova cultura della sicurezza, che consideri il coinvolgimento dei pazienti quale componente fondamentale dei processi assistenziali. E' riconosciuto dalla Regione Siciliana il ruolo attivo dei pazienti nella definizione delle procedure assistenziali, anche allo scopo di favorire una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforzare il rapporto di fiducia tra il cittadino ed il sistema sanitario.

La Regione si impegna in via prioritaria a:

- migliorare l'efficacia del consenso consapevole ed informato nei processi di cura;
- migliorare la comunicazione dell'evento avverso da parte delle organizzazioni sanitarie verso i pazienti e/o loro familiari e verso i mass media e l'opinione pubblica in generale;
- migliorare la carta dei servizi sanitarie nelle strutture del SSR;
- migliorare la comunicazione nei confronti dei pazienti e/o loro familiari.

17.5 Il Miglioramento dell'efficacia delle prestazioni

L'efficacia è una fondamentale dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria ed esprime la capacità degli interventi sanitari di migliorare gli esiti delle condizioni cliniche a cui si riferiscono.

In ambito sanitario abitualmente si distingue l'efficacia sperimentale o teorica (*efficacy*), dimostrata in condizioni controllate proprie della ricerca, dalla efficacia nella pratica (*effectiveness*), osservata nelle condizioni di funzionamento abituale dei servizi sanitari.

L'efficacia può variare rispetto al contesto storico, ambientale, culturale, organizzativo, economico e di questo è necessario tenere conto nel processo di valutazione. Il requisito di "efficacia" va quindi sempre contestualizzato, avvalendosi anche degli approcci metodologici del *technology assessment*.

L'efficacia esprime il rapporto tra risultati ed obiettivi: gli interventi sono efficaci se vengono raggiunti gli obiettivi fissati. Un intervento può essere valutato come efficace rispetto ad un obiettivo ma inefficace ed inadeguato rispetto ad un altro. E' pertanto necessario definire in modo chiaro, esplicito e preliminare rispetto a quale obiettivo l'intervento sarà valutato come efficace e quali limiti di variabilità saranno considerati accettabili. Seppure l'efficacia dipenda principalmente dalle scelte tecniche (cliniche-assistenziali-riabilitative) degli operatori, in coerenza con lo stato dell'arte delle conoscenze e la disponibilità di tecnologie, il coinvolgimento del paziente è molto importante per il suo perseguimento, così come un appropriato utilizzo delle risorse professionali, a garanzia della funzionalità dei processi organizzativi.

La pratica clinica basata sulle evidenze, implementata attraverso idonee metodologie e strumenti (percorsi diagnostico terapeutici e linee-guida), consente ai professionisti di superare i limiti dell'autoreferenzialità e di ridurre la variabilità dei comportamenti, delle scelte e dei risultati. Essa non può prescindere da una particolare attenzione al rapporto operatore-utente: l'implementazione della umanizzazione dell'assistenza sanitaria, infatti, qualifica ed aumenta l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Parallelamente, va stimolata la ricerca finalizzata allo sviluppo non solo di nuove conoscenze cliniche ma anche di metodologie per la valutazione degli esiti.

Il Sistema Regionale per l'implementazione delle linee guida

Al fine di assicurare il trasferimento delle conoscenze nella pratica clinica e promuovere l'efficacia delle cure, lo strumento privilegiato è costituito dalle linee guida cliniche, che richiedono per la loro adozione il più ampio coinvolgimento degli operatori. La strategia prevede l'identificazione delle aree in cui è utile intervenire con la produzione di linee guida, attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida (ISS, Agenas), la loro diffusione ed implementazione a livello nazionale.

Per promuovere l'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali nelle strutture del SSR, come strumento effettivo del governo clinico la Regione si impegna a coordinare tali attività attivando anche sistematici meccanismi di controllo e verifica, nonché favorendo l'inclusione dei percorsi stessi all'interno dei software utilizzati di routine dai professionisti sanitari, per promuovere in corrispondenza una cattura e uno scambio efficace dei dati e il loro aggiornamento.

Le tematiche saranno scelte individuando le aree, anche in merito alla sicurezza, all'ottimizzazione delle cure e alla loro appropriatezza, sulla base delle indicazioni programmatiche e delle istituzioni o agenzie internazionali e nazionali di riferimento nell'*health technology assessment* e nella produzione di linee guida.

Interventi prioritari

A livello regionale:

- produzione di linee guida;
- diffusione e sostegno alla implementazione delle linee guida; c) monitoraggio della adozione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici;

- identificazione delle aree prioritarie per lo sviluppo di nuove linee guida.

A livello aziendale:

- implementazione delle linee guida;
- elaborazione ed introduzione di percorsi diagnostico terapeutici;
- monitoraggio della implementazione di linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici.

Promozione dell'efficacia delle prestazioni sanitarie

La diffusione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici richiede l'attivazione di una strategia sistematica finalizzata ad accrescere le competenze del personale sanitario per ridurre la variabilità, migliorare l'efficacia e l'efficienza. Va quindi prevista la formazione specifica del personale, ispirata ai principi dell'apprendimento attivo e dell'apprendimento nel luogo di lavoro.

Il coinvolgimento dei pazienti in alcune fasi di produzione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici, ma soprattutto nell'utilizzo degli stessi, è strategico per raggiungere l'obiettivo dell'efficacia.

Devono essere quindi utilizzati metodi e strumenti adeguati per disseminare le linee guida e favorire l'adesione da parte dei pazienti e degli operatori.

Per favorire l'adozione di pratiche cliniche e di tecnologie efficaci, gli operatori devono conoscere e accedere alle informazioni scientifiche. Vanno quindi promosse nelle aziende o fra le aziende cooperazioni per permettere a tutto il sistema di fruire di informazioni che derivano dalla letteratura scientifica, rendendo disponibili banche dati, biblioteche virtuali, strumenti specifici per aree particolari (esempio banche dati farmaci).

La Regione si impegna ad avviare una campagna di sensibilizzazione e formazione di tutti i soggetti sulla efficacia degli interventi.

Le aziende si impegnano ad avviare le seguenti attività:

- formazione degli operatori alle prove di efficacia, alla introduzione di linee guida ed alla produzione ed implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici;
- sensibilizzazione degli operatori per l'utilizzo delle banche dati;
- coinvolgimento dei pazienti con la distribuzione di specifiche versioni delle linee guida.

Valutazione comparativa degli esiti

La valutazione comparativa degli esiti tra strutture, assume particolare rilievo in relazione alla potenziale variabilità dei processi di cura, in termini di efficacia ed appropriatezza. La valutazione comparativa dell'outcome può fornire importanti informazioni per il governo del sistema sia dal punto di vista della funzione di tutela/committenza che da quello della produzione.

La Regione si impegna ad attivare ex novo un sistema di valutazione dell'outcome dei servizi erogati nelle aziende individuando alcune discipline prioritarie di intervento nelle seguenti discipline:

- Cardiologia
- Cardiocirurgia
- Chirurgia generale
- Chirurgia ortopedica
- Ginecologia ed ostetricia

Per la progettazione e realizzazione del sistema sarà fondamentale il coinvolgimento del mondo dei professionisti e l'impegno delle aziende sanitarie.

17.6 Il Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni

Anche l'appropriatezza è una componente della qualità assistenziale che coniuga efficacia, efficienza ed opportunità e fa riferimento alla possibilità di erogare le prestazioni necessarie alla singola persona da assistere, nel servizio più adatto, in un arco di tempo ragionevole e secondo criteri di economia.

Essa si articola essenzialmente in appropriatezza clinica o specifica ed organizzativa o generica.

L'appropriatezza clinica riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di beneficiarne superino i potenziali rischi; in questo senso è strettamente correlata all'efficacia ma anche ai valori espressi dai cittadini, alle loro preferenze ed ai fattori socioeconomici.

L'appropriatezza organizzativa è intesa come la coerenza tra i bisogni rilevati e le tipologie ed i volumi delle prestazioni erogate sulla base:

- delle sedi dei servizi, che debbono essere accessibili in relazione alla numerosità ed alle caratteristiche della popolazione, del territorio, della viabilità e dei trasporti;
- dei tempi di attesa per l'ottenimento delle prestazioni;
- delle modalità di erogazione degli interventi sulla base di modelli organizzativi condivisi;
- degli aspetti della sicurezza;
- delle valutazioni economiche.

L'appropriatezza, sia nei suoi aspetti clinici che organizzativi, deve essere il risultato di un costante coinvolgimento delle istituzioni e delle diverse figure professionali.

Il modello organizzativo che favorisce il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza è quello dipartimentale, dove il lavoro costante di audit tra il personale sanitario porta a percorsi assistenziali condivisi, all'adozione di approcci organizzativi innovativi, al miglioramento continuo della qualità che scaturiscono dall'esperienza e dalla

promozione della partecipazione, alla formazione degli operatori, i cui contenuti dovrebbero scaturire proprio dal lavoro svolto all'interno dei Dipartimenti.

Per promuovere l'appropriatezza, soprattutto organizzativa, si individuano le seguenti azioni strategiche:

- La Regione si impegna ad adottare una strategia di promozione e valutazione sistematica dell'appropriatezza relativamente alle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso la predisposizione di un programma su base triennale, anche ricorrendo a modelli innovativi.
- Tutte le Aziende del SSR adottano i rispettivi piani aziendali per l'appropriatezza, promuovendo in particolare il funzionamento dei dipartimenti, il corretto e costante svolgimento delle attività di audit e il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

18.1 Analisi dei bisogni formativi

Lo sviluppo del nuovo sistema formativo regionale va necessariamente ancorato in maniera pertinente, appropriata e costo-efficace ai bisogni reali di salute della popolazione siciliana ed alle strategie del Sistema Sanitario Regionale. A tal fine, nel prossimo triennio esso dovrà raccordarsi con i bisogni di formazione connessi alla pianificazione strategica che il Sistema Sanitario Regionale ha definito con il Piano di Contenimento e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009, con la legge regionale n. 5/2009 di riforma e con l'attuale PSR, assicurando la migliore aderenza fra i bisogni di salute e la programmazione della formazione per tutti i profili professionali socio-sanitari.

La legge n. 5/2009 ha riorganizzato gli assetti della sanità attraverso la costituzione delle nuove Aziende Sanitarie Provinciali e la rimodulazione della rete ospedaliera; essa ha tra i suoi obiettivi fondamentali:

- rendere effettiva l'integrazione socio-sanitaria;
- deospedalizzare l'offerta sanitaria e fornire nuovi e più capillari servizi sul territorio per i cittadini;
- assicurare il diritto a cure appropriate, ma soprattutto la presa in carico globale della persona;
- migliorare la comunicazione, l'informazione e la conoscenza sull'offerta dei servizi sanitari attraverso un approccio unitario e coordinato.

In questo significativo processo di trasformazione e di riordino tutte le Aziende del SSR assumono un ruolo centrale.

Destinatario della strategia di cambiamento è il sistema aziendale, inteso come sistema di risorse integrate per produrre risultati comuni.

Obiettivo della formazione è costituito dalle performance, cioè dai risultati dell'organizzazione sanitaria rappresentati dai servizi e dalle prestazioni erogate.

La formazione deve connotarsi come laboratorio esperienziale e, oltre a fornire tecniche, strumenti e contenuti, deve favorire spazi e nuove idee, affinché gli stessi contenuti formativi siano traducibili in opportunità per le Aziende.

Il riconoscimento della centralità dell'organizzazione comporta la necessità di modificare l'approccio metodologico promuovendo tecniche, strumenti e analisi dei processi di lavoro tipici della formazione-intervento e del benchmarking orizzontale e verticale. Si aprono così nuove prospettive per il lavoro quotidiano: è l'esempio dei gruppi e dei sistemi di audit, riconosciuti come formazione sul campo.

L'*e-learning*, insieme con la formazione in aula e quella sul campo, rappresenta uno dei tre momenti principali attraverso i quali costruire modalità innovative di formazione-intervento capaci di aderire sempre di più ai bisogni dell'organizzazione, promuovendo la crescita delle risorse umane e contenendo i costi logistici in un'economia di scala. Le comunità di pratica e le reti di professionisti si avvantaggeranno sempre di più di tale modalità formativa che consente, attraverso metodologie specifiche e opportuni ambienti virtuali, scambi di conoscenze e di buone pratiche fondate su obiettivi condivisi e professionalizzanti.

Nel prossimo triennio occorrerà, pertanto, sviluppare costantemente e monitorare l'ambito dell'*e-learning*, soprattutto sotto il profilo delle metodologie andragogiche da sperimentare ed applicare, allo scopo di poterne programmare un largo utilizzo nelle Aziende del SSR.

Bisogni formativi

L'approccio metodologico necessario per una corretta individuazione dei bisogni formativi in campo sanitario non può prescindere dall'analisi di una serie articolata di fonti informative: norme nazionali e regionali che regolano il sistema socio-sanitario, dati statistico-epidemiologici, politiche e strategie operative della Regione e delle singole Aziende, rilevazioni e indagini ad hoc, coerenza con gli obiettivi ECM nazionali e regionali.

L'analisi dei dati ricavati da queste fonti va quindi "triangolata" con quella dei bisogni formativi espressi dagli operatori, al fine di cogliere i punti di contatto tra percezione individuale, richiesta di nuove competenze (connesse all'evoluzione degli assetti organizzativi, dei processi di cura e assistenziali) e fabbisogni dell'Azienda. L'analisi dei temi e dei contenuti della formazione continua nelle aspettative degli operatori sanitari può avvalersi utilmente della loro tripartizione nelle dimensioni tecnico/scientifica, organizzativo/manageriale e relazionale tra professionisti e con l'utenza.

Le logiche di sistema prevedono che lo sviluppo della cultura e delle competenze individuali e professionali si accompagnino e si intreccino con lo sviluppo di quelle relazionali e organizzative.

La consapevolezza di svolgere la propria attività in un contesto organizzativo significa avere coscienza che l'outcome del proprio agire professionale ha ricadute significative sull'intero sistema (responsabilità e consapevolezza del proprio ruolo).

Tale responsabilità riguarda soprattutto quella che la dirigenza si assume nei confronti della gestione delle risorse assegnate, particolarmente quelle umane e professionali (sviluppo delle competenze manageriali e di gestione dei ruoli organizzativi) ma anche quelle materiali, tecnologiche ed economico-finanziarie.

Un modello di analisi dei bisogni formativi deve necessariamente fare riferimento alle competenze, alle motivazioni, agli atteggiamenti ed al senso di *self efficacy* dei singoli operatori.

Il quadro di riferimento nel quale questa analisi deve inserirsi è il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda attraverso la creazione di modelli di *learning organization* e quindi lo sviluppo della capacità di adattarsi continuamente alle mutate richieste del contesto ed ai problemi posti dall'innovazione.

È per tale motivo che l'analisi dei bisogni è il primo di una serie di passi volti a realizzare un effettivo cambiamento in quanto consente di individuare il divario esistente fra le prestazioni attuali e quelle desiderate a livello di individui e di macro e micro organizzazione.

I riferimenti per una funzionale analisi dei bisogni formativi sono sostanzialmente tre: l'individuo, il ruolo e l'organizzazione.

In questo momento storico per il SSR l'analisi a livello di ruolo organizzativo risulta essenziale, poiché la riorganizzazione delle Aziende sanitarie disposta dalla LR n. 5/2009 necessita di essere affrontata con la creazione di nuovi ruoli o con riconversione e riqualificazione professionale (aumento di responsabilità, cambio di funzioni, modifica delle procedure di lavoro a seguito degli accorpamenti tra servizi e Aziende).

Per una giusta contestualizzazione dell'analisi dei bisogni, le aziende sanitarie effettueranno una rilevazione periodica delle esigenze formative emergenti, predisponendo il piano di formazione aziendale in base all'analisi dei risultati e in rapporto agli obiettivi regionali contenuti nel PSR.

Ciò porta a prevedere un tipo di formazione che, superando la genericità, risulti fortemente legata al contesto operativo del personale sanitario e che tenga conto della varietà dei ruoli e delle attività professionali effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali nelle strutture e nella rete di servizi del Sistema Sanitario Regionale. Diventerà prioritario potenziare quei percorsi formativi che diano soluzioni ai bisogni di salute che coinvolgono diversi settori professionali e che necessitano di una maggiore integrazione nelle varie fasi diagnostiche, terapeutiche e gestionali.

A ciò si aggiunge la necessità di formare adeguatamente il management strategico, cui è affidato il compito di implementare la riforma e i nuovi modelli organizzativi, di ripianificare i servizi e riqualificare le risorse umane.

L'impegno principale della formazione consisterà nel supportare il processo di cambiamento culturale e organizzativo introdotto dalle recenti normative e dal Piano sanitario regionale, razionalizzando al contempo la spesa.

La rete della formazione e lo sviluppo del sistema

Lo sviluppo del settore della formazione in questi anni, in particolare di quella continua, impone almeno in parte un ripensamento di tutta l'organizzazione, al fine di costruire un sistema ben strutturato, capace di affrontare efficacemente le nuove sfide del SSR e di mantenere elevata la qualità dell'offerta formativa, rispondendo, al contempo, agli obblighi derivanti dai contratti collettivi nazionali e dal sistema ECM. A tal fine, nel paragrafo dedicato alla implementazione del nuovo sistema ECM sono affrontati i ruoli e i compiti delle diverse componenti del sistema ECM della Regione Siciliana.

È auspicabile che nel campo della formazione regionale i diversi soggetti non lavorino come singoli attori, ma che facciano rete e si confrontino continuamente in modo da fare sistema.

