



CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA

**PIANO SANITARIO REGIONALE
2002 / 2004**

**Approvato dall'Assemblea
nella seduta consiliare del 20 giugno 2002**

1. GLI ORIENTAMENTI DI POLITICA SANITARIA IN EUROPA	4
1.1 IL PROGETTO "HEALTH 21" DELL'O.M.S.	4
2. PRINCIPI ED IDEE GUIDA DEL PIANO SANITARIO REGIONALE	6
2.1 PATTO PER LA SALUTE	6
2.2 OBIETTIVI DI SALUTE	9
2.3 STRATEGIE PER IL CAMBIAMENTO	10
2.4 LA PIANIFICAZIONE AZIENDALE	11
3. LA REALTÀ SOCIO-SANITARIA IN CAMPANIA	12
3.1 IL CONTESTO DEMOGRAFICO	12
3.2 IL CONTESTO SOCIO - ECONOMICO	15
3.3 LO STATO DI SALUTE	19
4. GLI OBIETTIVI DI SALUTE	31
4.1 PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE	31
4.1.1 <i>Alimenti</i>	32
4.1.2 <i>Fumo</i>	33
4.1.3 <i>Alcool</i>	34
4.1.4 <i>Attività fisica</i>	36
4.2 CONTRASTARE LE PRINCIPALI PATOLOGIE	37
4.2.1 <i>Malattie cardio e cerebrovascolari</i>	37
4.2.3 <i>Diabete mellito</i>	52
4.2.4 <i>Cirrosi Epatica</i>	53
4.2.5 <i>Malattie infettive</i>	54
4.2.6 <i>La Prevenzione Della Carie Dentale e Delle Malattie Parodontali</i>	62
4.2.7 <i>Infortuni sul lavoro</i>	63
4.2.8 <i>Incidenti Stradali e Domestici</i>	64
4.2.9 <i>Patologie Dell'Apparato Muscolo-Scheletrico da Posture Incongrue</i>	66
4.3 MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE	68
4.3.1 <i>Aria</i>	69
4.3.2 <i>Acqua</i>	70
4.3.3 <i>Radiazioni</i>	71
4.3.4 <i>Rifiuti</i>	73
4.4 RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI	75
4.4.1 <i>Stranieri e immigrati</i>	75
4.4.2 <i>Tossicodipendenti</i>	77
4.4.3 <i>Salute Mentale</i>	79
4.4.4 <i>La Salute nelle Fasi della Vita</i>	82
4.5 MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DI	88
4.5.1 <i>Trapianti</i>	88
4.5.2 <i>Riabilitazione</i>	95
4.5.3 <i>Prevenzione e Controllo delle Malattie Genetiche e delle Patologie Rare</i>	98
4.5.4 <i>Assistenza Ospedaliera al Parto</i>	99
4.5.5 <i>Disturbi del Comportamento Alimentare</i>	102
4.5.6 <i>La sanità pubblica veterinaria – Rapporti con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno</i>	105
5. LE STRATEGIE PER IL CAMBIAMENTO	106
5.1 IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE	106
5.1.1 <i>Capacità di organizzare la raccolta ed il trattamento dei dati a livello aziendale</i>	106
5.1.2 <i>Organicità e complementarità dei dati a livello regionale</i>	108
5.1.3 <i>Sistema di comunicazione tra i due livelli</i>	109
5.2 L'ORGANIZZAZIONE	110
5.2.1 <i>Il Dipartimento di Prevenzione</i>	110
5.2.2 <i>Il Distretto</i>	112

5.2.3 <i>L'integrazione socio – sanitaria</i>	119
5.2.4 <i>Gli ospedali</i>	121
5.2.5 <i>La rete integrata dei servizi</i>	138
5.3 LA SPESA	141
5.3.1 <i>Gli strumenti di governo della spesa</i>	141
5.3.2 <i>Gli strumenti di controllo della spesa</i>	147
5.4 L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	154
5.4.1 <i>Le dotazioni organiche</i>	154
5.4.2 <i>La formazione</i>	163
5.5 LA POLITICA DELLA QUALITÀ	166

1. GLI ORIENTAMENTI DI POLITICA SANITARIA IN EUROPA

1.1 Il Progetto "HEALTH 21" dell'O.M.S.

Nel 1984 gli Stati membri della Regione Europea dell'O.M.S. adottarono la strategia e gli obiettivi della "Salute per tutti nell'anno 2000" (HFA). L'aspetto più originale ed innovativo della strategia HFA consisteva in un approccio ai problemi sanitari meno orientato alle terapie ed alla ospedalizzazione e maggiormente rivolto all'assistenza primaria, alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute. La strategia O.M.S. comprendeva 38 obiettivi specifici ed un set di indicatori di valutazione per il monitoraggio continuo dei progressi compiuti verso il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Nel maggio 1998, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato un progetto denominato "Health 21: 21 obiettivi di salute per il 21° secolo". Tale progetto conclude simbolicamente quello precedente "Salute per tutti nell'anno 2000" promosso nel 1984, raccogliendone l'eredità pluriennale. Il nuovo documento strategico riflette gli attuali problemi e mutamenti in campo politico, economico e sociale e vuole offrire un quadro di riferimento etico e scientifico per valutare l'impatto delle politiche sulla salute ed utilizzare la salute come base delle attività di sviluppo in tutti i settori della società. Nel valutare e valorizzare tanto i progressi, quanto gli insuccessi acquisiti nel corso dell'ultimo ventennio, il progetto "Health 21" lancia la nuova sfida proiettando sino all'anno 2020 la cornice per la "Salute per tutti" nel Terzo Millennio e formulando una rinnovata strategia globale per il miglioramento dello stato di salute della popolazione europea.

Il motivo ricorrente dell'"Health 21" è il riferimento costante alla necessità di giungere a risultati di salute uniformi per le molteplici realtà socio-sanitarie, prospettando, quali obiettivi prioritari, il consolidamento ed il miglioramento dei risultati già ottenuti ma, soprattutto, la riduzione delle differenze di salute registrate fra le nazioni e tra gruppi differenti di popolazione residenti nell'ambito della stessa nazione.

Nel definire le strategie atte a controllare, migliorare e mantenere lo stato di salute, il nuovo progetto dell'O.M.S. pone grande attenzione ai cambiamenti delle realtà epidemiologiche e socio-sanitarie emergenti e propone un piano d'azione europeo per la salute, calibrato sulla centralità del ruolo dell'individuo e sull'esigenza di diffondere la conoscenza e rinforzare la consapevolezza riguardo l'influenza dei fattori di rischio sulla salute. L'O.M.S., quindi, indica agli Stati membri Europei l'esigenza di porre una maggiore attenzione alle variabili o condizioni sociali, sanitarie ed economiche che mostrano di influire, in senso positivo o negativo, sullo stato di salute.

In quest'ottica si è posto in evidenza che i *determinanti di salute* sono solo in parte costituiti dall'organizzazione sanitaria e dalle prestazioni erogate, in quanto subiscono forte influenza dalle relazioni tra ambito sanitario e *welfare* nella sua accezione più complessiva (istruzione, reddito, occupazione, fattori ecologico-ambientali, culturali e comportamentali ecc.).

Esistono, infatti, numerose e solide evidenze epidemiologiche che dimostrano che a bassi livelli di qualità della vita (bassi livelli igienico sanitari ambientali, carenza di servizi sanitari, basso livello di istruzione, di reddito e di occupazione) si associano esiti negativi sullo stato di salute più frequenti e gravi (basso peso neonatale, alta frequenza di malattie, di disabilità, di mortalità precoce ed evitabile ecc.).

L'aumentata frequenza di gravi problemi di salute è causa di ulteriore danno economico ed emarginazione sociale e si associa spesso a utilizzo inappropriato delle risorse sanitarie (scarsa adesione ai programmi preventivi territoriali e frequente ricorso diretto ai servizi di secondo livello). Pertanto una parte della popolazione assorbe molte risorse sanitarie con una scarsa efficacia

complessiva (in termini di prevenzione e riduzione del danno) sia per l'inappropriato utilizzo dei servizi, sia per l'alta frequenza di patologie varie e gravi.

Al riguardo, per i gruppi sociali meno abbienti, è richiesto un più razionale investimento, anche locale, di attività e risorse, al fine di cogliere l'obiettivo di adeguati livelli assistenziali e di raggiungere un'accessibilità a cure e servizi almeno pari al resto della popolazione.

Tale orientamento si concentra direttamente sulla salute e sull'individuo e mira a raggiungere due scopi fondamentali:

Promuovere e proteggere la salute dell'individuo nel corso dell'intera durata della vita;
ridurre il carico di malattia dell'individuo.

Da quanto suesposto si può facilmente intuire che, accanto ai necessari interventi di programmazione sanitaria (adeguamento dell'offerta di servizi e prestazioni ai reali bisogni sanitari), bisognerà sviluppare sinergie e strategie intersettoriali con comuni obiettivi di salute e di sviluppo sociale nell'ottica di una visione complessiva del "*Welfare*". Tutto ciò dovrà avvenire sulla base di analisi epidemiologiche e nel rispetto dei piani di finanziamento predefiniti.

2. PRINCIPI ED IDEE GUIDA DEL PIANO SANITARIO REGIONALE

2.1 Patto per la salute

Il Piano Sanitario Nazionale fonda il proprio incipit sull'assunto del valore universale e costituzionale della salute come bene fondamentale dell'uomo e della collettività.

Tale assunto è fatto proprio anche dal primo Piano Sanitario (PSR) della Regione Campania.

Per tutelare, conservare attivamente, assicurare, garantire e migliorare tale bene universale non sono sufficienti politiche di settore, essendo la salute prodotto di determinanti sovente non sanitarie.

Occorrono, per raggiungere lo scopo, forti interazioni tra sistemi, oltre al possesso, da parte del sistema specifico sanitario, di assolute coerenze interne.

Se le prime sono parte di politiche di sviluppo regionali più generali, all'interno del Sistema e del Servizio Sanitario Regionale l'assunto di partenza deve potersi fondare sui seguenti principi:

Universalità di accesso: l'accesso ai servizi non deve essere subordinato alla verifica di criteri di eleggibilità "sociale", né di disponibilità finanziaria, ma soltanto alla valutazione professionale della necessità di interventi sanitari.

Eguaglianza nella accessibilità: l'eliminazione di barriere geografiche all'accesso deve essere garantita da una "idonea programmazione sanitaria".

Condivisione del rischio finanziario: il sistema di finanziamento deve garantire che il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva.

Tutto ciò costituisce la garanzia richiesta dall'esercizio del diritto di cittadinanza attiva e dal dovere partecipativo a sostenere e far vivere tale diritto in ogni sua fase, determinando l'assicurazione di un circuito di fiducia, di credibilità, di solidarietà, di efficienza e di efficacia come primo traguardo, e, insieme, primo valore del Servizio Sanitario Nazionale di cui il Piano Regionale è strumento da utilizzare.

La definizione e l'attuazione di un piano sanitario ad ogni livello sconta la presenza e l'efficiente funzionalità, oltre che l'efficace utilizzazione, di un sistema informativo e di relazione a rete, assolutamente non unidirezionali, su cui l'Azienda Regione storicamente non può, al momento, contare e che costituisce, per l'appunto, una criticità e un primario obiettivo non solo del presente piano sanitario.

Ciò non può essere impedimento all'utilizzo al meglio di tutto quanto, tuttavia, è presente. Questa, pertanto, è la fondamentale ragione per la quale il "patto per la salute", assume in sé nella Regione Campania, oltre tutto quanto esprime il PSN, il valore di "patto per la sanità" inteso nel senso dell'irrobustimento del servizio sanitario regionale, su linee guida e operative più chiare non come arretramento rispetto al valore salute e alle sue più complessive determinanti, bensì come impegno di lavoro e obiettivo da assicurare in concreto ai cittadini e agli utilizzatori sociali.

Un sistema sanitario non costituisce assolutamente un sistema a sé, autoreferenziale e autopropulsivo: il valore olistico con cui occorre guardare al bene salute richiede capacità di apertura e flessibilità verso altri sistemi. Ma tale capacità è tanto più esigibile quanto più solido e ben costruito è il sistema ed il servizio medesimo.

Il patto per la sanità è pertanto l'impegno di responsabilità che il SSR assume con sé stesso per potersi offrire in modo adeguato all'integrazione di sistema con gli altri soggetti produttivi e non,

con gli altri soggetti istituzionali e non, con l'insieme delle politiche attive di settori generali della Regione Campania.

Il PSR oltre quanto espresso ed in coerente rapporto ad esso, assume come chiave di volta e di lettura, perché storicamente in tendenziale e avanzata via di maturazione, il bisogno culturalmente e socialmente espresso di porre il cittadino (utente, malato, bisognoso di prestazioni) al centro del sistema sanitario.

Esplicitamente ne risulta capovolto il tradizionale paradigma culturale e operativo, derivandone conseguenze su cui fondare il patto per la salute e la sanità nel triennio 2000-2002 in Campania.

La prima di queste è la definizione dei soggetti, - degli attori - del sistema; dopo averne delineato l'orizzonte e gli atti su cui fondare l'azione.

Il patto definisce il senso di appartenenza e di condivisione di un progetto atto al conseguimento di una finalità umana e di governo, etica ed economica insieme, di elevato livello.

