**Scheda illustrativa del provvedimento recante**

**“Misure di riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale”**

Il **Servizio Sanitario umbro**, a partire dalla sua istituzione e fino ad oggi, ha dato prova d’essere all’altezza delle funzioni e dei compiti ad esso affidati dalla Riforma Sanitaria e dalle successive modificazioni intervenute per effetto sostanzialmente di leggi nazionali quali i D.Lgs. n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999, facendo registrare una notevole capacità di adattamento ai profondi mutamenti imposti sia dal rapido evolversi del quadro demografico che dalla introduzione, nel sistema sanitario, di sostanziali innovazioni in ambito strutturale, professionale, tecnologico, terapeutico-assistenziale, farmacologico e riabilitativo.

Un Sistema Sanitario Regionale che fino ad oggi è stato capace, pur collocato al livello di eccellenza delle prestazioni, di non gravare sulle finanze dei propri cittadini attraverso l’introduzione di tasse regionali e ticket: a conferma dell’eccellenza raggiunta sui livelli di spesa, secondo i dati della stessa Corte dei Conti, emerge, infatti, come solo l’Umbria e la Lombardia, uniche due Regioni a statuto ordinario, siano riuscite a conseguire risultati economici positivi con le sole risorse ripartite per il SSN evitando il ricorso ad altri fondi regionali o prelievi fiscali per il finanziamento della Sanità.

Oggi la capacità del Servizio Sanitario Regionale di continuare a fornire ai cittadini risposte eque, efficaci ed efficienti è sottoposta a nuove e più complesse sfide, generate da un lato dall’evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico e dall’altro, dalla progressiva diminuzione delle risorse economiche messe a disposizione delle Regioni italiane. Elementi questi che costringono l’Umbria a ripensare in maniera sostanziale sia il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale che le modalità di erogazione delle prestazioni e degli interventi sanitari e socio-sanitari, cercando di migliorare ulteriormente l’appropriatezza dei servizi e delle prestazioni nel contesto di risorse economiche disponibili limitate.

Per mantenere elevato il grado di copertura e la qualità assistenziale del Sistema Sanitario Regionale risulta pertanto opportuno individuare specifiche misure di razionalizzazione e sviluppo organizzativo, con l’obiettivo di garantire la stabilità dei conti e di evitare forme di “razionamento” delle prestazioni e/o di ridimensionamento dei livelli di assistenza, nella logica di un nuovo modello assistenziale, che da una parte chiama in causa il sistema sanitario, con una serie di innovazioni ormai ineludibili sul piano organizzativo e gestionale, dall’altra attribuisce un ruolo altrettanto determinante alla comunità e all’assistito competente e attivo.

L’obiettivo prioritario della Regione Umbria rimane comunque il mantenimento di un sistema sanitario “universalistico”, che garantisca i livelli essenziali di assistenza e quelli aggiuntivi previsti dalla normativa regionale a tutta la popolazione residente, senza distinzioni di genere, età, reddito, lavoro.

Le parole chiave per orientare l’azione di razionalizzazione sono: **appropriatezza e integrazione.**

L’appropriatezza è un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, in una relazione fortemente dinamica con le altre componenti della qualità: sicurezza, efficacia, equità, continuità assistenziale, coinvolgimento del cittadino, efficienza.

Mentre il miglioramento dell’appropriatezza clinica garantisce l’effettivo miglioramento della qualità dell’assistenza, l’uso efficiente delle risorse (appropriatezza organizzativa) riduce i costi e rende massimo il numero di cittadini che possono accedere a interventi efficaci.

E’ indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all’accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati. Proprio per questo l’appropriatezza include la presa in considerazione della soddisfazione del paziente e il suo coinvolgimento.

Gli interventi mirati sul tema dell’appropriatezza tendono a superare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale, con conseguente riduzione del livello di copertura di altri livelli assistenziali, disattendendo in tal modo i diritti da garantire a tutti i cittadini.

Ciò significa lavorare per ridimensionare se non azzerare tutte le offerte che rischiano sovrapposizioni e sprechi di risorse tecnologiche . L’offerta inoltre deve essere garantita in maniera integrata tra le varie aziende, valorizzando le competenze acquisite e rendendole disponibili su scala regionale.

Le misure che si intendono adottare sono, in questa fase, inevitabilmente selettive e riguardano tre specifici campi di attività: **la prevenzione, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera.**

**PREVENZIONE**

**Vaccinazioni**

E’ necessario riprogettare l’offerta vaccinale puntando all’accorpamento dei punti vaccinali al fine di raggiungere gli standard previsti dal Piano della Prevenzione Vaccinale, con l’obiettivo di rendere l’offerta più aderente alle esigenze della popolazione e più adeguata alla necessità di offrire una prestazione di qualità.