Una parte significativa della formazione post-laurea avviene a cura delle Università, sia utilizzando docenti universitari, spesso anche nell'ambito delle stesse strutture universitarie, sia attraverso protocolli di collaborazione tra aziende ospedaliere e universitarie utilizzando anche medici ospedalieri nella qualità di docenti.

Le Aziende, gli Enti di ricerca e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, l'IZS, le Università, gli Ordini ed i Collegi professionali, il CEFPAS e la Regione sono attori fondamentali.

Ogni soggetto contribuisce al sistema complesso della formazione continua secondo il proprio ruolo e la propria vocazione, concorrendo al progressivo cambiamento dell'assetto gestionale della formazione, che si andrà consolidando su tre livelli fra loro connessi: regionale, di bacino e aziendale.

In tale ottica le UU.OO. Formazione delle aziende sanitarie mantengono il ruolo centrale nella costruzione, realizzazione e valutazione delle iniziative formative che si attuano in ambito aziendale e che devono coinvolgere in maniera integrata tutti i profili professionali presenti

nelle aziende. In particolare l'unità operativa Formazione aziendale assolve le seguenti funzioni:

- analisi dei fabbisogni formativi
- elaborazione del Piano Formativo Aziendale
- monitoraggio e valutazione degli obiettivi formativi
- gestione del budget
- gestione di crediti ECM
- attività di facilitazione e consulenza nei confronti delle varie articolazioni aziendali.

La rete dei responsabili delle Unità Operative Formazione, allo scopo di fare sistema in ambito regionale, tra i suoi compiti perseguirà anche i seguenti obiettivi:

- adeguare costantemente l'analisi del fabbisogno formativo aziendale con le istanze direttamente legate al "prodotto salute" erogato dalle aziende sanitarie;
- progettare percorsi formativi tra aziende con la caratteristica della supervisione e dello scambio di esperienze negli ambiti della prevenzione, cura e riabilitazione;
- monitorare costantemente i piani di formazione aziendali individuando percorsi comuni ed obiettivi finalizzati alla realizzazione dei diversi ambiti indicati nel PSR

Con il Centro della Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS) e il ruolo che le norme gli conferiscono, il sistema intende presidiare a livello regionale tutti i processi innovativi e quelli che per loro natura risultano efficaci e convenienti a livello macro.

In particolare al CEFPAS viene affidato il compito di:

- attuare i programmi regionali assegnati dall'Assessorato con gli appositi obiettivi annuali e gli incarichi specifici;
- realizzare i corsi per lo sviluppo professionale dell'alta direzione. È affidato al Centro, pertanto, il compito di organizzare i corsi di Formazione manageriale per i direttori generali, sanitari e amministrativi, nonché i corsi manageriali specificatamente indirizzati ai coordinatori sanitari e amministrativi ed ai vari livelli organizzativi;
- realizzare la formazione nell'ambito dell'accreditamento istituzionale;
- promuovere attraverso specifici programmi lo sviluppo professionale nel campo dell'emergenza-urgenza;
- attuare la formazione-intervento al fine di favorire lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e di sperimentare le forme organizzative e le modalità operative a favore della continuità assistenziale;
- definire i percorsi formativi e realizzare i corsi per addetti ai sistemi informativi e alla gestione avanzata della documentazione clinica di routine, anche tramite ICT (information and communication technology), nelle aziende sanitarie;
- programmare iniziative nel campo della comunicazione istituzionale;
- pianificare le attività formative rivolte al settore della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sviluppare specifici programmi formativi nel campo della sicurezza degli alimenti e della sanità veterinaria;
- implementare sistemi di valutazione delle prestazioni, favorendo la partecipazione dei cittadini ai processi valutativi;
- promuovere l'utilizzo della metodologia e-learning all'interno delle aziende;
- contribuire alla ricerca, allo sviluppo ed all'applicazione di metodologie formative innovative;
- dare continuità e sostenere le attività connesse agli obiettivi definiti dal Programma Nazionale "Guadagnare salute".

Documenti di indirizzo e linee guida sia in merito all'analisi dei bisogni formativi che alla pianificazione e programmazione della formazione continua (ECM) sono oggetto di specifici provvedimenti assessoriali in linea con gli obiettivi di salute e le strategie di programmazione nazionale e regionale.

Le aziende rimangono la sede deputata all'attività di rilevazione del fabbisogno formativo. In raccordo con l'Assessorato, il CEFPAS realizzerà incontri, iniziative ed attività, al fine di rendere omogenee le modalità organizzative e gli strumenti metodologici nell'ambito della "rete per la formazione continua" delle Aziende sanitarie.

Il rafforzamento della programmazione integrata tra Assessorato della sanità, CEFPAS e Aziende è indispensabile per attuare sinergie utili ad accompagnare i professionisti nel nuovo processo di reingegnerizzazione e riorganizzazione dei servizi e dei percorsi di cura e assistenza al cittadino e per contribuire all'erogazione di prestazioni sanitarie qualitativamente elevate e omogeneamente distribuite.

Lo sviluppo ottimale del sistema della formazione dovrà garantire ai professionisti del SSR, oltre al miglioramento della specifica professionalità, anche le capacità di lavorare efficacemente all'interno dell'organizzazione e di relazionarsi col cittadino in maniera ottimale.

Obiettivi generali per lo sviluppo professionale continuo derivanti dalla LR 5/2009 e dal PSR 2011-2013

Sulla base degli ambiti e delle aree di sviluppo del SSR definiti con la LR n. 5/2009 di riordino e col presente PSR, vengono di seguito declinati i principali obiettivi formativi di interesse strategico:

- promuovere l'uso di strumenti e metodi per una qualificata integrazione operativa e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- favorire l'adozione di criteri di appropriatezza nella rifunionalizzazione dei servizi e nel trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, con riguardo alla complessità delle prestazioni erogate e in riferimento ai bisogni di salute;
- diffondere l'utilizzo di strumenti e metodi finalizzati alla razionalizzazione della spesa ed all'uso ottimale delle risorse;
- sviluppare le competenze degli operatori su tematiche trasversali organizzative e gestionali di raccordo tra servizi sanitari, amministrativi e tecnici;
- favorire la diffusione, lo scambio ed il trasferimento delle conoscenze e delle buone pratiche tra le diverse realtà aziendali;
- realizzare percorsi integrati di formazione-intervento in campo clinico e organizzativo;
- promuovere programmi coerenti con gli obiettivi formativi di rilievo nazionale e regionale previsti dal nuovo sistema di formazione continua in medicina (ECM) (Documento Conferenza Stato-Regioni 5 novembre 2009).

Obiettivi formativi specifici derivanti dalle aree prioritarie del PSR

- *Governance del sistema*
- *Politiche del farmaco*
 - sviluppare le competenze dei professionisti in riferimento all'appropriatezza prescrittiva e all'uso razionale del farmaco e approfondire le conoscenze sulla patologia iatrogena, contribuendo al consolidamento del sistema regionale di farmacovigilanza; fornire gli strumenti per una corretta gestione del farmaco, con particolare riferimento ad acquisti e approvvigionamenti.
- *Miglioramento della Qualità e Governo clinico:*

- sviluppare le abilità per promuovere, progettare, realizzare e valutare programmi di MCQ nelle articolazioni organizzative della Aziende sanitarie; favorire l'utilizzo di strumenti e metodi utili alla gestione integrata del rischio clinico, al controllo della sicurezza dei pazienti e degli operatori e alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate.
- *Comunicazione pubblica e istituzionale*
 - fornire le conoscenze metodologiche e le abilità per promuovere, progettare e attuare la gestione efficace delle informazioni e della comunicazione in Sanità. Favorire l'acquisizione di strategie e tecniche della comunicazione pubblica per facilitare l'attuazione degli obiettivi previsti dal PSN e PSR in tema di equità di accesso, prevenzione e miglioramento degli stili di vita, appropriatezza della domanda, partecipazione dei cittadini alle scelte dell'assistenza.
- *Strumenti innovativi di programmazione e valutazione: Health Technology Assessment (HTA) ed Health Impact Assessment (HIA)*
 - effettuare processi di valutazione sistematica delle innovazioni a supporto delle decisioni di introduzione e loro utilizzo nel SSR per garantire l'appropriatezza e la sostenibilità del sistema. Sperimentare la metodologia dell'HIA a supporto dei processi decisionali per le politiche di salute pubblica e delle politiche aziendale sugli investimenti.
- *Gestione delle risorse umane*
 - acquisire conoscenze, competenze e strumenti specialistici per gestire e sviluppare le risorse umane e professionali, fattore strategico prioritario nell'attuale fase di riorganizzazione per il conseguimento degli obiettivi strategici aziendali. Qualificare il ruolo della dirigenza nella gestione e valutazione dei professionisti affidati, per sostenere il cambiamento del SSR.
- *Empowerment*
 - sperimentare metodologie e strumenti di partecipazione responsabile e di cooperazione tra cittadini e istituzioni socio-sanitarie, per attivare processi di crescita reciprocamente controllabili tra operatori e comunità.
- *Umanizzazione delle cure:*
 - promuovere una formazione specifica sull'etica delle cure e attivare sinergie, attraverso il coinvolgimento dei professionisti della sanità e degli altri stakeholder (istituzioni sanitarie regionali, cittadini singoli e associati), per una progettualità di rete che superi le frammentazioni del sistema di cura e che abbia come presupposti "la persona dentro il sistema salute", la relazione di cura, la ricerca di nuove modalità operative e la crescita dei livelli qualitativi di assistenza.
- *Approvvigionamento di beni e servizi:*
 - fornire strumenti e regole operative per la gestione ottimizzata degli approvvigionamenti di beni e servizi (ivi compresi i farmaci), qualificando la spesa nel nuovo assetto organizzativo del SSR.
- *Riduzione tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni:*
 - fornire a tutti gli attori coinvolti nel cambiamento strumenti operativi e sperimentare sul campo un modello condiviso per la razionalizzazione delle liste di attesa, attraverso sistemi di prenotazione per priorità.

Distretti e Integrazione socio-sanitaria

Obiettivo prioritario che si intende perseguire con il presente Piano è la riqualificazione delle funzioni e dell'offerta dei servizi distrettuali e la contestuale appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. Particolare attenzione dovrà essere posta alle patologie croniche, alla garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni ed alle categorie fragili.

La riorganizzazione della rete territoriale deve essere orientata al soddisfacimento del bisogno di integrazione tra ambiti assistenziali, strutture di offerta e professionisti.

Le nuove modalità organizzative sono orientate all'integrazione delle diverse componenti assistenziali del SSR e alla stretta collaborazione con le amministrazioni locali, per una reale integrazione socio-sanitaria.

Per la realizzazione degli obiettivi che il Piano si pone è necessario:

- sviluppare le competenze degli operatori nella costruzione di percorsi orientati alla appropriatezza delle prestazioni e al buon uso delle risorse;
- fornire strumenti e conoscenze inerenti l'epidemiologia e l'analisi dei dati per una lettura contestualizzata dei bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- formare gli operatori e accompagnarli nella costruzione dei percorsi assistenziali per le principali patologie croniche (BPCO, diabete, tumori e malattie cardiovascolari) e nella presa in carico globale della persona, con particolare riguardo alla loro implementazione all'interno delle cartelle cliniche elettroniche e in generale dei sistemi informativi;
- accompagnare con progetti di formazione-intervento gli operatori nelle diverse fasi di implementazione dei nuovi modelli organizzativi;
- co-pianificare, in raccordo con l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, progetti e interventi per la riduzione della frammentazione nell'assistenza socio-sanitaria.

L'Assistenza ospedaliera

A seguito del riordino complessivo della rete ospedaliera regionale, particolare attenzione andrà posta all'adozione di razionali modelli organizzativi, rispondenti agli accertati bisogni di salute per rendere effettiva l'integrazione tra rete ospedaliera e territoriale.

Si individuano i seguenti obiettivi formativi:

- sviluppare modelli organizzativi coerenti con i servizi di nuova istituzione e con la dipartimentalizzazione e rispondenti ai principi del governo clinico;
- promuovere l'appropriatezza clinica e la razionalizzazione nell'uso delle risorse e dei servizi;
- definire percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali integrati;
- rafforzare i sistemi di monitoraggio e valutazione per analizzare l'impatto dei nuovi modelli organizzativi sul Sistema Sanitario Regionale.

Il Sistema dell'Emergenza/Urgenza sanitaria

Lo sviluppo e il miglioramento del sistema dell'emergenza/urgenza in Sicilia è ambito prioritario, sia perché esso costituisce nella maggior parte dei casi critici la "porta d'ingresso" al sistema, sia perché richiama l'attenzione dell'opinione pubblica sulla qualità del servizio e dell'assistenza prestata.

Si individuano le principali azioni formative:

- valutazione e riprogrammazione continua dei fabbisogni introducendo l'uso di tecnologie innovative;
- costruzione di un percorso personalizzato (corsi residenziali, esercitazioni con simulatori e attività e-learning) atto ad aggiornare le conoscenze e a sviluppare le professionalità secondo linee guida regionali, per definire uno standard di competenze che costituirà il "minimum set" necessario ad operare nell'emergenza/urgenza.

La Prevenzione e la Promozione della salute

Le esigenze di tutela della salute e di una nuova cultura organizzativa, sono due dei capisaldi che hanno ispirato la legge di riforma del SSR, che pone a fondamento del SSR la centralità e la partecipazione del cittadino, titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale.

Questi punti di forza aprono ampie prospettive per lo sviluppo professionale continuo nella promozione della salute, intesa nella sua valenza di "modello di politica per la salute".

Per rispondere ad alcuni aspetti prioritari, diventa cruciale adottare una metodologia che affianchi le organizzazioni nel processo di cambiamento e di sviluppo organizzativo, definendo strumenti e condizioni di valorizzazione e supporto dei professionisti all'interno delle realtà operative.

In un'ottica di governance per la salute, la formazione dovrà sempre più rafforzare e sostenere lo sviluppo delle competenze utili a coinvolgere organizzazioni e professionalità diverse intorno ad un progetto comune, sperimentando le opportunità di operare in reti integrate.

Altro aspetto rilevante riguarda la necessità di creare sinergie e rafforzare la collaborazione con i mass-media, per un'informazione corretta ed efficace nei confronti dei cittadini.

Con riferimento agli ambiti specifici di assistenza individuati dal Piano Sanitario Regionale e dagli atti correlati i suddetti obiettivi formativi riguarderanno trasversalmente tutte le aree di interesse che risultano dall'analisi di contesto meritevoli di implementazione e dove convergono aspetti organizzativo-assistenziali, specialistici, di prevenzione e di promozione della salute.

In particolare, gli interventi formativi saranno rivolti, prioritariamente, alle aree prioritarie di intervento:

1. la salute della donna e del bambino
2. la lotta ai tumori;
3. l'area cardiologica;
4. le neuroscienze;
5. la gestione del politraumatizzato
6. l'area dei trapianti e il piano sangue
7. la salute mentale e le dipendenze.

L'Assessorato della Salute ha avviato una profonda revisione del proprio ruolo e delle proprie linee strategico-programmatiche, che si concretizzano principalmente nel porre il cittadino al centro del sistema sanitario, traslando da un sistema prettamente autoreferenziale a un sistema che mira alla qualificazione dei servizi attraverso l'ascolto partecipativo dei cittadini e degli operatori.

Si pone, pertanto, l'esigenza d'implementare una corretta, completa ed efficace comunicazione dei contenuti, dei vincoli (normativi, finanziari) e delle opportunità del cambiamento, con particolare riferimento alla cittadinanza e all'opinione pubblica, agli operatori e alle strutture, in campo sia pubblico che privato, alle case farmaceutiche, ai fornitori, ai diversi livelli di governo sia sovra che sotto-ordinati ed in generale a tutti gli *stakeholder*.

La comunicazione sulla salute è un processo estremamente articolato che può essere definito come "il complesso delle strategie di costruzione e diffusione di messaggi che riguardano la salute dei singoli e della collettività". I campi di applicazione di tale disciplina spaziano quindi dal rapporto diretto fra operatore e paziente all'educazione ed alla organizzazione sanitaria, alla pubblicità ed al marketing su prodotti o servizi offerti dalle aziende pubbliche o dalle strutture convenzionate, utilizzando tutti gli strumenti (scritti, parlati, ad immagine e di nuova generazione), sia in forma singola che associata, ivi compresi i mezzi di comunicazione di massa.

Attraverso una corretta e completa comunicazione pubblica si può orientare la domanda, creare il consenso, "rendere conto" alla collettività.

La situazione attuale

E' stato elaborato un Piano di Comunicazione con una struttura dinamica e flessibile articolato in schede operative che individuano le attività da porre in essere per il raggiungimento dei diversi obiettivi strategici di comunicazione.

E' stato definito il bando per la comunicazione a valere sul fondo del PO FESR 2007/2013.