I soggetti da coinvolgere nel patto sono principalmente:

I CITTADINI

La promozione della salute non può prescindere dalla responsabilità personale, diretta e consapevole, dei cittadini nei confronti del proprio benessere fisico e sociale. Essa deve comunque essere aiutata a maturare pienamente nei termini di doveri e di diritti quale azione coordinata degli ulteriori protagonisti.

GLI OPERATORI PROFESSIONALI

Protagonisti attivi e dinamici dell'azione di valorizzazione delle finalità del servizio/sistema e artefici della nobilitazione della propria esperienza di lavoro e professionale devono poter trovare nei piani attuativi locali sanitari (P.A.L.S.), e nelle azioni, oltre che nella progettazione sia a dimensione pubblica che privata, il terreno della manifestazione del loro impegno creativo e responsabile, assicurando prestazioni appropriate ed efficaci per un moderno servizio.

LE ISTITUZIONI

La non rinviabile attuazione di ogni delega e risorsa gestionale a livello delle Autonomie Locali carica sicuramente la Regione, e per parte loro i Comuni e gli altri Enti, di straordinari impegni decisivi per il buon esito del processo di modernizzazione in atto. La Regione è caricata del dovere di un confronto più serrato e documentato con il Governo Centrale, in uno con quello di ridisegnare, rafforzare e ulteriormente qualificare le proprie strutture di settore (Assessorato, ARSAN) offrendo a sé stessa, l'obiettivo del completamento del processo di regionalizzazione diffusa e integrata a rete, dotandosi di una forte e condivisa capacità di analisi, di verifica e di valutazione istituzionale nei riguardi dell'azione delle Aziende e di altri soggetti erogatori.

D'altra parte, e contestualmente, occorre richiamare le Aziende alla necessità del completamento ed attuazione del processo d'aziendalizzazione. Nel senso sia culturale, che operativo e strutturale, di una piena capacità e assunzione di responsabilità nell'impegnare e valorizzare il patrimonio affidato ottemperando alla missione aziendale di tutela della salute delle popolazioni di riferimento. Tale compito va inteso come obiettivo esplicito dei Piani Attuativi Sanitari costruiti, secondo norme, di concerto con gli altri protagonisti istituzionali e non, coerente con il PSR, con le normazioni regionali, e le risorse assegnate.

IL COMUNE

Il Comune costituisce da solo, associato, ovvero nelle sue sub articolazioni un elemento forte della relazione e del patto con i momenti strutturali e funzionali delle Aziende Sanitarie Locali, con i progetti e programmi sanitari e assistenziali, con il Piano Attuativo Locale Sanitario. In particolare il Comune svolge, nelle varie modalità di collaborazione ed integrazione esplicita nel sociale e nei bisogni di frontiera tra sociale e sanitario, nel potenziamento reciproco delle risorse, nel valore aggiunto di un'azione di superamento di steccati burocratici, mettendo in sinergia azioni positive e motivanti, il suo ruolo primario di attore per inverare il patto a farsi. Il Distretto, o sue sub aree di base, costituisce, in particolare, il terreno della più forte e produttiva collaborazione per i fini di tutela e promozione della salute tra Comuni (o Circoscrizioni) e Aziende Sanitarie Locali. Per tali fini il Comune definisce il piano di zona (ex art. 19 legge 328/2000) d'intesa con l'Azienda sanitaria di riferimento, mediante apposito accordo di programma.

I percorsi di salute, infatti, l'iniziativa dell'O.M.S. delle Città Sane, degli Ospedali per la Salute, dei Distretti come grandi "facitori" di salute, più che e non solo come "consumatori" di risorse, sono sicuramente una strada forte e moderna, percorribile, di riconversione e di cambiamento, miglioramento e avvio di un ciclo virtuoso in termini di salute e, insieme, di salvaguardia del Sistema Sanitario Locale.

E' anche questa la strada per "giustificare" il coinvolgimento dell'Ente Locale e il suo diritto - dovere all'esercizio del potere di monitoraggio e di valutazione sull'azione di gestione delle Aziende, non solo come referente passivo della cittadinanza.

SOGGETTI E OPERATORI PRIVATI (PROFIT, NON PROFIT, TERZO SETTORE)

Il patto che occorre riscrivere e rinforzare con i "produttori" pubblici coinvolge parimenti i produttori privati profit e non profit di prestazioni sanitarie. Esso si fonda su un chiaro, semplice, trasparente e puntuale processo d'accreditamento, di valutazione delle prestazioni, di validazione dei risultati, d'uso appropriato delle strutture e delle risorse (comprese quelle professionali e lavorative) e di un controllato e regolare flusso finanziario rispetto alle finalità assegnate e concordate.

VOLONTARIATO E ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI

Il Volontariato sanitario e assistenziale rappresenta un momento forte del nuovo patto solidale, in ragione del suo contributo all'umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore.

PATTO - INIZIATIVE CON LE ALTRE REALTÀ DEL MEZZOGIORNO E DEL MEDITERRANEO

La collocazione geografica della Campania, verso il resto del mezzogiorno del Paese e verso le sponde del Mediterraneo, ne fa un potenziale punto forza, di accoglienza, di transito, ma anche d'offerta di servizi, di collaborazione culturale e scientifica interattiva, di cointesa per reciprocità di esperienze verso altre Regioni o realtà extra - nazionali.

Non si può trascurare o fallire questo obiettivo, a partire dalla messa a punto di un proprio valido sistema regionale e aziendale capace di offerte credibili e certificate di servizi variamente articolate, in termini di sussidiarietà, di solidarietà, e di promozione umana.

IL SISTEMA DELL'INFORMAZIONE

Anello sensibile del sistema sanitario e nell'offerta di servizi, antenna delicatissima nell'interfaccia tra i vari attori del sistema assistenziale è costituito dall'insieme degli organi e degli strumenti della comunicazione e dell'informazione a tutti i livelli. Un tenace perseguimento degli obiettivi di salute fa di questo un punto di forza e di reciproca responsabilità e professionalità.

IL SISTEMA DELLA FORMAZIONE

Tutto il sistema formativo in funzione delle professioni sanitarie richiede di essere coinvolto in un'azione di preparazione di base, di specializzazione accademica e sul campo, di coinvolgimento nella preparazione specifica, nell'aggiornamento e nella formazione continua.

Il notevole investimento in termini di formazione richiede, tuttavia, una non dispersione delle risorse ed una preparazione mirata ad ogni livello per esaltare nella pratica le capacità operative degli addetti.

INTERSETTORIALITÀ - POLITICHE INTEGRATE

Per la realizzazione di un "patto di solidarietà per la salute" è perciò necessario prevedere strumenti di integrazione di interessi rilevanti nel loro insieme e tra loro coordinabili; strumenti caratterizzati dalla confluenza di presenza, azione, comportamenti, scelte di più soggetti pubblici e privati; strumenti che siano preordinati ad assolvere non solo al coordinamento sul piano specificamente decisionale ma anche al coordinamento, sul piano procedimentale, di funzioni diverse.

E' in questo contesto che si va ad inquadrare la tutela della salute a mezzo dell'integrazione istituzionale, alla cui piena attuazione si perviene attraverso la promozione di politiche integrate e la realizzazione di un coordinamento intersettoriale, programmatico ed organizzativo, per il perseguimento di strategie comuni utili ad incidere su quei determinanti della salute che esulano dalla spesa di intervento del sistema dei servizi sanitari.

Per tali finalità è istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale di cui all'art. 16 della legge regionale di approvazione del presente piano.

2.2 Obiettivi di Salute

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 ha come obiettivo principale la promozione della salute, a cui finalizzare l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

Tale scelta, legata al riconoscimento che i determinanti della salute si estendono ben oltre le possibilità di intervento dei servizi sanitari, impone un'ampia assunzione di responsabilità, a livello individuale e collettivo. Impone, inoltre, modificazioni culturali e strategiche volte alla elaborazione di politiche intersettoriali di promozione della salute.

Il *Progetto regionale per la salute* si articola nei seguenti obiettivi generali:

promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;

contrastare le principali patologie;

migliorare il contesto ambientale;

rafforzare la tutela dei soggetti deboli;

migliorare l'organizzazione e la gestione di alcune aree prioritarie e/o critiche.

Gli obiettivi di salute identificati dal PSR 2002-2004 sono il frutto di un'analisi del quadro epidemiologico della popolazione campana, del confronto con le indicazioni e gli obiettivi proposti

per l'anno 2000 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per le nazioni appartenenti alla Regione Europea e con quelli enunciati dal PSN, oltre che della valutazione delle concrete possibilità di intervento nel corso del prossimo triennio.

Il triennio 1998-2000 ha segnato l'avvio di un Progetto nazionale per la salute che si estende lungo un arco temporale che va oltre l'anno 2000.

Il periodo di validità del PSR coincide, quindi, con la prima fase di un percorso di miglioramento dei livelli di salute che si propone traguardi realizzabili nel medio e lungo periodo.

Gli obiettivi individuati non esauriscono tutti i bisogni di salute della Campania.

Altri obiettivi, non espressamente richiamati, costituiscono aree di grande interesse che potranno essere assunti dalle Aziende a partire da analisi epidemiologiche specifiche.

GLI OBIETTIVI

Per ciascun obiettivo di salute sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare.

I traguardi da raggiungere sono esplicitati in termini generali, con riguardo alla direzione di tendenza da promuovere o da rafforzare, e ove possibile, in termini puntuali, con riferimento ai valori da raggiungere a livello regionale.

La linea base, le fonti e i traguardi a cui fare riferimento per la pianificazione degli obiettivi specifici e per il monitoraggio dei risultati attesi sono indicati contestualmente ai singoli obiettivi.

LE AZIONI

Le azioni enunciate con riguardo ai singoli obiettivi forniscono prime indicazioni circa gli interventi da privilegiare e le attività da sviluppare nei piani attuativi aziendali. In virtù dell'intersectorialità degli interventi proposti, le azioni funzionali alla realizzazione degli obiettivi di Piano risultano spesso complementari. Pertanto, con riguardo ai singoli obiettivi, sono state indicate le attività principali a cui dovranno ispirarsi le azioni, tralasciando l'inserimento (ed evitando la duplicazione) di interventi già compresi tra quelli relativi ad altri obiettivi individuati in altre parti del PSR.

Ulteriori precisazioni tecnico-operative sui traguardi da raggiungere, sugli interventi da privilegiare e sugli indicatori da utilizzare per il monitoraggio dei risultati saranno oggetto di successivi documenti di indirizzo, sotto forma di Linee guida, proposte metodologiche e supporti informativi.

2.3 Strategie per il Cambiamento

Al fine di perseguire gli obiettivi di tutela della salute dei cittadini, attraverso la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei vincoli imposti dal finanziamento, il presente Piano Sanitario Regionale individua alcuni aspetti del processo di aziendalizzazione, la cui importanza diviene fondamentale nel completamento del processo di riordino del SSR.

Costituiscono aspetti rilevanti di tale processo, i seguenti elementi:

Sistema Informativo: il potenziamento ed il miglioramento dell'attuale sistema informativo regionale rappresenta uno dei principali obiettivi da perseguire. Nelle attuali organizzazioni sanitarie, caratterizzate da un alto indice di complessità, la ricerca dell'efficienza e dell'efficacia procede di pari passo con il bisogno di conoscenza delle attività e delle prestazioni erogate.

Organizzazione Aziendale: la ridefinizione dei livelli di assistenza, operata dal vigente PSN, e la conseguente riclassificazione delle attività e delle prestazioni in esse comprese richiede una valorizzazione dell'articolazione delle funzioni assistenziali. A tal fine, obiettivo prioritario del presente Piano è rappresentato dalla rivalutazione e dal potenziamento delle attività distrettuali,

dalla promozione del processo di attuazione dell'organizzazione dipartimentale e dalla riqualificazione della rete ospedaliera regionale. Essenziale, a tale riguardo, diviene la costituzione di una rete integrata di servizi, tra le diverse articolazioni aziendali (distretto, dipartimento, ospedale) con i servizi sociali e socio - assistenziali.

Strumenti di Governo e di Controllo della Spesa: gli strumenti di governo garantiscono un modello di accreditamento, rispondente agli indirizzi del PSN vigente e al D.Lgs n. 229/99, che la Regione attua in coerenza con le proprie scelte di programmazione, anche al fine di definire volumi e tipologie delle attività e delle prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa programmati.

Gli strumenti di controllo della spesa si configurano come l'espressione più alta della funzione di tutela che le Aziende Sanitarie svolgono nell'esercizio delle competenze e degli obiettivi che il presente Piano loro assegna.

Ottimizzazione delle Risorse: gli attuali processi di riordino del sistema sanitario richiedono un profondo cambiamento delle logiche operative. In particolare, il cambiamento richiede il perseguimento dell'ottimizzazione delle risorse strutturali, strumentali, umane ed economiche, da realizzarsi attraverso la ricerca dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della qualità.

