

REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE

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

2010-2012

Visto per stampa:

Il Dirigente dell' Area Int. 2
Ufficio Piano di Rientro
Dr. ssa Lucia Borsellino

Il Dirigente dell' U.O.B.2.2
Coordinamento e verifica del
Piano Sanitario Regionale
Dr. ssa Maria Grazia Furnari

Indice

<i>L'eccellente normalità come obiettivo</i>	6
<i>Il Piano Sanitario Regionale</i>	7
<i>“Piano della Salute”</i>	7
<i>2010-2012</i>	7
Introduzione	8
Quadro normativo-programmatico	8
Dal Piano di rientro al Piano Regionale della Salute: dal contenimento della spesa alla riqualificazione dell'assistenza.....	9
I collegamenti con altri livelli di programmazione: il Patto per la Salute	11
Il Piano Regionale della Salute: principi ispiratori.....	11
Le politiche sociosanitarie	12
L'Assistenza Religiosa.....	13
Analisi di contesto	14
1. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana	15
1.1 Informazioni demografiche, biostatistiche, epidemiologie e socio-economiche.....	15
1.2 Quadro nosografico della Regione	18
1.2.1 Mortalità	18
1.3 Ambiti prioritari di intervento.....	24
1.3.1 Tumori	24
1.3.2 La salute materna e neonatale in Sicilia.....	28
1.3.3 Incidenti	29
1.3.4 La non autosufficienza: anziani e disabili	31
1.3.5 I cittadini stranieri in Sicilia.....	31
1.4 I Determinanti di Salute.....	32
Altri problemi della comunità	39
La Risposta di Salute in Sicilia	40
2 L'Assistenza sanitaria collettiva e in ambienti di vita e di lavoro	41
2.1 I programmi di educazione alla salute.....	41
2.1.1 La situazione attuale	41
2.1.2 I Programmi regionali di prevenzione.....	41
2.2 La sicurezza alimentare	45
2.3 La sanità veterinaria	47
2.3.1 L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia “A. Mirri”.....	49
2.4 La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi e negli ambienti di vita e di lavoro	49
2.4.1 Salute e ambiente.....	49
2.4.2 La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.....	50
2.4.3 Il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.....	50

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	54
3.1	Il Presidio Territoriale di assistenza (PTA) e il ruolo dei MMG, dei PLS e dei Medici di Continuità Assistenziale.....	54
3.2	La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale-territorio in una prospettiva di presa in carico globale della persona	56
4	L'integrazione socio-sanitaria.....	57
4.1	La non autosufficienza	58
4.1.1	L'assistenza domiciliare.....	59
4.1.2	Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali.....	59
4.2	Le Disabilità.....	60
4.1	La Riabilitazione e il modello operativo: la rete regionale.....	61
4.3	L'assistenza agli immigrati.....	63
4.4	Il ruolo del volontariato e del terzo settore.....	64
5	Le politiche del farmaco	65
5.1	Caratterizzazione dei consumi farmaceutici in Sicilia	65
5.2	Il corretto uso del farmaco: dalla prescrizione, alla dispensazione e all'uso.....	66
6	L'Assistenza ospedaliera: nuova configurazione dell'offerta	69
6.1	La rete ospedaliera	69
6.1.1	L'assistenza secondo il principio delle reti integrate: l'applicazione del modello Hub & Spoke	70
6.1.2	Criteri organizzativi dei Presidi Ospedalieri Pubblici.....	73
7	Il sistema dell'emergenza sanitaria: le innovazioni del sistema.....	76
7.1	Il percorso intraospedaliero del paziente in emergenza	77
7.2	Il ruolo del volontariato nel sistema di emergenza urgenza	78
8	L'assistenza nelle isole minori	79
	Aree prioritarie di intervento	84
9	La Salute della donna e del bambino e dell'età giovanile: obiettivi e azioni	85
	Adolescenti e giovani (13-24 anni)	87
	Donne in età fertile.....	88
9.1	I percorsi assistenziali dell'area materno infantile.....	91
9.1.1	La procreazione responsabile e il percorso nascita	92
9.1.2	Screening e diagnosi prenatale dei difetti congeniti del feto	92
9.1.3	Il percorso IVG.....	93
9.1.4	La Procreazione medicalmente Assistita (PMA).....	94
9.1.5	Il percorso Salute sessuale e riproduttiva dell'età giovanile.....	94
9.1.6	L'assistenza ginecologica.....	95
9.1.7	Il percorso salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti	96
9.2	La prevenzione della mortalità neonatale 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.....	96
9.2.1	Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al parto e al neonato	97
9.3	La salute del neonato e del bambino: diagnosi precoce delle malattie genetiche, malformative, sensoriali e comportamentali	99

9.4	L'educazione alla salute e ai corretti stili di vita in età pediatrica e nell'adolescenza	100
9.5	L'integrazione Ospedale-Territorio e i percorsi diagnostico terapeutici in pediatria	101
10	La Lotta ai tumori: obiettivi e azioni.....	104
10.1	La prevenzione dei tumori	104
10.2	La cura dei tumori: la rete oncologica e radioterapica e i percorsi diagnostico-terapeutici 104	
10.3	I tumori in età pediatrica.....	106
10.4	La rete delle radioterapie	108
10.5	La riabilitazione in oncologia	108
10.6	L'assistenza palliativa e la rete degli hospice	109
10.7	La rete della terapia del dolore.....	110
10.8	Il ruolo del Volontariato	110
11	L'Area cardiologica: obiettivi e azioni.....	111
11.1	La Prevenzione del Rischio Cardiovascolare	111
11.2	La Rete dell'emergenza cardiologica.....	111
11.3	La Gestione in rete delle aritmie	114
11.4	La rete gestionale integrata per la cura dello Scoppio Cardiaco (SC)	116
11.5	La Riabilitazione cardiovascolare	118
11.6	L'assistenza cardiocirurgica.....	119
12	Le Neuroscienze: obiettivi e azioni.....	120
12.1	Lo sviluppo delle neuroscienze in Sicilia e la messa in rete delle competenze	120
12.2	La rete per l'emergenza neurologica	120
12.2.1	Malattie cerebrovascolari e StroKe Unit	120
12.2.2	Neurotrauma.....	121
12.3	La rete per le malattie neurologiche croniche	121
12.3.1	Demenze e malattia di Alzheimer.....	122
12.3.2	Parkinsonismi e disturbi del movimento ed Epilessia.....	122
12.3.3	Sclerosi Multipla	122
12.3.4	Malattie neuromuscolari	123
13	La gestione del politraumatizzato	124
13.1	Trauma cranio-encefalico	124
13.2	Il Trauma Center	125
13.3	Il Sistema integrato di riabilitazione ospedale-territorio	126
14	L'Area dei trapianti e il Piano Sangue	127
14.1	L'Area dei trapianti: obiettivi e azioni	127
14.2	Il Piano Regionale Sangue e Plasma 2010-2012	130
14.3	Riassetto e rifunionalizzazione della rete per l'assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie	131
15	La Salute Mentale e le Dipendenze	133
15.1	La Salute Mentale: promozione di percorsi di ripresa	133
15.2	Integrazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) con i SerT (Servizi per le tossicodipendenze) e con i distretti.....	133
15.2.1	La formazione in Salute Mentale.....	138

15.2.2	La ricerca orientata alla Salute Mentale.....	139
15.3	La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).....	139
15.4	Le Dipendenze patologiche	143
15.5	La doppia diagnosi: la gestione integrata	145
Qualità, Ricerca e Sviluppo.....		147
16	Il miglioramento della Qualità ed il Governo Clinico.....	148
16.1	Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti.....	148
16.2	Programma Regionale per la Promozione permanente della Qualità (PROQUAL).....	149
16.3	La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure	149
16.3.1	La funzione aziendale per la qualità e la sicurezza dei pazienti.....	149
16.3.2	Monitoraggio eventi avversi.....	150
16.3.3	Programma Regionale per l'implementazione di raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti 150	
16.3.4	Programma di collaborazione con Joint Commission International.....	150
16.4	Il Coinvolgimento dei pazienti.....	151
16.5	Il Miglioramento dell'efficacia delle prestazioni.....	151
16.3	Il Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni	152
17	La Formazione del personale per i bisogni di salute e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.....	154
17.1	Analisi dei bisogni formativi	154
18	La Comunicazione.....	159
18.1	Il Consenso informato	159
	Interventi prioritari	160
19	Ricerca e Innovazione	161
19.1	La ricerca biomedica ed organizzativa per l'innovazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.....	161
19.2	La gestione efficace delle tecnologie sanitarie	162
19.3	Le innovazioni tecnologiche	165
19.4	Il Comitato Regionale di Bioetica.....	167
20	Le risorse	169
20.1	La programmazione degli investimenti per il triennio 2010/2012.....	169
21	L'Attuazione del Piano.....	174
21.1	Misurabilità e trasparenza: monitoraggio e valutazione.....	174
21.2	L'Audit civico e l'apporto del volontariato	177

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"*

2010-2012

Introduzione

Quadro normativo-programmatico

Il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2010-2012 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 un punto di svolta 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 realizzata attraverso l’accorpamento e la rifunzionalizzazione 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 assicurare la verifica dell’appropriatezza, l’adeguatezza e la qualità delle prestazioni, adeguati 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 inappropriata 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 inappropriata 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 inappropriata 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 di 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 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 previste 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.

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 rifunzionalizzazione della rete trasfusionale, ponendosi tra gli atti di programmazione coerenti con le innovazioni introdotte dalla L.R. n.5/09.

Nel contesto delle azioni delineate nel Piano di rientro e dei correlati interventi di riordino del sistema scaturenti dalla legge di riforma, 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 2010-2012, 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 ed 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 servizi sanitari regionali 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 sostenibilità economica.

Esso si pone come lo strumento attraverso il quale fornire ai Direttori Generali delle Aziende della Regione 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 2010-2012, 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.

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”, 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 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 per le quali si rinvia all’apposito documento di programmazione congiunta del sistema locale dei servizi integrati sul territorio, previste dall’art.12, comma 7 della l.r.5/2009, che fissano 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.

In tale direzione volge la riforma dell’Amministrazione regionale con l’istituzione dell’Ufficio speciale per l’integrazione sociosanitaria, con l’obiettivo principale 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, individui un unico indirizzo di programmazione sociosanitaria.

Coerentemente è intervenuta 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.

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’efficacia 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.

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 indistinti.

Analisi di contesto

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

1.1 Informazioni demografiche, biostatistiche, epidemiologie e socio-economiche

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione complessiva dei problemi rilevanti di salute della Regione 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.doiesicilia.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
<i>Italia = 100</i>	<i>107,8</i>	<i>88,2</i>	<i>80,8</i>	<i>113,4</i>	<i>90,0</i>	<i>99,6</i>

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 2007 ha subito un aumento rispetto agli anni precedenti assestandosi al 44,6% circa della popolazione di età superiore ai 15 anni ma rimane comunque ben al di sotto della media nazionale del 58,6%.

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 elevatissime.

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.

BOZZA

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 2005, a fronte di un tasso di mortalità infantile in Italia 3,7/ 1000 nati vivi, in Sicilia si registra un tasso di 5,1/1.000 nati vivi, rappresentando il secondo più alto a livello nazionale. Sebbene in costante diminuzione l'entità della riduzione del tasso del 51% confrontata con il 1990 in Sicilia è stata inferiore al valore di riferimento nazionale (55%).

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	Riduzione % (1990-2005)
Sicilia	10,5	8,3	6	6,3	6,6	5,1	4,8	5,1	51%
Italia	8,2	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,7	55%

Elaborazione DASOE su dati HFA- aggiornamento dicembre 2008

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

Elaborazione DASOE su Fonte ISTAT- Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane (2009). Anno di riferimento 2006

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

UOMNI						Donne						
Rango	Grandi Categorie ICD IX	Numero di decessi	Mortalità prorzionale %	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 prorzionale %	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, IMMUNTARIE	1469	6,4	56,7	28,1	17332
4	MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNTARIE	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 GENTO-URINARIO	510	2,2	21	14,6	6117,5	MALATTIE DELL' APPARATO GENTO-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 EMOPOIETICI	84	0,4	3,5	2,5	2382	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	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	366632

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.