Interventi prioritari

- 1) Implementazione del nuovo sito dell'Assessorato, come specificato dall'APQ SIS- Portale della Salute
- 2) Implementazione di rete dei referenti per la comunicazione
- 3) Implementazione di un modello unico regionale per la realizzazione della Carta dei servizi del SSR
- 4) Supporto alla realizzazione di prodotti multimediali per trasmissioni radiofoniche, televisive, web
- 5) Organizzazione del sistema di comunicazione e di rete tra gli URP e uffici stampa
- 6) Sviluppo di percorsi comunicativi/informativi
- 7) Attivare il Piano Integrato di Comunicazione (PO FESR 2007/2013 - Linea 7.1.2.5)

In coerenza con le strategie previste dal presente PSR si prevede di:

- Favorire la circolazione delle informazioni all'interno del sistema sanitario
- Aggiornamento del Portale della Salute in base a flussi informativi
- Supportare la diffusione degli interventi a valere sui fondi del PO FESR
- Valorizzare le esperienze dando visibilità alle buone pratiche
- Contribuire al rilevamento delle qualità e criticità del Sistema Sanitario Regionale
- Promuovere le reti di conoscenza, illustrare e diffondere i percorsi clinici terapeutici e i modelli organizzativi
- Promuovere percorsi di conoscenza della salute, di stili di vita
- Sostenere l'azione di risanamento improntata all'appropriatezza
- Supportare le campagne di prevenzione (screening, checkup, vaccini, sicurezza sul lavoro, rischio clinico)
- Supportare le politiche di contrasto al fenomeno del randagismo
- Sostenere le donazioni
- Favorire politiche di sviluppo (es. campagne di turismo sanitario)
- Promuovere la ricerca
- Sostenere l'innovazione.

19.1 Il Consenso informato

Il consenso informato deve essere considerato espressione del rispetto dovuto al paziente, che comporta da parte dello stesso conoscenza, libertà e volontà. Questi elementi possono essere espressi soltanto attraverso un'informazione adeguata ed esauriente possibilmente dopo esaustivo colloquio con il medico.

Interventi prioritari

- Formazione alla prassi del consenso fin dagli anni della formazione universitaria e formazione permanente negli anni successivi.

- Verifica delle attestazioni di consenso presenti nelle cartelle cliniche.
- Inserimento della problematica del consenso nell'ambito delle più generali problematiche della comunicazione sanitaria.
- Promozione della diffusione e conoscenza del Codice di deontologia professionale per ciò che riguarda le problematiche del consenso.

20.1 La ricerca biomedica ed organizzativa per l'innovazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale

La Regione Siciliana intende promuovere e sostenere lo sviluppo della ricerca sanitaria sia in campo biomedico sia in ambito di organizzazione dei servizi sanitari al fine di dotarsi di una base scientifica per la programmazione di interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il raggiungimento di obiettivi di salute richiede, infatti, la realizzazione di concreti processi di innovazione e di cambiamento organizzativo che possono realizzarsi mediante l'acquisizione e lo sviluppo non solo di know-how specialistico ma anche di sapere organizzativo. Le esigenze di innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale del servizio sanitario possono essere soddisfatte, quindi solo con la sperimentazione e con lo sviluppo della conoscenza e trovano nella integrazione tra la ricerca biomedica e la ricerca sui servizi sanitari la risposta in grado di sostenere la crescita del sistema.

La ricerca deve, dunque, essere orientata al fabbisogno conoscitivo e operativo del Sistema Sanitario Regionale ed i suoi obiettivi di salute si concretizzano in procedure, metodi e prodotti che possono essere trasferiti al SSR al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza del servizio, nonché la crescita del Servizio Sanitario Regionale. Le attività di ricerca devono essere programmate in armonia con gli obiettivi descritti nel presente Piano Sanitario Regionale, con progetti già in essere nella Regione, con indicazioni e necessità di coordinamento formulate da competenti organismi nazionali e comunitari e con l'emananda legge regionale di settore.

Un'attenzione particolare dovrà essere rivolta verso le attività di ricerca che possono dare risposte alle patologie maggiormente diffuse nel territorio regionale ed emergenti dalle analisi epidemiologiche descritte nel presente Piano.

La situazione attuale

In occasione di rilevazioni riguardanti lo sviluppo della ricerca scientifica in Sicilia, effettuate dall'Assessorato della Salute nel corso dell'anno 2008 presso le Università, le Aziende Sanitarie e le altre strutture sanitarie facenti capo all'Assessorato, è emersa la fotografia di un sistema che offre consistenti potenzialità di crescita, impegnando diversi tipi di organizzazioni e un discreto numero di risorse umane, nonché diverse tipologie di attrezzature e beni strumentali. Numerosi sono i progetti di Ricerca e Sviluppo portati avanti negli ultimi cinque anni, potenzialmente rilevanti per le ricadute operative nel campo sanitario, anche di consistente valore economico, alcuni dei quali vedono anche la presenza di partners industriali e la produzione di brevetti o prodotti, nonché collaborazioni con strutture sia nazionali che estere.

Come emerge poi dallo studio effettuato in occasione dell'aggiornamento della Strategia Regionale per l'Innovazione, approvato con delibera di Giunta n.255 del 30 settembre del 2008, gli ambiti relativi a "Salute e Scienze della Vita", che racchiudono al loro interno le aree tematiche delle biotecnologie e della farmaceutica, costituiscono un settore in notevole espansione e di interesse strategico che presenta grosse potenzialità di sviluppo per il territorio sia a livello economico che occupazionale.

Inoltre il tema della biomedicina e delle biotecnologie coinvolge un vasto panorama di soggetti con competenze multidisciplinari, di importanza crescente le cui applicazioni trasversali sono correlate al continuo progresso della ricerca scientifica.

Vanno registrati, oltre quelli già evidenziati, i seguenti punti di forza del sistema ricerca sanitaria in Sicilia:

- creazione, all'interno del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute, di un'Area Interdipartimentale specifica dedicata ai Progetti di Ricerca e all'Innovazione;
- esistenza di una banca dati di circa ottocento ricercatori che hanno manifestato la volontà di collaborare con la Regione per partecipare a progetti di ricerca;
- relazioni istituzionali instaurate con i soggetti che hanno presentato o condotto, dal 1997 a oggi, progetti di ricerca nonché funzioni di consulenza e di tutoring per sostenere i soggetti titolari di progetti di ricerca sia nel lavoro di progettazione che nello svolgimento dei programmi approvati.

Da tale quadro generale emergono forti potenzialità offerte dal territorio siciliano, ma non mancano, tuttavia, i seguenti elementi di criticità che occorre superare:

- linee di ricerca indipendenti, disomogenee per finalità e contenuti;
- risultati molto variabili e spesso di modesta trasferibilità al SSR;
- duplicazione di linee di ricerca simili;
- mancanza di una regia regionale che connetta le potenzialità dei vari gruppi di ricercatori;
- utilizzo non pieno della banca dati ricercatori esistente;
- mancato raccordo con le altre realtà regionali;
- assenza di fonti di finanziamento regionali specificamente dedicate alla ricerca sanitaria.

Obiettivi e interventi prioritari

Dal contesto esistente sopra descritto emerge che il settore della ricerca sanitaria in Sicilia pur se attivo deve essere aiutato a compiere un salto di qualità verso la ricerca di sistema; occorre dunque prestare una forte

attenzione ai meccanismi di governance stante la numerosità degli attori che operano nel campo della ricerca scientifica.

Il ruolo dell'Amministrazione Regionale è quello di sostenere le eccellenze esistenti ma anche far emergere, valorizzare e far crescere le altre realtà esistenti nel territorio. Obiettivo strategico per il SSR è la realizzazione di un sistema in grado di valorizzare le potenzialità degli enti istituzionalmente deputati alla ricerca inserendoli in un contesto che li metta in condizione di interagire positivamente con il sistema delle organizzazioni sanitarie, cui i prodotti delle ricerche sono in ultima istanza destinati.

Promuovere tale *governance* significa porre in essere una pluralità di azioni:

- Implementare gli strumenti di informazione e comunicazione, anche mediante l'istituzione di un portale telematico regionale dedicato alla ricerca, anche per la diffusione delle opportunità di finanziamento offerte dal Ministero della Salute e dall'Unione Europea
- Facilitare la partecipazione ai bandi nazionali e comunitari rafforzando il necessario supporto sia nella fase della presentazione dei progetti che nella fase attuativa e di rendicontazione
- Coordinare gli enti che operano nel settore della ricerca sanitaria (Università, Aziende e altre Strutture Sanitarie, IRCCS, IZS ed Enti di ricerca pubblici e privati) anche mediante la creazione di una rete di referenti qualificata e specifici gruppi di progettazione in particolare per ciò che attiene i programmi di cooperazione internazionale
- Individuare fonti di finanziamento regionali per il cofinanziamento di progetti di ricerca approvati dal Ministero della Salute ex art. 12 e 12 bis del D.L.vo 502/1992 e loro modifiche ed integrazioni, nonché per il finanziamento di progetti approvati dalla Regione sulla base di rigorosi criteri di merito utilizzando indicatori internazionalmente riconosciuti
- Creare strumenti normativi specifici sulla ricerca sanitaria
- Implementare la banca dati sulla ricerca esistente presso il Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, anche al fine di verificare la coerenza tra programmi e progetti per l'utilizzazione integrata dei fondi, evitando le duplicazioni tra gli stessi ambiti di ricerca
- Monitorare l'attuazione dei progetti ed il loro impatto sui bisogni di salute della popolazione
- Rafforzare le relazioni istituzionali con il Ministero della Salute e dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca nonché con altri organismi nazionali ed internazionali di riferimento per la partecipazione a programmi di ricerca (Dipartimento di Bruxelles, Agenzie nazionali, ISS)
- Rafforzare le sinergie con il sistema regionale delle Università e dei Centri di Ricerca che costituisce l'ambito elettivo della ideazione e sviluppo delle innovazioni, dove a partire dalla ricerca di base pre-clinica maturano le idee che si materializzano in tecnologie destinate a diventare oggetto di ulteriori valutazioni di efficacia clinica e di impatto sui servizi, ricorrendo eventualmente all'ausilio di un Comitato Tecnico-Scientifico
- Valorizzare i giovani ricercatori al fine di fungere da promotore complessivo delle funzioni di ricerca. La Regione intende stimolare i giovani alla ricerca, sia cofinanziando specifici progetti finanziati con bandi comunitari o nazionali, sia finanziando con proprie risorse progetti di ricerca in ambito regionale
- Perseguire gli obiettivi di innovazione indicati dai programmi nazionali e comunitari.

Risorse

Al fine di incentivare la ricerca su temi di specifico interesse della Regione, parte dei fondi di cui all'art. 66, comma 9, della Legge Regionale 1 settembre 1993, n. 25, saranno utilizzati per il cofinanziamento dei progetti assegnati dall'Unione Europea e dal Ministero della Salute alla Regione Siciliana nell'ambito del Programma per la ricerca sanitaria adottato ai sensi dell'artt. 12 e 12 bis del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e per il finanziamento di programmi di ricerca presentati da ricercatori operanti nella Regione Siciliana, sui temi prioritari per il SSR, individuati da specifici bandi regionali.

Il DDL sulla Promozione della Ricerca Sanitaria, approvato dalla Giunta Regionale di Governo il 28 ottobre 2009, autorizza l'Assessore Regionale alla Salute ad utilizzare per la finalità della legge una quota dell'1% del Fondo Sanitario Regionale, di cui al predetto Articolo 66, comma 9, fissata in sede di programmazione delle risorse, tra 1 milione e 3 milioni di euro per anno. Per le attività di ricerca le risorse potranno altresì essere rinvenute all'interno dei Fondi Strutturali Europei.

20.2 La gestione efficace delle tecnologie sanitarie

La valutazione delle tecnologie sanitarie (*Health Technology Assessment – HTA*) costituisce un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi, basata sulle evidenze scientifiche, sulle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali delle tecnologie, intese nell'ampia accezione che comprende le apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, così come modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute, ecc.

Le tecnologie sanitarie diventano oggetto di una valutazione di più dimensioni, mirata all'analisi ed alla conoscenza degli effetti reali/potenziati assistenziali, economici, organizzativi, sociali ed etici, a breve e lungo periodo, che la loro adozione comporta.

Le valutazioni concorrono alla produzione di raccomandazioni e linee di indirizzo, che orientino il soggetto decisore, ai vari livelli (regionale, management delle singole Aziende sanitarie, singolo professionista, ecc.), nelle scelte di adozione ed uso delle tecnologie.

In coerenza con l'azione programmatica avviata e finalizzata al miglioramento del Servizio Sanitario Regionale ed alla crescita dell'innovazione, lo sviluppo e la diffusione delle metodologie/processi di HTA, costituiscono obiettivi strategici del presente Piano.

Obiettivi prioritari

Gli obiettivi generali di miglioramento del SSR sono:

- il rafforzamento della funzione programmatica della Regione in materia di controllo della domanda e di programmazione degli investimenti nelle Aziende, con particolare riferimento alle dotazioni tecnologiche, realizzando strumenti efficaci di conoscenza e monitoraggio sull'erogazione dell'assistenza;
- il perfezionamento dei processi di scelta, attraverso la maggiore consapevolezza e conoscenza delle alternative possibili e delle possibili ricadute derivanti dall'introduzione di specifiche tecnologie;
- la razionalizzazione della spesa;
- la diffusione nella pratica clinica delle tecnologie più efficaci, sicure ed efficienti secondo modalità responsabili, condivise, trasparenti, monitorabili e verificabili;
- l'efficace adozione ed utilizzo delle apparecchiature, basati su una adeguata evidenza scientifica.

Nel triennio di cogenza del presente Piano, il Piano di sviluppo nel settore dell'HTA sarà finalizzato in particolare al raggiungimento dei seguenti obiettivi operativi:

1. *Creazione di una banca dati sulle apparecchiature sanitarie, anche per tipologie prioritarie*

Completamento delle attività di rilevazione già avviate nell'ambito del progetto nazionale di ricerca "Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie", sviluppato dall'AGENAS con il contributo tecnico-operativo dell'Agenzia regionale sanitaria del Friuli Venezia Giulia e successiva costruzione di una banca dati sulle apparecchiature sanitarie presenti all'interno delle singole Aziende.

2. *Partecipazione alla Rete collaborativa interregionale in materia di HTA (RIHTA)*

Si ritiene fondamentale garantire la partecipazione di questa Amministrazione alla Rete collaborativa interregionale in materia di HTA (RIHTA) - in corso di istituzione - che vede la presenza di tutte le Regioni e Province autonome, promossa e coordinata dall'AGENAS, cui la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito il compito di promuovere e supportare nell'ambito dell'HTA le Regioni (delibera n.73/CU del 20.09.2007). Si provvederà pertanto alla sottoscrizione dello schema di Accordo AGENAS-Regioni ed alla partecipazione alle diverse attività della Rete.

3. *Costituzione e rafforzamento di partnership istituzionali dedicate*

Nel campo della valutazione delle tecnologie sanitarie, assume un carattere strategico la capacità di definire partnership e reti collaborative, finalizzate alla realizzazione di obiettivi/valutazioni comuni, così come al confronto/condivisione delle reciproche attività; ciò allo scopo di capitalizzare gli sforzi, rafforzare i confronti, evitare duplicazioni e diffondere i risultati. Verranno quindi individuate le partnership, anche nel contesto scientifico pubblico e privato, aventi carattere sia generale che finalizzate a specifici focus, in ogni caso coerenti con gli obiettivi regionali indicati nel presente Piano e riguardando gli scenari degli sviluppi futuri.

4. *Proseguimento delle attività per l'Osservatorio nazionale e-Care nel settore della telemedicina*

Il campo della telemedicina costituisce oggi una importante frontiera di miglioramento dell'assistenza sanitaria, tramite l'applicazione delle ICT, già oggetto di una specifica Comunicazione formulata dalla Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni dedicata alla *telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società*, del 4.11.2008.

Dal Ministero della Salute è stato promosso nel 2008 la costituzione dell'"Osservatorio nazionale per la valutazione ed il monitoraggio delle applicazioni e-care", successivamente sviluppatosi con il progetto "CCM (Comitato nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie) Monitoraggio delle applicazioni di telemedicina" hanno concentrato la propria azione sui servizi di telemedicina che si connotano per reti di assistenza domiciliare *home care*, perseguendo molteplici obiettivi tra cui:

- la costruzione della mappa nazionale delle reti e-care nell'ambito delle reti e-health, inserita poi sul Portale Onecare <http://www.onecare.cup2000.it/> (un sito collaborativo aperto ai protagonisti delle reti e-care);
- la definizione di un *Modello multidimensionale di valutazione* dei Progetti di Rete, tramite l'individuazione di un sistema di indicatori economici, organizzativi, di processo, clinici e tecnologici;
- la proposta di *Linee Guida*, che individuano delle regole/standard di riferimento – a partire da indicatori condivisi e *best practice* - sia dal lato del sistema sociosanitario (Governance clinica e condivisione dati; Governance amministrativa) che dell'ambiente dei cittadini.

Al Board scientifico, istituito nel 2008 con le Regioni Emilia Romagna (capofila che opera con il supporto di CUP 2000 S.p.A.), Toscana, Liguria, Marche e Campania, sono entrate a far parte nel 2009 la Sicilia ed il Veneto. I progetti rilevati, insieme a quelli promossi a livello regionale, sono stati inseriti sul Portale nazionale Onecare.

Nella considerazione del grado di frammentazione dello sviluppo di tali applicazioni, registrabile anche in ambito siciliano, si intende quindi, promuovere la crescita e la diffusione della telemedicina, per i diversi settori della telediagnosi, teleconsultazione, telemonitoraggio, etc., attraverso un forte coordinamento di livello regionale, mirato alla qualità dei progetti, al monitoraggio della loro attuazione e dei risultati in termini di salute/beneficio dei pazienti, nonché alla integrazione/diffusione delle *best practice* in una ottica di sistema che sappia guardare al contesto nazionale ed internazionale.

Per tale finalità validi strumenti a supporto saranno rappresentati dall'utilizzo del Modello multidimensionale di valutazione (per gli aspetti economici, clinici, organizzativi, di processo e tecnologici) e delle *Linee guida per lo sviluppo di una telemedicina orientata all'eccellenza*, definiti nell'ambito dell'Osservatorio e-Care, che consentiranno anche analisi e processi di benchmarking con le progettualità sviluppate da altre Regioni.