Politica della Qualità: promuovere ed assicurare la qualità dell'assistenza sanitaria è una finalità irrinunciabile del SSR. In un sistema in cui massima attenzione è data al perseguimento di obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, la promozione della qualità si trasforma in una sfida nel ricercare il giusto equilibrio tra garanzia di adeguati livelli di qualità e costi delle prestazioni. In tale scenario, l'accreditamento istituzionale si configura come uno degli strumenti di miglioramento qualitativo più innovativo dell'assistenza sanitaria, da realizzare attraverso il coinvolgimento attivo e la partecipazione di tutti i Soggetti interessati.

Dotazioni Organiche: in coerenza con i principi del PSN, la programmazione sanitaria regionale deve essere orientata alla piena valorizzazione delle risorse umane. Il processo di recupero dell'efficienza del SSR può essere favorito da politiche aziendali che tendano a rendere flessibile l'impiego e/o la riallocazione delle risorse umane. Le Aziende Sanitarie possono, in tal modo, non solo modulare il proprio potenziale produttivo in funzione della variabilità del bisogno di salute, ma anche rispondere con tempestività ed efficacia alle sfide che il regime competitivo del settore impone per la difesa del proprio posizionamento strategico.

Formazione: la formazione è strumento di ottimizzazione delle risorse umane e del cambiamento organizzativo. Essa svolge un ruolo essenziale perché, attraverso la professionalizzazione degli operatori, consente il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento ed accompagna e sostiene i programmi di sviluppo dei servizi. E', pertanto, da considerarsi la leva strategica per il completamento del processo di aziendalizzazione e va attuata nel quadro di una coerente integrazione con le politiche di organizzazione del lavoro e del personale ed alla luce di una attenta previsione dei fabbisogni professionali.

2.4 La Pianificazione Aziendale

Il Servizio Sanitario che viene delineato nel Piano Sanitario Nazionale e nel D.l.gs 229/99 dovrà svilupparsi promuovendo la collaborazione dei diversi livelli di responsabilità in modo da realizzare un sistema che sia autenticamente nazionale e, nel contempo, locale.

Ciò in ragione della necessità da un canto, di garantire livelli di assistenza uniformi sull'intero territorio nazionale ed all'intera collettività e, dall'altro, di valorizzare le responsabilità regionali ed aziendali nella programmazione, nella produzione e nell'erogazione dei servizi, in un più incisivo processo di aziendalizzazione.

In tale scenario vengono ad evolversi le relazioni tra Aziende Sanitarie e Regione, non più fondate su concertazioni di obiettivi meramente finanziari e gestionali; la pianificazione aziendale assume un rilievo più ampio ed una maggiore incisività.

Infatti le Aziende, in tale funzione programmatoria, sono chiamate ad un ruolo certamente collaborativo con il livello regionale per la definizione e l'attuazione delle priorità regionali, contestualizzate alle specifiche realtà locali, ma anche fortemente propositivo in quanto esse Aziende, attraverso i Piani Attuativi Locali, diventano portatrici di istanze dei cittadini, degli operatori, degli Enti locali, del privato accreditato, del privato sociale, del volontariato. Con tali soggetti, peraltro, la pianificazione aziendale deve definire gli ambiti di collaborazione realizzando, a livello locale, quella intersettorialità di interventi che rappresenta certamente una preconditione essenziale per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale e nazionale.

Il presente Piano Sanitario Regionale, nel recepire gli indirizzi nazionali, intende valorizzare a pieno il ruolo programmatorio delle Aziende individuando, a norma dell'art. 11 della legge regionale che recepisce il presente piano, nei piani attuativi locali lo strumento di programmazione attraverso il quale le Aziende Sanitarie, nei limiti delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio di bilancio, regolano le proprie attività su base triennale, articolate in piani annuali, in coerenza con la programmazione regionale.

E' pertanto demandata a ciascuna Azienda la concreta attuazione degli obiettivi del piano regionale, innanzitutto contestualizzandoli nell'ambito territoriale di pertinenza o nelle proprie strutture attraverso la individuazione e la definizione del bisogno di salute della popolazione servita.

E' altresì compito della pianificazione attuativa aziendale definire, sulla base delle linee di indirizzo regionali, le iniziative e le azioni più idonee al raggiungimento degli obiettivi prefissati, e, tra queste, l'individuazione delle strategie e degli strumenti utili alla realizzazione di politiche integrate, in tema di integrazione socio sanitaria, di integrazione interaziendale e di concerto tra AA.SS.LL. e AA.OO.

3. LA REALTÀ SOCIO-SANITARIA IN CAMPANIA

3.1 Il Contesto Demografico

La Regione Campania rappresenta circa il 10% dell'intera popolazione italiana e, con i suoi 5.780.958 abitanti, si colloca al 2° posto in Italia per numerosità della popolazione, dopo la Lombardia.

La Regione si estende su un territorio di 13.596 Km² e rappresenta il 4,5% del territorio nazionale, pari a circa 301.300 Km². Essa si pone al 12° posto per estensione territoriale in ambito nazionale. Ripartendo la superficie territoriale secondo la zona altimetrica si ha che il 34,6% della superficie è costituita da zone di montagna (4.698 Km²); il 50,8% è costituito da zone di collina (6.913 Km²); il 14,6% da zone di pianura (1.985 Km²).

La densità abitativa media dell'intera Regione risulta essere quindi la più elevata d'Italia, con 422,1 abitanti per Km², di molto superiore al dato medio nazionale pari a circa 191,4 ab./Km². Tale dato appare molto variabile se riferito agli ambiti territoriali delle singole Aziende Sanitarie Locali così come definite dalla L.R.32/94 e successive modifiche, fluttuando da un minimo di 88,4 ab./Km² per

la ASL Salerno 3, ad un massimo di 8.549,7 per la ASL Napoli 1, che copre interamente l'area metropolitana del Comune di Napoli (fonte dati ISTAT 2000).

L'ammontare e la distribuzione territoriale della popolazione sono tra i pochissimi parametri demografici rimasti, nel recente e meno recente periodo, sostanzialmente stabili o comunque moderatamente dinamici, a paragone di altri elementi che caratterizzano il panorama evolutivo nazionale. Nondimeno essi rimangono estremamente significativi quali strumento di programmazione e di governo da parte delle Regioni, specie in ambito sanitario.

L'elemento innovativo che più ha contraddistinto le dinamiche demografiche negli ultimi anni è costituito dalla presenza straniera nei nostri territori, che, pur non raggiungendo livelli elevati in ambito nazionale, si connota con modalità diverse nelle singole Regioni, concentrandosi particolarmente nelle realtà metropolitane.

Nell'ultimo decennio le dinamiche demografiche della popolazione italiana sono state contraddistinte fondamentalmente da due importanti fenomeni. Il primo è costituito da una sostanziale stabilità della popolazione residente: dal 1991 al 2000, infatti, l'incremento della popolazione italiana è stato dell'1,6%. Contemporaneamente si è osservato un progressivo processo di invecchiamento della popolazione, che ha raggiunto livelli tra i più elevati d'Europa con un valore dell'indice di vecchiaia nel 2000 tale che contro ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni ci sono 124 anziani di età superiore ai 64 anni.

Le componenti più rilevanti che hanno contribuito a questa situazione sono riportabili ai seguenti fenomeni: la bassa natalità, l'aumento della vita media (elementi questi che determinano il saldo naturale negativo), il saldo migratorio fortemente positivo.

Il contributo dato dalla Regione Campania ai valori nazionali va in direzioni a volte in linea con le tendenze italiane, a volte in netta controtendenza. Infatti l'incremento della popolazione campana dal 1991 al 2000 appare quasi doppia rispetto a quella italiana (2,7%) e l'indice di vecchiaia nel 2000 è il più basso del Paese (70,9) questo è l'effetto di una frequenza di anziani ultrasessantatrenni del 13,6% (Italia 18%) e di giovani con meno di 15 anni del 19,2% (Italia 14,4%).

NATALITÀ

Per esaminare i fenomeni demografici legati alla natalità viene frequentemente utilizzato l'Indice di Fecondità Totale (IFT), che esprime il numero medio di figli per ogni donna in età feconda (15 - 49 anni) in un determinato anno di calendario. Il comportamento riproduttivo delle donne italiane ha avuto un notevole cambiamento nell'ultimo cinquantennio, passando da valori di circa 3 figli per donna, caratteristici degli anni del periodo prebellico ed immediatamente successivi, a valori gradualmente decrescenti (ad eccezione del famoso baby-boom del 1964) fino ad osservare un calo consistente nel periodo 1974-84, scendendo al di sotto della soglia di sostituzione (2 figli per donna). Nel 1996 l'I.F.T. è stato di 1,2 per donna in età feconda, scendendo del 42% rispetto al 1980; l'Italia rappresenta oggi il Paese con la più bassa fecondità del mondo. La Campania è la Regione italiana che più si è discostata da questa tendenza nazionale ed internazionale, con un I.F.T. nel 1996 di 1,5 per donna feconda, valore tra i più alti d'Italia (fonte dati ISTAT - Indicatori socio sanitari nelle regioni italiane 2000).

MORTALITÀ GENERALE

Il nostro Paese ha raggiunto livelli di sopravvivenza tra i più alti dell'Unione Europea, inferiori, per i maschi, solo a Svezia e Grecia, e per le femmine a Francia e Spagna. Per misurare i livelli di sopravvivenza nella popolazione si utilizza frequentemente l'indicatore della Speranza di vita alla

nascita, che viene definito come il numero medio di anni che restano da vivere alla nascita, nella popolazione stazionaria ad un determinato anno di calendario. Nell'anno 1997 l'attesa di vita alla nascita ha raggiunto il valore di 75.4 anni per i maschi e di 81.7 anni per le femmine, con una tendenza all'attenuazione del differenziale di sopravvivenza tra sessi. I maggiori contributi all'incremento della sopravvivenza provengono, in misura prevalente, dai guadagni realizzati alle età anziane; tuttavia si sono ottenuti notevoli miglioramenti anche nella sopravvivenza nel primo anno di vita, con una probabilità di morte infantile nel 1995 del 7,1 per mille nei maschi e del 5,5 per mille nelle femmine.

In termini di mortalità generale per tutte le cause, si è osservato un graduale decremento attribuibile sia alla riduzione della mortalità infantile che al contenimento di alcune cause di morte. (L'unica classe di età che non ha risentito di questo beneficio e quella dei soggetti tra 25 e 44 anni a causa della mortalità attribuibile all'epidemia di AIDS).

La popolazione della Regione Campania nel 1997 ha presentato una *Speranza di vita alla nascita* rispettivamente di 74,2 anni per i maschi e di 80,6 per le femmine, che rappresentano i valori più bassi d'Italia (fonte dati ISTAT - Indicatori socio sanitari nelle regioni italiane 2000).

Nell'analisi dei dati di mortalità l'elevata frequenza di morti per tutte le cause rilevata in Campania merita di essere ulteriormente approfondita. Infatti l'andamento dei tassi di mortalità standardizzati per età evidenzia che il tasso non solo è attualmente maggiore rispetto al dato italiano (i tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause nel quinquennio 1990-94 sono di 986,1 morti per 100.000 abitanti in Italia e di 1.126,1 morti per 100.000 abitanti in Campania), ma anche che nel tempo è aumentato tale svantaggio (nel quinquennio 1970-74 la differenza era del 4% rispetto al 14% osservabile in questi ultimi dati). È anche importante sottolineare che lo svantaggio rilevato nei dati campani, è dovuto ai dati di mortalità particolarmente elevati delle province di Napoli e Caserta, mentre nelle altre realtà in genere si osservano tassi inferiori alla media nazionale (fonte dati Rapporti ISTISAN 98/14).

Anche in termini di mortalità infantile la Campania presenta valori di quozienti molto elevati, con l'8,9 per mille per i maschi e il 5,7 per 1.000 per le femmine, rispetto a valori in Italia, nel 1995, rispettivamente del 6,9 e 5,3. La situazione è ancora più preoccupante se si considera che i decrementi osservati nel periodo 1980-93 sono i più bassi d'Italia, con valori rispettivamente di -9,12% per i maschi (Italia -17,51%) e di -16,79% per le femmine (Italia -30,78%) (fonte dati ISTAT 1999).

MIGRAZIONE

In Regione Campania si è osservato un saldo naturale fortemente positivo.

Tuttavia il saldo naturale positivo risulta in parte bilanciato dal consistente saldo migratorio interno negativo, correlabile alla forte tendenza alla migrazione fuori Regione. Il saldo estero positivo appare molto contenuto rispetto ai valori nazionali, ma c'è da dire che i dati forniti dall'ISTAT, riguardando solo gli stranieri stabilmente residenti sul territorio nazionale e quindi iscritti alle liste anagrafiche comunali, non rispecchiano la realtà campana, caratterizzata da una forte presenza di stranieri irregolari e stagionali.

LA PRESENZA STRANIERA

L'immigrazione straniera in Italia rappresenta una dimensione importante delle trasformazioni dell'ultimo decennio: se da un punto di vista strettamente demografico gli effetti di questo fenomeno sono ancora limitati (gli stranieri rappresentano infatti circa il 2% della popolazione

italiana), il suo impatto sociale è invece elevato, sia sulla società di accoglienza che su quella immigrata.