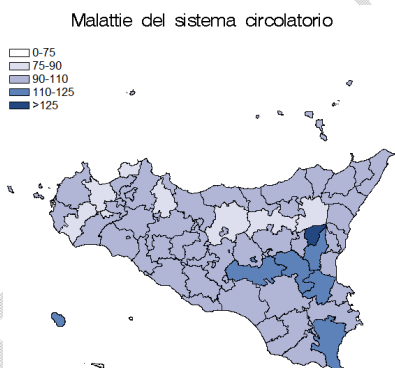
Mortalità per grandi gruppi di cause nelle province siciliane

	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, METOBOLICHE, 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 RESPIRATORI O	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 OSTEOSMUSCOLARI 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

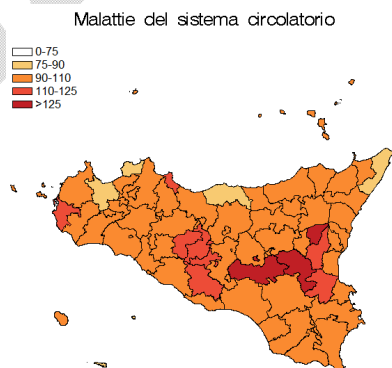
Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

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

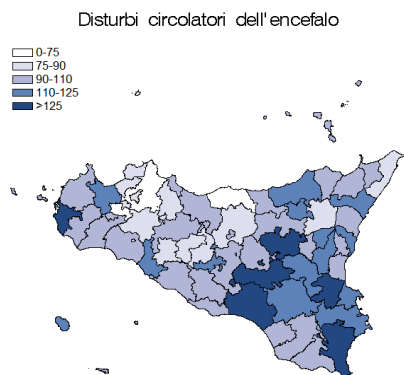


Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008)

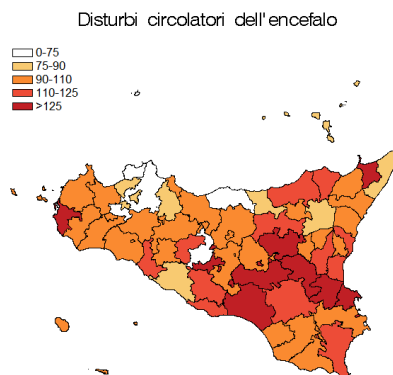
Mortalità per malattie del sistema circolatorio, anni 2004-2008													
	Uomini						Donne						
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato 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



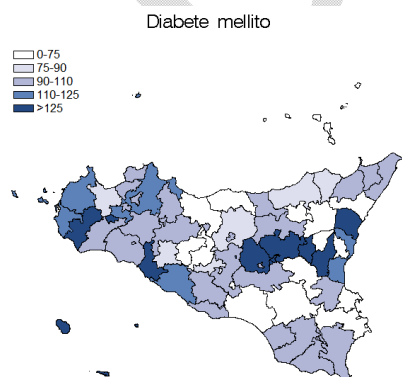
Fonte: ReNCaM 2004-2008
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

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			

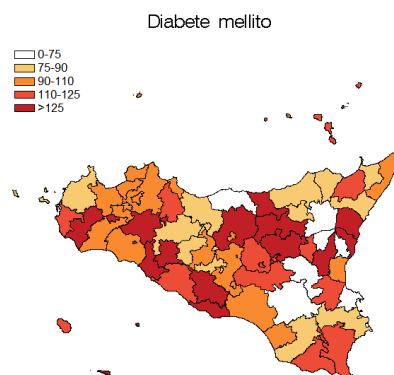
Diabete

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 2005) 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

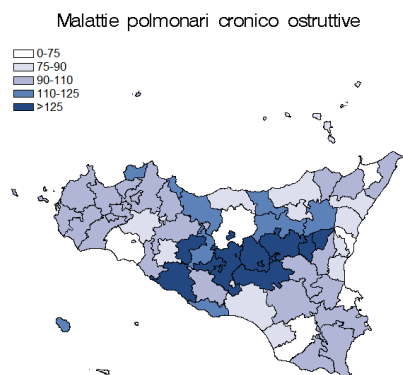
Mortalità per diabete mellito, anni 2004-2008												
	Uomini						Donne					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	SMR	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

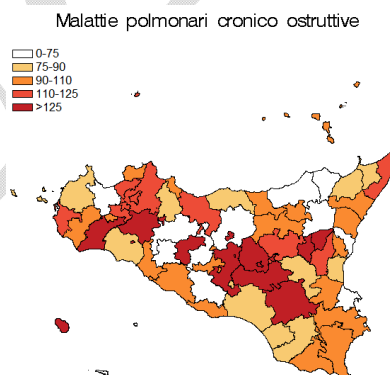
La corretta gestione delle complicanze contribuisce alla riduzione della mortalità ma in Sicilia l'aderenza alle linee guida per il controllo della malattia è da migliorare sensibilmente a livello territoriale (fonte: studio QUADRI (Qualità dell'assistenza nelle regioni Italiane); ISS, 2005),. La gestione 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.
- Oltre agli interventi relativi al contrasto dei principali fattori di rischio occorre predisporre adeguate strategie assistenziali sul territorio per la riduzione del carico di mortalità oggi in fortemente in eccesso.

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)

Uomini	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %	Donne	Numero di decessi	Mortalità proporzionale %
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

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.)

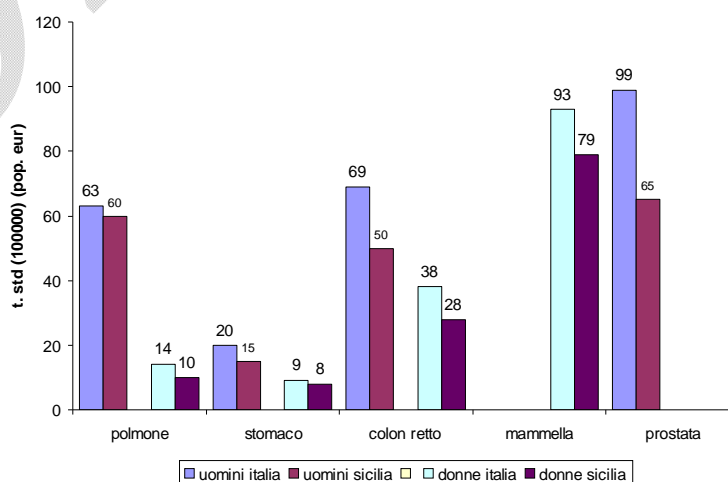
		Uomini		Donne		Totale	
		1995-2000	2001-2006	1995-2000	2001-2006	1995-2000	2001-2006
Tutti i tumori (ICD-9 140-208)	Sicilia	280,3	286,2	189,9	191	229,5	232,9
	Sud	321,6	319,7	208,5	218,4	253,9	262,7
	Italia	373,4	353,5	261	269	308,4	304,5
Tumore Mammella (ICD 9 175)	Sicilia			93,5	99,8		
	Sud			68,9	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.

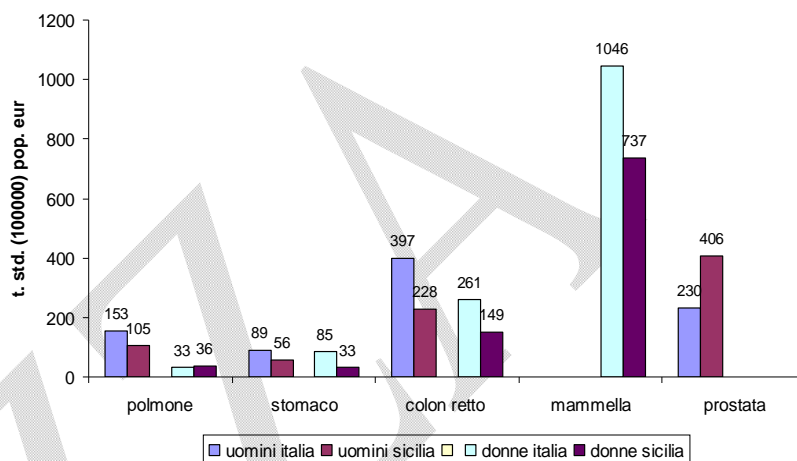
Prevalenza

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, oltrechè della prostata e della mammella.

Stima casi attesi e tassi standardizzati (standard europeo) per 100.000. Età 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) è 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 più frequentemente ricoverati sono quelli del colon-retto, seguiti da polmone, mammella, vescica, leucemie e linfomi, che insieme costituiscono più della metà di tutti i ricoveri per tumore.

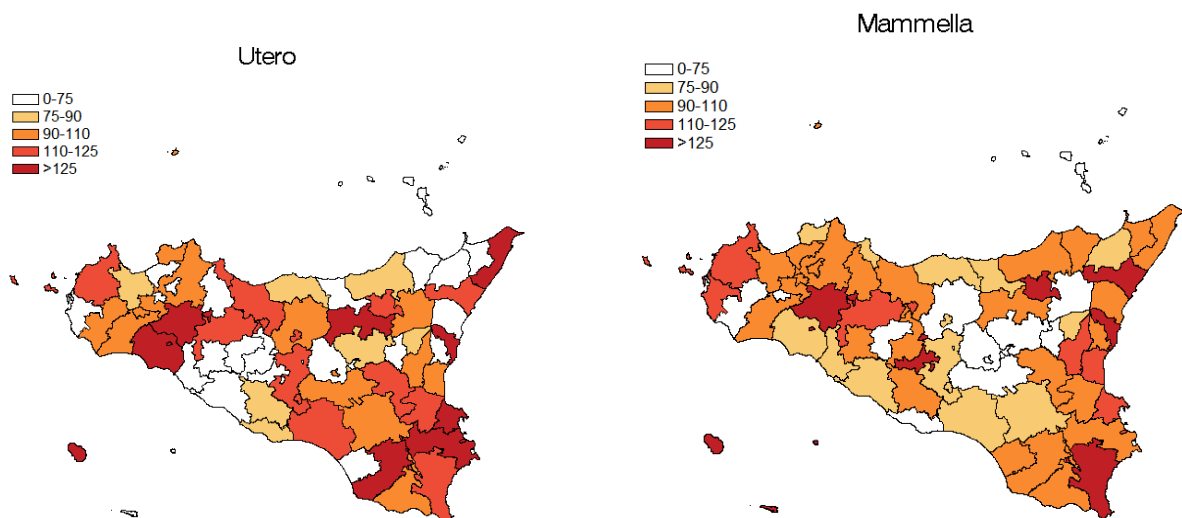
I tassi di ospedalizzazione (n. di ricoveri/popolazione) crescono con l'età e sono maggiori nei maschi (tranne che nella fascia 30-54 anni, in cui sono più elevati nelle donne).

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

Diagnosi precoce oncologica

In Sicilia i tassi di mortalità per tumore maligno dell'utero, seppure in decremento, rimangono costantemente più 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'età. La mortalità per cancro del colon è 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 2004-2006 mostrano valori significativamente in eccesso nella provincia di Siracusa per l'utero ed in quella di Catania per la mammella.

Mortalità per tumore dell'utero, donne, anni 2004-2006							Mortalità per tumore della mammella, donne, anni 2004-2006					
	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	19	8,1	4,8	79,3	60	102,7	65	27,4	19,7	86,5	74,8	99,6
Caltanissetta	14	9,8	7,1	101,1	72,9	136,7	39	27,3	20	89,8	74,3	107,6
Catania	49	8,8	6,1	95,3	80,5	112	180	32,5	24,2	111	101,9	120,8
Enna	10	10,7	6,5	100,3	67,2	144,1	20	21,7	15,6	65,8	50,1	84,9
Messina	40	11,6	7,2	103,6	85,8	124	120	35,1	23,4	101,2	91	112,2
Palermo	63	9,8	6,6	101,3	87,4	116,9	190	29,5	20,8	97,2	89,4	105,5
Ragusa	16	10,5	5,5	104,1	77	137,7	51	32,5	22,2	103,3	87,5	121,1
Siracusa	27	13,1	8,5	135,1	107,2	168,2	69	34	24,2	110,6	96	126,7
Trapani	21	9,4	5,7	89	68,4	113,9	76	34,3	22,1	103,6	90,6	117,9
SICILIA	258	10	6,4	100	93,1	107,3	809	31,3	22	100	96,1	104,1

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, mentre in Sicilia è in fase di avvio uno specifico piano regionale.

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

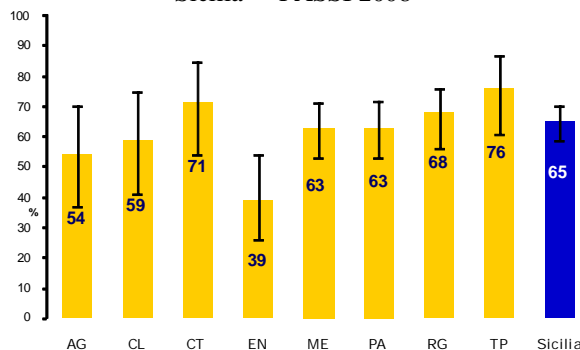
Ricorso alla Diagnosi Precoce

		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 2006 (fonte SDO) sono 49949. L'età media al momento del parto nel 2006 è di 29,8 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 2006 è del 53,6%), con differenze legate al tipo di struttura (50% nel pubblico, 75% nel privato) e in aumento con l'età della madre.

I neonati di basso peso alla nascita (<2500 gr.) nel 2006 sono il 7,3%, i neonati di peso molto basso (<1500 gr.) sono l'1%. I nati pretermine (<=37 settimane) sono il 15,1%, i nati <=32 settimane l'1,3%. 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, anno 2003) 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: Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009

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 nel triennio 2004-2006 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 2005-2007, mostrano che in Sicilia in media ogni anno si verificano oltre 14000 incidenti con circa 21000 feriti ed oltre 300 morti.