**Screening**

Gli screening oncologici contro il cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto rappresentano nella nostra regione una realtà organizzativa complessa che vanta risultati nella media superiori a quelli nazionali. Un tale sistema però deve essere in grado nell’immediato futuro di sostenere l’evoluzione tecnologica che ciascuno dei tre screening deve affrontare, quale la introduzione del test HPV per lo screening citologico, la completa digitalizzazione dello screening mammario allo scopo di rendere possibile la lettura da parte di un pool unico di lettori e la evoluzione del kit per la raccolta del campione fecale per lo screening colo rettale. Nello stesso tempo è necessaria la messa punto di un modello organizzativo che preveda il completamento dell’accorpamento delle attività di patologia clinica e diagnostica istologica in un “laboratorio unico per lo screening”.

**Commissioni per il riconoscimento di invalidità civile e dell’handicap**

Vanno accorpate in un’unica commissione gli accertamenti relativi all’invalidità civile e della condizione di handicap, utilizzando la fase di rinnovo delle commissioni sin qui attivate, superando l’obbligo per l’utente di effettuare due accertamenti distinti, anche in presenza di patologie neoplastiche per le quali già la norma prevede unicità di accertamento.

**ASSISTENZA DISTRETTUALE**

Nel confermare la centralità del Distretto, quale principale momento di governo di specifici e ben identificati ambiti territoriali, in stretta sinergia con le zone sociali e i distretti scolastici, si conferma anche la sua articolazione in Centri di Salute, ambiti di eccellenza per le prestazioni di prossimità e per la interazione con la Medicina del territorio (MMG e PLS). Va comunque affrontata una dispersione territoriale in alcune prestazioni, garantite dai Punti di Erogazione, che possono essere centralizzate, mentre alcune devono rimanere di prossimità per garantire la capillare presa in carico delle necessità assistenziali. La Casa della Salute, di cui esistono esperienze ormai avviate a Trevi e Marsciano, va vista come una evoluzione dei Centri di Salute, come una loro ulteriore strutturazione sia logistica che funzionale, finalizzata a garantire ai cittadini sportelli unici di accesso sia ai servizi sanitari che a quelli sociali e organizzare la risposta nelle forme più appropriate, grazie alla compresenza di diverse professionalità, sia tecnico amministrative sia infermieristiche, sia della riabilitazione e dell’intervento sociale, sia della medicina di base e della specialistica ambulatoriale.

La medicina generalista, rappresentata dai **MMG,** dai **PLS** e dalla **Continuità assistenziale**, è la grande risorsa su cui può contare l’Umbria per sostenere e rendere credibili le misure di riordino nel campo delle cure primarie, alla luce in particolare della cronicizzazione delle malattie e dell’invecchiamento della popolazione.

E’ in fase di discussione una ipotesi di accordo regionale con i Medici di Medicina Generale, in cui si sta valutando l’opportunità e la fattibilità del pieno coinvolgimento dei MMG nell’area della prevenzione, della medicina di iniziativa, della appropriatezza degli interventi e nell’orientamento all’utenza. In particolare si chiede di raccogliere la sfida di “**Guadagnare salute” con la lotta ai 4 fattori di rischio (fumo, alcol, alimentazione, sedentarietà)**, garantire l’approccio ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, sviluppo della presa in carico di pazienti affetti da **malattie dell’apparato cardiovascolare, diabete e BPCO**, garantire la massima appropriatezza prescrittiva farmaceutica e diagnostica nonché un ruolo attivo nella **terapia del dolore** e nelle **cure palliative.** Contestualmente si vogliono concordare forme associative dell’assistenza primaria, quali la medicina in rete, le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, le **Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)**.

Analogamente è in fase avanzata la trattativa con la **pediatria di base** per concordare obiettivi di salute nelle aree tematiche ritenute di importanza strategica e sviluppare la medicina di iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi.

Va inoltre reso operativo un nuovo modello della **Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)** che dovrà prevedere la definizione di un rapporto tra medici e assistiti pari a 1/5.000, la rivisitazione dei punti di CA, in stretta relazione alle postazioni del 118 e l’attivazione di un numero unico regionale per la gestione dell’urgenze. Alla Continuità Assistenziale si chiede inoltre di contribuire all’ evoluzione qualitativa del sistema attraverso la istituzionalizzazione di un servizio di medicina generalista nelle strutture sanitarie per le cure intermedie, organizzato per fasce orarie nei giorni feriali, destinato a pazienti che rimangono comunque in carico al MMG che accede alla struttura o su chiamata o in maniera programmata.