5. *Promozione e sviluppo di interventi formativi dedicati*

Per lo sviluppo delle competenze in materia di valutazione delle tecnologie sanitarie è assolutamente necessario promuovere attività formativa *ad hoc* dedicata sia agli operatori dell'Assessorato che alle Aziende del SSR. Ciò con il supporto della costituenda rete collaborativa interregionale RIHTA ed in particolare poi dell'AGENAS, e con il coinvolgimento del CEFPAS.

6. *Definizione del modello organizzativo ed avvio delle attività delle tecno-strutture HTA (fase transitoria- fase a regime)*. In analogia alle modalità operative adottate dalla Regione Piemonte, si procederà alla costituzione di un organismo di supporto per la *fase di avvio/fase transitoria* delle attività, propedeutico all'istituzionalizzazione *a regime* di una vera e propria tecnostruttura HTA regionale ed all'applicazione delle procedure di valutazione delle tecnologie sanitarie nell'ambito del SSR.

L'organismo per la fase transitoria, denominato Gruppo di lavoro, istituito con D.D.G. n.2354 del 29.09.2010, cui fanno parte competenze presenti in Assessorato, presso alcune Aziende e nel contesto accademico, svolgerà i seguenti compiti:

- disegno del modello organizzativo per la costruzione di un Nucleo Tecnico HTA da avviare in ambito regionale, con indicazione delle funzioni specifiche proprie di una tecnostruttura HTA regionale, delle professionalità necessarie alla sua composizione, del numero di componenti, durata in carica, strumenti operativi, etc. Il Nucleo Tecnico, a regime, svilupperà le attività di valutazione delle tecnologie sanitarie;
- individuazione di un primo panel di priorità, su cui dovrà concentrarsi inizialmente l'avvio dei lavori del Nucleo Tecnico regionale;
- definizione e sviluppo di un Piano di rilevazione delle competenze professionali presenti presso il sistema Aziende e/o dei fabbisogni formativi, necessario alla verifica di fattibilità sulla creazione di una Rete di referenti aziendali per l'HTA;
- supporto nella definizione delle iniziative formative dedicate;
- supporto al decisore regionale in materia di HTA, nelle more della costituzione del Nucleo tecnico.

I compiti sopra declinati dovranno essere realizzati dal Gruppo di lavoro entro un arco temporale di 12/18 mesi dalla sua costituzione.

L'organismo per la fase a regime, Nucleo tecnico regionale per l'HTA, svolgerà il ruolo di supporto razionale per i diversi ambiti di applicazione propri dell'HTA, quindi per i vari decision maker individuati nell'organizzazione del Sistema sanitario, inizialmente secondo il panel di priorità indicato dal Gruppo di lavoro, ed in particolare:

- a livello macro (sistemico) come supporto alle scelte programmatiche, epidemiologiche e macroeconomiche, quindi alle scelte di politica sanitaria per i profili di responsabilità tipicamente dell'istituzione Regione;
- a livello meso (organizzativo) per decisioni inerenti la gestione delle aziende sanitarie, ad es. acquisizioni, dismissioni, monitoraggio delle tecnologie adottate/da adottare;
- a livello micro nella gestione clinico-organizzativa dei singoli dipartimenti/unità operative, per decisioni riguardanti l'adozione di linee guida/protocolli di pratica clinica, verifica e monitoraggio della qualità della performance sanitaria, etc.

Con riferimento ai diversi ambiti di applicazione sopra indicati, particolare attenzione sarà dedicata alla promozione di processi di Horizon Scanning (HS) per individuare, in una ottica previsionale, il possibile impatto sul SSR di tecnologie sanitarie in fase di sviluppo.

Verrà inoltre valutata l'opportunità di creare una Rete di Referenti aziendali per l'HTA, con la cui si potrà interfacciare il Nucleo tecnico regionale nello sviluppo dei compiti assegnati.

Il Nucleo dovrà, inoltre, promuovere l'identificazione ed applicazione di strumenti di monitoraggio sull'adesione alle raccomandazioni da parte dei diversi attori del SSR.

Ad entrambi gli organismi – fase transitoria e fase a regime – verrà garantito il supporto istituzionale/organizzativo per l'espletamento dei compiti assegnati da parte del Dipartimento Attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico, che svolgerà la funzione di *interfaccia* con le strutture dell'Assessorato, del sistema Aziende SSR e dei Soggetti individuati quali partner istituzionali del processo di sviluppo dell'HTA.

7. *Diffusione della documentazione in materia di HTA (rapporti, linee guida, risultati/raccomandazioni definiti in ambito internazionale, nazionale ed in alcune realtà regionali ed aziendali) sul sito internet dell'Assessorato.*

20.3 Le innovazioni tecnologiche

La diffusione delle innovazioni tecnologiche è stata individuata quale leva strategica di miglioramento del SSR, sia in termini di modernizzazione e crescita della qualità, che di accessibilità all'offerta dei servizi sanitari.

L'obiettivo generale è rappresentato dalla costruzione del Sistema Informativo Sanitario regionale (SIS), inteso quale progetto cornice che risponde, per le sue diverse componenti e declinazioni, alla visione programmatica

integrata per l'innovazione del settore sanitario, coerente con le indicazioni del QSN e le opportunità del PO FESR 2007-2013.

Il progetto cornice SIS, infatti, si propone di innovare e garantire la risposta ai bisogni di salute dei cittadini, realizzando le condizioni di piena ed efficace cooperazione ed interoperabilità tra tutte le componenti tecnologiche sanitarie ai differenti livelli di governo del SSR: il livello strategico (Regione), il livello gestionale (top e middle management aziendale), il livello del singolo professionista e/o unità operativa, informatizzando la gestione dei processi assistenziali, il monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza ed erogando nuovi servizi sul fronte della telemedicina; ciò nel pieno rispetto delle direttive/linee guida emanate dagli organi nazionali preposti (DIT/CNIPA, MdS/NSIS, TSE, ecc.) e del principio di salvaguardia degli investimenti realizzati.

Per raggiungere tale obiettivo sono state individuate apposite risorse finanziarie nell'ambito dell'Accordo Programma Quadro per la Società dell'Informazione (S.I.), sottoscritto nel 2005 con i Ministeri competenti, la cui disponibilità ha costituito un importante fattore di impulso per la definizione del progetto complessivo e per l'attuazione di alcune delle sue componenti.

La scelta di adottare un approccio integrato nella programmazione ed investimento delle risorse per l'innovazione tecnologica del SSR, disponibili sui diversi strumenti programmatici - comunitari, nazionali e regionali: POR 2000-2006, APQ S.I. 2005, PO FESR 2007-2013, PON Sicurezza Sud, art.20 L.n. 67/1988, etc. ha portato alla elaborazione del Programma di Innovazione digitale per la Sanità, definito nell'aprile 2010 (prot.n.3554 del 30.04.2010) ed approvato con delibera di Giunta di Governo del 25.08.2010. Il Programma si configura quale strumento organizzato (per i profili di responsabilità delle strutture competenti e delle procedure di attuazione) e dinamico (in forza delle verifiche e degli aggiornamenti periodici cui è sottoposto), con cui la Regione si propone di garantire una concreta ed incisiva azione di innovazione tecnologica del SSR - in termini di infrastrutture materiali ed immateriali - a supporto dei processi riorganizzativi avviati con la legge di riforma, L.r.n.5/2009, e del ridisegno dell'offerta sanitaria attraverso la costruzione tra le Aziende sanitarie di Reti per specifiche patologie con l'attribuzione delle funzioni di hub & spoke.

Il Programma di innovazione digitale del SSR intende tragguardare i seguenti obiettivi di sviluppo:

- rafforzare la governance della Regione, nella sua funzione di programmazione e controllo
- migliorare e potenziare l'offerta di salute del territorio
- ottimizzare la risposta all'emergenza sanitaria
- migliorare le conoscenze sulla salute dei cittadini
- far crescere le competenze degli operatori sanitari
- potenziare la comunicazione istituzionale e di servizio
- promuovere lo sviluppo della telemedicina.

Pertanto è stato articolato in modo da contenere ed integrare tutte le "tessere" del più ampio progetto cornice SIS, identificando le priorità per ciascuna delle componenti tecnologiche, avviate e/o da avviare nel periodo di riferimento del presente PSR con il supporto del Dipartimento Bilancio e Tesoro - responsabile del coordinamento nello sviluppo della S.I. in Regione - e dell'Ente strumentale preposto, Sicilia e-Servizi S.p.A.

Nella Tabella 1 viene fornito il Quadro di sintesi del Programma di Innovazione digitale per la Sanità, comprensivo delle diverse componenti del progetto cornice SIS, con l'indicazione delle priorità attuative e dello stato di realizzazione dei singoli progetti.

TABELLA 1 Quadro di sintesi del Programma di Innovazione digitale per la Sanità, con le componenti del progetto cornice Sistema Informativo Sanitario regionale (SIS)

OBIETTIVO	PROGETTO		Scala di Priorità	Stato del Progetto
Gestione dell'Emergenza-Urgenza	AGENDA 118 (posti letto emergenza - urgenza, ADT e PS - flusso EMUR) Sistema gestione posti letto reparti		1	Analisi contesto
	SI-SUES118 - Servizi applicativi di centrale		1	In fase di sperimentazione
	STI -SUES118 Infrastrutture telecomunicazioni delle centrali		1	Progetto in fase di approvazione
	Ponti Radio			Analisi contesto
	Sperimentazione Numero Unico 112 in Sicilia		1	Analisi contesto
Sistema Trasfusionale Regionale	Centro Reg.le di Coordinamento e Compensazione e Centri trasfusionali - EMONET		1	In fase di sperimentazione
Spesa farmaceutica, farmacovigilanza e farmacoutilizzazione	CDSF		1	Progetto in fase di verifica
Portale della Salute	Comunicare la salute in Sicilia (compreso Condivisione librerie scientifiche)		1	In fase di progettazione
Anagrafe Assistiti e Gestione MMG/PLS	NAR			Applicativo già in uso
	APMMG			Applicativo già in uso
	Mantenimento Dati ed estensione NAR (SOGEL)		2	Analisi contesto
	Recupero dati Storici Anagrafe e paghe		3	Progetto in fase di verifica
S.I.S.R. per i presidi territoriali di assistenza cure domiciliari e residenziali	RSA-flusso FAR - PRJ184S Informatizzazione degli ambulatori polispecialistici, Consultori etc. ed integrazione SW	Infrastruttura HW, rete e SW di base aziendale	2	Sub componente a cura delle Aziende sanitarie
		Creazione SIAD - monitoraggio assistenza domiciliare	1	In fase di progettazione
		Punto Unico Accesso informatizzato	1	In fase di progettazione
Vaccinazioni (in accordo con progetto NSIS Mattoni 15)	S.I. Anagrafe vaccinale (An.Va.S)		1	In fase di progettazione
Screening (in accordo con progetto NSIS Mattoni 15)	Screening		2	I Flussi informativi in materia di Screening e Registri delle fragilità convergeranno nella componente Sistema Informativo Direzionale (SID)
Registro delle fragilità	Registro delle Malattie Rare		4	
	Registro delle Dipendenze e della Salute Mentale		4	
	Registro dei Trapianti		4	
	Registro dei Disabili		4	
	Registro del paziente cronico		4	
Registro Tumori	Registro Tumori		3	Studio di fattibilità in corso
CUP	CUP regionale on line		1	In fase di sperimentazione
Sicurezza alimentare e salute Veterinaria	Sicurezza alimentare e salute veterinaria (SAVE)		1	In fase di progettazione
Formazione	SETT - Teleformazione			Applicativo già in uso
	E-SETT - Estensione reportistica			Applicativo già in uso
	Cruscotto ciclo formazione	Analisi bisogni formativi	1	Analisi di contesto
		Gestione ECM Modulo base Cform base		In fase di progettazione
		Critical Care Card		Analisi di contesto
Telemedicina	SETT - Teleradiologia			In fase di sperimentazione
	E-SETT - Archivi legali			In fase di sperimentazione
	Diffusione SETT - Telemedicina e TELETAC			Analisi di contesto
	Cartella Clinica Ospedaliera Informatizzata			Analisi di contesto
FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico on-line	RMMG (Aziende PA-CT)	Cartella Clinica MMG/PLS	1	Sperimentazione in fase di avvio
		Integrazione ADT		
	E-RMMG (Aziende altre Province)	Integrazione RIS		
		Integrazione		

		LIS		
		Ricetta elettronica SAR		
Verifiche e Qualità	Visite ispettive a incrocio Cartelle/SDO		4	
	Gestione Qualità delle Apparecchiature Tecnologiche- QualiTech		2	In fase di progettazione
Magazzino Farmaceutica	Gestione clinica del farmaco			Componente in fase di verifica
Approvvigionamento e manutenzione forniture	Piattaforma e-Procurement regionale personalizzata per la sanità		3	Progetto in fase di approvazione
Sistema Informativo Direzionale Regionale	Componente tecnologica integrata con Programma art.79 L.133/08, comprensiva del Cruscotto regionale per Screening, Registro fragilità e Registro Tumori		2	Analisi di contesto

I costi effettivi sostenuti per la realizzazione delle componenti già in uso/in sperimentazione, a valere prevalentemente sull'APQ S.I. del 2005 e sul POR 2000-2006, risultano pari a circa 37 milioni di euro, mentre le risorse per lo sviluppo delle altre componenti sono stimate a grandi linee in ulteriori 100 milioni di euro e graveranno sugli strumenti programmatici comunitari, nazionali e regionali prima indicati.

Per assicurare piena conoscenza degli obiettivi di miglioramento del SSR che si intendono raggiungere nel periodo di cogenza del PSR 2011-2013, attraverso l'attuazione del Programma di innovazione digitale, si illustrano sinteticamente le specifiche funzionalità delle principali componenti progettuali.

Sistema telematico integrato e gestione centrali operative (SI – SUES 118)

L'intervento è dedicato alla creazione di un network di comunicazione, avente come base comune la gestione del territorio, attraverso gli strumenti della cartografia e di sistemi di comunicazione da e verso le risorse mobili e con il cittadino, virtualmente unici su tutto il bacino; ciò permetterà di gestire le richieste di emergenza sanitaria presso le 4 Centrali Operative sovra-provinciali del Sistema 118 (ubicate presso l'Azienda Ospedaliera Papardo – Piemonte di Messina, l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, e l'ARNAS di Palermo).

Le finalità dell'intervento sono: a) coordinamento delle risorse presenti sul territorio (ambulanze, elicotteri, personale, etc); b) monitoraggio dell'uso di quest'ultime e delle attività collegate; c) produzione dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa, con lo scopo di ottenere la riduzione dei tempi di intervento e quindi un miglioramento qualitativo del servizio offerto ai cittadini, nonché una garanzia di corretto utilizzo delle risorse.

Agenda 118 - Pronto Soccorsi

L'intervento mira a realizzare un sistema di gestione del numero posti letto dei reparti di terapia intensiva e d'urgenza, finalizzato alla riduzione dell'invio del paziente all'Ospedale da parte degli operatori 118.

In particolare l'iniziativa Pronto soccorso e Agenda 118 consentirà l'aggiornamento continuo delle disponibilità di posti letto di emergenza-urgenza, attraverso eventi automatici forniti dalla movimentazione dei pazienti dei reparti di terapia intensiva e d'urgenza, in modo da supportare lo smistamento intelligente dei pazienti in emergenza-urgenza presi in carico dal 118.

Tale progetto garantirà, altresì, il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza e l'integrazione con i flussi di Pronto Soccorso richiesti dal Ministero della Salute.

La componente di gestione fornirà, a livello regionale, il controllo ed il monitoraggio in tempo reale dei posti letto disponibili all'interno delle Aziende Ospedaliere pubbliche che hanno reparti di pronto soccorso, d'urgenza e di terapia intensiva. Tale sistema, quindi, sarà costituito da una piattaforma di integrazione che consentirà, in modo trasparente all'operatore di ciascun ospedale, di inviare, attraverso i sistemi informativi presenti nella propria Azienda Ospedaliera, le informazioni che saranno visibili agli operatori delle centrali del 118.

In tal modo, il sistema regionale potrà fornire un cruscotto, categorizzato per tipologia di settore clinico e per territorio, sullo stato di riempimento dei posti letto, utili anche ai fini delle emergenze 118 e consentirà di vedere i flussi entranti ed uscenti dei pazienti, distinti anche per patologia.

Tali flussi potrebbero permettere due differenti tipologie di analisi a livello regionale:

- la movimentazione di persone, sulla base degli accessi, spostamenti e dimissioni dei pazienti;
- la movimentazione economica o di tariffazione, sulla base dei flussi di persone e della normativa nazionale e regionale.

SNUES112 – Sperimentazione del Numero Unico Europeo 112 in Sicilia

La Sperimentazione Numero Unico Europeo 112, in Sicilia, in ottemperanza all'Accordo Quadro interregionale, giusta nota dell'Assessorato dell'Economia, Unità di Staff 001 prot. n.28018 del 28/05/2010, mira a realizzare un'estensione infrastrutturale della Centrale dell'emergenza urgenza 118 di Palermo per la sperimentazione di call center "cosiddetto laico".