Incidenti e persone infortunate

PROVINCE	2005			2006			2007		
	Incidenti (Tassi grezzi per 10000)	Morti	Feriti	Incidenti (Tassi grezzi per 10000)	Morti	Feriti	Incidenti (Tassi grezzi per 10000)	Morti	Feriti
Agrigento	748(16)	36	1.223	762(17)	20	1.220	778 (17)	22	1.294
Caltanissetta	564(20)	25	911	571(21)	30	909	546 (20)	14	953
Catania	3659(34)	96	5.270	3643(34)	113	5.265	3353 (31)	90	4.993
Enna	315(18)	15	524	337(19)	14	567	298 (17)	9	548
Messina	1814(28)	43	2.895	1763(27)	42	2.782	1755 (27)	40	2.679
Palermo	3559(29)	75	5.077	3535(29)	80	5.095	3561 (29)	86	5.112
Ragusa	782(25)	40	1.235	816(26)	29	1.294	946 (31)	24	1.545
Siracusa	1380(35)	38	2.041	1296(33)	32	1.906	1406 (35)	41	2.081
Trapani	1591(37)	32	2.358	1480(34)	23	2.158	1530 (35)	30	2.237
Sicilia	14412(29)	400	21.534	14203(28)	383	21.196	14173 (28)	356	21.442
ITALIA	240011(41)	5.818	334.858	238124(41)	5.669	332.955	230871 (39)	5.131	325.850

Elaborazione DASOE su Fonte: ISTAT: Incidenti stradali Anno 2007

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 Tutte le Gestioni

	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 M. 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.

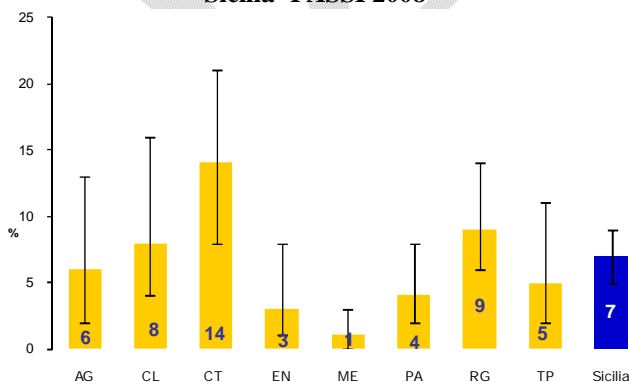
La M. di Alzheimer ha una prevalenza del 5-6%. Tale tasso raddoppia ogni 5 anni di età tra i 65 e gli 80 anni; oltre a tale età il tasso di prevalenza si attesta attorno al 40%.

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 2008 gli stranieri residenti (ISTAT indagine sul *movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza*) erano 98.152, di cui 48055 maschi e 50097 femmine.

La Sicilia si colloca al nono posto, per numero di stranieri residenti, fra le regioni italiane, ospitando il 2,8% 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 2008

	Maschi	Femmine	Totale	% su pop. residente
Agrigento	3423	3727	7150	1,6
Caltanissetta	1712	1909	3621	1,3
Catania	7608	9419	17027	1,6
Enna	696	1137	1833	1,1
Messina	7194	8840	16034	2,5
Palermo	10011	11231	21242	1,7
Ragusa	8724	5551	14275	4,6
Siracusa	4311	3935	8246	2,1
Trapani	4376	4348	8724	2,0
Sicilia	48055	50097	98152	2,0
Italia	1701817	1730834	3432651	5,8

Fonte: DemoIstat – 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 pediatrico/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:

Ipertensione

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 nazionale (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 del 2-8% dei costi globali per la sanità. Secondo i dati dell'indagine multiscopo ISTAT 2007 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; Ital Heart j vol 4 2003; 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, in il consumo di alcool ed il relativo impatto sulla salute nella 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
Stuazione 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
Ipertensione 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 "aree ad elevato rischio di crisi ambientale" 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 sono il più delle volte sostenuti da un corrispondente eccesso dei 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 Linfoematopoietico							+					+
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. 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. A 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 alcune 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 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)
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 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	Raccomandazioni
Malattie circolatorie (cardio e cerebrovascolari)	<p>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.</p> <p>Riduzione della mortalità a breve termine attraverso miglioramento dell'offerta diagnostico-assistenziale specie per gli eventi acuti coronarici e cerebrovascolari.</p> <p>Rafforzamento del Sistema Informativo di Mortalità (ReNCam)</p>
Obesità e sedentarietà	<p>Prevenzione primaria, fondata sull'adozione di corretti stili di vita: abitudini alimentari equilibrate e attività motoria costante specie nella fascia di età evolutiva</p> <p>L'attuazione di programmi per questo specifico obiettivo richiede l'interazione complessa di una serie di enti che, se anche 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</p>
Tumori e screening	<p>Rafforzamento di campagne di promozione della salute nel campo del contrasto a fumo, alcol e altri fattori di rischio modificabili</p> <p>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)</p> <p>Miglioramento dell'offerta diagnostico assistenziale per aree selezionate</p>
Diabete	<p>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</p>
Broncopatie croniche ostruttive (e malattie respiratorie) .	<p>Prevenzione primaria e contrasto a fumo</p> <p>Miglioramento della qualità dell'assistenza territoriale</p>
Ricorso all'alcool in età giovanile	<p>Programmi per il contenimento dell'uso dell'alcol specie in età giovanile .</p>
Salute materno infantile dell'età evolutiva	<p>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.</p>

Altri problemi della comunità

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

BOLZEA

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.

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-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

In tale contesto, il programma ministeriale "Guadagnare Salute", 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 attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, definito nell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Questo ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, ed il contrasto all'obesità.

Inoltre il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, ai fini di una efficace azione di contrasto dei fattori di rischio modificabili, prevede la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del sistema sanitario sottolineando, altresì, la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza di tali condizioni.

Per raggiungere tale scopo, il Ministero della Salute (CCM) 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 del 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.

2.1.2 I Programmi regionali di prevenzione

Nell'ambito delle tematiche affrontate nel Piano Regionale di Prevenzione, adottato con Decreto Assessoriale 6065 del 29/07/05 in attuazione dell'art. 4 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, sono stati avviati i seguenti specifici piani di prevenzione che la Regione intende implementare 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 ex Aziende Sanitarie Locali (ora 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 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.

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

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 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 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.

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

Il piano è rivolto all'intera popolazione regionale quale obiettivo finale di pianificazione regionale. La Regione partecipa, inoltre, al progetto nazionale "OKkio alla Salute" relativo alla sorveglianza delle abitudini alimentari e dell'attività fisica in età scolare.

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. 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 ex Aziende Sanitarie Locali (ora 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 ex Aziende Sanitarie Locali (ora 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.

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 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.).
- 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 comportamenti e opinioni in merito alla sicurezza stradale attraverso la compilazione di un questionario da effettuare a cura dell'utente prima dell'ingresso nell'ambulatorio medico e attraverso la divulgazione di materiale informativo.

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 ex Aziende Sanitarie Locali (ora 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".

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

E' obiettivo strategico quindi 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.

Per la realizzazione di tale obiettivo si intende agire sui seguenti aspetti fondamentali:

- creazione di una cabina di regia regionale, comprendente i rappresentanti dell'Osservatorio Nazionale Screening e di un network strutturato dei referenti delle ASP;
- creazione di un sistema informatico regionale *web based* che utilizzi il tracciato record del Progetto ministeriale "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 i programmi di screening vengono attivati per migliorarne l'adesione.

Obiettivi ed interventi prioritari per il triennio

Il Piano Nazionale della Prevenzione ha di fatto promosso un grande salto di qualità nella gestione della prevenzione basata sulla conoscenza. Questo salto si è concretizzato, in particolare, con il trasferimento a livello

gestionale di evidenze e nuove conoscenze scientifiche, con la formazione, la definizione, la diffusione e la promozione dell'utilizzo delle informazioni anche ai fini della valutazione quantitativa dei risultati raggiunti.

Il complesso di questi elementi individua per la prevenzione una prospettiva di "organizzazione che impara" e dimostra che una vera e propria gestione della conoscenza è praticabile e andrebbe considerata sempre come punto di riferimento per un modello organizzativo.

E' necessario, tuttavia, investire anche nell'acquisizione di nuovi dati che permettano la valutazione dell'efficacia delle pratiche proposte o correnti non solo di processo ma anche di risultato e ricorrere a strumenti che consentano di definire meglio le priorità, individuando i problemi di salute nei confronti dei quali, allo stato delle conoscenze, la prevenzione possa mettere in campo interventi atti a contrastare i fattori di rischio e a potenziare i determinanti positivi.

Le linee di intervento operative del prossimo Piano Nazionale della Prevenzione sono gli interventi che, individuati come prioritari, necessitano di una traduzione operativa su scala regionale.

La nuova metodologia prevede che, sulla base degli obiettivi generali di seguito individuati e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, le Regioni, in modo coordinato, predispongano i rispettivi Piani regionali della prevenzione, indicando le azioni, la tempistica e gli indicatori per la valutazione.

Le linee sono suddivise in tre ambiti:

- la prevenzione universale,
- la prevenzione nella popolazione a rischio,
- la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

La prevenzione universale comprende interventi nelle seguenti aree:

- area della sicurezza, finalizzata alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico;
- prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, che comprende le malattie suscettibili di vaccinazione e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, le malattie causate da alimenti e bevande, le malattie professionali ed in ambito lavorativo, le malattie correlate all'inquinamento;
- prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.

La prevenzione nella popolazione a rischio comprende interventi rivolti alle seguenti patologie:

- tumori e gli screening;
- malattie cardiovascolari;
- diabete;
- malattie respiratorie croniche;
- malattie osteo-articolari;
- patologie orali;
- disturbi psichiatrici;
- malattie neurologiche;
- malattie infettive
- cecità ed ipovisione;
- ipoacusia e sordità.

La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia comprende interventi nell'area delle cronicità e della disabilità.

Il contesto prima descritto impone quindi, a livello regionale, delle scelte sempre più fondate su criteri scientifici che, a partire da una analisi epidemiologica e di contesto, utilizzino alcuni indicatori sintetici dello stato di salute che consentano di individuare gli interventi prioritari e gli investimenti da effettuare sulla base delle risorse disponibili. Per tale motivo il Piano Regionale dovrà:

- definire i criteri per una graduazione dei rischi/effetti rilevati;
- individuare, gli obiettivi prioritari, in relazione a 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).

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 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 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;
- La 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 magazzino e, infine, del commercio, sia all'ingrosso che al dettaglio, e della somministrazione.

Il Piano Integrato 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.

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 2010-2012, 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 eradiccate 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 2010-2012 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 individuazione 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 Enzootica (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 Tuberculosis 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 prevalenza 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 delle 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 "consolle di governo" al fine di non creare inutili doppioni;
- analizzare i bisogni informativi delle AA.SS.PP.;
- 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 individuati dal presente piano, individuando aree di bisogno non espresso per allineare l'efficacia del Sistema Veterinario Regionale agli standard nazionali sanitario.

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:

- 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.

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* del Dipartimento di Prevenzione delle ASP.

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.

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

In analogia con il sistema nazionale, 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 P.A.

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'Assessorato della Salute del 28 luglio 2009, impegnando la Regione Siciliana ad attuare i seguenti obiettivi di promozione e di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

In conclusione, gli obiettivi per il triennio 2010-2012 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;
- 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 "sbagliando si impara" coordinato dall'ISPESL;
- 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 di altri Enti pubblici preposti alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, per la disamina delle cause e dinamiche infortunistiche e delle patologie occupazionali e ed elaborazioni di soluzioni tecniche, organizzative, gestionali da proporre agli organi decisori.

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 i 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, per il triennio 2010/2012, si individuano 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 P.A, 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 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'Assessorato Regionale 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 prioritario 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 2010/2012, 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 rivolti agli operatori del settore sui principali rischi del settore
 5. Sorveglianza sanitaria dei casi di intossicazione acuta da fitosanitari.
- *Piano di emersione delle malattie professionali*
 Il suddetto 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.
- *Piano straordinario di formazione del personale dei Servizi*
 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 anche sopralluoghi mirati a verificare la presenza nelle strutture sanitarie di idonei sistemi di organizzazione aziendale della salute e sicurezza sul lavoro con particolare riferimento ai Servizi di Prevenzione e Protezione, di standard di igiene e sicurezza adeguati ad impedire eventi infortunistici le malattie professionali. Dovranno inoltre essere previste iniziative di informazione e formazione rivolte a tutti gli operatori della sanità per la diffusione della cultura della sicurezza nelle strutture sanitarie;
- *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.

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 ASP.;

- alle risorse derivanti dall'attuazione dei progetti di prevenzione finanziati con appositi fondi regionali (DD.AA. 3143 e 3144 del 22/12/09) o promossi nell'ambito del 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, ISPESL,...);
- alle risorse derivanti dai proventi delle prestazioni a pagamento erogate nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle ASP;
- 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, di cui al capitolo previsto dal Decreto dell'Assessorato regionale al Bilancio e Finanze n. 1894 del 18/11/09.

BOLZEA

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 stessa.

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, che pone al centro innanzi tutto la persona, che viene facilitata 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 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.

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, 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.