Le **cure intermedie**, nella loro interpretazione più autentica, sono attuate in strutture di cura e di riabilitazione destinate ad accogliere persone malate che non necessitano del ricovero in ospedale per acuti ma, nel contempo, non possono veder risolti i propri problemi di salute in ambito domiciliare. In Umbria sono concepite come una evoluzione delle RSA a degenza breve o, non necessariamente in alternativa, come specifici moduli da realizzare all’interno degli ospedali DEA di 1° livello, degli ospedali di territorio o all’interno delle Case della Salute. Sono comunque presidi territoriali di prossimità collocati all’interno di strutture polifunzionali, purché con delineazione degli spazi ed accessi autonomi, orientati alla persona malata, aperta al territorio, integrati con il sociale, aperti alle famiglie e ai caregivers. Il target sono le acuzie non domiciliabili né ospedalizzabili e la cronicità in fase di riacutizzazione. Sono strutture con un definito turnover di ricoveri, ad alta intensità assistenziale infermieristica e ad alta intensità riabilitativa (fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale) con medio-bassa intensità assistenziale medica, con la responsabilità clinica affidata al MMG, in quanto sanitario a cui è affidato il malato ed è il titolare delle decisioni diagnostico terapeutiche. La responsabilità funzionale è dell’equipe infermieristica (Dirigente infermieristico, Coordinatore infermieristico, Personale OSS ed ausiliario) mentre la responsabilità organizzativa spetta al Distretto.

**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

**Sistema Urgenza Emergenza**

Con la decisione formale di realizzare una **unica Centrale operativa 118** su scala regionale, incardinata nell’Azienda Ospedaliera di Perugia, si è avviata una fase di riorganizzazione dell’intero Sistema dell’Urgenza e dell’Emergenza, a partire da una vera e propria cabina di regia dell’intero sistema, rappresentata dalla centrale operativa, in grado di orientare le attuali **postazioni mobili (autoambulanze e auto mediche)**, distribuite sull’intero territorio regionale e che dovranno essere confermate sulla base della stima dei volumi di attività nonché degli ambiti e della capacità operative, verso presidi ospedalieri dotati di **Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA), sia di I che di II livello**, in grado di gestire sia le situazioni di urgenza che di emergenza sanitaria. La centrale operativa sarà anche la garante di protocolli operativi riguardanti tre patologie tempo dipendenti: infarto del miocardio, ictus cerebrale e politrauma grave.

**Alte specialità chirurgiche (Neurochirurgia, Chirurgia toracica, Cardiochirurgia)**

Il numero di unità operative attualmente esistenti dovrà essere riconfigurato non più su ambito aziendale o provinciale ma su scala regionale, tenendo conto dei dati epidemiologici, delle linee guida internazionali e delle intervenute modifiche dei percorsi diagnostico terapeutici degli ultimi anni, quale esempio il trasferimento di molte prestazioni dalla cardiochirurgia alla cardiologia interventistica o il miglioramento della diagnostica e della chemio e radioterapia nel caso dei tumori toracici. Il riordino del “sistema alta specialità” deve essere sostenuto e garantito dalla costituzione di Dipartimenti unici interaziendali tra i Presidi Ospedalieri di Perugia e Terni.

Per quanto riguarda la **Neurochirurgia** l’offerta attuale soddisfa la domanda assistenziale sia in termini qualitativi che quantitativi e necessita di uno sviluppo differenziato di qualificazione professionale tra le due sedi di Perugia e di Terni, tenendo anche conto che il sistema dell’urgenza /emergenza prevede nei presidi sedi di DEA di II livello le prestazioni di neurochirurgia.

L’evoluzione della **Chirurgia toracica** umbra dovrà portare all’integrazione delle due strutture esistenti presso le aziende ospedaliere di Perugia e di Terni per realizzare una unica struttura dotata del parco tecnologico e delle figure professionali adeguate.

Nell’ambito della **cardiochirurgia** vanno mantenute le due strutture nei presidi ospedalieri di Perugia e di Terni, sedi di DEA di II livello, ma con la necessità di una maggiore integrazione, con l’elaborazione di protocolli di integrazione funzionale tra le due strutture e lo sviluppo differenziato di qualificazione professionale tra le due sedi, per favorire il recupero della mobilità passiva, il consolidamento dell’indice di attrazione extraregionale e l’integrazione con il sistema dell’urgenza/emergenza.

**Cardiologia interventistica**

A livello regionale vanno garantite 6 strutture di Unità Terapeutica Intensiva Cardiologica UTIC, di cui 3 dotate di emodinamica H24 (Ospedali di Perugia, Terni e Foligno) che forniscano ciascuna il numero minimo di procedure pari a 400 PCI/anno e strutture di cardiologia la cui dotazione di posti letto copra il fabbisogno complessivo della popolazione. E’ previsto il mantenimento di una attività di emodinamica “programmata” presso l’ospedale di Branca, integrata funzionalmente con la Cardiologia interventistica di Perugia.