La Regione Siciliana partecipa all'Accordo di Programma Quadro Interregionale, siglato con la Regione Lombardia, la Regione Emilia Romagna, il Ministero dello Sviluppo Economico e il Ministero della Salute, finalizzato alla realizzazione del call center per la sperimentazione del NUE 112 presso le centrali operative del servizio sanitario emergenza urgenza di Varese, Ravenna e Palermo, per implementare e condividere adeguate

garanzie alla Commissione Europea in ordine all'attuazione della specifica direttiva e alla replicabilità progressiva dell'intervento sull'intero territorio italiano

Il Numero Unico -112- di emergenza europeo (NUE) deve garantire all'utenza:

- un numero unico di chiamata (112) per una risposta coordinata e integrata tra le varie forze alle chiamate di emergenza/soccorso effettuate da qualunque cittadino italiano o straniero da telefono fisso o mobile
- la funzionalità di localizzazione e identificazione del chiamante sia da telefonia fissa che da mobile.
- la risposta in diverse lingue
- l'accesso ai diversamente abili.

La sua attivazione è obbligatoria per tutti gli Stati membri UE ai sensi della Direttiva CE n. 2002/22/CE, cui l'Italia non ha ancora ottemperato e deve rispondere a due procedure di infrazione³. Al fine di evitare le sanzioni conseguenti alla condanna già inflitta dalla Corte di Giustizia Europea, il Ministero della Salute ha comunicato la decisione del Governo di attuare una "Soluzione Ponte", pur non essendo la soluzione definitiva prevista dalla Commissione Europea.

I tempi ristretti di esecuzione di quanto prescritto dalle Istituzioni UE, unitamente alla complessità di un modello da costruire ex novo nella sua completezza, hanno suggerito di dare immediata attuazione a una sperimentazione di una prima attivazione del NUE 112 in Italia da realizzarsi in alcune aree del Paese particolarmente significative per le loro caratteristiche oro-geografiche, demografiche e per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi di soccorso.

Tale sperimentazione, oltre a costituire la prima azione attuativa per un Call Center Laico NUE 112 peraltro individuato a livello nazionale come il modello definitivo per la realizzazione del servizio NUE 112, integra le indicazioni operative del Ministero dell'Interno⁴ contenute nel progetto "NUE 2009 integrato", che a sua volta rappresenta il passo fondamentale per la realizzazione dell'infrastruttura di base atta a garantire la diffusione del servizio NUE 112 su tutto il territorio nazionale.

Si tratta quindi di attivare due azioni contemporanee tra loro integrate dal punto di vista tecnico: il NUE 2009 Integrato - a valenza nazionale - e la sperimentazione inter-regionale del Call Center Laico 112.

I Call Center Laici sfrutteranno, per la gestione della prima chiamata dell'utente al numero unico 112 e il successivo inoltrare alle Forze coinvolte, l'infrastruttura di base messa a disposizione dalla realizzazione del progetto NUE 2009 Integrato.

Il progetto "NUE 2009 integrato" si caratterizza per i seguenti aspetti funzionali:

- tutte le forze coinvolte nella gestione di richieste di intervento (Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco, Emergenza sanitaria) saranno interconnesse a una VPN (Virtual private network, ovvero rete privata virtuale) che consentirà l'interscambio di voce e dati;
- tutte le Forze potranno accedere al CED interforze (Centro Elaborazione Dati delle Forze di Pubblica Sicurezza) per ricevere i dati di identificazione e localizzazione del chiamante sia da telefonia fissa che da mobile;
- le funzionalità di Call Taking (ricezione e gestione della chiamata) saranno svolte pariteticamente dalle forze di pubblica sicurezza (PS, CC, di seguito "PPSS") che riceveranno le chiamate dei cittadini in base a criteri di territorialità e raggiungibilità;
- il cittadino potrà chiamare da telefono fisso, mobile o inviare messaggi SMS per la richiesta di soccorso. In futuro sarà integrato anche il servizio di e-Call ad oggi in fase di analisi.
- A regime è previsto il superamento della ricezione delle chiamate presso i singoli enti di soccorso a favore di un unico centro (Call Center Laico) che oltre a ricevere le chiamate NUE 112, riceverà e smisterà le chiamate effettuate al 113, 115 e 118.

Sistema Trasfusionale regionale

L'intervento ha avuto l'obiettivo di garantire il collegamento in rete di tutte le strutture trasfusionali della Regione con i Centri NAT (Centri di Validazione del Sangue) siciliani di riferimento, con la finalità di ridurre gli interventi manuali fonti di errore, e, nel contempo dare la possibilità di creare flussi informativi utili alla programmazione regionale.

La fase 1 del progetto, che ha previsto il collegamento informatico tra i 4 centri NAT e le Strutture Trasfusionali afferenti, è completata; è prossima al completamento la fase 2 finalizzata all'attivazione del Centro regionale di controllo e compensazione (CRCC) ed allo scambio tra la Regione ed il Centro Nazionale Sangue (CNS).

³ Procedura d'infrazione n. 2006/114; Procedura d'infrazione 2008/2258 ex art. 228 Trattato

⁴ Il tavolo tecnico convocato dal Ministro dell'Interno e svoltosi a Roma nel settembre 2009, ha stabilito due percorsi: il primo prevede la realizzazione dell'un'infrastruttura di base sul territorio nazionale del progetto denominato **NUE 2009 integrato**, il secondo percorso prevede la sperimentazione, attraverso la partecipazione delle Regioni, del modello a "regime" dell'anzidetto NUE 112, tecnicamente definito **call center laico NUE 112**, o **PSAP** ("Public Safety Answering Point"), di primo livello presso una **Centrale operativa 118**. Tale modello è ritenuto in grado di fornire professionalità, tecnologia, organizzazione adeguate. Il tavolo tecnico, inoltre, ha suggerito le aree di Varese, Ravenna e Palermo per la sperimentazione del **NUE 2009 integrato**. Contestualmente si procederà alla sperimentazione del Call Center Laico NUE 112 nella Provincia di Varese denominato "**NUE 112 call center laico 118**" procedendo anche nello studio di un disciplinare di procedure comuni di risposta al 112 NUE con il coinvolgimento di tutti gli Enti di Soccorso interessati (la prima riunione del Tavolo Tecnico istituito allo scopo si è tenuta il 13 gennaio 2010 presso il Ministero dell'Interno).

Cruscotto Direzionale Spesa Farmaceutica (CDSF)

Il CDSF è un applicativo che, sulla base dei report e delle banche dati forniti dal Progetto/Portale nazionale Sistema Tessera Sanitaria, deve consentire alla Regione e alle Aziende Sanitarie lo sviluppo di ulteriori report finalizzati al monitoraggio dell'attività prescrittiva dei farmaci nel rispetto della legge regionale n°12 del 02/05/2007 "Misure per il risanamento del Sistema Sanitario Regionale". Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionale".

Finalità di quest'intervento è la creazione di un cruscotto direzionale che permetta di trasformare i dati presenti nella Tessera Sanitaria in informazioni che siano di ulteriore supporto alle attività di monitoraggio della spesa farmaceutica pubblica e della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Portale della Salute - Comunicare la Salute in Sicilia

Il Progetto mira a creare una moderna infrastruttura Hardware e Software e a realizzare un Portale, con cui massimizzare il raggiungimento degli obiettivi di comunicazione, informazione e collaborazione sui temi legati alla Salute, e supportare informaticamente una redazione a valenza regionale che possa perseguire tre macro linee direttive:

- La Comunicazione della Sanità, ossia la Sanità Regionale illustrata ai cittadini sia in termini organizzativi, sia in termini di offerta di servizi sanitari;
- La Collaborazione per la Salute, ossia tra gli operatori sanitari e tra essi e l'Assessorato, con informazioni utili e di servizio;
- La Comunicazione della salute, ossia la salute spiegata ai cittadini, in termini di educazione sanitaria, informazioni pratiche, campagne di prevenzione, ecc..

L'Assessorato della Salute vuole dotarsi di strumenti applicativi idonei alla diffusione delle conoscenze e delle risorse ed in grado di consentire maggiore cooperazione tra tutti i soggetti che operano, a diverso titolo, nell'ambito del SSR. In particolare si vuole alimentare il processo di innovazione e sviluppo della realtà sanitaria regionale e locale, incrementando la conoscenza sulla prevenzione e promuovendo, in modo organizzato, l'offerta di cura disponibile sul territorio, i cui benefici potranno raggiungere un'utenza più ampia e consapevole.

Il Portale costituirà uno strumento di accesso all'offerta dell'informazione sanitaria e di comunicazione e interrelazione tra gli attori del Sistema Sanitario Regionale (SSR). A tale scopo, comprenderà anche delle sezioni istituzionali, la guida ai servizi ed il supporto agli operatori sanitari e permetterà l'accesso ai servizi offerti dal SISR nel suo complesso, nonché l'integrazione con sistemi di geo-referenziazione e di analisi spaziale già compresi all'interno del progetto SITIR.

Il Portale intende essere un ambiente che racchiude le funzionalità di:

- comunicazione e di cooperazione con il cittadino e con gli operatori,
- integrazione applicativa dei sistemi in ambito sanitario,
- presentazione e produzione, attraverso strumenti di back-office intuitivi e a disposizione degli operatori regionali, della reportistica sulle informazioni sui processi clinico-sanitari, operativi e sulle mappe di rischio e di salute a livello regionale,
- navigazione geo-referenzata delle informazioni integrate che vengono rilevate nel contesto del territorio.

Questi obiettivi funzionali vanno raggiunti attraverso un'infrastruttura che consenta l'attivazione di moduli di collaborazione secondo il paradigma del Web 2.0, in modo da rendere più attiva la partecipazione dei vari soggetti (cittadini, operatori, redattori dell'Assessorato, ulteriori utenti del Web) che, di fatto, si intendono dei prosumers della comunicazione della Salute in Regione Siciliana.

Il Portale "Comunicare la Salute in Sicilia" costituisce un vero e proprio punto unico di accesso virtuale alla comunicazione della salute del cittadino e alla cooperazione tra i vari soggetti che operano nella sanità regionale, che consenta l'aggregazione tra le funzioni previste dagli applicativi degli altri progetti a regia regionale (es. NAR, APMMG, RMMG, CUP, etc.), per garantire l'interazione tra i servizi dell'Assessorato anche messi a disposizione per gli operatori delle Aziende (con differenti livelli di accesso, percorsi e processi). Tale progetto conterrà un unico strumento di business intelligence per la sanità, in grado di presentare la reportistica relativa ai processi clinico-sanitari ed alle statistiche epidemiologiche, secondo diversi livelli delle informazioni coerenti con i profili dell'utente.

Nuova Anagrafe Regionale (NAR)

La Nuova Anagrafe Regionale (NAR) si presenta come componente basilare per le attività previste nel SIS nel suo complesso e riveste un ruolo fondamentale, realizzando un sistema di gestione dell'assistito unico a livello regionale che permette l'allineamento in tempo reale delle anagrafi locali e che consente l'allineamento on-line con la corrispondente base dati SOGEI del Sistema nazionale Tessera Sanitaria (TS).

Lo sviluppo di un sistema Anagrafico Regionale si è reso necessario per le seguenti ragioni:

- consentire l'identificazione certa ed univoca dell'assistito, in modo da ricondurre a questo una serie di informazioni di carattere amministrativo, sanitario e clinico;
- consentire la gestione della Tessera Sanitaria Regionale ed assolvere agli obblighi informativi previsti dall'articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003 in merito all'aggiornamento della base dati anagrafica del MEF;
- fornire un insieme di servizi Web per l'identificazione e la consultazione dei dati anagrafici degli assistiti, relativamente ad altre componenti e sistemi esterni;

- migliorare la qualità del dato, per il controllo della spesa;
- consentire l'implementazione di servizi per il cittadino volti alla scelta e alla revoca del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta.

Il progetto NAR è stato finalizzato, quindi, alla realizzazione di un applicativo per la gestione dell'anagrafe assistiti regionale, utilizzato dalle Aziende territoriali e dalla Regione per i rispettivi profili di competenza istituzionale. Il sistema, avviato nel corso del 2009, è comprensivo delle banche dati assistiti, della funzionalità di scelta e revoca del medico di base e risponde agli obblighi di aggiornamento delle relative banche dati sul Portale nazionale Sistema Tessera sanitaria.

Applicativo paghe dei MMG e PLS (APMMG)

L'intervento ha avuto come obiettivo la realizzazione di un unico ed efficiente sistema gestionale per la definizione/calcolo degli oneri dovuti ai medici di assistenza primaria, collegato al sistema di Nuova Anagrafe Regionale (NAR). Il sistema è dedicato alle Aziende territorialmente competenti, in un processo di piena assunzione delle proprie responsabilità gestionali in materia di paghe dei MMG e PLS. Il sistema APMMG è già stato definito e la sua applicazione è attualmente in uso.

Estensione NAR

Per evolvere i risultati ad oggi ottenuti attraverso la NAR e definire nuovi e più avanzati obiettivi per la gestione del cittadino, il progetto di estensione del sistema NAR intende implementare i seguenti ulteriori servizi:

1. un sistema Web per la scelta diretta del medico da parte dei cittadini, attraverso l'utilizzo della Tessera Sanitaria;
2. un sistema per la gestione di tutti i medici prescrittori e la correlazione dei relativi ricettari emessi dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;
3. un sistema di cooperazione applicativa per il collegamento INA-SAIA del Ministero degli Interni;
4. l'evoluzione dell'interoperabilità con il sistema TS di SOGEI (MEF);
5. meccanismi di integrazione con le anagrafiche ospedaliere che dovranno verificare i dati degli assistiti con l'anagrafe regionale;
6. un sistema, a livello regionale, di controllo e monitoraggio dei processi di aggiornamento della base dati NAR, per il miglioramento continuo della qualità del dato.

I benefici, che si intendono rafforzare, sono:

- migliorare la qualità dei processi di tutela della salute e di prescrizione, diagnosi e cura (più mirata ed appropriata) tramite la condivisione e la diffusione delle informazioni tra gli operatori socio-sanitari nel rispetto della privacy del cittadino;
- efficienza e semplificazione dei processi interni della Sanità tramite la diffusione generalizzata delle nuove tecnologie;
- semplificare gli adempimenti amministrativi;
- ottimizzare l'operatività degli addetti, semplificando i processi interni socio-sanitari e fornendo strumenti volti a semplificare l'adempimento delle mansioni degli operatori;
- valorizzare le attività di consulenza ed informazione a favore dell'assistito;
- verifica in tempo reale dello stato di assistibilità del cittadino;
- miglioramento ed aggiornamento continuo dei dati presenti nell'anagrafe regionale;
- innovare i processi di monitoraggio e controllo dei flussi di dati sui servizi della sanità;
- ottimizzare la spesa sanitaria, a fronte di innovazione complessiva dei processi.

Sistema informativo sanitario regionale per i presidi territoriali di assistenza, cure domiciliari e residenziali

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA), come descritto nell'apposito paragrafo dedicato nel presente Piano, ha la finalità di riorganizzare e rifunzionalizzare i servizi sanitari sul territorio e mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a Rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. Il PTA vuole, quindi, offrire un punto unico di accesso alle cure primarie e domiciliari, con l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale.

Particolare attenzione in tale processo di riqualificazione dell'assistenza territoriale viene prestata alla Rete delle Cure Domiciliari, per il cui accesso è stata avviata la costituzione del Punto Unico di Accesso (PUA) ai servizi socio-sanitari erogati da tale Rete, all'interno del PTA.

Il PUA è costruito sui bisogni della persona e mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere. In quanto strumento di integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale, il PUA richiede il raccordo dell'assistenza domiciliare con l'assistenza residenziale per i casi di pazienti non gestibili a domicilio, i servizi sociali dei Comuni (L. 328/2000), l'assistenza sanitaria di base, la rete ospedaliera riguardo le dimissioni "protette" di pazienti non autosufficienti.

Obiettivo del progetto è la realizzazione di un sistema integrato regionale che, attraverso la comunicazione con la Nuova Anagrafe Regionale (NAR), consente una gestione dei processi di assistenza territoriale al cittadino uniforme e coerente su tutto il territorio regionale.

L'esigenza di perseguire un simile disegno strategico nasce principalmente dalla rilevazione sul territorio di un numero di accessi alle strutture ospedaliere elevato, che si ritiene derivare non solo dalla presenza di aree di

disfunzione organizzativa e di non appropriatezza nell'ambito della rete ospedaliera regionale, bensì anche da una non efficace azione delle funzioni dell'assistenza territoriale. Per tali ragioni la Regione Siciliana ha definito una strategia tesa al potenziamento e riqualificazione dei servizi sanitari di ambito territoriale, in modo che questi possano svolgere una più efficace azione di assistenza ai cittadini e quindi di "filtro" verso le strutture ospedaliere. Il perno attorno al quale ruota questa riorganizzazione e riqualificazione della rete dei servizi territoriali è rappresentato dalla costituzione dei PTA.

All'interno del PTA trovano collocazione i servizi, tutti integrati in un'unica piattaforma comune che costituisce la porta di ingresso del cittadino-utente alle cure territoriali, relativi a:

- assistenza medica e pediatrica di base (MMG/PLS),
- assistenza domiciliare (cure domiciliari di vario grado),
- assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale (RSA di vario grado e tipo, Hospice),
- assistenza specialistica e diagnostica extra-ospedaliera,
- assistenza preventiva e consultoriale,
- assistenza farmaceutica ed integrativa,
- assistenza dei Punti di Primo Intervento (PPI), il cui compito è quello di offrire un punto di riferimento alternativo all'Ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi) attraverso l'operatività della rete delle cure primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale),
- collegamento all'assistenza dei Punti Territoriali di Emergenza (PTE), inclusi nella rete dell'Emergenza-Urgenza, che offrono un punto di riferimento alternativo all'Ospedale per la presa in carico dei casi acuti, finalizzata ad una gestione in loco, ove ciò si rendesse possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel Presidio Ospedaliero più idoneo.