Altro elemento essenziale da cui non può prescindere nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, è 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 influenze 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.

E' in ragione di quanto detto che i P.A. 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, preposti all'erogazione di prestazioni di diversa complessità ed attraverso il posizionamento, a livello ospedaliero di un "Ufficio Territoriale" 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 l'integrazione tra il servizio sociale dell'Azienda sanitaria e il servizio sociale del Comune di riferimento.

I P.A. 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.

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 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 emersi.

L'integrazione, infatti, evita la frammentazione spaziale ed organizzativa fra i singoli momenti dell'assistenza (ospedale, ambulatori dedicati, ambulatori dei MM.GG/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 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 sul quale la Regione Sicilia produrrà specifici indirizzi.

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 educativi rivolti anche alla rete dei *caregiver* familiari, 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.

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 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 (DSAT)* 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 DSAT 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.

4 L'integrazione socio-sanitaria

Obiettivi e interventi prioritari

Gli obiettivi 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.

Con il presente Piano si intendono assumere i seguenti impegni:

- Evidenziare la condizione di salute-benessere della popolazione
- Definire i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria regionali
- Definire l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili
- Indicare obiettivi di salute-benessere in linea di coerenza con i bisogni osservati
- Facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- Progettare azioni volte alla realizzazione degli obiettivi identificati
- Considerare le necessarie risorse a supporto degli interventi prioritari
- Definire i criteri di accreditamento di enti e strutture che, nell'ambito della programmazione congiunta, si attestino l'esecuzione di 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
- Migliore qualità percepita degli interventi.

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 dall'area socio-sanitaria.

Gli interventi sociosanitari devono essere in grado di:

- garantire i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni socio-sanitarie;
- attuare tutti gli atti di programmazione specifici del settore;
- assicurare l'universalità della presa in carico.

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 ed il governo del rapporto tra domanda ed offerta di servizi sanitari e sociali e garantirne 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 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 prevedere l'uso di risorse anche provenienti da programmi di finanziamento comunitari e/o, comunque, da altri diversi ambiti di finanziamento accessibili 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;
- 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 come sequela stabile di malattia pregressa)
- Conseguenze critiche della demenza
- Correlazioni fra perdita di funzione motoria 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 attivazione dei servizi sociali delle Aziende sanitarie e dal pieno coinvolgimento di tutti gli attori della rete assistenziale, MMG/PLS (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 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;

- 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 di fruizione definito;
- attuare l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale offerta dalle aziende sanitarie e l'assistenza socioassistenziale offerta dai comuni.

4.1.1 L'assistenza domiciliare

Il nuovo Piano della Salute 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.

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 65 non autosufficiente), raggiungendo appena l'1% della popolazione target, intende quindi potenziare tale ambito anche attraverso l'applicazione di apposite linee guida che definiscono percorsi e modalità operative omogenei 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
- implementare tutte le forme possibili di cure domiciliari
- attuare l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale.

4.1.2 Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali

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 RSA, prevede la completa attivazione di 2.500 posti nel triennio 2010-12 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 lungo assistenza all'interno di strutture socio-sanitarie sul territorio regionale entro il limite dei restanti 473 posti secondo modalità che saranno oggetto di protocolli d'intesa tra gli assessorati regionali alla Salute ed alla 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.

4.2 Le Disabilità

La legge 5 febbraio 1992 n. 104 ha definito i principi ed i criteri da applicare per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle 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 ha 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 inferiori 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.

E' obiettivo della Regione Sicilia garantire il supporto alla rete nazionale delle neuroscienze, nello specifico ambito delle disabilità intellettive.

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.

L'approccio alla riabilitazione sta superando, oggi, la vecchia concezione di improntata alla gestione di "minorazioni funzionali o menomazioni" per volgersi a favore di interventi in grado di promuovere le abilità della persona con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate.

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, 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.

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.

Obiettivi

- 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;
- 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;

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.

4.1 La Riabilitazione e il modello operativo: la rete regionale

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.

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 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 del disabile, 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 disabile, sia di tipo biologico che non biologico come le risorse culturali, formative, esperienziali, familiari, economiche, ambientali, sociali, ecc.

In Sicilia la rete di servizi per la riabilitazione, sotto alcuni aspetti insoddisfacente, deve essere migliorata sia in termini di strutture di riabilitazione intensiva – a livello ospedaliero 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 pubblica 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, attraverso la valutazione continuativa dell'attività svolta e del bisogno dell'utente e verifica delle capacità tecnico-organizzative;
- 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.

L'accoglienza delle persone disabili 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.

4.3 L'assistenza agli immigrati

Come indicato nell'analisi di contesto, la Sicilia si colloca al 9° posto per numero di stranieri residenti.

In osservanza alla normativa nazionale vigente, ai cittadini comunitari presenti sul territorio per un periodo superiore ai 3 mesi ma privi di requisiti per l'iscrizione al S.S.N. e in condizioni di indigenza (e non in possesso di TEAM – Tessera Europea Assicurazione Malattia o altro Modello rilasciato dalla istituzione competente del rispettivo Paese d'origine), è riconosciuto il diritto alle “*cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per malattie ed infortunio*” compresi i programmi di medicina preventiva, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, identificati nelle seguenti prestazioni:

- tutela della gravidanza e della maternità ai sensi delle leggi 29 luglio 1975 n. 405 e 22 maggio 1978 n. 194 e del decreto ministeriale 6 marzo 1995 e successive modifiche ed integrazioni;
- tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York del 20 novembre 1989, ratificata con legge 27 maggio 1991 n. 176;
- vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- interventi di profilassi internazionale;
- profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Tutte le suddette prestazioni sono erogate, a parità di condizioni con i cittadini italiani, presso tutte le strutture pubbliche e/o alle strutture accreditate con il S.S.N.

Al fine di consentire l'erogazione delle cure e la successiva rendicontazione delle prestazioni effettuate, ai cittadini comunitari non iscritti al S.S.N. e indigenti viene rilasciato un codice ENI (Europeo Non Iscritto) che dà diritto all'assistenza.

Il Codice ENI viene rilasciato ai cittadini comunitari nelle ASP, dalle Aziende Ospedaliere e dagli ambulatori dedicati, che già rilasciano il Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), a seguito di verifica della loro non iscrivibilità al S.S.N. e a seguito di dichiarazione di indigenza e perde validità anche prima della scadenza, in caso di non sussistenza di tali condizioni.

Esso ha validità di 6 mesi e può essere rinnovato previa verifica del sussistere delle condizioni che ne hanno permesso il rilascio e con una nuova dichiarazione di indigenza.

Per i minori, la dichiarazione di indigenza viene resa da chi ne ha la tutela.

Con l'entrata in vigore della Legge del 15 luglio 2009 n. 94, recante “Disposizioni in materia di sicurezza pubblica” ed al fine di evitare il verificarsi di situazioni di incerta o errata applicazione delle disposizioni vigenti in materia sanitaria che potessero pregiudicare il diritto di accesso alle strutture da parte dei cittadini stranieri non in regola con le prescrizioni di legge relative all'ingresso e al soggiorno, la Regione Sicilia, con le direttive assessoriali del 25/02/2009 e del 27/10/2009 ha ulteriormente uniformato, modificando e aggiornamento le disposizioni preesistenti, le procedure concernenti l'assistenza sanitaria agli stranieri, ponendo precisi obblighi a carico del personale sanitario (medico e paramedico, amministrativi e tecnici, operatori sociali e mediatori culturali) anche in relazione all'obbligo del rispetto del divieto di segnalazione, così come previsto dal D. Lgs n. 286/98.

Tale prescrizione garantisce la piena applicazione dell'art. 32 della Costituzione, in virtù del quale “la salute è un diritto pieno ed incondizionato dell'individuo”.

In osservanza a tale principio, inoltre, e nel rispetto dell'universalità e parità di accesso ai servizi sanitari, l'art. 28 – Assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari - la L.R. 14 aprile 2009 n. 5 ha stabilito che “..... *in applicazione dei principi costituzionali di eguaglianza e di diritto alla salute, nonché di gratuità delle cure agli indigenti, la Regione Sicilia garantisce le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali ai più deboli, ai più bisognosi, a tutti coloro che si trovano sul territorio della Regione, quale che sia la loro condizione giuridica, razza, sesso, religione, condizione personale e sociale, senza che ciò implichi alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio per disposizione inderogabile di legge, ed a parità di condizioni con i cittadini italiani.*”

Sperimentazioni gestionali: l'INMP

La Regione Sicilia partecipa al progetto di sperimentazione gestionale (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, assolutamente 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.

Per la parte sperimentale è previsto che alla Regione Sicilia venga trasferita una somma pari a 8.000.000 di Euro nei tre anni di sperimentazione, destinati a progetti proposti dal Direttore Scientifico della Regione (di cui una parte comuni alle tre regioni partecipanti) e approvati dal Comitato di Indirizzo e Verifica.

La Regione Sicilia si impegna, come altre Regioni partecipanti, a destinare una parte delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (pari a circa 1.000.000 di Euro), all'attività assistenziale (degenza ordinaria, DH, Day Service e ambulatoriale), prodotta e rendicontata dal Centro Regionale, utilizzando subcodici identificativi e non strettamente identificabile con i progetti di ricerca.

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.

4.4 Il ruolo del volontariato e del terzo settore

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.

L'intervenuta legge sul riordino del servizio sanitario regionale n. 5/09, all'art. 4, comma 3, riconosce alle associazioni di volontariato il ruolo di soggetti concorrenti alla migliore realizzazione degli interventi sanitari ispirati a principi di welfare pluralistico e coincidenti con la corretta implementazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie.

Il presente Piano della Salute intende 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.

E' prevista pertanto l'attivazione delle seguenti azioni:

- ricognizione in ambito regionale delle varie realtà del volontariato;
- 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 al I semestre 2009, un decremento del valore della spesa netta a carico del SSN del 1,3%, più marcato rispetto al contesto nazionale (0,3%) 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 Messina (2,4%).

Utilizzando come indicatore di confronto la spesa netta SSN per 1000 abitanti residenti, il valore più basso si riscontra nell'ASP di Ragusa (93.173) mentre il valore più elevato è riferito all'ASP di Messina (119.126).

Dalla comparazione dei dati di spesa netta SSN/1000 ab. regionali e nazionali relativamente ai farmaci rimborsabili, distinti per mese, si osserva nel I semestre 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 e 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.

La proiezione lineare dei dati di spesa della farmaceutica convenzionata al IV trimestre 2009 conferma il trend in decremento registrato nel primo semestre dell'anno, mentre si accentua l'incremento della spesa farmaceutica diretta a seguito dell'ulteriore implementazione, nello stesso anno, di tale modalità di distribuzione.

Complessivamente per tale livello di assistenza si registra, complessivamente, un lieve decremento dei costi rispetto al 2008 inferiore all'1%.

Consumi

Dall'analisi quali-quantitativa dei consumi dei farmaci per classe terapeutica al 1° livello della classificazione anatomico-terapeutica-chimica (ATC 1) 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 reductasi (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).

I consumi farmaceutici regionali nelle diverse modalità di distribuzione

I consumi farmaceutici regionali ripartiti in base ai diversi canali di distribuzione (convenzionata, diretta e ospedaliera), si attestano, 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 in materia dal Piano di rientro 2007/2009.

Tuttavia, permangono alcune criticità che condizionano il miglioramento del sistema a livello centrale e periferico e che costituiscono quindi obiettivi prioritari della programmazione regionale di cui al presente Piano:

- 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.

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'omogenizzazione 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.

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 della Regione 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.

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 prescrizione, 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 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 educativi* 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*);
- *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 dalla Commissione PTORS*

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 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 sostenibilità 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 e delle parafarmacie*

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.

6 L'Assistenza ospedaliera: nuova configurazione dell'offerta

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 inappropriatazza.

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-terapeutico e di monitoraggio che non richiedono la degenza.

Il nuovo 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.

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.

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 e la sicurezza dei pazienti 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 Sicilia. Esse, infatti, rispondono all'esigenza di superare la frammentarietà dell'assistenza, fornendo:

- al cittadino maggiori garanzie di continuità per la gestione dei propri problemi di salute;
- 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 sostenibilità 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 Sicilia

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, malattie rare e di assistenza pediatrica (neurologica, reumatologica, genetica).

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.

Le malattie rare

Una malattia è considerata "rara" quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti; le malattie rare colpiscono milioni di persone in Italia e decine di milioni in tutta Europa.

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.

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 previste:

- 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 2010 - del registro
- 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 Sicilia 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. Giovanni di Dio (oggi ASP Agrigento)
- Ospedale S. Raffaele Giglio di Cefalù (ASP Palermo)

All'interno del disegno di ciascuna rete assistenziale e di patologia dovrà essere prevista 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, (Fisiatri, ortopedici, pneumologi, oncologi, geriatri, neurologi, cardiologi...) che si integrano in rapporto all'evoluzione delle cure partecipando alla valutazione funzionale ed alla pianificazione del progetto 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 attraverso i piani attuativi aziendali.

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.