Gli stranieri regolarmente presenti in Italia al 31.12.98 risultano essere stimati in circa 1.250.000 individui (fonte Ministero dell'Interno). L'incremento registrato nel corso del 1998 risulta superiore a quello dell'anno precedente e pari al 13,5%. Il progressivo incremento è la conseguenza dell'impatto della norma di regolarizzazione del cosiddetto decreto Dini del novembre 1995. I dati stimati rappresentano complessivamente un quantitativo superiore a quello dei permessi di soggiorno, soprattutto a causa del crescente peso dei minori che non vengono registrati, se non in piccola quota, attraverso i permessi di soggiorno.

L'Italia, a differenza dei paesi di più antica immigrazione, è caratterizzata da un modello di "immigrazione diffusa", con una presenza straniera fortemente frammentata e proveniente da tutto il mondo. Vi sono tuttavia alcune particolari comunità che scelgono il nostro Paese. Ci si riferisce in particolare all'Europa centro-orientale che, a partire dal 1994, ha superato l'Africa settentrionale: le persone provenienti dall'Est europeo rappresentano oggi poco meno di un quarto degli stranieri. Il Marocco resta sempre in testa alle presenze con circa 122 mila individui, seguito dalla ex-Jugoslavia e dall'Albania.

La presenza straniera in Italia mostra chiari segni di *stabilizzazione*: aumentano i ricongiungimenti familiari, i matrimoni misti e le nascite da genitori stranieri; cresce, quindi, la presenza di minori e ci si avvia verso una normalizzazione della struttura demografica per sesso, stato civile ed età.

La popolazione straniera, caratterizzata inizialmente da elevate quote di giovani, maschi e celibi, vede in crescita sia la componente femminile (47%) sia la percentuale di coniugati (circa 50%).

La distribuzione territoriale degli immigrati si caratterizza per una forte concentrazione nel Centro e nel Nord-Ovest, che ospitano circa il 61% del totale degli stranieri presenti stimati. Il Nord-Est si è comunque distinto negli ultimi sei anni per una maggiore capacità attrattiva in quanto il numero complessivo risulta raddoppiato, avendo raggiunto il 22,5% del totale.

La geografia del fenomeno è ancora legata alle realtà urbane, con punte nelle città di Roma e Milano, rispettivamente del 17,5% e del 12,9% del totale. Il saldo migratorio interno, che misura l'effetto netto dei fenomeni di ridistribuzione territoriale degli stranieri residenti in Italia, mostra chiaramente la forza attrattiva delle regioni settentrionali, rispetto al mezzogiorno.

La Campania è la regione del Meridione dove maggiormente si concentra il fenomeno della presenza straniera, con circa 64.000 individui che rappresentano circa l'1% della popolazione generale. In Campania è stimata la presenza di circa il 5% della popolazione straniera in Italia ed il 46% di quella del Sud. In particolare il 68% degli stranieri si concentra nella provincia di Napoli, confermando la tendenza nazionale all'attrazione da parte delle realtà urbane. In considerazione della componente femminile la popolazione straniera campana appare abbastanza stabilizzata nel suo complesso con il 51,9% di componente femminile, salvo la punta negativa di 36,1% nella provincia di Caserta.

La composizione etnica evidenzia una componente africana prevalente con il 44% degli individui, seguita dall'America con il 26%, di cui la parte predominante, pari al 23% è costituita da cittadini statunitensi; la popolazione maggiormente presente, dopo la comunità statunitense, è quella marocchina.

3.2 Il Contesto Socio - Economico

La consapevolezza dell'influenza dei determinanti di salute non sanitari ma sociali ed economici rende necessario analizzare, in riferimento alle realtà meridionali ed in particolare a quella campana, il contesto socio-economico nel quale si sviluppano ed incidono con maggiore frequenza e gravità varie malattie, disabilità, mortalità precoci ed evitabili.

I dati utilizzati in questo paragrafo sono tutti di fonte ISTAT; in parentesi viene riportato l'anno di riferimento.

L'OCCUPAZIONE

La nostra Regione è profondamente segnata dalla mancanza di lavoro che, in alcune province, si presenta come una vera emergenza sociale.

Il tasso di disoccupazione campano è del 23,7% ed è doppio di quello nazionale (1999); esso presenta una riduzione dell'1,8% rispetto al 1996, flessione ancora modica rispetto alle dimensioni del problema.

La situazione è particolarmente grave per le fasce giovanili in quanto più della metà dei giovani è senza occupazione (52,3% nella fascia 15-29 anni) e per le donne (una su tre è disoccupata e sei su dieci nella fascia 15-29 anni).

La distribuzione provinciale di questo problema, come di altri fenomeni socio-economici, è fortemente disomogenea e sembrerebbe essere associata a tassi di mortalità, corretti per età, superiori alle medie nazionale e campana.

A Napoli il tasso complessivo di disoccupazione è di circa il 28% (1999).

Le percentuali minori si notano nella provincia di Benevento e sono sempre superiori a quelle medie nazionali (14,9% vs. 11,4% in Italia, 1999).

IL REDDITO

La situazione occupazionale campana trova naturalmente forte riscontro nel reddito prodotto interno lordo pro capite (1998) che ammonta a 23,1 milioni ed equivale al 64,2% di quello medio nazionale (36 milioni, circa 13.000.000 di lire per abitante in meno).

In effetti il divario nell'incremento del reddito prodotto si aggrava sempre più, tanto in valori assoluti che relativi.

In Campania l'incremento percentuale del reddito disponibile dal 1983 al 1992 è stato del 212%, inferiore a quello italiano ed anche a quello medio delle regioni meridionali (rispettivamente: 230% e 220%).

Il reddito minimo è prodotto nella provincia di Caserta con 15.600.000 milioni per abitante e quello massimo in provincia di Avellino con 18.000.000 milioni pro capite (media nazionale 27.200.000/capite).

LA RICCHEZZA DISPONIBILE

I depositi bancari pro capite, una misura incompleta della capacità di risparmio individuale, equivalgono, in media, al 60% del deposito medio pro capite nazionale. Questa misura non è correlata direttamente al reddito prodotto ed oscilla tra gli 8 milioni pro capite della provincia di Caserta e gli 11.300.000 di quella di Napoli (media nazionale 17 milioni pro capite).

I CONSUMI

Il valore medio dei consumi delle famiglie campane (1995) equivale a circa il 75% di quello nazionale ed è inferiore a quello medio delle regioni meridionali (28.863.954 lire vs. 30.630.151). Il consumo medio si pone al penultimo posto della graduatoria nazionale prima della regione Basilicata.

I consumi alimentari costituiscono il 27,6% del totale e sono molto vicini a quelli medi nazionali (7.980.163 lire contro 8.306.357) mentre i consumi non alimentari sono inferiori, in assoluto e in percento, a quelli nazionali e a quelli medi delle regioni meridionali.

Il valore medio dei consumi per abitazione è il maggiore d'Italia in termini percentuali (21,7% vs. 19,8%).

Il consumo di tabacchi è l'unico, tra primari e voluttuari, in cui la Campania è in testa alla classifica nazionale sia in valore assoluto (519.000 lire vs. 502.000) che percentuale (1,8% vs. 1,3%).

Gli altri consumi non alimentari sono, in linea di massima, tutti inferiori, in percento e in assoluto, a quelli nazionali e medi delle regioni meridionali, confermando il grave quadro di depressione economica.

L'ISTRUZIONE

Il grado di istruzione della popolazione residente in Campania nel 1997 non differisce in modo significativo da quello medio nazionale, con la sola eccezione di coloro che hanno conseguito il titolo di "Qualifica professionale" (2,7% vs. 4,4%).

	Licenza elementare - nessun titolo	Licenza media inf.	Qualifica professionale	Diploma media sup.	Diploma universitario	Dottorato e Laurea
Campania	38,8	33,6	2,7	20,0	0,5	4,9
Italia	38,4	31,7	4,4	20,0	0,4	5,1
Distribuzione in percento della popolazione residente di età superiore a 6 anni per grado di istruzione. Elaborazione su dati ISTAT 1997						

Il mezzogiorno d'Italia si distingue, inoltre, dal resto della nazione per il minor tasso di scolarità relativo alle scuole materne, tasso che risulta diminuito rispetto agli anni 91-92 (90,9% vs. 93%).

A livello di scuola elementare vi è il maggiore numero di alunni sia per insegnante, sia per classe, insieme alla maggiore percentuale di respinti (0,6 per 100 iscritti rispetto a 0,4 media italiana).

La percentuale di respinti resta la più alta d'Italia, anche a livello delle scuole medie inferiori (5,9 vs. 4,8) e medie superiori (8,6% vs. 8,1%).

A livello delle scuole medie superiori si nota il peggiore tasso di scolarità (79,4% vs. 83,1%).

A livello universitario si notano, infine, il minore tasso di iscrizione (35,6 % vs. 43,2), il maggior numero medio di studenti per docente (34,3 vs. 29,7) e la minore percentuale di laureati ventiquattrenni (9,2% vs. 12,6%).

LA POVERTÀ

Nella maggior parte dei paesi occidentali la povertà si misura relativamente ai consumi medi pro capite. In Italia si adotta la cd. "*Linea di povertà*" (definita come International Standard of Poverty Line I.S.P.L.) in base alla quale si definisce povera una famiglia di due componenti che spende per consumi una media inferiore a quella nazionale pro capite.

In base a tale metodo di definizione della povertà, nel meridione si è passati dal 20% di famiglie povere nel 1990 al 25,1% nel 1999.

Circa il 66% delle famiglie povere italiane risiede nel meridione.

L'ISTAT, sulla base di analisi a *cluster* effettuate sui dati dell'ultimo censimento, ha potuto approfondire la conoscenza delle cd. aree dello svantaggio sociale.

In particolare, per la città di Napoli, l'analisi della morfologia socio economica mostra una realtà estremamente disomogenea e frammentaria per la netta separazione tra zone residenziali benestanti e zone fortemente disagiate.

In tale analisi Napoli viene definita la "città del disagio" in quanto le zone caratterizzate da famiglie numerose, abitazioni prive di servizi, giovani in cerca di prima occupazione costituiscono più della metà del territorio urbano.

CRIMINALITÀ E DEVIANZA MINORILE

Dal 1991 al 1997 i delitti denunciati dalle Forze dell'Ordine nel meridione sono diminuiti del 18%, rispetto ad una diminuzione media nazionale del 7,8%.

Attualmente rappresentano il 30,5% dei delitti denunciati in Italia ma sono costituiti da crimini potenzialmente o di fatto più gravi.

Rispetto alle medie nazionali, si notano tassi (per 100.000 persone) più alti rispetto agli omicidi, tentati omicidi, rapine, estorsioni, attentati ed, in particolare, contrabbando (quest'ultimo 236/100.000 abitanti rispetto a 97/100.000).

Rispetto alle truffe e furti semplici e aggravati che prevalgono nel centro - nord, nel meridione sembrano prevalere delitti collegabili al crimine organizzato.

Nonostante ciò, i tassi di criminalità meridionali (3.549,2/100.000) sono significativamente minori di quelli medi nazionali (4.243,9/100.000).

Per i delitti perpetrati da minori la situazione è purtroppo diversa in quanto, rispetto al 1991, i crimini, seppure diminuiti in numeri assoluti (9.490 nel 1997 rispetto a 10.976 nel 1991), sono aumentati se misurati in tassi per 100.000 giovani di 14 – 17 anni. Infatti questi ultimi si sono portati da 790 delitti per 100.000 giovani nel 1991, a 821 nel 1997.

In confronto alle medie nazionali prevalgono gli omicidi volontari, le rapine, le estorsioni e le truffe.

LA MIGRAZIONE

In Campania, a partire dal 1995 il saldo migratorio interno è negativo in quanto è maggiore la quota di persone che lascia la regione rispetto a quelle che si iscrivono; questo fenomeno è presente nelle sole regioni meridionali (con esclusione della Basilicata) ed in Sardegna.

In particolare nel 1997 il 2,5% della popolazione residente ha lasciato la regione (146.425 persone) e di queste il 2,2% si è recato all'estero. Il dato è il più alto d'Italia ed è maggiore del 25% rispetto a quello medio nazionale.

Nel 2000 il saldo migratorio è stato di – 18409.

IL CONTESTO URBANO

Nell'"*Indagine multiscopo sulle famiglie*" del 1997, l'ISTAT riporta, tra l'altro, la percentuale di giudizi negativi delle famiglie rispetto ad alcuni problemi ambientali e/o relativi al contesto urbano.

In Campania la percentuale di giudizi negativi è superiore alle medie nazionali rispetto alla sporcizia nelle strade, difficoltà di parcheggio, difficoltà di collegamento, traffico, inquinamento dell'aria, rumore e irregolarità nell'erogazione dell'acqua.

Rispetto alla precedente indagine del 1993 c'è un miglioramento dei giudizi, in particolare rispetto alla irregolarità nell'erogazione dell'acqua.

In sintesi, la Campania si connota per l'alto tasso di disoccupazione e disoccupazione giovanile, per il basso reddito ed il minore incremento del reddito annuo, per bassi consumi con eccezione di quello di tabacchi, per un basso numero di qualificati professionali, per bassi tassi di scolarità, alto numero di studenti per insegnante, alta percentuale di respinti, grave disgregazione nelle aree metropolitane, alto tasso di povertà, alta pericolosità della criminalità con aumento di quella giovanile, alta percentuale di emigrazione e generale insoddisfazione dei cittadini per la qualità dei servizi e di vita in genere.