Il progetto per l'informatizzazione dei presidi territoriali (PTA-PUA-RSA-ADI) si occuperà, quindi, di implementare un sistema informatico che offra ed integri servizi e faciliti i processi sul territorio delle ASP, per i diversi attori che intervengono all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza.

Sistema informativo Anagrafe Vaccinale Siciliano (AnVaS)

All'attuale processo di riorganizzazione regionale, avviato con la legge di riforma L. R. n.5 del 14 aprile 2009, orientato prioritariamente alla riorganizzazione ed alla riqualificazione delle funzioni e dell'offerta distrettuali, nonché alla prevenzione dell'ospedalizzazione, si contrappongono i limiti e le obsolescenze dell'attuale sistema informatico per le vaccinazioni, ereditato dal 2004.

Il nuovo sistema dell'Anagrafe Vaccinale Siciliana (AnVaS) si rende, quindi, necessario per ammodernare l'attuale sistema e, in particolare, anche per soddisfare il debito informativo relativo ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti nel Mattone 15 – Assistenza Sanitaria Collettiva, approvato dal Ministero della Salute e dalla Cabina di Regia l'11 Luglio 2007, attraverso l'erogazione di servizi alle Aziende e l'integrazione con i sistemi locali pre-esistenti.

In particolare AnVaS deve garantire alla Regione Siciliana l'intero processo di gestione dell'anagrafe vaccinale, considerando:

1. le vaccinazioni di base, compresi i richiami e le nuove tipologie;
2. le vaccinazioni facoltative
3. Le vaccinazioni che sono erogate agli immigrati irregolari (specie in riferimento ai ragazzini, il cui ciclo di vaccinazioni non è certo).
4. Le vaccinazioni per profilassi Internazionale, generalmente, in carico agli uffici USMAF, di competenza diretta del Ministero della Salute.

Parallelamente è necessario garantire l'interoperabilità con sistemi esterni, quale ad esempio il sistema SIMIWEB, già attivo dal 1 Gennaio 2010, dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS), che raccoglie tutte le informazioni sulle malattie infettive a livello Nazionale, e svilupperà le seguenti macro-funzionalità:

1. recuperare le informazioni anagrafiche da NAR;
2. per ciascun assistito, gestire, con gli opportuni criteri di profilazione e di accesso ai dati, tutte le informazioni inerenti le vaccinazioni;
3. programmare e supervisionare le attività delle vaccinazioni per le singole sedi e definire la gestione dei bilanci di salute, dei solleciti per i ritardatari e degli inviti alla presentazione degli assistiti, sulla base delle diverse tipologie di vaccinazioni;
4. gestire i processi di vaccinazione e di rilascio delle relative certificazioni (sia per le vaccinazioni, raccomandate ed effettuate per profilassi internazionale).
5. effettuare delle reportistiche personalizzate, anche in base ad interrogazioni facilmente impostabili.

Registro delle Fragilità - Screening – Registro dei tumori.

Le esigenze connesse alla costruzione del "Cruscotto regionale" in materia di screening, Registro Fragilità e Registro Tumori convergeranno nella componente progettuale Sistema Informativo Direzionale (SID), con cui verranno reingegnerizzati e realizzati appositi flussi informativi per soddisfare gli obblighi informativi previsti dal NSIS del Ministero della Salute (progetto Mattoni), garantire l'integrazione con il Registro tumori e creare un sistema di raccolta delle informazioni per i pazienti cronici e per le patologie da monitorare, per rendere più efficace l'azione di cura e prevenzione verso i soggetti affetti da tali problematiche.

Centro Unico di Prenotazione Regionale on line (CUP)

Questo intervento ha l'obiettivo di realizzare un Centro Unico di Prenotazione regionale on line con le peculiarità di un centro di prenotazione intra ed interaziendale, che al contempo sia strumento utile ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, dell'appropriatezza prescrittiva e dei percorsi diagnostici.

Finalità del progetto è l'integrazione delle componenti organizzative con le componenti tecnologiche dell'offerta e della prestazione sanitaria, nella prospettiva di coinvolgere nel processo di prenotazione anche le farmacie private ed i MMG e PLS.

Con il sistema CUP on line la Regione Siciliana si è voluta dotare di un sistema a supporto delle prenotazioni delle prestazioni che tutte le Aziende del SSR possono condividere, in modo da poter:

- monitorare sia i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in accordo con i criteri clinico diagnostici e di scorrimento temporale fissati nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- programmare l'offerta sul territorio e governare la domanda nell'ottica di una maggiore efficacia ed efficienza dei processi di cura;
- limitare fenomeni gestionali anomali, quali i mancati effetti delle prenotazioni per l'eccessiva dilazione dei tempi d'attesa e le prenotazioni incrociate da parte degli utenti su agende di differenti strutture eroganti, in grado di determinare una pianificazione dei processi assistenziali non in linea con la domanda effettiva di prestazioni ambulatoriali;
- definire un modello comune organizzativo su base regionale e aziendale, in grado di recepire pienamente, per quanto attiene l'area assistenziale della specialistica ambulatoriale, le direttive della Legge Regionale 5 del 2009.

La progettazione è stata già definita ed è in corso la sperimentazione del sistema presso alcune Aziende pilota.

Estensione del CUP – Fase di consolidamento integrazione del CUP (FCUP-SSRS)

Il progetto rappresenta il completamento al sistema CUP Regionale e mira ad erogare i servizi di consolidamento dell'integrazione, rivolti agli operatori del sistema informativo per la gestione del Centro Unico Prenotazioni del Sistema Sanitario Regionale Siciliano (CUP-SSRS), tramite il quale le ASP e le AO della Regione Siciliana possano condividere e prenotare servizi sanitari.

La soluzione progettuale, per consentire il conseguimento degli obiettivi e dei benefici attesi in un quadro di attuazione programmatica del sistema informatico CUP regionale, deve prevedere la progettazione di servizi specialistici e consulenza organizzativa finalizzati a garantire:

- l'addestramento in aula degli operatori del CUP;
- il supporto sul campo, per il recupero dati, la definizione delle "agende di prenotazione", le verifiche di integrazione tecnologica;
- il monitoraggio dei piani d'azione predisposti in fase di assessment per ogni azienda sanitaria del SSR necessari a garantire un governo unitario su base aziendale dell'intero ciclo di vita delle prenotazioni.

In ottemperanza anche agli obblighi del Piano di Rientro, i benefici che i servizi progettuali potranno assicurare sono:

- efficienza, in termini di migliore utilizzazione delle risorse e dei servizi disponibili (grazie alla loro condivisione sull'intero territorio regionale), e di gestione dinamica delle agende che consenta la ripartizione delle fasce orarie in modo da articolare l'offerta in funzione delle priorità, delle tipologie di accesso e delle tipologie di pazienti e di garantire, in modo automatico, il riutilizzo degli slot non impegnati;
- monitoraggio, compresa la possibilità di monitorare sia in modalità ex-ante, sia ex-post, i tempi di attesa, nonché la domanda evasa, la domanda inevasa, l'offerta, il rispetto dei tempi previsti dalle normative vigenti;
- trasparenza, cioè la pubblicazione, in conformità alle norme sui tempi di attesa e la privacy, dei tempi di attesa per i ricoveri ordinari e le prestazioni specialistiche.

Sicurezza Alimentare e Salute Veterinaria (SAVE)

Il Progetto per la Sicurezza Alimentare e la Salute Veterinaria (SAVE) ha l'obiettivo di realizzare il sistema informativo unico regionale per la Sicurezza Alimentare e la sanità pubblica Veterinaria, a supporto dell'Epidemiologia e della Valutazione del Rischio Alimentare, finalizzato alla gestione e al monitoraggio dei processi operativi a supporto delle attività quotidiane degli operatori e dei processi decisionali della Regione Siciliana.

Il Progetto deve consentire la raccolta delle informazioni, all'interno di una banca dati regionale, necessarie per rispondere ai debiti informativi esterni e per migliorare la gestione della sicurezza alimentare e la sanità animale all'interno del territorio, prevedendo le funzioni applicative integrate per il monitoraggio di tutti gli adempimenti istituzionali per la Sanità animale, l'igiene degli alimenti di origine animale, l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e l'igiene degli alimenti e della nutrizione, in base alla vigente normativa europea, nazionale e regionale.

Fanno parte del progetto anche il sottosistema per la gestione dell'anagrafe canina ed i moduli per la sperimentazione del progetto della Piattaforma Integrata per la Sicurezza Alimentare (PISA).

Inoltre deve garantire il collegamento e l'integrazione con:

- Banca Dati Nazionale delle Anagrafi zootecniche;
- Sistema SANAN (Sistema Informativo per la gestione degli interventi di profilassi e controllo della Brucellosi, Tubercolosi, Leucosi);
- Sistema SIMAN per la notifica delle malattie infettive;
- la piattaforma nazionale "P.I.S.A."

- Sistema SINTESI, verificandone le interfacce di cooperazione applicativa.
- SAVE deve essere, altresì, predisposto alla cooperazione applicativa con i sistemi di Zoonosi e con NSIS, al fine di garantire l'apertura alle evoluzioni di tali sistemi.

Progetto Servizi di Telemedicina e Teleformazione (SETT)

Il progetto è stato dedicato alla attuazione di due distinte componenti tematiche.

La componente Teleformazione ha permesso la realizzazione della piattaforma e-Learning regionale, in corso di sperimentazione attraverso l'erogazione, a circa 3000 operatori della sanità siciliana, di corsi in modalità FAD (Formazione a Distanza); è stata inoltre realizzata una aula multimediale presso ciascuna ASP e due laboratori multimediali mobili (LMM) disponibili per le sedi disagiate.

Con la componente Telemedicina, invece, è stato implementato un sistema pilota di Teleradiologia che, attraverso la trasmissione di immagini radiologiche (TAC/RMN) tra 12 U.O. di radiologia presso le 9 ASP, denominate Strutture sanitarie periferiche (SSP), e 2 Centri di Riferimento regionale (CRIF individuati presso l'AOUP di Catania e di Palermo), garantirà l'erogazione di un servizio di consulto telematico per la Second Opinion per pazienti in elezione. Finalità dell'intervento è migliorare l'attività di diagnosi/di assistenza e potenziare l'interlocuzione tra le diverse strutture sanitarie.

Entrambe le componenti tematiche sono state completate attraverso il progetto di estensione denominato E-SETT, per dotare rispettivamente la piattaforma e-learning di una reportistica avanzata ed i Centri di Riferimento regionale di archivi legali.

Diffusione SETT e TELETAC

Obiettivo della componente progettuale è estendere i risultati dei progetti regionali SETT/E-SETT – componente TELEMEDICINA e del progetto interaziendale TELETAC, attraverso un intervento programmatico su tutto il territorio regionale, allo scopo di garantire sull'intero SSR:

a) l'estensione dell'infrastruttura della piattaforma di teleradiologia, all'intero SSR, al fine di erogare presso tutte le Aziende il servizio di teleconsulto specialistico di:

- second opinion radiologica ai fini del miglioramento dell'attività diagnostica, attraverso la creazione di un network di specialisti del settore;
- servizi di discussione cooperativa di casi clinici, per creare un ambiente di discussione che permetta ai diversi specialisti, nel momento in cui si trovano a dover affrontare un caso raro o di particolare complessità e rilevanza, di condividere conoscenze cliniche diagnostiche e terapeutiche specifiche;
- sistemi di archiviazione legale dell'iconografia radiologica e dei relativi referti, sia ai fini diagnostici che di costruzione di banca dati specifica per patologie, dedicata alla crescita professionale del network ed attività di studio e ricerca.

b) l'estensione dell'infrastruttura tecnologica realizzata da TELETAC per il teleconsulto neurochirurgico - attualmente dedicato a 2 UO di Neurochirurgia (Strutture Eroganti) ed a 6 UO di Pronto Soccorso-Radiologia (Strutture richiedenti) di alcune Aziende della Sicilia occidentale - nonché la sua integrazione con la piattaforma di teleradiologia (SETT/E-SETT) a tutte le UUOO di neurochirurgia in collegamento con i presidi di Pronto Soccorso di tutte le Aziende siciliane.

Gli interventi progettuali prevedono inoltre che l'erogazione dei servizi avvenga attraverso una rete di connettività a banda sufficientemente ampia da poter garantirne una fruizione ottimale; a tal fine è previsto un intervento di connettività tra tutte le strutture, e quindi tra i professionisti, target dell'iniziativa.

Attraverso tale iniziativa, si vogliono estendere i benefici derivanti dalla nuova frontiera della telemedicina applicata alla diagnosi radiologica e neurochirurgica, al fine di garantire a tutti i cittadini, indistintamente dal luogo di residenza, maggiore qualità, rapidità, ed accessibilità ai servizi sanitari forniti, diagnosi più precoci ed accurate, ed il miglioramento generale del Servizio Sanitario Regionale e la riduzione dei gap tecnologici e culturali.

Cruscotto della Formazione

Il progetto intende realizzare un sistema a supporto di tutte le fasi dei processi di formazione in ambito sanitario, a partire dall'attività di ricognizione e analisi dei bisogni formativi, alla gestione della filiera ECM, al catalogo dell'offerta formativa, alla pianificazione ed attuazione dei corsi, fino ad arrivare alla gestione dei curricula formativi.

Il progetto prevede anche una piattaforma per la gestione dei crediti formativi acquisiti dagli operatori del servizio emergenza-urgenza (Critical Care Card) che in futuro possa essere estesa ad altre tipologie di operatori.

L'intervento assume carattere prioritario in forza sia dell'accordo Stato-Regioni del 5 Novembre 2009, che attribuisce alla competenza regionale il processo di accreditamento per la formazione di tipo ECM, sia degli adempimenti connessi alla soddisfazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (al punto V del Piano Nazionale di Aggiornamento del Personale Sanitario del 23 Marzo 2005).

La Regione si vuole dotare, quindi, di uno strumento con cui garantire il controllo ed il monitoraggio dell'intero processo formativo e di aggiornamento, attraverso la realizzazione di un sistema informatico che possa governare i seguenti processi:

- sistema di accreditamento dei provider;
- gestione dei due iter (temporaneo e definitivo) di approvazione dei provider da parte della Regione;
- gestione dei fabbisogni formativi e dei piani formativi;

- gestione albo provider;
- gestione dell'iter di attribuzione dei crediti ECM per i corsi/eventi formativi, da parte del provider;
- gestione economica dei versamenti dei provider alla Regione Siciliana per l'accreditamento dei corsi/eventi formativi (es. bonifico bancario, MAV, carta di credito, etc.);
- gestione dei cataloghi dell'offerta formativa dei provider anche ad accesso pubblico;
- anagrafe degli operatori sanitari e dei dossier individuali della formazione degli operatori sanitari.

Attraverso l'attuazione di tale progetto, si vuole realizzare una piattaforma che possa costituire la base per un sistema integrato di gestione della formazione regionale, dedicato anche ai diversi rami della PA regionale.

Rete dei medici e dei pediatri di libera scelta (RMMG e E-RMMG)

Il progetto deve garantire il collegamento in rete dei Medici di Medicina Generale – Pediatri di Libera Scelta e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) presso le Aziende sanitarie, i MMG ed i PLS che operano nelle provincie di Catania e Palermo.

Il progetto garantisce la realizzazione di un Portale dedicato, dal quale accedere ad una Banca-dati per rendere fruibili i servizi essenziali quali: l'anagrafe assistiti, l'anagrafe operatori, la refertazione, la prescrizione, la scheda sanitaria individuale, ecc.. con cui realizzare il collegamento in rete dei MMG e PLS con l'obiettivo di assicurare continuità e integrazione al processo assistenziale, coniugando l'assistenza alla verifica delle modalità di fruizione.

Inoltre ha l'obiettivo di realizzare e diffondere il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) presso le Aziende sanitarie, i MMG ed i PLS che operano nelle provincie di Catania e Palermo, nel rispetto delle Linee guida del Garante della Privacy in materia di FSE e delle indicazioni fornite dal CNIPA e dai lavori del Tavolo della sanità elettronica (TSE).

Con l'estensione del progetto E-RMMG verrà garantita la diffusione degli applicativi presso le Aziende ed i professionisti che operano nelle altre provincie siciliane.

Sistema per la gestione della Qualità per le Apparecchiature tecnologiche sanitarie (QualiTech)

L'obiettivo è il rafforzamento della capacità di gestione delle apparecchiature tecnologiche sanitarie, mediante la costruzione di uno strumento informatico modulare, integrato e armonizzato con i sistemi già realizzati e previsti in programmazione ed in grado di gestire e centralizzare l'inventario delle apparecchiature, nonché governare la qualità mediante l'automazione dei processi di gestione/controllo/monitoraggio caratterizzanti il ciclo di vita delle stesse apparecchiature, con particolare riferimento alle apparecchiature radiologiche.

La Regione intende così dotarsi di uno strumento necessario per affermare una razionale politica degli investimenti ed una efficace governance degli acquisiti e delle performance delle apparecchiature tecnologiche sanitarie, in termini di coerenza con la programmazione dell'offerta sanitaria, qualità ed equità dei servizi, appropriatezza allocativa ed efficienza dell'utilizzo delle stesse apparecchiature.

Il progetto Gestione qualità delle apparecchiature tecnologiche è coerente, infatti, con le proposte programmatiche definite nel Piano di Sviluppo dell'Health Technology Assessment nel Servizio Sanitario Regionale 2010-2012, approvato con D.A.n.0597 del 3.03.2010.