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.	
CARDIOCHIRURGIA	12	<p>*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.</p> <p>Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS.</p> <p>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. Deroghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per ospedali di piccole dimensioni e per la collocazione geografica degli stessi.</p>
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.	
ANGIOLOGIA	16	<p>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.</p> <p>Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS.</p> <p>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. Deroghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per ospedali di piccole dimensioni e per la collocazione geografica degli stessi.</p>
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	
PEDIATRIA	16	
RADIOTERAPIA	8*	
UROLOGIA	16	
SPECIALITA' BASSA ASSISTENZA		
DISCIPLINA	P.L.	
CHIRURGIA GENERALE	24	<p>*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.</p> <p>Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS.</p> <p>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. Deroghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per i piccoli ospedali e per la collocazione geografica degli stessi.</p>
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	24	
MEDICINA GENERALE	24	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	
SPECIALITA' AREA RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA		
DISCIPLINA	P.L.	
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE	24	<p>*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.</p> <p>Lo standard indicato di posti letto è comprensivo sia dei PL per ricovero ordinario che dei PL per DH e DS.</p> <p>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. Deroghe e/o eccezioni per la individuazione del modulo potranno essere previste per i piccoli ospedali e per la collocazione geografica degli stessi.</p>
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	24	
NEURORIABILITAZIONE	24	

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 Sicilia 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.

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 morbilità.

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 morbilità 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'1.1.2009, suddivisa per sesso, secondo i dati ISTAT.

ASP	ISOLA	COMUNE	RESIDENTI TOTALE	RESIDENTI MASCHI	RESIDENTI FEMMINE
Trapani	Favignana	Favignana	4358	2217	2141
	Levanzo				
	Marettimo				
	Pantelleria	Pantelleria	7736	3833	3903
Palermo	Lampedusa	Lampedusa	6170	3214	2956
	Linosa	Ustica	1330	674	656
	Ustica				
Messina	Lipari	Lipari	11239	5603	5636
	Vulcano				
	Stromboli				
	Panarea				
	Alicudi				
	Filicudi				
	Salina	S.Marina S.	882	470	412
		Malfa	902	451	451
	Leni	690	345	345	
TOTALE			33307	16807	16500

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 località di maggiore afflusso turistico (Lampedusa, Pantelleria, Vulcano) 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). Nella tabella seguente 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.

Sede	Lipari	Lampedusa	Pantelleria
N. ambulatori	3	15	4
Ore totali di servizio/settimana	33	60	50
N. giorni apertura/settimana	6	5	5
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
Geriatrics	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 per ospedaliero esterni	Prestazioni radiologia ospedaliera per esterni
Lipari	3549	9369	58315	4474
Lampedusa	18273		16672*	2381*
Pantelleria	1984	1280	8611	529

* 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 e complessivamente, nel 2008, sono state eseguite circa 11500 ore di attività.

Altri erogatori di prestazioni specialistiche sono rappresentati dai privati accreditati e, nella fattispecie, dal laboratorio di analisi presente a Lampedusa ed a Pantelleria, 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 che lavora con l'ausilio di personale del Comune) né sono presenti RSA, strutture di riabilitazione o strutture operanti nell'ambito delle tossicodipendenze.

L'assistenza domiciliare è attivata solo dall'ASP di Palermo presso Ustica e Lampedusa ma manca dovunque l'assistenza domiciliare palliativa per le terminalità.

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 AASSPP 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.

Questa équipe 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.

In particolare, 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 28 posti letto per acuti e 9 di DH/DS; in entrambi i presidi l'indice di utilizzo dei posti letto non raggiunge il 60%.

Inoltre, 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.

Nella seguente tabella viene riportata tale situazione con la precisazione che i dati si riferiscono ai ricoveri dei cittadini delle isole osservati nel corso del 2008 senza il dato di mobilità extraregionale.

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

Fonte: Dati ISTAT – SDO 2008

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 rivisitazione 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.

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.

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 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 dei 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; il 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.

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 (24 ore), 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.

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 extraisolane, 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.

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 e del bambino e dell'età giovanile: obiettivi e azioni

La situazione attuale

La tutela della salute della donne 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 24¹.

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 (5,1 per 1000 in Sicilia contro 3,7 per 1000 in Italia- ISTAT 2003). Sebbene in costante diminuzione, l'entità della riduzione del tasso confrontata con quello del 1990 in Sicilia, è stata inferiore al valore di riferimento nazionale (51% contro 54,9%).
La distribuzione sul territorio regionale della mortalità nel primo anno di vita è disomogenea, risultando più elevato nella provincia di Messina (7,8) e in quella di Catania (7,1), più basso nella provincia di Trapani (2,8) e Caltanissetta (3,3). 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. (Indagine regionale sulla mortalità nel primo anno di vita. Anni 2002-2004).
- b. Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è in continua riduzione nella regione soprattutto a carico delle donne meno giovani (tasso di abortività 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 inappropriata 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%).

¹ 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).

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.

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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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</i> • Somministrazione di contraccettivi nei consultori

TARGET	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI
Donne in età fertile	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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% Incrementare il numero di donne con gravidanza fisiologica seguite presso i Consulteri 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 Consulteri 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)
	<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione primaria e secondaria del ricorso all'IVG 	<ul style="list-style-type: none"> 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 Consulteri 	<ul style="list-style-type: none"> Assicurare il counselling sulla procreazione responsabile a tutte le donne che si rivolgono ai Consulteri Costruzione del percorso IVG Eseguire il controllo post IVG presso i consulteri Somministrazione di contraccettivi nei consulteri alle donne con modello ISEE
	<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione dei tumori femminili 	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento del tasso di estensione degli screening oncologici femminili Miglioramento del tasso di adesione agli screening oncologici femminili 	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione degli screenings in tutte le ASP Potenziamento delle campagne promozionali
	<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione e riduzione della violenza contro la donna. 		<ul style="list-style-type: none"> Conoscenza della diffusione del fenomeno Potenziamento e realizzazione di "centri antiviolenza" e sviluppo del lavoro di rete (zone territoriali -consulteri,-MMG,-PS, comuni, operatori sociali, volontariato)

TARGET	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI
• Donne e minori immigrati	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità della vita e promozione di stili di vita salutari • Prevenzione delle malattie cardiovascolari • Prevenzione dell'osteoporosi 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementare il N. di donne che accetta di sottoporsi al counselling • Incrementare gli incontri di gruppo su tematiche specifiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di "spazi menopausa" presso i Consultori • Incontri di gruppo multidisciplinari • Offerta attiva di counselling

Presupposti fondamentali al raggiungimento degli obiettivi elencati sono:

- La riqualificazione dei Consultori familiari,
- 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 Consulenti 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

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.

I servizi di Educazione alla Salute

I servizi di Educazione alla Salute, integrandosi con i Consulenti 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 dovrà poter 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.
- Integrare funzionalmente tra loro servizi territoriali e ospedalieri che a vario titolo si occupano di salute materno infantile.

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.

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.

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.

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 si ritiene opportuno che tutti gli operatori addetti ai test di *screening* siano accreditati presso la FMF e rispettino il programma annuale di controllo della qualità.

Attualmente nella Regione Sicilia 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, 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), dovrebbero essere effettuate in un ambulatorio ecografico inserito nel contesto di un servizio ambulatoriale di patologia della gravidanza.

E' opinione comune che 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 di patologia della gravidanza, operanti presso le UU.OO di Ginecologia e Ostetricia delle Aziende Sanitarie.

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

- 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 sarebbero invece 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, Cardiotoc 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 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. Si stima che 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 Sicilia. 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 2635 (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 ed infermiere) ed effettuare almeno 400 cicli annuali di tecniche di II e III livello per poter garantire gli standard di qualità ed efficienza precisi al compito.

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 cervicocarcinoma 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, enfatizzati 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 prenatali della depressione post-partum anche in collaborazione con i servizi di salute mentale e di psicologia.

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.
- Potenziamento delle risorse assistenziali (umane, strumentali e logistiche) per diminuire il ricorso al TC.
- Potenziamento dell'offerta di analgesia perdurale in tutte le divisioni ostetriche
- 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/tipo di intervento.

Inoltre, la cura della patologia onco-ginecologica deve usufruire di un approccio multidisciplinare (oncologia medica, radioterapia, chirurgia vascolare, chirurgia generale, urologia).

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.).

9.2 La prevenzione della mortalità neonatale 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

Gli indirizzi emanati dalla Regione per l'applicazione del Piano di Rientro in conformità alle prescrizioni contenute nello stesso, tendono alla progressiva messa in sicurezza dei "punti nascita", con disattivazione, tenuto conto delle condizioni territoriali ed ambientali, di quelli caratterizzati da meno di 500 parti/anno e alla costruzione della rete di assistenza materno-infantile e alla definizione di idonei protocolli atti a garantire la sicurezza del neonato e della madre.

Negli Ospedali in cui verranno gradualmente dismessi i punti nascita deve essere messa in atto la massima integrazione ospedale-territorio: ginecologi ospedalieri e consultoriali assicureranno la gestione clinica e strumentale (ecografie come da linee guida, esami di laboratorio, tamponi vaginali) coadiuvati dalle ostetriche per quanto di loro competenza, prendendo in carico le puerpere per seguire adeguatamente il post-partum, sostenendo l'allattamento al seno. I pediatri dovranno svolgere attività di controllo del neonato fisiologico, nonché attività in day-service di tutte le altre patologie pediatriche che non necessitano di ricovero.

I criteri di base ai quali è improntato il programma di "messa in sicurezza" e di costruzione della rete, tengono conto dell'andamento dell'attività ostetrica di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private dell'Isola relativamente agli anni 2005- 2009, come risultante dalle SDO (DRG da 370 a 375) e della caratterizzazione quali-quantitativa di quest'ultima, sulla base di indicatori di qualità quali l'incidenza delle complicanze, l'incidenza della mortalità materna e infantile nonché dell'incidenza di parti cesarei per i quali la Sicilia si attesta al secondo posto (circa il 50%) rispetto alla media nazionale (circa il 30%).

Al riguardo sono in corso di definizione 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 razionalizzare le UU.OO di Ostetricia e Ginecologia, di Pediatria e di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, organizzando tre livelli di assistenza in rapporto alla complessità dell'intervento necessario ed ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici posseduti dalle singole strutture.

In tale prospettiva, vanno individuati come centri di III livello quelli in grado di garantire per la madre e per il neonato le massime competenze diagnostico-terapeutiche a livello specialistico. Inoltre, in considerazione della disomogenea e talvolta anomala distribuzione territoriale delle Ostetricie e Ginecologie, il presente Piano intende valorizzare ulteriormente il collegamento funzionale delle stesse con la rete regionale di emergenza e potenziare il Servizio di Trasporto per le Emergenze Neonatali (STEN) su base regionale.

Criterion generale per il mantenimento dei punti nascita

Numero di parti superiore a 500/anno; eccezionalmente può essere previsto il mantenimento di un punto nascita per motivi orografici o per carenza della rete viaria o per eccessiva distanza dal Punto Nascita di livello superiore.

Criteri specifici per l'individuazione dei livelli assistenziali

I livelli si riferiscono alle disposizioni del progetto Obiettivo Materno infantile 1998/2000 (D.M. 24 APRILE 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 7 giugno 2000, n. 31) e al Piano tematico per il miglioramento di emergenza/urgenza pediatrica del 14 giugno 2005 (pagina 7 dell'allegato A del Piano tematico).

- Il Punto nascita di 1° livello deve avere almeno 500 parti l'anno, assistenza ostetrico-ginecologica h24, assistenza pediatrica/neonatologica 8-20 e pronta disponibilità 20-8, assistere parti fisiologici e controllare gravidanze in assenza di patologie accertate e assistere il parto di donne in età gestazionale superiore a 34 settimane.
- Il Punto nascita di 2° livello deve avere non meno di 800 parti l'anno, assistenza ostetrico-ginecologica h24, assistenza anestesiologicala h24 e assistenza pediatrica/neonatologica h24, assistere parti fisiologici e controllare gravidanze in assenza di patologie accertate, controllare gravidanze e parti a rischio in età gestazionale superiore a 31 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del 3° livello.
- Il Punto nascita di 3° livello deve avere almeno 1000 parti l'anno, assistenza ostetrico-ginecologica h24, assistenza anestesiologicala h24 e assistenza specialistica neonatologica h24, assistere parti fisiologici e controllare gravidanze in assenza di patologie accertate, assistere gravidanze e parti a rischio elevato, i soggetti in-born di qualsiasi peso o età gestazionale, anche in epoca gestazionale inferiore a 31 settimane; deve essere presente inoltre l'U.O. di terapia intensiva neonatale (UTIN).

Va precisato che le risorse necessarie ai tre livelli assistenziali devono essere assegnate, non soltanto in rapporto al numero dei posti letto, ma anche al numero dei parti/anno.

Criteri generali e specifici dell'assistenza neonatale

Tutti i neonati debbono essere assistiti alla nascita da un Neonatologo (o da un Pediatra con adeguata formazione), indipendentemente dalle caratteristiche e dalla ubicazione del punto nascita.