Tutto quanto su esposto denota un chiaro quadro di disagio sociale ed economico, con aree di emarginazione e pericolosità sociale crescenti nel tempo che si associano e connotano uno stato di benessere psico-fisico molto lontano dagli standard attesi e delineati per un paese europeo.

In Campania è perciò necessario, secondo la strategia delineata nel progetto europeo dell'OMS "Health 21", associare tra loro competenze politiche e sociali anche non sanitarie sulle problematiche della programmazione sanitaria, sulla definizione delle priorità e sulla elaborazione di interventi multisettoriali sui determinanti di salute tramite la produzione di programmi di salute pubblica orientati al raggiungimento di specifici risultati.

La strategia da perseguire è evidentemente fondata sul coinvolgimento di tutti i partner sanitari e sociali (famiglie, scuole, comuni e associazioni) per una partecipazione attiva nel processo di sviluppo della salute.

3.3 Lo Stato di Salute

MORTALITÀ PER CAUSE

Ogni anno in Campania muoiono circa 45.000 persone. Il tasso grezzo di mortalità è inferiore a quello nazionale, perché la popolazione campana è complessivamente più giovane, ma tenendo conto dell'età, i tassi standardizzati per età sono più elevati in Campania (1126 morti per 100.000 abitanti) che in Italia (986 per 100.000 abitanti).

Le principali cause a cui è imputabile l'eccesso di mortalità (ISTISAN 90-94)

	Maschi		Femmine	
	Campania	Italia	Campania	Italia
Tutte le cause	1143	1048	1110	928
Malattie del sistema circolatorio	601,4	452,8	482,9	408,0
Ipertensione	31,4	21,4	59,8	36,3
I.M.A.	161,9	149,0	127,0	112,8
M. cerebro-vascolari	151,2	114,5	222,8	150,2
Malattie respiratorie	98,0	76,0	56,0	46,0
Bronchite, Enfisema, Asma	72,0	46,5	32,8	20,9
Malattie del digerente	82,0	58,0	71,0	44,0
Cirrosi epatica	57,4	34,1	46,3	19,7
Malattie metaboliche e del ricambio				
Diabete mellito	38,0	24,0	75,0	40,0
Tumori	306,0	328,0	196,0	219,0
Fegato	15,0	14,0	8,5	6,0
Laringe	8,7	8,0	0,6	0,5
Polmoni	97,5	94,5	13,6	16,4
Utero	-	-	12,5	11,1
Vescica	21,7	16,6	4,2	3,8
Malattie genito-urinarie	17,4	13,9	14,9	11,6
Insufficienza renale cr. e non spec.	12,4	8,5	11,4	7,8

Nella tabella sono mostrate le differenze tra Campania ed Italia per le cause che maggiormente spiegano l'eccesso di mortalità: esse sono riferibili alle malattie cardiovascolari, alle malattie respiratorie e del digerente e dalle conseguenze del diabete. Per queste cause in Campania si muore più del resto d'Italia.

La mortalità può essere analizzata anche come causa dell'accorciamento della vita rispetto ad un dato valore atteso. Questo valore può essere definito dalla vita media o dalla speranza di vita, oppure può essere arbitrariamente fissato ad un certo valore per valutare quanto alcune cause influiscano sulle morti precoci. Questo modo di analizzare il fenomeno mortalità si attua attraverso la costruzione di un indicatore definito Anni di Vita Potenziali Persi (PYLL – Potential Years Life Lost); si possono così misurare la quantità di anni non vissuti rispetto ad un dato valore di una popolazione e confrontare i risultati con quelli di altre popolazioni.

La tabella seguente illustra il confronto tra i PYLL rispetto ad un valore fissato a 65 anni, relativamente alle prime 10 cause di morte in Campania ed in Italia (dati ISTAT 1997), attraverso la costruzione di tassi per 1000 abitanti. La scelta dei 65 anni è dettata dalla volontà di evidenziare soprattutto le cause per le quali si muore in età giovane, depurando quindi il dato quanto più possibile dalle cause che influiscono sulle morti degli anziani.

Questo modo di analizzare gli eventi conferma il peso di alcune cause, come i tumori e le malattie cardiovascolari, ma mette anche in risalto il peso che assumono gli incidenti stradali come causa di

morte tra i giovani, anche in Campania. Dal confronto poi tra le Province campane si evidenzia che il fenomeno di un elevato valore di PYLL totale rispetto alla media nazionale interessa le province di Napoli e Caserta, soprattutto a causa di elevati tassi per cancro e che gli incidenti stradali sono una causa di morte importante nelle province di Benevento e Caserta (rispettivamente tassi di 3,6 e 4,1 rispetto al valore medio nazionale di 3,6).

Campania	Tassi	Rango	Tassi	Italia
Cancro	8,4	1	8,8	Cancro
Incidente veicolo m.	2,0	2	3,6	Incidente veicolo m.
Cardiopatie ischemiche	2,0	3	1,8	Cardiopatie ischemiche
Altre cardiache	1,9	4	1,6	Altre cardiache
Anomalie congenite	1,8	5	1,5	Altri incidenti
M. Cerebrovascolari	1,2	6	1,5	Suicidio
Altri incidenti	1,1	7	1,4	Anomalie congenite
Malattie croniche fegato	1,0	8	1,3	Infezioni hiv
M. Neurologiche	1,0	9	1,0	M. Cerebrovascolari
Rds	0,8	10	1,0	Malattie croniche fegato

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia ed in Campania e le patologie maggiormente responsabili di questo evento sono l'infarto acuto del miocardio e l'ictus cerebrale. Negli ultimi 25 anni, sia in Italia che in Campania si è osservato, per entrambe le malattie, un trend di mortalità decrescente. Per l'infarto acuto del miocardio il decremento registrato in Campania appare più pronunciato rispetto all'Italia; al contrario, per l'ictus cerebrale, il decremento campano risulta minore. Addirittura nella popolazione femminile della Provincia di Napoli, dal 1970 al 1994 il tasso standardizzato di mortalità per questa malattia è aumentato.

Comunque, dai dati di mortalità relativi al quinquennio 1990-1994, per entrambe le malattie, in tutte le Province campane, il tasso standardizzato di mortalità si presenta superiore a quello nazionale con punte massime nelle Province di Napoli e Caserta. A tal proposito Il Piano Sanitario Nazionale, relativamente alle malattie cerebrovascolari, ha specificamente sottolineato la necessità di dedicare particolare attenzione alle differenze registrate nella incidenza e nella mortalità tra le diverse aree geografiche al fine di realizzare interventi orientati ad avvicinare i dati regionali ai migliori valori osservati.

Numero di decessi e tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti nel quinquennio 1990-94

	Infarto miocardico acuto		Malattie cerebrovascolari	
	morti	Tasso stand.	Morti	Tasso stand.
Italia	362.434	130.4	367.793	132.9
Campania	28.787	144.3	35.081	188.1
Napoli	15.494	167.9	16.420	194.2
Caserta	4.009	150.7	5.089	210.1
Salerno	5.133	117.6	7.182	172.9
Avellino	2.501	115.8	3.737	174.4
Benevento	1.650	109.5	2.853	176.1

I fattori di rischio cardio e cerebrovascolare, unanimemente riconosciuti sono l'abitudine al fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, le abitudini alimentari che favoriscono l'eccesso ponderale, elevati livelli di colesterolemia, elevati livelli di pressione arteriosa.

Le informazioni disponibili sono ancora insufficienti per descrivere, nella popolazione campana, l'entità dell'esposizione al rischio per tutti i fattori riconosciuti; è possibile, però, riportare due osservazioni che si presentano interessanti per definire il campo delle priorità.

In gran parte delle aree campane, si osserva una larga diffusione dell'abitudine al fumo di sigaretta. Un'abitudine che, per effetto della dimensione della sua prevalenza e di quella delle due più frequenti malattie cardiovascolari, è caratterizzata da un elevato rischio, che certamente esercita la sua influenza sulla morbosità e mortalità cardiovascolare. In Campania il fumo di sigaretta appare come un elemento di atipicità rispetto al resto del Paese perché si continua a fumare molto, la prevalenza dei fumatori maschi supera il 38% (Italia 32.7%, ISTAT multiscopo 2000) e non sembra avviata ad una concreta riduzione, come avviene altrove in Italia.

Dall'osservazione dei dati relativi alla spesa farmaceutica nella nostra Regione si registra, per molti gruppi farmacologici, una spesa pro-capite per popolazione pesata maggiore rispetto al resto d'Italia; per i farmaci cardiovascolari, viceversa, la spesa pro-capite si presenta inferiore

alla media nazionale. Questo dato potrebbe suggerire l'ipotesi di una possibile inadeguatezza nella identificazione ed nel trattamento delle patologie cardiovascolari.

TUMORI

Pur essendo la mortalità standardizzata per tutti i tumori più bassa della media italiana, c'è da sottolineare che il vantaggio per la popolazione campana è diminuito notevolmente nel tempo (nel quinquennio 1970-74 la differenza rispetto all'Italia era di circa il 23%, nel quinquennio 1990-94 si è ridotta al 9%). Inoltre in Italia, in entrambi i sessi, le curve si sono stabilizzate già da cinque anni circa e si comincia ad osservare una lieve riduzione, mentre in Campania il fenomeno continua a crescere.

Analizzando in dettaglio i singoli tumori, si osserva il protrarsi degli effetti da esposizioni ambientali ed in particolare da fumo di sigaretta con la frequenza di morte per tumori del polmone, della laringe, della vescica, più elevata negli uomini della Campania rispetto a quelli Italiani, come pure è di grande rilievo il dato di mortalità per tumore del fegato (sia per gli uomini che per le donne) e per tumore dell'utero (nelle donne) che indicano la necessità di studiarne con maggiore attenzione le cause, le misure di prevenzione (condizioni igieniche, diagnosi precoce, ecc.) e di cura.

Nella seguente tabella si riportano, in ordine di frequenza, le cause di morte per tumore in Italia e in Campania, divise per sesso (fonte Rapporti ISTISAN 98/14).

Italia M	Campania M	Ordine	Campania F	Italia F
Polmone	polmone	1	mammella	Mammella
colon retto	colon retto	2	colon retto	Colon retto
Stomaco	vescica	3	stomaco	Stomaco
prostata	prostata	4	polmone	Polmone
vescica	stomaco	5	utero	Pancreas
fegato	fegato	6	fegato	Utero
pancreas	leucemie	7	pancreas	Ovaio
leucemie	laringe	8	leucemie	Leucemie
laringe	pancreas	9	ovaio	Fegato
rene	encefalo	10	encefalo	Encefalo
esofago	rene	11	vescica	Vescica
encefalo	esofago	12	rene	Rene
melanoma	melanoma	13	melanoma	Melanoma
cavo orale	Hodgkin	14	esofago	Esofago
Hodgkin	cavo orale	15	hodgkin	Hodgkin
testicolo	testicolo	16	laringe	Laringe
		17	cavo orale	Cavo orale

Dal confronto delle graduatorie delle frequenze di mortalità per i principali tumori nel quinquennio 1990-1994 in Italia ed in Campania, si nota nei maschi l'inversione delle posizioni del cancro dello stomaco (terzo cancro per frequenza tra le cause di mortalità oncologica in Italia, quinto in Campania) e della vescica (quinto cancro in Italia, terzo in Campania) e, mentre in Italia il dato sul cancro dello stomaco mostra un trend in diminuzione di circa il 30%, negli ultimi 25 anni, in Campania si osserva maggiore stabilità nell'andamento della mortalità per tale causa. Per il cancro della vescica il confronto delle curve porta a conclusioni analoghe: la mortalità per questa causa in Italia non sta aumentando da almeno 10 anni, mentre in Campania si osserva tuttora una crescita, seppure rallentata. Con simili procedure di valutazione applicate ai dati riguardanti le donne, deve far riflettere il dato rilevato per il cancro dell'utero ed il cancro del fegato in Campania (dove sono molto più frequenti rispetto all'Italia, occupando il quinto ed il sesto posto della graduatoria di frequenza della mortalità per tumori rispetto al sesto ed al nono posto in Italia).