Gli obiettivi di miglioramento che si intendono perseguire in particolare sono:

- realizzare ed informatizzare i processi di aggiornamento della Banca dati delle apparecchiature tecnologiche del SSR, prevedendo successive implementazioni e sviluppi;
- ottimizzare i processi di autorizzazione e controllo sulla qualità delle apparecchiature, ubicazione, manutenzione, performance;
- strutturare un sistema informativo di vigilanza e monitoraggio in materia di radioprotezione e di controllo sulla apparecchiature a risonanza magnetica;
- ottimizzare l'azione di controllo sul pagamento delle concessioni governative regionali e dei contributi di sorveglianza/tasse di ispezione (rif. circolare Ass.to Reg.le Bilancio e Finanze n.19291 del 30.12.2003);
- supportare l'azione programmatica degli investimenti sulle apparecchiature tecnologiche per il profilo sia Regione che Aziende, garantendo corretti standard di appropriatezza allocativa (rif. Quaderno n.15 dell'ARSS Veneto "Definizione dei criteri per l'appropriatezza allocativa delle apparecchiature di imaging clinico");
- rafforzare la governance regionale nel monitoraggio e nella programmazione della spesa in apparecchiature;
- concorrere al miglioramento dei servizi sanitari al cittadino, in termini di qualità e trasparenza dell'offerta.

Sistema telematico per l'approvvigionamento beni e servizi, e-PROCUREMENT

L'intervento consiste nella gestione informatica degli acquisti e della fase di pagamento di beni e servizi a valere sul Fondo Sanitario. Obiettivo dell'intervento è centralizzare l'attività di e-procurement delle singole Aziende, nonché rendere più efficiente e controllabile la spesa per l'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario e i relativi consumi. Il progetto è inserito in un progetto più ampio di Osservatorio degli Appalti in Sicilia, attraverso i fondi del PON Sicurezza Sud.

Sistema Informativo Direzionale (SID)

Tramite un programma di investimento complesso, la Regione intende dotarsi di un modello di monitoraggio che possa fornire una chiara e profonda lettura al livello regionale dei fenomeni gestionali aziendali, essendo basato

su metodologie coerenti con quelle elaborate a livello centrale dal SIVEAS, in ottemperanza all'articolo 79 comma 1-sexies c) del D.L. n. 112/2008 convertito con Legge n. 133/2008.

In particolare la Regione Siciliana si è attivata per definire un Accordo di Programma di investimento coerente con i contenuti dell'articolo 79 comma 1-sexies c) attraverso la stesura di un apposito Documento programmatico, con cui armonizzare e rendere funzionali al conseguimento degli obiettivi strategici regionali le azioni locali, dotando sia il livello regionale che il livello aziendale delle stesse metodologie e strumenti di lettura, interpretazione ed utilizzo dei dati.

Il Sistema Informativo Direzionale (SID) si colloca all'interno della strategia progettuale complessiva dell'Accordo di Programma e prevede la realizzazione di un modello di monitoraggio del Sistema Sanitario Regionale (SSR), attraverso lo sviluppo e la messa a regime di un sistema di raccolta, validazione, conservazione e presentazione dei dati economico-finanziari e clinico-sanitari e del reporting a livello aziendale e regionale.

Il SID sarà composto da un ambiente basato su un datawarehouse e da strumenti di business intelligence, per mettere a disposizione le informazioni sotto forma di grafici e indicatori ed attivare forme di benchmarking sugli stessi dati. La progettazione di un nuovo sistema informativo terrà conto della reingegnerizzazione delle basi dati già esistenti e degli sviluppi programmati (per es. archivi RENCAM, SDO, CEDAP, Screening, Registri delle fragilità, ecc), garantendo univoche modalità di costruzione e presentazione dei report, attraverso strumenti che consentiranno anche la pubblicazione sul Portale della Salute.

Gli interventi previsti, a regime, costituiranno un investimento immateriale permanentemente a disposizione di tutto il Sistema sanitario regionale per il governo della sanità ed il mantenimento dell'equilibrio gestionale di lungo periodo.

Il Documento programmatico ex art.79 è stato approvato dalla Giunta Regionale di Governo con la DGR n. 294 del 6 agosto 2009 ed ha ottenuto preventiva approvazione dal SIVEAS, con parere positivo congiunto dei Ministeri del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Ministero dell'Economia n. 0000317-P del 24 luglio 2009. La Conferenza Stato-Regioni ha espresso intesa sull'Accordo di Programma con provvedimento del 26 novembre 2009 (Accordo di Programma) e l'articolato contrattuale è stato sottoscritto in data 11 dicembre 2009.

Il bando regionale di evidenza pubblica per l'affidamento di servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall'Accordo di Programma è stato aggiudicato il 20 ottobre 2010; la realizzazione del SID costituisce una delle tre componenti previste nel bando di gara, ma le attività e gli impegni di spesa non ricadono all'interno della medesima fonte finanziaria, bensì sull'APQ S.I. e concorre alla quota di cofinanziamento regionale.

20.4 Il Comitato Regionale di Bioetica

La salute è oggi riconosciuta, sia nella riflessione bioetica che nell'elaborazione giuridica, quale diritto fondamentale della persona e come diritto sociale.

Il nuovo Piano della Salute 2011-2013 individua, tra le priorità, l'istituzione di un Comitato Regionale di Bioetica, quale strumento indispensabile per l'approfondimento e la riflessione sulle problematiche di natura etica e giuridica derivanti dal progredire della scienza, nonché quale garante dell'integrità delle attività di ricerca.

Al fine di favorire un confronto sotto il profilo deontologico, medico e giuridico, deve essere istituito il Comitato Regionale di Bioetica.

Il Comitato è un organismo multidisciplinare e opera senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale né del bilancio regionale.

Ai sensi dell'art. 1 comma 3 del D.M. Salute 12 maggio 2006, svolge una funzione consultiva in relazione a questioni connesse con le attività scientifiche ed assistenziali allo scopo di tutelare e promuovere i valori della persona umana e formula pareri al fine di:

- elevare i livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria in ordine ai principi e alle garanzie etiche da offrire al cittadino;
- sviluppare la diffusione dei valori legati alla persona all'autonomia e all'autodeterminazione del cittadino in ambito sanitario attraverso livelli idonei di informazione, consapevolezza e scelta autonoma (consenso informato) nei trattamenti e nelle cure;
- fornire agli operatori della salute un quadro di riferimento più certo e adeguato per orientare la loro azione sotto il profilo etico e deontologico.

Il Comitato Regionale di Bioetica ha un ruolo propositivo e di stimolo per la riflessione bioetica anche all'interno dei Comitati Etici locali e svolge le seguenti funzioni:

- svolge attività consultiva in relazione a questioni connesse con le attività scientifiche ed assistenziali allo scopo di tutelare e promuovere i valori della persona umana con particolare riferimento ai protocolli di sperimentazione clinica, all'impiego di farmaci off-label;
- esprime pareri, per le istituzioni sociali e sanitarie che operano nella Regione Siciliana, su tematiche generali di bioetica e su questioni specifiche, qualora presentino rilevanza regionale;
- esprime parere obbligatorio ma non vincolante sui progetti di ricerca biomedica;
- fornisce ai cittadini che usufruiscono delle prestazioni socio-sanitarie e alla comunità siciliana strumenti di valutazione e riflessione sotto il profilo bioetico delle prestazioni stesse;
- promuove attività di formazione e costante aggiornamento sulla materia;

- fornisce consulenza nelle funzioni di indirizzo politico ed amministrativo nel campo della ricerca e dell'assistenza socio-sanitaria, e, in particolare al controllo della qualità dei servizi con riferimento ai processi di umanizzazione delle cure;
- svolge attività di indirizzo e di coordinamento dei comitati etici locali;
- offre il supporto agli uffici regionali competenti nei rapporti con le istituzioni, anche straniere, che si occupano di bioetica, con i Comitati di Bioetica di altre regioni e nazioni e le Commissioni di Bioetica internazionali e sovranazionali.

Il Comitato è composto da membri altamente qualificati, provenienti da diverse aree disciplinari, sanitarie e non, in coerenza con la natura multidisciplinare della bioetica. La composizione del suddetto organismo nonché il regolamento per il suo funzionamento saranno disciplinati da apposito decreto.

21. Le risorse

21.1 La programmazione degli investimenti

Il processo di ammodernamento del SSR previsto dalla riforma della L.r. 05/09, rispetto al quale il presente Piano si propone come fondamentale strumento di attuazione e consolidamento, esige di essere sostenuto da un altrettanto efficace processo di rinnovamento e riqualificazione delle strutture e delle attrezzature sanitarie e di essere supportato da reti e sistemi telematici di assoluta eccellenza.

In questa prospettiva deve ben tenersi presente che il processo di profonda trasformazione del Servizio Sanitario che caratterizza e distingue, in atto, la nostra Regione, nel perseguire il fondamentale obiettivo dell'equilibrio finanziario della gestione e dell'allineamento qualitativo delle prestazioni su standard di eccellenza, genera, anche, alti costi aggiuntivi di carattere straordinario e transitorio (peraltro non fronteggiabili con le risorse ordinarie), che solo attraverso l'esaltazione della capacità di accesso e di ottimale utilizzo delle risorse disponibili rendono possibile l'attuazione delle strategie delle riforme e, specificamente, gli obiettivi di questo PSR.

Occorre, pertanto, procedere, oltre che all'adeguamento dei presidi alle più moderne forme di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano, in ogni caso, forme diverse di organizzazione del lavoro sanitario e degli spazi ad esso asserviti, a sostenere i costi connessi alle trasformazioni fisiche e tecnologiche conseguenti agli accorpamenti aziendali e alle ri-distribuzione e ri-funionalizzazione della massima parte delle strutture presenti nel territorio.

La programmazione dei nuovi investimenti è già in atto ricondotta ad una strategia unica intorno ad alcuni temi principali, rilevando i fabbisogni, definendo le priorità e correlando la programmazione degli interventi alle più idonee opportunità di finanziamento.

Nella prima fase l'attenzione è stata posta soprattutto al rinnovo ed all'implementazione del parco tecnologico delle Aziende, al raggiungimento di standard omogenei di dotazione e distribuzione delle alte tecnologie asservite alle specialità oncologiche e cardiologiche, e alla riqualificazione delle strutture di pronto soccorso, nell'ottica della piena efficienza specifica e dell'ottimale integrazione con il sistema regionale di emergenza / urgenza.

Nel triennio, inoltre, saranno definiti gli sviluppi di programma per l'effettiva attuazione e il funzionamento a regime di tutti i "trauma centers" individuati e per la funzionalizzazione delle strutture periferiche correlate (secondo il modello "Hub e Spoke"), oltre che per la piena attuazione degli interventi scaturenti, direttamente o per complementarità (come nel caso delle riconversioni) dalla rimodulazione della rete ospedaliera.

Si ritiene importante fissare il traguardo, nel triennio, del completamento della progettazione di "seconda fase" e della realizzazione di un'aliquota consistente di interventi, non inferiore al 50% di quanto complessivamente impegnato sulle linee d'intervento descritte nei paragrafi successivi.

Il Programma Operativo 2010-2012

L'esigenza di mantenere il governo dei costi sanitari e contestualmente garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso l'implementazione dei percorsi virtuosi di contenimento e di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale intrapresi con il precedente Piano e di conferire stabilità agli effetti positivi di controllo e di efficientamento della spesa, impone l'introduzione di ulteriori elementi di ammodernamento e sviluppo del sistema. In quest'ottica il Programma Operativo è articolato in due assi d'intervento:

- Interventi di sistema: intesi come l'insieme delle manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e a promuoverne lo sviluppo con interventi finalizzati al miglioramento della capacità di governo e controllo. L'asse degli interventi di sistema è distinto, infatti, in due categorie di azioni:
 1. Interventi di completamento delle manovre intraprese nel precedente Piano;
 2. Interventi di sviluppo.
- Interventi di efficientamento: intesi come l'insieme delle azioni messe in atto a seguito del recepimento della normativa nazionale e/o di specifiche linee di programmazione regionale, entrambe volte a contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Il Programma è strutturato in diverse sezioni in funzione delle principali aree d'intervento contenenti, ciascuna le azioni specifiche previste per l'area di riferimento, le relative valorizzazioni economiche come riportato nella seguente tabella.

AZIONI	DESCRIZIONE	2011	2012
1.2	Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire	-1.500	-1.500
2.1	Programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre	13.541	18.659
5.1	Potenziamento rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite e dell'integrazione socio sanitaria	28.402	47.377
5.3	Rinnovo dell'accordo integrativo regionale per le cure primarie (MMG)	11.658	11.658
5.4	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate	13.404	32.537
5.5	Potenziamento rete regionale cure palliative e terapia del dolore	5.705	7.917
5.8	Realizzazione di attività semiresidenziali	3.600	3.600
8.2	Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	-39.878	-52.181
9.1	Rideterminazione dotazioni organiche delle aziende sanitarie	-17.000	-17.000
10.1	Programmazione inter-aziendale di bacino	-4.271	-8.606
10.2	Procedure di gara regionale	-36.560	-36.560
	Innalzamento soglia esenzione reddito ISEE per le prestazioni specialistiche amb.li (da €. 9.000 a €. 11.000)	20.000	20.000
TOTALE EFFETTI ECONOMICI		-2.899	25.901

Note: valori espressi in €/000

Il Quadro Strategico Nazionale (QSN)

Il QSN dedica particolare attenzione agli obiettivi di servizio finalizzati al soddisfacimento di servizi collettivi in ambiti essenziali per la qualità della vita dei cittadini, la cui assenza o debolezza comporta condizioni di disagio generalizzato, percezione di arretratezza e non competitività di un'area. Tra tali obiettivi di servizio, che devono essere misurabili in termini di qualità e di miglioramento dell'attività resa ai cittadini, figura quello relativo alle prestazioni domiciliari di cura per la popolazione anziana, nell'ottica di favorire la partecipazione delle donne, maggiormente gravate da tale carico familiare, al mercato del lavoro.

La programmazione degli investimenti in Sicilia per il triennio 2010/2012 viene esplicitata attraverso tre principali strumenti finanziari: l'APQ SI, il PO FESR e l'art. 20 ex legge n. 67/88 la cui azione deve concorrere agli obiettivi delineati dal QSN 2007-2013, e integrarsi con altri strumenti finanziari come i fondi per i Progetti Obiettivi ministeriali, gli Obiettivi di Piano regionali, i fondi nazionali per la ricerca.

Coerentemente all'impegno programmatico sviluppato nella riforma del SSR, con la L.r.n.5/2009 e l'emanazione dei relativi provvedimenti attuativi, l'Assessorato Regionale della Salute sta procedendo alla definizione del Documento Unitario di Programmazione della Sanità Siciliana (DUPISS) attraverso il coinvolgimento oltre che i "team" interni dell'Assessorato, anche tavoli di partenariato istituzionale e sociale e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Con il DUPISS ci si propone, adottando la Metodologia ex ante (MExA), di individuare, a partire dall'analisi di contesto epidemiologico, tecnologico, organizzativo, etc. del SSR, gli investimenti necessari e le relative priorità, in termini sia dell'allocazione dell'intervento/risorse che dei tempi di attuazione, perseguendo l'integrazione tra tutti gli obiettivi di miglioramento dello stesso SSR e le risorse rese disponibili dalle diverse fonti finanziarie - comunitarie, nazionali e regionali.

Altri Programmi Nazionali, finanziati con risorse del Fondo Aree Sottoutilizzate (FAS), consentiranno di attuare interventi diretti alle stesse priorità, rafforzando l'intensità di azione della corrispondente programmazione operativa comunitaria, in un'ottica di integrazione territoriale e/o tematica delle linee di intervento, con riferimento all'intera area del Mezzogiorno.

L'Accordo di Programma Quadro (APQ)

E' lo strumento della programmazione negoziata attraverso il quale le Amministrazioni centrali, le Regioni, gli Enti Locali, altri soggetti pubblici e privati definiscono e attuano opere, interventi o programmi di intervento complessi la cui realizzazione necessita dell'azione integrata e coordinata dei soggetti sottoscrittori. L'accordo di programma contiene le attività e gli interventi da realizzare, i tempi e le modalità di attuazione, le responsabilità assunte dai vari attori partecipanti e gli adempimenti procedurali necessari; inoltre, individua i soggetti responsabili dell'attuazione delle singole attività e interventi, del monitoraggio e della verifica dei risultati; definisce i procedimenti di conciliazione tra i soggetti partecipanti e stabilisce le risorse finanziarie occorrenti per le tipologie di intervento.

Nel settore Città la Regione Siciliana ha stipulato due Accordi di Programma Quadro:

l'APQ "Riqualificazione urbana e miglioramento della qualità della vita nei comuni siciliani" e l'APQ Sanità.

L'APQ Sanità è stato stipulato in data 23/12/2003 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Siciliana allo scopo di recepire in un'unica cornice strategica, attuativa e programmatica, tutti gli interventi per il miglioramento della qualità, dell'offerta e della fruibilità dei servizi sanitari regionali,

finanziati a valere sui diversi strumenti finanziari ed attuativi vigenti nei seguenti settori o priorità programmatiche:

- razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale;
- adeguamento strutturale dei presidi sanitari;
- potenziamento tecnologico e supporto dei servizi sanitari;
- promozione dell'integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali.

L'APQ Sanità è stato interamente già programmato e ha raggiunto la quota del 83% di spesa.

L'APQ SI è l'accordo di programma quadro per l'implementazione e innovazione dei Sistemi Informativi in Sanità.