L'organizzazione dell'assistenza neonatale va realizzata su tre livelli:

- Assistenza neonatologica di 1° livello (UOC o UOS di Pediatria): neonati a termine sani e/o di età gestazionale superiore a 35 settimane, capaci di respirazione e alimentazione autonoma. Assistenza al punto nascita a tutti i nati mediante guardia attiva o pronta disponibilità. Esecuzione dei prelievi per gli screening metabolici ed endocrini ed invio dei campioni ai centri di riferimento. Esecuzione di esami di laboratorio semplici e di procedure assistenziali non complesse (fototerapia, infusione venosa periferica per il trattamento di patologie semplici). Adeguata dotazione organica di Pediatri con formazione specifica neonatologica e di personale infermieristico.
- Assistenza neonatale di 2° livello (Neonatologia): neonati di età gestazionale superiore a 32 settimane e di peso superiore a g 1500. Guardia neonatologica attiva h/24. Possibilità di realizzare terapia infusionale e monitoraggio incruento continuo. Possibilità di erogare supporto ventilatorio e stabilizzazione di neonati patologici in attesa del trasferimento presso la UTIN. Adeguata dotazione di personale medico (Neonatologi o Pediatri con formazione specifica neonatologica) e infermieristico.
- Assistenza neonatale di 3° livello (UTIN): neonati di qualsiasi età gestazionale (anche inferiore a 32 settimane) e/o peso (anche inferiore a g 1500), con necessità di assistenza intensiva respiratoria, cardiocircolatoria o metabolico-nutrizionale. Presenza di guardia attiva neonatologica h/24 con pronta disponibilità integrativa. Disponibilità di respiratori automatici, di apparecchiature di monitoraggio continuo e di diagnostica per immagini e di laboratorio. Possibilità di realizzare la nutrizione parenterale totale e tutte le manovre invasive necessarie. Possibilità di disporre di consulenze multi-specialistiche. Adeguata dotazione di personale medico (Neonatologi) e infermieristico. Realizzazione di follow up dei dimessi almeno per i primi tre anni di vita, con auspicabile prolungamento fino all'età scolare.

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 ne influenzano la possibilità e la qualità della sopravvivenza.

I Centri individuati 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 III 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, purchè 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.

Interventi prioritari

Il processo di messa in sicurezza dei punti nascita sarà accompagnato, dunque, dalla definizione, con appositi provvedimenti assessoriali, 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 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'analgesia 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 La salute del neonato e del bambino: diagnosi precoce delle malattie genetiche, malformative, sensoriali e comportamentali

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.

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 all' 1,0°/oo 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 neonatale 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 ne migliora la prognosi, ma spesso non è seguita da un'adeguata assistenza socio-riabilitativa con conseguente 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.

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. 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, 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 équipe 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 grossi 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.

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 La Lotta ai tumori: obiettivi e azioni

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. È obiettivo del presente piano la diffusione su tutto il territorio dei programmi di screening 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 atta a 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. È 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, 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 (ematochimici, 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 radioterapia della Regione mira quindi a migliorare tre requisiti di sistema:

1. sicurezza e qualità delle cure
2. equità dell'accesso alle cure
3. sostenibilità 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 Sicilia, 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 inappropriata 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 fino a oggi, di quanto assicurato dal no profit;
- 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: oncematologia 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 eventuali centri di eccellenza e dei criteri per individuarli in modo da supportare un modello di rete basato sui contenuti di attività piuttosto che sulle sole 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 Sicilia 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 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 oncematologica con particolare riguardo all'utilizzo ottimale sia delle nuove metodiche diagnostiche che delle modalità terapeutiche innovative.

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 funzioni 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 risorse dovranno essere modulate, pertanto, sulla quantità di pazienti che afferiscono a un determinato centro.

E' opportuno, quindi, riclassificare le prestazioni tenendo in conto le 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 Volumetriche-Tomoterapia-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 dovrebbero 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.

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 mediante la formazione di personale 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.

10.6 L'assistenza palliativa e la rete degli hospice

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 Sicilia, 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.

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*.

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 ASP dovranno consentire 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.

Inoltre, 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:

- il completamento della rete regionale di Cure Palliative;
- 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'équipe 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 dell'apersona e nel supporto all'équipe 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.

10.7 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 con sottocodici per ogni singola componente della Rete.
- 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.

10.8 Il ruolo del Volontariato

Il patrimonio di capacità umane, professionali ed organizzative espressione del settore non profit e più in generale del privato sociale è un bene al quale attingere, che necessita di un riconoscimento adeguato.

Le Associazioni no 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.

11 L'Area cardiologica: obiettivi e azioni

11.1 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, morbilità ed ospedalizzazione si mantiene elevato e rimane il primo problema di sanità pubblica. La distribuzione per numero assoluto e grandi categorie ICD IX 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").

11.2 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 ingresso"²

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.*

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 ed 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 "riperfusion" (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 riperfusion 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 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 riperfusion 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 dovrebbero 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 fundamentalmente 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.

Standard e Linee Guida per i Laboratori di Diagnostica e Terapia Cardiovascolare Invasiva (SICI GISE 2005-2007 /2007-2009)

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.

11.3 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 Scenario 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 Cardioritmiologia (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 transcateretere 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 programmatori, 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 Cardiorisincronizzazione, 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 cardiorisincronizzazione, 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 nel paese.

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 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 complicanze 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 accreditati.

11.4 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 una figura o 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.

11.5 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 le 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;
- 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 preferibilmente in dipartimenti cardiovascolari (ospedalieri, interaziendali o ospedale-territorio).

Tali realtà potrebbero fornire supporto agli ambulatori dei presidi periferici (centri SPOKE), favorendo una positiva osmosi assistenziale.

11.6 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 comorbilità 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 cioè 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.

12 Le Neuroscienze: obiettivi e azioni

12.1 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 potranno essere sviluppate:

- La rete per l'emergenza neurologica
- La rete per le malattie neurologiche croniche.

12.2 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.

12.2.1 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'emergenze 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.

12.2.2 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 neurochirurgica dovrebbero 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.

12.3 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.

E' opportuna, quindi, la creazione di reti assistenziali per patologia e sviluppate in precisi ambiti territoriali, in cui si possa creare una forte interazione tra soggetti differenti 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 dovrebbe comprendere:

- Centri di Riferimento (CR) per diagnosi e cura, allocati in strutture Ospedaliere e Universitarie o Centri Territoriali qualificati, individuati dalla Regione, con elevate competenze e adeguata esperienza derivante da ampie casistiche (a secondo dalle 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 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.

12.3.1 Demenze e malattia di Alzheimer

Una rete assistenziale per le demenze in Sicilia dovrebbe 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 dovrebbero essere composti da neurologi, neuropsicologi, neuroradiologi, internisti, infermieri.

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.

12.3.2 Parkinsonismi e disturbi del movimento ed Epilessia

Le reti assistenziali per queste patologie presentano similitudini organizzative.

Ogni rete assistenziale dovrebbe 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, dovrebbero essere previsti alcuni posti letto di ricovero ordinario per pazienti gravi, in cui è necessario procedere a manipolazioni terapeutiche non gestibili altrimenti.

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.

12.3.3 Sclerosi Multipla

La rete assistenziale dovrebbe contare su 4-5 CR 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. L'interazione con i CAT è essenziale per il corretto invio dei pazienti, evitando così sprechi dovuti ad abuso di metodiche diagnostiche di neuroimmagini. I CASS dovrebbero essere presenti in ogni ASP per la distribuzione e monitoraggio dei farmaci immunomodulanti, prescritti dai CR.

12.3.4 Malattie neuromuscolari

Queste patologie comprendono malattie più rare come la Sclerosi Laterale Amiotrofica, la Miastenia, le Miopatie. I CR della Regione dedicati potrebbero essere 3-4 dove, oltre a offrire competenze diagnostiche e terapeutiche di elevata professionalità, siano resi disponibili team multidisciplinari composti da neurologi, fisiatristi, pneumologi, logopedisti, fisioterapisti, psicologi, nutrizionisti, chirurghi, in grado di assistere compiutamente i pazienti nelle varie fasi di malattia. In questa rete, i CAT avrebbero la funzione di indirizzare i pazienti ai CR, mentre i CASS dovrebbero interagire con i Servizi preposti alla riabilitazione, alla lungodegenza e all'assistenza domiciliare. In tale ambito potrebbe essere sviluppato il progetto relativo alla facilitazione della comunicazione

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 socio-sanitario.

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 potrebbe ridurre 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.

Affinchè 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.

13 La gestione del politraumatizzato

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.

13.1 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.

13.2 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 avere inoltre potere 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 (Villa Sofia-Cervello), Catania (Cannizzaro), Messina (Papardo-Piemonte) e Caltanissetta (S.Elia).

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, Scandinavia 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.

13.3 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 medico-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 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 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 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 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 favorire il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo attraverso interventi erogabili con modalità ambulatoriale.

14 L'Area dei trapianti e il Piano Sangue

14.1 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: accidenti 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. 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.

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 equipages.

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 "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 vanno 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 (banca delle cornee, banca del cordone ombelicale, ecc) 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.

14.2 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 rifunzionalizzazione 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 rifunzionalizzazione 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 ospedaliera) allocate nelle nove province del territorio regionale, modulate su livelli di attività.

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 Ospedaliera.

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

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 (15).

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.

14.3 Riassetto e rifunzionalizzazione della rete per l’assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie

Con specifico riferimento al riassetto e alla rifunzionalizzazione 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.

BOLZEA

15 La Salute Mentale e le Dipendenze

15.1 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'Europa 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.

15.2 Integrazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) con i SerT (Servizi per le tossicodipendenze) e con i distretti

Il Distretto rappresenta il luogo ove si realizzano sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il DSM, 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

E' opportuna la costituzione di un Coordinamento Regionale per promuovere l'elaborazione del 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 tutte le misure e le 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 dimissioni 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.

Il medico psichiatra è lo specialista che può integrare le variabili biologiche, psicologiche e sociali nella diagnostica, nella clinica e nell'attuazione del progetto terapeutico da realizzare ove necessario anche con l'intervento di altre figure professionali. In considerazione delle importanti ricadute psicosociali di tale settore è utile prevedere un forete raccordo con i servizi sociali aziendali.

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 "prenderci cura" della persona malata e della famiglia.

La psicogeriatrics

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 secondo 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 non tanto 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.

Presenza 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.

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 abitative- 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 DD.SS.MM. 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 DD.SS.MM., 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 abitativo-riabilitative sono gestite direttamente dai DD.SS.MM. o cogestite con il privato sociale, in un mix pubblico-privato sociale o dal privato convenzionato accreditato. Avranno un numero complessivo per ASP tendenziale di 3 posti letto per 10.000 abitanti.

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.

15.2.1 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.

15.2.2 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.

15.3 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.

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.

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 NPIA, 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 ASL 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.

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 équipe composte dalle seguenti figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva:

- neuropsichiatri infantili,
- psicologi clinici per l'età evolutiva,
- 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 neuropsicologici 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 e dell'Adolescenza 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.

15.4 Le Dipendenze patologiche

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze della Regione Sicilia 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 Sicilia 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 polibuso 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 sottodimensionamento 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 Nazionale 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"
- 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 tossicodipendenza per i lavoratori a rischio, decreto assessorato sanità Sicilia 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 Sicilia con la attivazione dell'Area Dipendenze Patologiche
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 del Welfare e salute

4. Promuovere una efficace attività di prevenzione delle dipendenze patologiche.
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.

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 art.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

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 UU.OO. 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:

- 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.

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, 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 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.

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 di ricerca, 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.

15.5 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.

BOLZEA

Qualità, Ricerca e Sviluppo

16 Il miglioramento della Qualità ed il Governo Clinico

16.1 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 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 l'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.

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.

16.2 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. Appropriatelyzza
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 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.

16.3 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: istituite istituiti 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.

16.3.1 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 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 sanitaria 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 un referente ufficiale a cui affidare la gestione della comunicazione verso l'esterno. Lo stesso 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.

16.3.2 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 Sicilia 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 (SSR).

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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, gli eventi sentinella verificatisi nonché le denunce di sinistri.

16.3.3 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 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.

16.3.4 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, le aziende sanitarie 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.

16.4 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. È 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 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.

16.5 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. È 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.

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. 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 sanitarie 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.

16.3 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.
- Le Aziende sanitarie 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.

BOLZEA

17 La Formazione del personale per i bisogni di salute e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale

17.1 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 Riquilibrato 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 (ASP) 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 le Aziende 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 della Regione Siciliana.

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 statico-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/manageriali 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.

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.

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;
- 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".

L'Assessorato della Salute emanerà appositi documenti di indirizzo e linee guida sia in merito all'analisi dei bisogni formativi che alla pianificazione e programmazione della formazione continua (ECM). 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 2010-2012

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 rifunzionalizzazione 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 aziendali 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;
- 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 delle Autonomie Locali, 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 gli organi di stampa, 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.

18 La Comunicazione

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.

18.1 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.