**Chirurgie Generali e specialistiche**

Si rende necessaria l’evoluzione, almeno parziale, delle **Unità Operative di Chirurgia Generale** verso attività prevalentemente di **week surgery,** sia presso ospedali DEA di 1° livello che ospedali di territorio. Il numero di posti letto attualmente esistente va considerato ottimale e non incrementabile e pertanto vanno ridefinite la strutture H24 e le strutture day/week surgery con relativa dotazione di posti letto. Inoltre, occorre una riqualificazione delle strutture chirurgiche con definizione di una “mission” prevalente per ottimizzare l’offerta chirurgica e ridurre la mobilità passiva con particolare riferimento alla chirurgia oncologica. E’ necessario pertanto l’elaborazione di protocolli di integrazione funzionale ed organizzativa con definizione dei modelli di operatività tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere che consentano l’**interscambio di professionisti**, anche in relazione alla complessità della casistica.

Per quanto riguarda le **Chirurgie Specialistiche** occorre riqualificazione le strutture chirurgiche per ottimizzare l’offerta chirurgica specialistica e ridurre la mobilità passiva, prevedendo in particolare: **a)** l’integrazione funzionale fra aziende ospedaliere e ospedali di territorio di riferimento per alcune discipline (es. ortopedia, chirurgia pediatrica, oculistica e otorino); **b)** il potenziamento dell’offerta della branca di ortopedia-traumatologia nel territorio del Perugino anche attraverso la realizzazione di una ulteriore struttura operativa. E’ necessaria pertanto la riorganizzazione delle chirurgie specialistiche con “**pool itineranti di professionisti**” per aumentare l’offerta nelle discipline a maggior mobilità passiva extra-regionale.

**Medicina Generale**

Analogamente si prospetta lo stesso percorso per le **Unità Operative di Medicina Generale** verso UO per le cure intermedie, differenziando in diversi livelli assistenziali e prevedendo anche l’implementazione di forme alternative al ricovero (ambulatori, day service, cure intermedie con particolare riferimento a RSA a degenza breve). Tale riordino prevede la definizione puntuale delle strutture di Medicina d’urgenza con relativa dotazione di posti letto integrate nel sistema emergenza/urgenza e il riequilibrio tra le strutture specialistiche, le strutture di day service e le strutture ambulatoriali, con relativa dotazione dei posti letto e la definizione dei livelli di intensità di cura. Inoltre, è necessaria la definizione delle strutture da riconvertire parzialmente o totalmente da strutture a degenza per acuti a strutture intermedie con l’**attivazione di posti letto di RSA a degenza breve**.

**Punti nascita**

E’ stato realizzato un rilevamento sui requisiti minimi sia strutturali che organizzativi degli undici punti nascita regionali, che permette di avere un quadro puntuale sulla efficienza operativa e sull’efficacia nei termini di costi, di sicurezza e di ricorso al taglio cesareo non appropriato. Dal quadro analizzato si evidenziano criticità sia riguardo i numeri di parti effettuati, rispetto agli standard minimi di cui all’Accordo sull’appropriatezza del percorso nascita, sia alla disponibilità H24 di medici nonché alla dotazione tecnologica. Relativamente al taglio cesareo risultano valori di inappropriatezza in alcuni punti nascita. La mancata attivazione in Umbria del Trasporto Neonatale (STEN) e del Trasporto in utero (STAM) comporta una ulteriore criticità in termini di sicurezza al sistema attualmente vigente.

La rete dei punti nascita va pertanto ridisegnata perché sia in grado di garantire tempi rapidi di accesso e al contempo massima sicurezza della madre e del bambino.

Negli ospedali di **Perugia** e di **Terni** sono identificabili le **UO di Ostetricia di II livello**, in grado di garantire un numero di parti superiore a 1.000, assicurando la presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata nonché le UO Neonatologiche di II livello. Vanno invece ridimensionate le **Unità di Ostetricia di I livello** a cui saranno associate le Unità di Neonatologia di I livello, in quanto esistono almeno 5/6 punti nascita con meno di 500 parti all’anno. I criteri per l’accorpamento dei punti nascita dovranno essere i volumi storici di attività, i flussi attuali di utenza, la localizzazione geografica, il possesso di requisiti relativi ad almeno due sale travaglio/parto, sale operatorie, assistenza ostetrico ginecologica, anestesiologica, pediatrica/neonatale tutte H24 e la disponibilità degli esami di laboratorio, di indagini di diagnostica per immagini ed emotrasfusioni sempre H24.

La rete dei punti nascita dovrà essere inoltre supportata dall’attivazione di un sistema standardizzato di **Trasporto Assistito Materno (STAM)** e da un **Trasporto Neonatale d’Urgenza (STEN).**