PO FESR 2007-2013

Il ciclo della programmazione degli investimenti della Regione Sicilia si attua anche attraverso i fondi europei così come destinati dalla programmazione del PO FESR 2007/2013.

Con decisione n.C(2007) 4249 del 7 settembre 2007 la Commissione Europea ha approvato il Piano Operativo Regionale FESR 2007/2013 della Regione Siciliana.

L'obiettivo del PO FESR è quello di innalzare e stabilizzare il tasso di crescita medio dell'economia regionale, attraverso il rafforzamento dei fattori di attrattività di contesto e della competitività di sistema delle attività produttive, in un quadro di compatibilità ambientale e territoriale e di coesione sociale.

Il Programma prevede le seguenti priorità di intervento:

- reti e collegamenti per la mobilità;
- uso efficiente delle risorse naturali; valorizzazione delle identità culturali e delle risorse paesaggistico-ambientali per l'attrattività e lo sviluppo;
- diffusione della ricerca, dell'innovazione e della società dell'informazione;
- sviluppo imprenditoriale e competitività dei sistemi produttivi locali;
- sviluppo urbano sostenibile; governante, capacità istituzionale e assistenza tecnica.

Ciascun asse prioritario del Programma è articolato in obiettivi specifici, a loro volta declinati in obiettivi operativi che raggruppano linee di intervento volte alla realizzazione della strategia individuata.

PO FESR ASSE 3 Valorizzazione delle identità culturali e delle risorse paesaggistico-ambientali per l'attrattività turistica e lo sviluppo

Obiettivo Specifico 3.3: "Rafforzare la competitività del sistema turistico siciliano attraverso l'ampliamento, la riqualificazione e la diversificazione dell'offerta turistica ed il potenziamento di investimenti produttivi delle filiere turistiche.

Obiettivo operativo 3.3.3: "Potenziare i servizi a sostegno dell'imprenditorialità turistica e i processi di integrazione di filiera".

Linea 3.3.3.2 "Attivazione di servizi sanitari di teleassistenza nei luoghi ad alta vocazione turistica, ed in particolare nelle isole minori"

La finalità generale di questa linea di intervento è di potenziare i servizi a sostegno del sistema locale di offerta turistica, creando condizioni favorevoli di contesto anche di tipo sanitario, ai fini di una maggiore attrattività del territorio con conseguenti benefici anche di tipo economico/occupazionale.

La finalità specifica sarà quella di diffondere le tecnologie correlate alla telemedicina nei luoghi ad alta vocazione turistica ed in particolare nelle isole minori ai fini del rafforzamento della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari nei territori ad alto flusso turistico, con il beneficio soprattutto degli abitanti delle isole.

PO FESR ASSE 6 "Sviluppo urbano sostenibile"

- Obiettivo specifico 6.1: "Potenziare i servizi urbani nelle aree metropolitane e nei medi centri".
- Obiettivo operativo 6.1.2: "Potenziare i poli sanitari regionali ed adottare tecnologie avanzate per la riqualificazione dei servizi"

Il potenziamento dei poli sanitari e l'adozione di tecnologie avanzate, e quindi il miglioramento della rete di assistenza sanitaria, concorre anche al miglioramento dell'attrattività del contesto sociale ed economico all'interno del quale si va ad operare.

Attraverso questo obiettivo operativo si vuole procedere ad interventi di riqualificazione ed innovazione tecnologica all'interno di strutture, gestite da soggetti di diritto pubblico, che erogano servizi sanitari pubblici. Tali azioni, che devono manifestare coerenza con i piani di sviluppo urbano/territoriale degli Enti locali, devono, anche, rispondere ai criteri di priorità determinati dalla pianificazione strategica regionale in materia sanitaria.

Beneficiari: Aziende Sanitarie Provinciali, Aziende Ospedaliere, Aziende Policlinici Universitari, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico.

L'Obiettivo operativo 6.1.2, a sua volta, si suddivide in tre linee di intervento, per ciascuna delle quali sono disponibili delle quote di finanziamento a valere sul Fondo Strutturale FESR.

Linea d'intervento 6.1.2.1: "Azioni per l'incremento della dotazione di apparecchiature ad alta tecnologia nei poli sanitari regionali"

Le azioni ricadenti in questa linea d'intervento, che tendono ad un miglioramento della qualità della vita dei cittadini, si esplicano attraverso un potenziamento delle tecnologie sanitarie nell'ottica del superamento delle

divaricazioni tra una provincia e l'altra della nostra Regione, e tra la nostra Regione e le altre Regioni del nostro paese.

Obiettivi di queste azioni sono: la riduzione della mobilità passiva interregionale, la riduzione dei tempi delle liste di attesa, nonché la riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale dove l'Ospedale sarà il sito preposto alla erogazione di servizi diagnostici e terapeutici di alta tecnologia al fine, anche, di una integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

Linea d'intervento 6.1.2.2: "Interventi di collegamento a poli sanitari di eccellenza, anche extraregionali, anche attraverso l'integrazione delle prestazioni mediante TIC ed una gestione coordinata degli interventi in materia di SI"

Anche le azioni ricadenti in questa linea d'intervento tendono ad un miglioramento della qualità della vita. Si esplicano attraverso tutte quelle tecnologie che consentono la creazione di reti con i poli sanitari di eccellenza con l'obiettivo di: superare le disuguaglianze con le aree geograficamente meno servite e, anche in questo caso, ridurre la mobilità passiva, nel senso che, ai cittadini residenti nei luoghi più periferici, si dà la possibilità di usufruire di un'assistenza sanitaria specialistica senza alcun tipo di spostamento dai luoghi di residenza.

Linea d'intervento 6.1.2.3: "Investimenti strutturali per l'innalzamento della salubrità delle strutture ospedaliere"

L'obiettivo specifico è quello di migliorare la salubrità degli ambienti delle strutture ospedaliere ai fini della salute e sicurezza dei pazienti e degli operatori. La tipologia dell'intervento riguarda la realizzazione di opere pubbliche.

PO FESR ASSE 7 "Governance, capacità istituzionali e assistenza tecnica"

Obiettivo Specifico 7.1: "Rafforzare le capacità tecniche di gestione del territorio dei programmi cofinanziati dai Fondi Strutturali".

Obiettivo operativo 7.1.2 "Supportare le Amministrazioni locali per migliorare la qualità della programmazione e progettazione per l'attuazione delle operazioni cofinanziate dal FESR".

Linea 7.1.2.5 Comunicazione e informazione

La finalità generale dell'Asse 7 è di governance, capacità istituzionali e assistenza tecnica, nello specifico è quella di essere di sostegno alla programmazione, attuando un supporto alle attività di rendicontazione, monitoraggio e valutazione a livello nazionale, regionale e locale per aumentare la governance del territorio. Chi beneficia di questa linea è l'Amministrazione Regionale.

L'art. 20 LEGGE 11 marzo 1988, n.67

Il piano programmatico derivante dall'applicazione dell'art. 20 della L. 67/88 ha costituito la struttura portante dell'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e dell'implementazione delle dotazioni tecnologiche negli ultimi decenni.

Ad oggi la Regione Siciliana ha una disponibilità pari ad € 842.301.590,02 per nuova programmazione di investimenti.

L'elenco delle opere inserite nell'Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88 deve derivare dalle analisi redatte in armonia con la metodologia "Monitoraggio ex Ante (MExA) e in armonia con le altre linee di investimento, deve essere contenuto all'interno di un documento di programmazione elaborato in base al nuovo assetto della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera, e nel rispetto del principio di integrazione tra tutti gli strumenti programmatici, con l'analisi della coerenza del documento di programmazione regionale sugli investimenti in sanità con il Q.S.N. 2007/2013, il POR FESR 2007-2013, il DUPPS., nonché con la specifica programmazione regionale sanitaria ed in particolare con il presente Piano della Salute.

Gli interventi programmati dovranno essere in linea con le seguenti direttrici:

- Interventi sul territorio, PTA, servizi, adeguamenti di immobili per servizi sanitari territoriali.
Gli interventi devono essere parametrati al reale fabbisogno alla popolazione residente nelle singole province, alle condizioni orografiche ed alla presenza di servizi.
Deve essere valutata la necessità di intervenire per la realizzazione di PTA anche in considerazione delle strutture da riconvertire o adeguare.
Devono essere effettuate le riconversioni dei presidi sanitari per i quali è prevista la rifunionalizzazione.
- Progetti speciali ospedalieri - nuove strutture ed adeguamento del sistema ospedaliero.
- Realizzazione di nuove strutture per superare l'inadeguatezza di talune strutture attualmente in uso e/o per fornire al bacino territoriale un completamento dell'offerta ospedaliera.
- L'adeguamento di presidi sanitari esistenti alle moderne normative.
- Interventi presso i presidi della rete di emergenza urgenza.
- Servizi generali - le reti.
- Le reti di assistenza.
- La rete dei trapianti e il prelievo degli organi.
- I servizi alberghieri degli ospedali, e di accoglienza (morgue) ed interventi straordinari per le fragilità.

Programma di riqualificazione ex art.71 L. 448/98 (grandi centri urbani)

Con la legge 448/98 -art.71-è stato previsto un piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle aree metropolitane. Il relativo programma di investimenti è stato approvato nel 2002.

Dal punto di vista attuativo, tutti gli interventi di Catania sono stati attivati e, per la maggior parte, già conclusi; mentre per gli interventi sulla Città di Palermo, ventuno di essi sono stati attivati, per altri sei, tra cui la realizzazione del Centro di alta specializzazione Materno Infantile di Palermo si stanno definendo la predisposizione degli atti necessari alla loro approvazione. Entro il triennio di validità del Piano dovrà essere definito il completamento del Programma.

Accordo di Programma Quadro Sanità (APQ Sanità)

La Regione Siciliana è stata assegnataria di risorse derivanti dalla Delibera C.I.P.E. n. 142/99 destinate alle aree sotto utilizzate.

In dettaglio con l'A.P.Q. Sanità, sottoscritto in data 23 dicembre 2003, è stata prevista l'assegnazione complessiva di € 24.000.000,00 a favore del Centro di Eccellenza Oncologico di Messina (€ 10.000.000,00) e del Nuovo Ospedale in Librino (€ 14.000.000,00) ad integrazione di quanto già stanziato con i fondi ex art. 20 della L. 67/88 e art. 71 L.448/98.

L'intervento concernente il Centro di Eccellenza Oncologico da realizzarsi presso l'Ospedale Papardo di Messina, dopo una complessa procedura legata alle modalità di gara (appalto – concorso) e ad un ricorso al TAR da parte di un'impresa partecipante, risulta in corso di esecuzione.

Per quanto attiene il Centro di Eccellenza Ortopedico da realizzarsi a Catania, l'intervento è stato inserito nel più ampio progetto di costruzione dell'ospedale di San Marco in Librino, per la cui costruzione – attesa la complessità delle opere da realizzare – si è fatto ricorso alla procedura dell'Appalto Concorso; l'appalto è stato aggiudicato ed i lavori sono in corso di esecuzione.

Programma nazionale per le strutture dedicate alle cure palliative – hospice

Il decreto-legge n. 450 del 28.12.1998, convertito in legge dall'art. 1 della L. 39/99, ha previsto la realizzazione, in ciascuna Regione e Provincia Autonoma, di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i malati terminali (Hospice).

A seguito dei Piani regionali approvati, tutti gli interventi sono stati attivati ed, in particolare, quelli inseriti nella prima tranche dei finanziamenti sono state in gran parte realizzati o sono in fase di ultimazione.

Risultano in esercizio le strutture presso il P.O. Civico di Palermo, il P.O. S. Giovanni di Dio di Agrigento, l'OMPA di Ragusa ed il Policlinico di Messina, Garibaldi di Catania, P.O. Rizza di Siracusa, mentre sono state già definite e di prossima attivazione gli hospices presso il P.O. Papardo di Messina, il P.O. Umberto I di Enna, il P.O. Vittorio Emanuele III di Salemi, il P.O. di Caltagirone ed il P.O. di Modica.

Gli interventi in atto in corso di realizzazione risultano essere quelli presso: P.O. Cervello, P.O. di Gela, Delia e P.O. Pisani.

POR Sicilia 2000 – 2006

Il Piano programmatico degli interventi in Sanità del POR Sicilia 2000/2006, identificato come sottomisura 5.01/b prevedeva la realizzazione di interventi dedicati al "potenziamento e dotazione di infrastrutture e di apparecchiature ad alta tecnologia per le diagnosi precoci di malattie ad alto impatto sociale da destinare ai tre poli sanitari regionali", è stato portato a compimento in breve tempo.

Si trattava, in dettaglio, di apparecchiature diagnostiche di alta tecnologia (principalmente TAC e RNM) destinate agli ospedali delle Città di Palermo, Messina e Catania, collocate con la finalità di portare, con il concorso di altri programmi omologhi, lo standard quali-quantitativo, allora molto deficitario, delle dotazioni sulla media nazionale, riducendo, conseguentemente le liste d'attesa e la migrazione sanitaria.

Tutti gli interventi previsti nel programma sono stati avviati entro il 2004 e conclusi entro il 2006.

La coerenza con gli obiettivi generali del Piano e l'alta capacità di spesa dimostrata, hanno consentito, a seguito di un'apposita modifica al complemento di Programmazione del POR apportata dall'Autorità di Gestione, utilizzare risorse aggiuntive, recentemente impegnate per la realizzazione di ulteriori interventi di riqualificazione e aggiornamento del patrimonio tecnologico.

22.1 Misurabilità e trasparenza: monitoraggio e valutazione

Al fine di consentire il monitoraggio e la valutazione della capacità del Sistema Sanitario Regionale di perseguire gli obiettivi tracciati dal presente Piano, principio basilare è la “misurabilità” del documento.

Per procedere, quindi, ad un confronto efficace tra le linee strategiche fin qui delineate e le azioni intraprese, è previsto un piano di valutazione e verifica così articolato:

- traduzione degli obiettivi in risultati misurabili;
- individuazione di indicatori specifici;
- definizione del sistema di reporting.

Tutti gli elementi sopra individuati rispondono anche al principio dell'*accountability*, ovvero del “rendere conto” di ciò che viene fatto ai diversi livelli dell'organizzazione, tramite il ritorno informativo e l'effettivo utilizzo degli strumenti per la valutazione e la misurazione delle attività svolte.

A tal fine è utile richiamare il *Documento Programmatico ex art. 79, co. 1-sexies, lett. c), L. 133/08* che prevede l'utilizzo di risorse di cui all'art. 20 da “investire” nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, “*per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS)*”.

L'intervento ha diverse finalità, fra cui:

- il monitoraggio del sistema sanitario volto a garantire la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati provenienti dalle aziende e necessari per il governo della spesa;
- il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e la verifica sull'avanzamento delle azioni previste al fine del rientro dal disavanzo regionale e dell'attuazione della riforma del SSR;
- l'introduzione di processi gestionali stabili e la disponibilità di un sistema per la produzione e raccolta di informazioni trasparenti ed affidabili attraverso le quali:
 - governare e monitorare l'andamento gestionale e delle azioni di governo dei servizi e dei relativi costi a livello aziendale e di sistema sanitario regionale nel suo complesso;
 - comprendere e valutare tempestivamente i dati di produzione e costi ad essi associati;
 - individuare le determinanti dei risultati economici al fine di garantire l'adozione di azioni correttive e di razionalizzazione coerenti ed efficaci.

Tale strumento consentirà, invero, di esercitare, un controllo direzionale a livello aziendale e centrale sullo stato di avanzamento delle azioni previste dal presente Piano, attraverso la verifica annuale di conformità dei Piani Attuativi Aziendali alla programmazione sanitaria regionale e il monitoraggio del relativo stato di attuazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi.

22.2 L'Audit civico e l'apporto del volontariato

L'attuazione del presente Piano trova la più concreta espressione nella effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, sulla base dei percorsi assistenziali in essi indicati a garanzia dell'equità nell'accesso alle cure.

I LEA, infatti, si declinano in un contesto programmatico che valuta la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione rispetto alla tipologia del bisogno. Il costante monitoraggio degli stessi è quindi condizione necessaria per individuare lo standard di copertura del fabbisogno, l'appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi e il conseguente corretto utilizzo delle risorse, il progressivo miglioramento della qualità delle cure e il grado di soddisfazione dei cittadini.

In quest'ottica, la Regione intende con il presente Piano, in linea con quanto previsto dagli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, promuovere, tra le iniziative per la valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari, finalizzate anche a rendere il sistema sanitario più trasparente per i suoi fruitori, lo strumento dell'audit civico, estendendo in tal modo i sistemi di valutazione, oltre che agli esperti del settore, anche ai principali interessati al buon funzionamento del Sistema Sanitario, ovvero i cittadini, rendendoli partecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso.

Con tale strumento, le organizzazioni civiche e di volontariato potranno cogliere le istanze prioritarie degli utenti (in relazione ad es. ai servizi offerti, alla fruibilità degli stessi, alla priorità data alla prevenzione e riduzione dei rischi, al trattamento del dolore, agli aspetti relazionali con gli operatori sanitari, ecc.), in modo da rendere disponibili ulteriori elementi di valutazione da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria.

In considerazione inoltre delle difficoltà del servizio pubblico ad adeguare con efficacia e tempestività le proprie strutture organizzative ai rapidi mutamenti della domanda, è opportuno promuovere lo sviluppo del

volontariato impegnato in campo sanitario e socio-sanitario e valorizzare i progetti innovativi ed i servizi di avanguardia che il volontariato riesce ad ideare e produrre, attraverso anche il coinvolgimento delle organizzazioni nella pianificazione e nella programmazione delle politiche e delle attività sanitarie e sociosanitarie.