Campania						
M			ordine	F		
sede	%	%cum		Sede	%	%cum
Polmone	31,9	31,9	1	Mammella	16,6	16,6
Colon retto	8,6	40,5	2	Colon retto	13,5	30,1
Vescica	7,1	47,6	3	Stomaco	7,1	37,1
Prostata	7,1	54,7	4	Polmone	7,0	44,1
Stomaco	7,0	61,7	5	Utero	6,4	50,4
Fegato	4,9	66,6	6	Fegato	4,3	54,8
Leucemie	3,3	69,9	7	Pancreas	3,9	58,7

Laringe	2,9	72,8	8	Leucemie	3,8	62,5
Pancreas	2,7	75,5	9	Ovaio	3,6	66,1
Encefalo	2,3	77,8	10	Encefalo	2,4	68,5
Rene	1,6	79,4	11	Vescica	2,2	70,6
Esofago	1,1	80,5	12	Rene	1,3	71,9
Melanoma	0,6	81,2	13	Melanoma	0,8	72,7
Cavo orale	0,4	81,5	14	Esofago	0,6	73,3
Hodgkin	0,4	81,9	15	Hodgkin	0,5	73,7
Testicolo	0,1	82,1	16	Laringe	0,3	74,1
			17	Cavo orale	0,2	74,3
Altri	17,9	100,0		Altri	26,0	100,0

Dalla precedente tabella si evince, inoltre, che nei maschi il 54% della mortalità per tutti i tumori è da attribuire a 4 neoplasie (polmone, colon-retto, vescica e prostata), con il 32% del solo tumore del polmone; nelle femmine il 50,4% della mortalità per tutti i tumori è da attribuire a 5 neoplasie (mammella, colon-retto, stomaco, polmone e utero). Tra queste ultime il 23% (mammella e utero) sono suscettibili di diagnosi precoce e prevenzione secondaria attraverso campagne di screening oncologico, la cui esecuzione eviterebbe tra il 30 e il 50% di morti all'anno nella fascia d'età 50-69 anni per il tumore della mammella e circa l'80% nella fascia d'età 25-64 anni per il tumore dell'utero, purché siano garantite adeguate coperture.

Infine appare necessario segnalare la disomogeneità della distribuzione della mortalità per cause tra le varie province: l'eccesso di mortalità è concentrato nell'area di Napoli e Caserta. In particolare la mortalità per tumori appare più elevata in tali province rispetto al resto della Regione (fonte dati Rapporti ISTISAN 98/14).

DIABETE MELLITO

Nei paragrafi precedenti sono stati riportati i tassi di mortalità del quinquennio 90-94, standardizzati per età, che illustrano come in Campania, a parità di età, si muoia di più, per alcune cause, rispetto alla media nazionale (Rapporto ISTISAN 98/14).

La mortalità per Diabete mellito è quella che percentualmente si discosta di più dalle medie nazionali raggiungendo + 58% per gli uomini e + 89% per le donne.

Ciò rende il diabete un problema di salute prioritario per la nostra regione.

I dati desunti dall'indagine ISTAT multiscopo (1999) confermano che la prevalenza di malattia diabetica in Campania è superiore del 33% a quella nazionale (tassi standardizzati 4.8 vs. 3,6%).

Nella tabella seguente sono riportati i tassi standardizzati per età di mortalità per Diabete nel periodo citato nelle cinque province campane e il confronto con i dati regionali e nazionali.

	Maschi	Femmine	Totale
Napoli	42,4	85,6	64,7
Caserta	36,5	81,9	59,9
Salerno	37,1	69,8	54,0

Avellino	27,9	49,8	39,2
Benevento	25,7	49,1	37,7
Campania	37,5	75,2	56,9
Italia	24,2	40,2	32,4
Tassi standardizzati di mortalità per Diabete 1990-94			

In Italia, il trend di mortalità per diabete ha mostrato un progressivo aumento fino al 1984 e, di seguito, una lieve ma costante flessione fino al 1994, assestandosi su valori di poco superiori a quelli del 1970.

In Campania, la mortalità è risultata essere in aumento senza mostrare la flessione riportata nei dati nazionali a partire dal 1984 e, nelle province di Napoli e Caserta, risulta tuttora in aumento.

Rispetto alla morbilità, in Campania è stato avviato, a partire dal 1996, un *Registro Regionale delle Amputazioni non traumatiche* basato su di un sistema di rilevamento delle procedure e interventi chirurgici segnalati sulle Schede di Dimissione Ospedaliera che conferma l'entità e la gravità del problema assistenziale evidenziando che tali mutilazioni riguardano malati di diabete nel 49% dei casi e che il rischio di amputazione per un diabetico è 28 volte maggiore di quello della popolazione generale.

Se è verosimile che in Campania non ci siano particolari fattori di rischio biologici per la malattia diabetica rispetto al resto d'Italia, il nostro sembra allora essere un problema legato alla programmazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria fornita a tali pazienti. In tale fase si deve inoltre considerare la previsione di un raddoppio dei malati diabetici nei prossimi dieci anni sia, in considerazione dell'aumentata incidenza nei paesi industrializzati, che per la modifica dei criteri diagnostici di malattia proposta da diverse società scientifiche.

CIRROSI EPATICA

In Italia si è osservato negli ultimi decenni un costante decremento della mortalità per cirrosi epatica. Il tasso standardizzato di mortalità per entrambi i sessi è passato dal 38,4 per centomila abitanti nel quinquennio 1970-1974, al 26,7 per centomila nel quinquennio 1990-1994 e la mortalità maschile risulta maggiore rispetto a quella femminile.

In Campania, al contrario, nello stesso periodo la mortalità per cirrosi epatica in entrambi i sessi è aumentata passando dal 44,5 per centomila registrato nel quinquennio 1970-1974 al 51,7 per centomila nel quinquennio 1990-1994 ed il maggiore incremento si è osservato nel sesso femminile.

Nella tabella successiva vengono riportati i dati di mortalità per questa malattia registrati in Italia, in Campania ed nelle Province della nostra Regione nel quinquennio 1970-1974 e 1990-1994.

	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	70-74	90-94	70-74	90-94	70-74	90-94
Italia	55,9	34,1	21,9	19,7	38,4	26,7
Campania	53,8	57,4	35,7	46,3	44,5	51,7
Napoli	67,3	69,1	45,6	60,5	56,1	64,7
Caserta	58,6	63	32,7	48,4	45,2	55,5
Salerno	37,5	40,9	24,9	30,4	31	35,5
Avellino	26,8	42,7	22,6	24,8	24,6	33,5
Benevento	40,8	38,9	20	24,3	30,1	31,4

Dal confronto risulta evidente che la mortalità campana, nel quinquennio 1990-1994 è doppia rispetto a quella italiana e che tale eccesso di mortalità rispetto al valore nazionale si osserva in tutte le Province della Regione con picchi nelle Province di Napoli e Caserta. Inoltre, sempre nello stesso periodo, la cirrosi epatica costituisce la causa di decesso più frequente – ove si escludano i tumori considerati nella loro globalità – nella fascia di età di maggiore produttività lavorativa, compresa tra i 25 ed i 45 anni.

Anche i ricoveri relativi al DRG 202 *cirrosi epatica ed epatite alcolica* in Campania nel 1996 sono stati l'1,02 % di tutti i ricoveri acuti in regime ordinario contro lo 0,67 fatto registrare in Italia.

I fattori di rischio più significativi per lo sviluppo della cirrosi epatica sono rappresentati dalla persistenza di infezioni da virus dell'epatite B, Delta e C che vanno incontro a cronicizzazione e dal consumo di bevande alcoliche. E' possibile ipotizzare che la causa del decremento di mortalità osservata in Italia sia attribuibile ad una riduzione della circolazione dei virus dell'epatite confermato dalla riduzione di frequenza dei nuovi casi di infezione notificati. L'introduzione della vaccinazione di massa contro l'epatite B, in futuro, contribuirà ulteriormente a ridurre l'incidenza di questa infezione. Inoltre, alcune rilevazioni sembrano suggerire che negli ultimi 10 anni si sia ridotto, nel nostro Paese, il consumo di bevande alcoliche. L'attuale eccesso di mortalità in Campania potrebbe essere attribuito, invece, ad una maggiore circolazione dei virus epatitici ed in particolare del virus C la cui prevalenza nella popolazione risulta ancora largamente sconosciuta.

MALATTIE INFETTIVE

Le malattie infettive e diffuse continuano a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica, nonostante la disponibilità, per molte di esse, di efficaci interventi preventivi e terapeutici.

Molte di esse vengono notificate ai Servizi di Igiene pubblica da parte degli ospedali e dei medici di base per permetterne il monitoraggio a fini epidemiologici e preventivi, secondo le disposizioni del D.M.S. del 15.12.90. L'archivio delle notifiche è così una fonte informativa abbastanza affidabile, che permette di valutare l'andamento negli anni della patologie infettive e di stimarne l'incidenza annuale, pur con i limiti derivanti dal fenomeno della sottotifica (il cui peso è variabile a seconda della malattia, in rapporto inverso alla frequenza di ospedalizzazione della stessa).

Per quanto riguarda le possibilità di prevenzione è opportuno suddividere le malattie infettive in sei grosse categorie:

Le malattie a trasmissione orofecale e/o alimentare. La febbre tifoide e l'epatite virale tipo A, pur presentando un andamento dei trends temporali campani ed italiani abbastanza costante nel tempo (periodo 1991-97), mostrano una evidente differenza tra i valori dei rispettivi tassi (1997 - Febbre tifoide: Campania 3,9 per 100.000; Italia 1,3. Epatite A: Campania 28,2; Italia 13,3). In particolare, per l'Epatite A, il Sistema di Sorveglianza nazionale (SEIEVA) ha messo in evidenza che il fattore di rischio più importante nella trasmissione della malattia, specialmente nelle regioni meridionali, è il consumo di frutti di mare crudi e che la fascia di età attualmente più interessata al fenomeno è quella compresa tra 15 e 24 anni. Anche la Brucellosi in Campania presenta tassi costantemente più elevati di quelli italiani nel periodo 1991-97, con un picco nel 1996 dovuto ad alcuni focolai epidemici registrati in Campania (riferibili a consumo di latticini contaminati), e con un valore nel 1997 pari a 3,8 rispetto al dato nazionale di 2,9.

Le malattie a trasmissione parenterale e l'HIV. L'analisi dei dati relativi all'incidenza di nuovi casi di AIDS mette in evidenza come nella nostra Regione, come del resto in tutto il Meridione, esista un tasso, per il biennio 97-98, (1,8 per 100.000) di molto inferiore alle regioni più interessate dal fenomeno, vale a dire Lazio (7,4), Lombardia (7,4), Liguria (6,3) ed Emilia Romagna (5,4). I motivi di tale situazione favorevole non sono a tutt'oggi ancora ben noti. Inoltre l'andamento dei trends temporali di incidenza, sia campani che nazionali, dal 1982 ad oggi, mostra un incremento costante fino al 1995 seguito da una repentina riduzione: tale riduzione, difficilmente spiegabile con una riduzione delle nuove infezioni da HIV, potrebbe in parte essere attribuibile alla diffusione dell'utilizzo delle terapie antiretrovirali che comportando un allungamento della fase asintomatica di sieropositività, diluirebbe nel tempo la diagnosi di AIDS conclamata. D'altra parte l'incremento dei tempi di sopravvivenza dei malati spiegherebbe l'effetto paradossale di un aumento dei casi prevalenti di AIDS. Nel tempo anche l'importanza dei diversi fattori di rischio si è andata modificando: fermo restando l'importante ruolo della tossicodipendenza e.v., associata o meno alla omosessualità, è andato via via prendendo maggiore consistenza quale fattore di rischio il comportamento dei contatti eterosessuali, il che rende la malattia più difficilmente delimitabile a particolari gruppi a rischio. Come conseguenza di ciò si osserva un ritardo della prima diagnosi di sieropositività, il che porterebbe ad un ritardo nell'accesso alle terapie.

Per quanto riguarda le altre malattie a trasmissione parenterale, c'è da evidenziare la situazione della Epatite virale di tipo B e C. Entrambe presentano andamenti temporali decrescenti ed in linea sostanzialmente con i valori nazionali, per la prima attribuibili all'effetto della pratica vaccinale. Va comunque segnalato che esistono evidenze che la prevalenza di infezione da epatite C in Campania sia largamente diffusa in particolare in alcuni gruppi a rischio, primo tra tutti la popolazione dei tossicodipendenti e.v.

Le malattie prevenibili tramite vaccini. L'andamento delle notifiche di Morbillo, Pertosse, Parotite e Rosolia, essendo queste malattie scarsamente ospedalizzate, risente in maniera rilevante del fenomeno della sottotifica, per cui, mentre sono poco affidabili i valori assoluti dei tassi di incidenza, è indicativo valutare i trend negli anni, che confermano la periodicità epidemica di tali malattie.

Le zoonosi. Nell'ultimo decennio hanno assunto particolare importanza alcune malattie infettive prevenibili che riconoscono taluni animali domestici (principalmente il cane) quali serbatoio/fonte di infezione, a testimonianza di una non sufficiente attenzione verso il rispetto di quelle norme igieniche e di comportamento che ridurrebbero i rischi per la salute derivanti della convivenza tra gli animali e l'uomo. Tra queste particolare rilievo è da attribuire nella nostra Regione alla Leishmaniosi Viscerale ed alla Rickettsiosi. La Leishmaniosi Viscerale è una malattia che si manifesta sporadicamente, che riconosce nel cane il proprio serbatoio di infezione e che in alcune zone della Campania assume un carattere di iperendemicità (area dei comuni vesuviani, alcune zone del casertano e del Cilento), come dimostrato dai tassi campani che sono 2-3 volte maggiori di quelli nazionali (1997 Campania 0,7 per 100.000; Italia 0,2). Il mancato riconoscimento del sospetto diagnostico può indurre un ritardo nella adozione del corretto regime terapeutico, il che può provocare danni rilevanti per il paziente, fino al decesso. La Rickettsiosi, malattia trasmessa dalla zecca, pur non presentando sostanziali differenze dal trend italiano, è particolarmente presente in alcune aree della Regione. Anche per essa si pone un problema di corretto e tempestivo riconoscimento diagnostico per l'adozione della corretta terapia.