BOLZEA

19 Ricerca e Innovazione

19.1 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 e si concretizza in 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 alla Regione, con indicazioni e necessità di coordinamento formulate da competenti organismi nazionali e comunitari.

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 Sanità 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 sue 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 e 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'art. 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.

19.2 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, delle 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/potenziali 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 sanitarie, 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 traguardando 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 delle Aziende sanitarie. 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, verrà costituito con apposito provvedimento valorizzando le *competenze* presenti in Assessorato, presso alcune Aziende e nel contesto accademico, e 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, dimissioni, 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.*

19.3 Le innovazioni tecnologiche

Nell'ambito dell'Accordo Programma Quadro (APQ) sono state individuate apposite linee di intervento mirate all'implementazione ed innovazione del Sistema Informativo Sanitario regionale, nelle sue diverse articolazioni, con l'obiettivo di migliorare, in un approccio sistemico, gli strumenti di conoscenza sulla performance del SSR, l'efficacia e l'efficienza gestionale, l'offerta dei servizi sanitari.

Di seguito si illustrano sinteticamente le specifiche funzionalità/componenti progettuali, realizzate o in corso di realizzazione, comprensivi della indicazione degli investimenti effettuati.

La Rete dei MMG e dei PLS (progetto RMMG)

Il progetto è dedicato alla realizzazione del collegamento in rete dei medici di base, dei pediatri di libera scelta con il costituendo Sistema informativo sanitario regionale, attraverso il Portale dedicato a tali professionisti sanitari, cui viene garantito l'accesso a servizi essenziali: anagrafe assistiti, anagrafe operatori, refertazione, prescrizione, scheda sanitaria individuale al fine di agevolare i processi di integrazione tra le varie Aziende Sanitarie (nelle diverse forme), professionisti, attività sociali degli Enti Locali.

Il progetto prevede la realizzazione ed il popolamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) presso le Aziende Sanitarie ed i MMG – PLS che operano nelle province di Palermo e di Catania, per garantire la continuità del processo assistenziale e contribuire a migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle cure destinate ai pazienti.

La realizzazione del progetto è in corso e si prevede la sua estensione all'intero SSR attraverso l'utilizzo dei fondi del PO FESR 2007-2013.

I Servizi di Telemedicina e Teleformazione (progetto SETT)

La linea di intervento è stata distinta in due componenti: la Teleformazione e la Telemedicina.

Per la Teleformazione, in collaborazione con il CEFPAS, è stata realizzata la Piattaforma e-Learning regionale, in corso di sperimentazione nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale attraverso l'erogazione a circa 3000 operatori della sanità siciliana dei seguenti corsi in modalità FAD (Formazione a Distanza) per i quali è stato chiesto e ottenuto l'accreditamento ECM dalla competente Commissione nazionale, presso il Ministero della Salute: radioprotezione dei pazienti e dei lavoratori; tessera sanitaria; prevenzione e sorveglianza delle infezioni ospedaliere; rischio clinico; gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie; appropriatezza delle prescrizioni. La fruizione della FAD è preceduta ed accompagnata da attività residenziale informatica di base e di presentazione della piattaforma e-learning regionale.

Obiettivo della componente di Telemedicina è la realizzazione di un sistema pilota di Teleradiologia per un modello di trasmissione di immagini radiologiche (TAC/RMN) tra 12 P.O. delle attuali ASP e 2 Centri di Riferimento, individuati presso le AOU di Catania e Palermo, per l'erogazione di un servizio di teleconsulto di second opinion per pazienti in elezione. La finalità che la Regione si pone, a seguito delle risultanze della fase sperimentale di avvio, è uniformare l'offerta dei servizi sanitari sul territorio, raggiungendo anche i luoghi più periferici e potenziare l'interlocuzione tra le diverse strutture sanitarie e la crescita delle comunità professionali.

La Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (progetto NAR) e l'applicativo per le paghe dei MMG e PLS (progetto APMMG)

Al fine di migliorare le azioni di governo nell'erogazione dei servizi sanitari ed i relativi processi operativi, si è provveduto alla realizzazione di un sistema gestionale dell'anagrafe degli assistiti e di un applicativo per il calcolo ed il pagamento degli oneri dovuti ai MMG e PLS, restituendo responsabilità/centralità alle Aziende territoriali nell'espletamento dei propri compiti istituzionali in materia di gestione degli assistiti, dotandole di sistemi innovativi per l'allineamento, aggiornamento e gestione delle banche dati, l'elaborazione dei cedolini-paga ed il corretto allineamento del corrispettivo dovuto.

Il sistema NAR è stato avviato nel luglio 2009 e realizza l'applicativo per la gestione dell'anagrafe assistiti regionale, di cui beneficiano le Aziende per i rispettivi compiti istituzionali; l'applicativo è comprensivo delle relative banche dati, della funzionalità di Scelta e Revoca del medico di base, e deve rispondere agli obblighi di aggiornamento delle relative banche dati sul Portale nazionale Sistema Tessera sanitaria.

Attraverso questo sistema si migliorano i processi gestionali in materia di assistiti e le azioni di governo nell'erogazione dei servizi sanitari, restituendo responsabilità/centralità alle Aziende territoriali.

Il Cruscotto Direzionale Spesa Farmaceutica (progetto CDSF)

Si tratta di un applicativo, sulla base dei report e delle banche dati fornite dal Progetto/Portale nazionale Sistema Tessera Sanitaria, che consentirà alla Regione e alle Aziende Sanitarie, per le rispettive competenze, lo sviluppo di ulteriori report finalizzati al monitoraggio dell'attività prescrittiva dei farmaci nel rispetto della L.R. 12/07.

La finalità di tale progetto è creare un cruscotto direzionale, che attraverso i più moderni criteri di acquisizione e di interpretazione dei dati, permetta di trasformare i dati presenti nella Tessera Sanitaria in informazioni, che siano di supporto alle funzioni di monitoraggio della spesa farmaceutica pubblica e della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Si tratta di realizzare un Centro Unico di Prenotazione regionale on line con le peculiarità di un centro di prenotazione intra ed interaziendale, che estenda l'offerta di servizi sanitari, divenendo uno strumento utile al governo delle liste di attesa, per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e dei percorsi diagnostici. Finalità di questo intervento è l'integrazione delle componenti organizzative con le componenti tecnologiche dell'offerta e della prestazione sanitaria, coinvolgendo nel processo le farmacie e gli studi dei MMG/PLS.

SIS – 118 Sistema telematico integrato e gestione centrali operative

Il progetto Sistema Informativo per il Servizio Urgenza Emergenza Sanitario 118 costituisce una delle componenti logiche del Sistema Informativo Sanitario Regionale. Permette di gestire le richieste di emergenza sanitaria presso le 4 Centrali Operative sovra-provinciali del Sistema 118 (ubiccate 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) fornendo un valido supporto decisionale ed uno strumento di raccolta delle informazioni di gestione degli interventi. Attua il monitoraggio e coordinamento delle risorse presenti sul territorio (ambulanze, elicotteri,...) e la produzione dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa.

L'utilizzo di un sistema informatico e di comunicazione omogeneo è il presupposto per realizzare dei flussi di interoperabilità tra le varie centrali a livello regionale.

Crea un network di comunicazione avente come base comune la gestione del territorio, con cartografia e sistemi di comunicazione da e verso le risorse mobili e con il cittadino, virtualmente unici su tutto il bacino regionale.

L'introduzione di un sistema informatico in una struttura complessa come quella delle centrali operative 118 consente un controllo di gestione che si traduce in un aumento dell'efficacia ed efficienza del servizio: si riducono i tempi di intervento, migliora la qualità del servizio offerto ai cittadini, ottimizza la capillarità delle risorse attivabili sul territorio, contribuendo a garantire segmenti di economia sulle risorse territoriali, dagli elicotteri alle ambulanze.

SIS Portale Salute Sicilia

Il portale è funzionale alla comunicazione strategica delle attività, dei servizi e delle strutture a cittadini e operatori; inoltre, è funzionale per la raccolta, analisi e diffusione di dati e informazioni.

I contenuti del portale della Salute saranno articolati in 3 grandi sezioni.

1. La comunicazione della sanità

E' la sanità illustrata ai cittadini.

Presenta l'offerta del sistema in termini di ambiti di intervento, servizi, strutture. Rispecchia l'aspetto organizzativo. Questo tipo di comunicazione parte dagli argomenti e conduce alle strutture (molte Aziende sono già dotate di un sito interno da collegare con un redirect).

Serve, invece, a far sapere ai cittadini come cambia la sanità, come si usa il sistema sanitario, qual è l'offerta che siamo in grado di soddisfare.

I contenuti sono rappresentati sia direttamente che in modo geo-referenziato. Alcuni argomenti, infatti, possono essere immediatamente restituiti sotto forma di mappa e facilmente localizzati.

2. La comunicazione alla sanità

E' la sanità condivisa tra gli operatori.

Comunica le informazioni di servizio.

Raccoglie i dati della domanda espressa dal territorio e le aggrega secondo chiavi di lettura che consentono di restituire criticità e buone prassi.

Vi si accede con una login che consente l'accesso ai dati del sistema, organizzati per categorie e aggregati secondo una ratio epidemiologica che consenta di valutare gli obiettivi previsti in termini di realizzazione, risultato, impatto.

I contenuti sono rappresentati sia direttamente che in modo geo-referenziato. Alcuni argomenti, infatti, possono essere immediatamente restituiti sotto forma di mappa e facilmente localizzati.

L'aggregazione dei dati viene implementata per tappe progressive anche in funzione di una strategia di sviluppo e di controllo di gestione prevista dall'assessorato.

3. La comunicazione della salute

E' la salute spiegata ai cittadini ed esprime il risultato dell'analisi del fabbisogno di salute, presenta le campagne di prevenzione e di educazione alla salute, fornisce indicazioni sugli stili di vita, fornisce informazioni pratiche sul cosa fare in determinate situazioni.

SIS – SIVET Sistema informativo veterinario e la sicurezza alimentare/Anagrafe canina

La richiesta avanzata a Sicilia e-Innovazione / Sicilia e Servizi riguarda un progetto che deve essere predisposto per la gestione generale delle attività di Sanità Pubblica Veterinaria con riguardo e caratteristiche di interfaccia con le banche-dati relative alle anagrafi zootecniche già operative a livello nazionale ed i sistemi informativi per le specifiche attività veterinarie tra le quali i settori di intervento che riguardano la produzione primaria e la sanità animale.

Il progetto deve prevedere altresì un programma per la gestione dell'anagrafe canina regionale che garantisca l'interoperatività con la banca dati nazionale sul sito del Ministero della Salute.

E' in esame delle Regioni che costituiscono la così detta "Cabina di Regia" la predisposizione della piattaforma per la gestione dei flussi relativi alla sanità animale.

Questo ulteriore obiettivo che si sta perseguendo origina dalla necessità di disporre da parte delle Regioni di sistemi informatizzati dedicati alla raccolta dei dati fondamentali, in maniera rapida ed efficiente, in condivisione e trasparenza, al fine di garantire, da parte dei servizi territoriali: la valutazione e la gestione del rischio; una pronta reazione in caso di allarmi sanitari; una efficace informazione dei consumatori; lo scambio informativo con il Ministero e con l'U.E.; la razionalizzazione dei flussi informativi esistenti; la possibilità di potere riutilizzare i propri dati essendo gli stessi conservati in appositi archivi disponibili su una "Piattaforma".

Dal punto di vista tecnico-informatico le Regioni si devono dotare di un unico sistema informativo attraverso l'adozione di una Piattaforma di Publish&Subscribe - canale ufficiale di cooperazione informatica tra le Amministrazioni, trasparente e rapido, il sistema P&S, promosso dal CNIPA, è pienamente rispondente ai requisiti previsti dal Codice della amministrazione digitale.

SIS – CCCT Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione – Centri trasfusionali (EMONET)

Il progetto prevede la messa in rete di tutte le strutture trasfusionali dell'isola con i Centri NAT siciliani di riferimento.

Con la realizzazione di tale progetto si limiteranno gli interventi manuali che possono essere fonte di errore, e si potranno creare flussi informativi utili alla programmazione regionale, nonché assicurare la trasferibilità dei flussi verso il CNS.

SIS – e-PROCUREMENT (sistema per approvvigionamento beni e servizi)

La parte relativa alla sanità si inserisce in una progettazione più ampia di una piattaforma regionale di e-procurement a valere sui fondi della linea 4.2.2.4 del PO FESR.

Con tale progetto si potrà attuare la gestione degli acquisti e della fase di pagamento di beni e servizi a valere sul Fondo Sanitario in modo da centralizzare e consorzicare l'attività di e-procurement alle singole Aziende.

In questo modo si potrà rendere più efficiente e controllabile la spesa per l'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario e i relativi consumi, riuscendo così a monitorare le informazioni e i dati strategici provenienti dalle Aziende Sanitarie sparse su tutto il territorio regionale.

Il progetto è ancora in via di valutazione economica, anche perché è all'esame del Ministero della Salute la proposta di inserirlo in un progetto più ampio di osservatorio degli Appalti in Sicilia attraverso i fondi del PON Sicurezza Sud.