La tubercolosi. Le attuali condizioni sociali e la diffusione dell'infezione da HIV favoriscono il riemergere di malattie che sembravano debellate, prima tra tutte la Tubercolosi. Questa costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in considerazione della relativa contagiosità, della difficoltà di applicare efficaci misure di prevenzione e della sempre maggiore circolazione di ceppi farmacoresistenti. I dati delle notifiche documentano un aumento del trend campano rispetto alla relativa stazionarietà del resto del paese, probabilmente spiegabile con la riduzione del peso relativo della sottotifica, grazie anche al miglioramento della sorveglianza epidemiologica. In ogni caso il problema sembra concentrato in particolari gruppi a rischio come gli immigrati extracomunitari, ma anche la popolazione campana ne è interessata, aumentando l'incidenza con l'età e con le cattive condizioni sociali.

Le infezioni nosocomiali. Le infezioni ospedaliere costituiscono un problema molto rilevante di sanità pubblica sia perché rappresentano la complicanza più frequente in assoluto dei pazienti ricoverati, sia perché in una significativa proporzione evolvono verso disabilità permanente o morte, sia infine perché comportano in ogni caso un aumento dei costi ospedalieri. La grande rilevanza del problema è dovuta al fatto che esse sono, almeno in parte, prevenibili, e

rappresentano, per questo motivo, un indicatore della qualità dell'assistenza. Non esiste attualmente un sistema di sorveglianza nazionale sul fenomeno, ma dai numerosi studi effettuati in Italia, si evidenzia che la quota di infezioni ospedaliere prevenibili è ancora inaccettabilmente elevata. In particolare diversi studi di prevalenza effettuati negli ultimi 15 anni in Italia documentano un valore compreso tra il 5 e il 10% (negli ospedali italiani 5 - 10 degenti su 100 vanno incontro ad una complicanza infettiva derivante dal ricovero ospedaliero), con notevoli differenze tra le varie localizzazioni considerate, e con valori più elevati per le infezioni del tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche.

LE PATOLOGIE ODONTOSTOMATOLOGICHE

Le malattie del cavo orale interessano il 96% della popolazione italiana compresa tra i 25 e i 44 anni, sono strettamente legate agli stili di vita della popolazione (igienici e alimentari) e sono provocati da batteri contenuti nella placca dentaria. Una componente significativa, inoltre, è rappresentata dalle anomalie congenite e acquisite dell'apparato stomato-gnatoco.

La mancanza di adeguati interventi di prevenzione primaria e secondaria porta ad alti valori di prevalenza di carie e di parodontopatie, con perdita precoce di elementi dentari, che a loro volta determinano alte percentuali di edentulismo (parziale o totale) e conseguenti disagi funzionali ed estetici, di rilevanza sanitaria e psicosociale.

a) CARIE DENTARIA

La patologia cariosa costituisce una delle affezioni odontostomatologica che colpiscono con molta frequenza i soggetti in età infantile o giovanile. Le indagini epidemiologiche che hanno fornito indicazioni sulla diffusione di tale patologia sia nell'ambito nazionale che internazionale, sono numerose e riportano dati estremamente variabili. Dall'analisi della letteratura si evidenzia, infatti, una prevalenza delle lesioni cariose variabili tra il 31,9 e il 97%. Un riscontro comune sembra essere, tuttavia, quello dell'aumento di numero di soggetti colpiti dalle carie col crescere dell'età. Proprio l'enorme diffusione della patologia cariosa ha fatto sì che fosse oggetto di particolare interesse da parte dell'OMS.

La carie viene oggi considerata e definita come una particolare patologia locale ad etiologia multifattoriale correlata allo sviluppo tecnologico ed economico della società umana rappresentando, nei paesi più industrializzati, uno dei problemi sanitari più rilevanti e costosi.

L'entità della carie dentaria presente nella popolazione giovanile (6-13 anni) viene espressa dall'indice medio della patologia cariosa (DMFT per i denti decidui – DMFT per i denti permanenti); ad oggi possiamo dare come valori assoluti di DMFT il 2,9% pari al 40% fino all'età di sei anni, mentre di DMFT il 3% pari al 55% per una età tra i 10 e i 13 anni.

Per quanto riguarda la popolazione infantile in età prescolare è opportuno considerare la prevalenza della “Sindrome da biberon (BBTD)”, che insorge nei bambini a partire dal 9° mese di vita, legata all'assunzione di bevande zuccherate attraverso il biberon soprattutto durante la fase notturna, momento in cui la secrezione salivare è fisiologicamente ridotta e la temperatura intraorale si eleva notevolmente favorendo i processi di acidificazione.

Uno studio epidemiologico ha mostrato una incidenza pari al 4,04% ma la rilevanza delle osservazioni cliniche consente di supporre che tale patologia sia in netto aumento.

b) MALATTIA PARODONTALE

Anche in Italia, come in tutti i paesi del mondo, le malattie delle gengive e dei tessuti che sostengono il dente sono presenti all'interno della popolazione. La loro diffusione e i danni che esse provocano nella bocca, insieme alla carie dentale, sono sicuramente le cause principali dei problemi odontoiatrici. Sono, quindi, a buon diritto un problema di salute pubblica, di cui le istituzioni preposte si devono interessare ed adottare le strategie necessarie al fine di diminuire la loro incidenza.

Le gengiviti e le malattie parodontali sono caratteristiche della popolazione adulta e la loro progressione, se non interviene la opportuna terapia, può portare alla perdita di denti, con danni rilevanti all'organo masticatorio, sia in termini di funzione che di estetica.

Se esaminiamo la diffusione di questo fenomeno in una fascia di età significativa, quella dei 35 anni, notiamo che:

il 30% dei soggetti è sano a livello gengivale e parodontale;

il 15% della popolazione presenta segni di gengivite e di malattia parodontale avanzata e necessita quindi di una terapia specialistica;

il 55% della popolazione è rappresentata da persone che hanno una malattia di media identità e che possono recuperare uno stato di salute duraturo e stabile, se si sottopongono all'igiene orale professionale e se praticano una corretta igiene orale personale in modo continuativo.

Quindi, data la potenzialità terapeutica che i comportamenti igienici hanno nei confronti di una grande fetta delle patologie parodontali ed orali in generale, la diffusione all'interno della popolazione delle informazioni e dei comportamenti sanitari preventivi può consentire anche nella Regione Campania un rapido miglioramento di queste patologie.

4. GLI OBIETTIVI DI SALUTE

4.1 Promuovere Comportamenti e Stili di Vita per la Salute

Il primo obiettivo del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 propone di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione della prevalenza principali dei Fattori di Rischio, soprattutto riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati.

Lo scopo degli interventi da programmare è quello di ridurre mortalità prematura, morbosità e disabilità dovute a numerose malattie che possono essere prevenute tramite l'adozione di più sani comportamenti e stili di vita.

Per la maggior parte di tali malattie, come si è visto nei paragrafi precedenti, la Campania ha purtroppo tassi standardizzati di mortalità tra i più alti d'Italia.

Le azioni dovranno riguardare la promozione di *comportamenti alimentari* protettivi ed, in particolare per la Campania, il recupero di abitudini alimentari perse nell'ultimo decennio, l'adozione di stili di vita positivi che consentano, anche nell'età adulta e anziana, una moderata *attività fisica* e la prevenzione e/o riduzione del danno derivante da comportamenti socialmente negativi come il *fumo* e l'abuso di *alcohol*.

4.1.1 Alimenti

Esistono sufficienti e fondate evidenze che l'adozione di una sana alimentazione ha un effetto positivo sulla riduzione dell'incidenza e della mortalità per le principali malattie cardio e cerebrovascolari, nonché per molti altri tipi di neoplasie (esofago, stomaco, mammella), patologie metaboliche (dislipidemie e diabete mellito), ipertensione arteriosa, nonché delle patologie odontostomatologiche

Analogamente, un corretto modello alimentare riduce la frequenza e la gravità di patologie quali l'obesità, la stipsi e le sue complicanze ecc., soprattutto se associato, sinergicamente, ad una frequente, seppure modica, attività fisica.

Gli obiettivi sono quelli posti dal Piano Sanitario Nazionale e rappresentano, per la Campania, la necessità di recuperare un *modello alimentare mediterraneo* che privilegi il consumo di alimenti locali ricchi in proteine, carboidrati complessi e fibre, dal ridotto contenuto di grassi saturi, quali i vegetali, i legumi, il pesce azzurro, l'olio extravergine d'oliva ecc.

La ricerca della qualità in ogni settore della filiera agroalimentare può contribuire in maniera determinante al miglioramento delle caratteristiche di igienicità dei prodotti alimentari. La salubrità degli alimenti è condizionata infatti da numerosi fattori che investono le diverse fasi (produzioni agricole, lavorazione e trasformazione industriale, distribuzione, conservazione e, infine, preparazione, cottura e assunzione dei cibi da parte del consumatore); se uno qualunque dei passaggi sopra elencati non si svolge in modo corretto, aumentano le probabilità di rischi per la salute. Effetti negativi possono manifestarsi a distanza di anni a seguito della presenza negli alimenti di contaminanti o, entro breve termine, se si tratta di una contaminazione microbica che può determinare episodi di tossinfezione alimentare.

OBIETTIVI SPECIFICI

attenzione costante all'igiene della produzione degli alimenti di origine animale, attraverso interventi di tipo diversificato in relazione a differenti situazioni riscontrabili sul territorio nazionale e alle specifiche normative di settore;

miglioramento dei processi e delle modalità di commercializzazione dei prodotti agricoli che abbiano un impatto sull'ambiente, attraverso una serie combinata di interventi.

AZIONI

migliorare l'attività relativa allo scambio rapido di informazioni sulla sicurezza alimentare, attraverso il sistema di allerta nazionale e comunitario, con particolare riferimento ai prodotti alimentari di importazione;

monitorare la qualità igienico-sanitaria degli alimenti somministrati in ambito di ristorazione pubblica e collettiva;

verificare l'attività di autocontrollo da effettuare su tutta la filiera alimentare;

attivare sistemi di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari con adeguate indagini epidemiologiche dopo ogni episodio;

formare gli operatori che provvedono alla manipolazione o alla preparazione degli alimenti, soprattutto nell'ambito delle comunità;

valutare l'impatto sulla salute delle nuove biotecnologie alimentari, nel contesto socio-economico;

definire protocolli operativi destinati al monitoraggio dei nuovi alimenti.

Gli indicatori da utilizzarsi nel breve periodo sono ottenibili da stime sui consumi di specifici alimenti e prodotti target, mentre nel lungo periodo potranno basarsi sulla riduzione della morbosità e della mortalità precoce dovuta a specifiche patologie.

4.1.2 Fumo

Il 90% delle morti per cancro del Polmone, il 66% delle morti per broncopneumopatia cronica, il 25% delle morti per malattie cardiovascolari sono attribuibili al fumo, esso ha una forte rilevanza anche nel determinismo del tumore del cavo orale.

I rischi aumentano proporzionalmente al numero di sigarette fumate quotidianamente ma sono parzialmente reversibili in caso di sospensione dell'abitudine viziosa.

Anche l'esposizione passiva al fumo costituisce un importante fattore di rischio, infatti si osserva un aumento di morbilità e mortalità da tumori polmonari, da infarto del miocardio e da malattie respiratorie nei soggetti esposti cronicamente al fumo passivo. Ciò è particolarmente evidente e grave nelle esposizioni che si verificano nei bambini figli di fumatori e nei luoghi di lavoro.

In Campania il consumo di tabacco è tra i più alti d'Italia, se non il più alto in assoluto (519.000 lire circa per famiglia e per anno rispetto a 501.000 lire circa in Italia, ISTAT 1995).

Nella tabella seguente si nota che la nostra regione ha una prevalenza di fumatori più elevata rispetto alla media italiana. Anche la percentuale di forti fumatori (> di 11 sigarette al giorno) è la maggiore d'Italia.

	Campania				Italia			
	1995	1996	1997	1999	1995	1996	1997	1999
Fumatori in %	28,8	28,2	27,3	27,8	25,3	26,1	24,9	25,2
ex fumatori in %	15,7	15,5	16,8	13,6	20	19,3	20,3	19,4
11-20 sig./di in % dei fumatori	48,1	47,8	49,5	48,1	45,2	44,2	45,6	40,9
> 20 sig./di in % dei fumatori	12	8,8	11,3	14,9	10,6	10,4	9,2	13

Distribuzione percentuale delle persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero di sigarette fumate. Confronto tra Campania e Italia. (ISTAT, indagini multiscopo anni 1995, 1996, 1997, 1999)

Tuttavia, mentre in Italia il numero di fumatori e di ex fumatori appare pressoché costante negli anni, in Campania si assiste ad una modica riduzione dell'1,5% dei fumatori, ferma restando la percentuale di forti fumatori.

Poiché i tassi standardizzati di mortalità per tumori della laringe, polmone e vescica, come pure per Bronchite, Enfisema ed Asma, sono maggiori delle medie nazionali, la lotta al fumo diviene, per la Campania, obiettivo prioritario.