SIS – SCREENING (DWH nazionale Screening/Progetto Mattoni)

Il progetto "MATTONI SSN" ha l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il NSIS rappresenta la base dati condivisa a partire dalla quale sviluppare misure necessarie al bilanciamento costi-qualità. La corretta progettazione e sviluppo del NSIS ha richiesto la disponibilità di un linguaggio comune che consentisse l'interscambio tra il sistema informativo e i sistemi sanitari regionali. Nel progetto Mattoni, quindi, numerosi professionisti sono impegnati in 15 diverse linee progettuali, essi elaborano metodiche con l'intento di rispondere alle esigenze informative del NSIS. Il fine è di individuare una uniformità di espressione in termini di dati rilevati e metodi di lettura/misura adottati. Le tematiche affrontate dai Mattoni SSN sono articolabili in tre aree, che confluiscono tutte nella base dati NSIS: i Mattoni relativi a classificazioni e codifiche, quelli riferiti alle metodologie di analisi e quelli che interessano i contenuti informativi.

SIS – SID Sistema Informativo Direzionale (collegato al Documento programmatico Sicilia ex art. 79)

Il Sistema Informativo Direzionale ha il compito di soddisfare le esigenze conoscitive interne connesse ai processi decisionali in particolare è l'insieme dei processi, delle tecniche e degli strumenti con cui si raccolgono, rappresentano, analizzano i dati e si interpretano le informazioni derivanti dalla loro elaborazione, al fine di supportare le decisioni degli organi direzionali. Il sistema informativo direzionale dà luogo a una contabilità direzionale (budget, contabilità generale, contabilità gestionale).

19.4 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 2010-2012 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.

20.1 La programmazione degli investimenti per il triennio 2010/2012

Il processo di ammodernamento del SSR previsto dalla riforma della L.r. 05/09, rispetto al quale il PSR 2019/12 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 i 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 Quadro Strategico Nazionale (QSN)³

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 SL, il PO FESR e l'art. 20 la cui azione deve concorrere agli obiettivi delineati dal QSN 2007-2013, e integrarsi con altri strumenti finanziari come i fondi per i Progetti Obiettivo 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 (DUPSS) 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 DUPSS 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 Sicilia.

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 sostenibilità 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 Specifica 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 7.1.2.4 Monitoraggio e Valutazione

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.

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 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. 20072013, 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 rifunzionalizzazione.

- 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 \(grandi centri urbani di Palermo e Catania\)](#)

Con la legge 448/98 -art.71-è stato previsto un piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle aree metropolitane che per la Regione Sicilia interessa le città di Palermo e Catania. 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 dovrà essere definito il completamento del Programma.

[Accordo di Programma Quadro Sanità \(APQ Sanità\)](#)

La Regione Sicilia 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. 71L.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 I 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.

Di fatto 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.

B
O
Z
Z
E
L
L
A

21 L'Attuazione del Piano

21.1 Misurabilità e trasparenza: monitoraggio e valutazione

Al fine di consentire il monitoraggio e la valutazione della capacità del sistema 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 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.

Inoltre, la Linea di intervento 7.1.2.4 *Studi/meccanismi di monitoraggio e valutazione degli effetti delle politiche pubbliche sulla salute sulla base di linee guida appositamente definite*, si inserisce all'interno dell'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*, che a sua volta declina l'Obiettivo specifico 7.1 *Rafforzare le capacità tecniche di gestione del territorio dei Programmi cofinanziati dai Fondi strutturali*.

L'Assessorato della Salute, attraverso l'opportunità costituita dalla suddetta linea programmatica 7.1.2.4, intende sviluppare la metodologia interdisciplinare ed intersettoriale di Health Impact Assessment (HIA), nell'approccio di tipo in itinere ed ex post, applicato sugli impatti delle politiche pubbliche regionali, con specifico riferimento alle politiche/interventi cofinanziati con il PO FESR 2017-2013.

L'obiettivo è ottenere:

- un giudizio sulla capacità di impatto delle scelte di politiche regionali sulla qualità, diffusione, sicurezza, appropriatezza dell'assistenza, nonché sullo sviluppo delle tecnologie in termini di efficacia/efficienza;
- una metodologia che, quale leva e mezzo di miglioramento, dovrà entrare a far parte a regime del "kit degli strumenti", con cui sia l'Assessorato che le Aziende sanitarie esercitano la propria missione istituzionale di tutela della salute dei cittadini, rispettivamente per i profili di programmazione, governance e controllo del SSR, e di programmazione e gestione aziendale dell'offerta dei servizi sanitari verso la popolazione di riferimento.

Gli esiti/giudizi restituiti dall'HIA contribuiranno a rafforzare la capacità, la consapevolezza e la qualità dell'azione programmatica regionale ed aziendale, anche attraverso interventi di riorientamento della stessa programmazione e dell'offerta sanitaria, con l'obiettivo di garantire i principi di equità e di pari opportunità

nell'accesso ai servizi, con particolare attenzione ai gruppi svantaggiati, nonché l'efficacia e l'efficienza della performance del Sistema Sanitario Regionale.

La Regione Siciliana si propone, pertanto, di restituire al SSR nel suo complesso le opportunità di crescita nelle competenze di programmazione e gestione, già sperimentate da ben 21 gruppi di 19 Paesi tra il 2004 e il 2007 che hanno partecipato al progetto su "Efficacia della Valutazione dell'Impatto sulla Salute".

Si intende, infatti, realizzare un sistema di analisi e valutazione che, dal punto di vista della metodologia adottata e degli oggetti di analisi, sia coerente e si integri con il Piano di Valutazione (PV) 2007-2013 del Ministero della Salute, definito nel febbraio 2008, dedicato in particolare, per le attività comprese nella programmazione 2007-2013, alla valutazione ex ante, in itinere e ex post dell'Assistenza Domiciliare Assistita (ADI), del Progetto speciale "Salute e Regioni", del Piano di assistenza tecnica per le Regioni Convergenza.

Il PV del Ministero della Salute dovrà pertanto costituire riferimento metodologico nello sviluppo degli obiettivi di monitoraggio e valutazione inerenti l'attuazione della linea 7.1.2.4, per i quali verranno individuati distinti ambiti di analisi e di applicazione della HIA.

Oggetto del processo di valutazione in itinere ed ex post, da sviluppare attraverso la linea di intervento 7.1.2.4, saranno infatti gli effetti sull'offerta dei servizi sanitari, determinati dalle politiche di investimento nel settore sanitario, con particolare riferimento a quelle attivate alle risorse del FESR 2007-2013 di competenza dell'Assessorato della Salute. Essi saranno analizzati in stretta connessione con i processi di riordino e riforma del SSR messi in atto con la L.r. n.5/2009 ed i successivi provvedimenti attuativi, regionali ed aziendali, comprendendo anche gli effetti derivanti dagli investimenti di differente fonte finanziaria che, comunque, nell'ambito della strategia di programmazione sanitaria integrata hanno assunto e/o svolgeranno, nel periodo di riferimento, una funzione sussidiaria/di supporto alle stesse risorse ed alle stesse azioni derivanti dal FESR.

Il Progetto operativo dovrà sviluppare le seguenti sezioni.

1. Le specifiche attività/contesti oggetto di analisi, connotati da rilevanza territoriale ed oggettiva misurabilità, con cui vengono individuati ed articolati i principali effetti degli investimenti nel SSR. (cfr. Tav.10 Regione Sicilia del Piano di riorganizzazione e rafforzamento delle capacità per l'erogazione dei servizi, dedicato alle Regioni Convergenza dal Ministero della Salute nell'ambito del PON Governance e Assistenza Tecnica 2007-2013 -FESR- recentemente approvato).
Nello sviluppo delle attività di analisi potranno prevedersi focus pilota su cui sperimentare/testare il metodo, fornire primi risultati/giudizi e valutare la successiva diffusione dell'approccio analitico.
Ogni attività/contesto oggetto di analisi dovrà riportare lo stato dell'arte al momento dell'avvio della valutazione da confrontarsi in itinere ed ex post.
2. Il set di indicatori, con specifico riferimento agli indicatori di impatto e di risultato, da utilizzare per la valutazione: dovrà essere previsto l'utilizzo di parametri standard, di metodologie di analisi più avanzate, delle indicazioni ministeriali in materia di garanzia dei LEA, compresi gli obblighi informativi verso il NSIS del Ministero della Salute ed il MEF, nonché il rispetto del principio di "non discriminazione e di inclusione sociale", quale estensione delle politiche di pari opportunità.
Tali indicatori si andranno ad integrare con quelli correlati alla linea di intervento 7.1.2.4 come da documento attuativo del PO FESR *Requisiti di ammissibilità e Criteri di selezione* (cfr. scheda di sintesi della Linea 7.1.2.4).
3. Le modalità di valutazione e le regole, comprensive dei meccanismi/strumenti di coinvolgimento degli stakeholder (attori socio-economici, associazioni di volontariato a tutela della salute, ecc.) di riferimento per specifico ambito/focus e fase di analisi e di valutazione.
4. I meccanismi di garanzia della qualità delle valutazioni.
5. Le modalità di sviluppo della disseminazione delle competenze/coinvolgimento attivo sulla metodologia adottata presso il personale regionale ed aziendale, in modo da garantire il rilascio del sistema di valutazione e strutturare la competenza metodologica di "autoanalisi" all'interno del SSR. Il progetto deve inoltre specificare le modalità con cui può essere proseguito assicurando una partecipazione sostenibile dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale anche oltre il limite temporale della convenzione.
6. Le modalità di diffusione dei risultati/giudizi della valutazione, da restituire alle diverse componenti del SSR coinvolte nel percorso di indagine, nonché agli altri rami dell'Amministrazione regionale e locale, cointeressate o compartecipi nella missione istituzionale di tutela della salute pubblica. Gli esiti dovranno garantire, nella loro restituzione, gli elementi di conoscenza e confronto per sviluppare i confronti - *benchmarking* - interaziendale, interregionale e su scala europea; inoltre la fase di comunicazione e diffusione dei risultati deve essere improntata ad una logica di *accountability*, individuando strumenti, modalità e tempi efficaci.
7. Il cronogramma delle attività, coerenti con la tempistica di attuazione delle politiche di investimento.
8. Il modello organizzativo gestionale comprensivo delle risorse umane impegnate.
9. La puntuale valorizzazione economica delle singole attività, all'interno della previsione di importo massimo pari a € 1.750.000,00, ponendo nella dovuta evidenza le economie derivanti dalla scelta di affidamento in house al CEFPAS.

10. I benefici attesi in termini di miglioramento e vantaggi per la crescita qualitativa dell'azione programmatica dell'Amministrazione regionale e delle Aziende sanitarie, derivanti dall'applicazione dell'HIA e dalla formulazione delle relative raccomandazioni verso il Soggetto programmatore.
11. Eventuali partner con particolare competenza tecnico-scientifica per lo sviluppo di alcuni ambiti e lo modalità di selezione con cui questi sono individuati

Con particolare riferimento al punto 1 si evidenziano le seguenti priorità:

- gli effetti quantitativi e qualitativi prodotti sull'offerta dei servizi sanitari dall'immissione/sostituzione di tecnologie sanitarie, comprendendo i processi di riordino della rete ospedaliera, i fenomeni di inappropriata prestazione specialistica (es. rispetto del principio della giustificazione della prestazione radiologica art.4 della L.n.187/2000), il personale e l'analisi della mobilità sanitaria passiva interregionale ed interaziendale;
- gli effetti, con riferimento ai profili di salubrità delle sedi logistiche delle Aziende sanitarie, determinati dalle politiche di investimento nel settore strutturale e dai processi di riorganizzazione regionale dell'intera rete di assistenza;
- la *clinical governance* sia ospedaliera che territoriale, a seguito del processo di riforma innescato dalla L.r.n.5/2009, attraverso processi di audit clinico;
- lo stato/la qualità delle innovazioni tecnologiche all'interno delle Aziende, sia per i profili strettamente tecnici che organizzativi e l'adesione/adozione di Linee guida nazionali relativi alla sanità elettronica;
- le attività di bioetica all'interno delle Aziende sanitarie, in coerenza con gli indirizzi internazionali e nazionali;
- la *customer satisfaction* degli operatori del SSR, in termini di conoscenza del processo di riforma, di percezione del cambiamento organizzativo del SSR e del nuovo management, di accesso ai dati;
- la "domanda soddisfatta" nell'accezione indicata dalla Commissione LEA come quantità di prestazioni ricevute dai cittadini in ciascuna ASP, cui affiancare una analisi di customer satisfaction degli utenti, in termini di conoscenza dell'offerta, di percezione del cambiamento, della qualità registrata, con particolare riferimento al farsi carico del paziente da parte della struttura sanitaria. Un focus specifico dovrà essere sviluppato sulla funzione sussidiaria di assistenza oggi svolta dalle famiglie siciliane verso i familiari pazienti ricoverati presso strutture ospedaliere, ciò con particolare riguardo al target di popolazione più vulnerabile (bambini, anziani, emarginati).

21.2 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 ivi 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 per l'anno, 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 SSN, 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.