Gli obiettivi e le azioni necessarie sono quelli previsti nel PSN 1998-2000 e sono di seguito illustrati:

OBIETTIVI

la prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni non deve superare il 20% per gli uomini e il 10% delle donne;
deve tendere a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza e in allattamento;
deve ridursi la prevalenza dei fumatori tra gli adolescenti.

AZIONI

promuovere il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e di lavoro;
promuovere interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione scolastica ed agli ambienti lavorativi, coinvolgendo soprattutto gli operatori sanitari a più diretto contatto con il territorio ed in grado di incidere, quindi, sulla gran parte della popolazione, quali i Medici di Medicina Generale ed i Medici dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali;
promuovere campagne di educazione sanitaria, differenziate per i diversi gruppi di popolazione, con particolare attenzione alle fasce sociali più deboli ed al sesso femminile, dove questa abitudine tende a concentrarsi più frequentemente negli ultimi anni.

Il loro perseguimento richiederà l'impegno di operatori sanitari e non, in particolare il coinvolgimento del mondo della scuola e degli organi di informazione.

Gli indicatori da utilizzarsi nel breve periodo sono ottenibili da stime sui consumi di tabacco e da indagini a campione di sufficiente numerosità, al fine di determinare la diffusione dell'abitudine per sesso e fascia d'età, mentre nel lungo periodo potranno basarsi sulla riduzione della morbosità e della mortalità precoce dovuta alle specifiche patologie.

In ogni caso, prima di intraprendere campagne informative, è necessario stimare la distribuzione del vizio nella fascia di popolazione target.

A termine di campagna bisognerà attestarne l'impatto.

4.1.3 Alcool

L'abuso cronico di alcool ha un ruolo eziologico diretto in alcune patologie specifiche (cirrosi epatica, sindrome feto-alcolica, psicosi alcolica ecc.) e favorente in numerose altre.

L'ingestione acuta di quantità eccessive di alcool è causa frequente di incidenti gravi.

	Campania		Italia	
	1995	1997	1995	1997
Consuma vino	52,9	57,4	57,1	58,8
> 1/2 L di vino	6,2	5,4	6,8	6,1
Consuma birra	45,5	51,1	45,2	46,8
Consuma birra tutti i giorni	3,8	4,1	4,9	4,9
Consuma alcool fuori pasto	10,1	16,2	22,3	24,3
Non consuma alcolici	34,1	27,9	29,2	27,4
Distribuzione percentuale delle persone di 14 anni e più per consumo di alcool. Confronto tra Campania e Italia. (ISTAT, indagini multiscopo anni 1995, 1997)				

Dalla tabella precedente si evince che in Campania il consumo di alcolici nel 1997 si è intensificato se paragonato al consumo dichiarato nel 1995.

In altri termini, in Campania si è annullata la differenza, che è sempre esistita nei confronti dell'Italia rispetto al numero di bevitori di vino, con un incremento dell'8,5% in soli due anni. Inoltre i bevitori di birra sono, in percentuale, più numerosi, rispetto alla media italiana (incremento dal 1995 al 1997: + 12,3% rispetto a + 3,5% in Italia) e si è anche osservato un notevole incremento dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (+ 60%).

Corrispondentemente si è ridotto del 18% il numero degli astemi.

OBIETTIVI

riduzione del 20% della prevalenza di individui, uomini e donne, che consumano rispettivamente più di 40 gr. e 20 gr. di alcol al giorno;

riduzione del 30% della percentuale di coloro che consumano bevande alcoliche al di, fuori dai pasti;

riduzione del 30% della prevalenza di uomini che bevono più di 1 litro di vino al giorno e di donne che bevono più di un litro di birra al giorno o loro alcolequivalenti;

ritardo dell'età di avvio al consumo di alcolici da parte dei giovani;

riduzione della prevalenza degli adolescenti, maschi e femmine, che consumano bevande alcoliche, con particolare riguardo a coloro che eccedono quantità moderate o che consumano fuori pasto.

AZIONI

fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;

organizzare campagne con i mass media per supportare le politiche che combattono i danni causati dall'alcol;

controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e proibirla durante le attività di svago rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi;

promuovere politiche sull'alcool nei luoghi di lavoro basate sull'educazione sulla prevenzione e sull'identificazione precoce e il trattamento degli alcolisti;

promuovere una forte visibilità dell'uso del test dell'alcolemia su base casuale;

assicurare un approccio coordinato che coinvolga i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario e i gruppi di volontariato, oltre ai servizi sanitari;
 formare gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione del bere a rischio o dannoso e sui relativi interventi brevi;
 finalizzare risorse per l'adozione di strategie che incrementino accessibilità ed economicità degli interventi basati sull'assistenza primaria;
 valorizzare e favorire la collaborazione con le reti di volontariato, quali i gruppi di auto-aiuto, le associazioni di operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e le organizzazioni di consumatori.

Una particolare attenzione è necessaria allo studio della diffusione del consumo di bevande alcoliche negli adolescenti.

Gli indicatori da utilizzarsi nel breve periodo sono ottenibili da stime sui consumi di alcool, da indagini a campione di sufficiente numerosità, al fine di determinare la diffusione dell'abitudine per sesso e fascia d'età, da dati relativi al numero di centri per il trattamento e la riabilitazione degli alcolisti attivati dalle Aziende Sanitarie, nonché dal numero di soggetti in trattamento; nel medio periodo, invece, potranno basarsi sulla riduzione della morbosità e della mortalità precoce dovute all'abuso acuto e cronico di alcool.

4.1.4 Attività fisica

L'effetto protettivo dell'esercizio fisico è dimostrato nei riguardi delle malattie cardio e cerebrovascolari, osteoarticolari e metaboliche.

In Campania la percentuale di persone che praticano qualche attività sportiva è tra le più basse d'Italia.

	Regolare	Saltuaria	a volte	Mai
Campania	12,6	5,8	37,3	43,7
Italia	17,9	8,9	37,4	35,5
Percentuale di persone di 3 anni e più che praticano sport. Confronto tra Campania e Italia. (ISTAT 1997)				

OBIETTIVI

aumentare la prevalenza delle persone che praticano almeno una volta la settimana attività fisica in media del 30% e comunque non meno del 10% tra gli anziani;
 programmare le attività di prevenzione e di tutela della salute nelle attività sportive.

AZIONI

valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva;
 valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali;
 valutazione degli effetti dell'attività sportiva in funzione delle differenze di sesso;

valutazione dello stato di forma di atleti; per cogliere eventuali segni di sovrallenamento o cattivo allenamento, condizioni dannose.

Il loro perseguimento richiederà l'impegno di operatori sanitari e non, in particolare il coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali, del mondo della scuola e delle organizzazioni di settore. Nel merito:

attività di coordinamento con i medici di medicina generale per l'avviamento all'ideale attività motoria;

protocolli di intesa con il CONI ed il Provveditorato agli Studi per la promozione e l'attività fisica;

protocolli di intesa con le Università e la FMSI per lo svolgimento di screening preventivi sulla popolazione scolastica;

protocolli di intesa con la FISD (Federazione Italiana Sport Disabili) e le associazioni di settore per l'avviamento del disabile all'attività sportiva;

organizzazione di un sistema di controllo per la lotta all'uso dei farmaci "dopanti";

Gli indicatori da utilizzarsi sono ottenibili da indagini a campione di sufficiente numerosità al fine di determinare l'abitudine per sesso e fascia d'età.

4.2 Contrastare le principali patologie

4.2.1 Malattie cardio e cerebrovascolari

Il Piano Sanitario Nazionale, relativamente alle malattie cardio e cerebrovascolari, ha specificamente sottolineato la necessità di dedicare particolare attenzione alle differenze registrate nella incidenza e nella mortalità tra le diverse aree geografiche, al fine di realizzare interventi orientati ad incidere sulla diminuzione dei fattori di rischio. Questi, infatti, sono unanimemente riconosciuti nella abitudine al fumo di tabacco, nella ridotta attività fisica, nelle abitudini alimentari che favoriscono eccesso ponderale, elevati livelli di colesterolemia, elevati livelli di pressione arteriosa ed il diabete mellito.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità per malattie cardiovascolari è ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio, rispetto a quanto avveniva negli anni '60 prima dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva Coronaria (UTIC), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente. Ciò che resta invariata nel tempo è la quota di pazienti affetti da infarto miocardico acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, prima di giungere all'osservazione di un medico. I dati raccolti nell'ambito del Progetto internazionale MONICA (MONItoring CARDiovascular disease) cui l'Italia partecipa, indicano che nella fascia di età compresa tra i 35 ed i 64 anni:

circa il 40% dei pazienti colpiti da eventi coronarici muore entro 28 giorni dall'inizio dell'attacco; negli uomini la letalità nella prima ora è del 20%, nelle prime 24 ore è del 32%, nei primi 28 giorni è del 40%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 3%, quella extraospedaliera è del 17%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 27%;

nelle donne la letalità nella prima ora è del 15%, nelle prime 24 ore è del 36%, nei primi 28 giorni è del 45%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è

del 11%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 13%, quella extraospedaliera è del 23%.

E' ampiamente dimostrato che nei pazienti reduci da infarto acuto del miocardio, un adeguato programma di riabilitazione cardiologica migliora sensibilmente la capacità lavorativa e riduce la morbilità e la mortalità per cause cardiovascolari.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità e della disabilità per malattie cerebrovascolari, è dimostrato che il ricovero precoce presso unità dedicate (Stroke Unit) determina una riduzione assoluta del rischio morte/dipendenza del 5,6%, cioè ogni 1000 pazienti ricoverati in Stroke Unit, 56 evitano morte/dipendenza. La numerosità e la gravità degli ictus (ogni anno 110.000 cittadini sono colpiti da ictus e 230.000 sono quelli con esiti di ictus progressivi) rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile.

L'incidenza di malformazioni cardiache congenite attualmente risulta pari a circa l'otto per mille dei nati vivi, è stimato che in Italia siano nati negli ultimi venti anni circa novantamila bambini affetti da cardiopatie congenite e si può presumere che attualmente in Italia siano presenti circa sessantamila cardiopatici congeniti di età inferiore ai 21 anni che necessitano e/o necessiteranno di una continua assistenza medica e/o chirurgica. La complessità delle cure di tali pazienti, "disabili cronici" rende indispensabile la previsione di un'organizzazione di centri specifici per la diagnosi e la terapia di cardiopatici che hanno superato l'età adolescenziale nonché una promozione "culturale" delle problematiche di tale categoria di pazienti.

OBIETTIVI GENERALI

Riduzione della mortalità per malattie ischemiche del cuore ed in particolare per infarto acuto del miocardio, avvicinando i valori dei dati campani a quelli nazionali;

Riduzione della mortalità e disabilità per malattie cerebrovascolari, avvicinando i valori dei dati campani a quelli nazionali;

Prevenzione di nuovi casi di scompenso cardiaco negli individui a rischio con riduzione del numero dei ricoveri per tale patologia;

riduzione mortalità e disabilità in pazienti cardiopatici congeniti adulti.

AZIONI

A tal fine vengono indicate le seguenti azioni:

a) interventi finalizzati alla prevenzione nella popolazione generale

Sviluppare iniziative di informazione ed educazione sanitaria per ridurre l'abitudine al fumo, promuovere l'attività fisica anche semplice e diffondere abitudini di sana alimentazione orientata ad una riduzione del consumo di pasti ipercalorici.

Sviluppare iniziative di sensibilizzazione rivolte ai medici ed agli operatori sanitari orientate ad aumentare il livello di attenzione verso la promozione di stili di vita e comportamenti che favoriscano lo stato di salute.

Sviluppare iniziative di monitoraggio nella popolazione a rischio con un successivo momento che dovrà interessare i pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico.

Sviluppare iniziative tese a stimolare interventi per il monitoraggio ed il controllo della pressione arteriosa, nonché a diffondere la conoscenza e la ricerca di cause di trombofilia, soprattutto in soggetti giovani, riferibili a iperomocisteinemia e a mutazioni genetiche; il ricorso alla terapia anticoagulante valutata in considerazione del rapporto rischio-beneficio nel singolo paziente; il

controllo dell'ipercolesterolemia e del diabete mellito; il ricorso al trattamento delle stenosi carotidee (chirurgica o mediante "stent") in base alle indicazioni poste dai numerosi trial randomizzati e controllati riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale;

Elaborare analisi epidemiologiche mirate allo studio delle relazioni tra le abitudini voluttuarie, quelle alimentari ed ictus cerebrale, anche in considerazione del dato apparentemente incongruente tra l'elevata incidenza di ictus nella nostra regione ed il regime dietetico (dieta mediterranea) che dovrebbe privilegiare proprio quegli alimenti indicati come "protettivi".

Strumenti fondamentali per sviluppare queste azioni sono:

La realizzazione di programmi di educazione sanitaria rivolti, principalmente, agli studenti della scuole di ogni ordine e grado ed alle rispettive famiglie.

Iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari rivolte, in particolare, ai Medici di Medicina Generale, in conformità a quanto previsto nel regolamento di esecuzione degli accordi convenzionali per la Medicina Generale.

Emanazione di specifiche linee di indirizzo regionali, quale supporto tecnico, metodologico ed organizzativo per le Aziende Sanitarie Locali, tenendo conto delle Linee-guida (SPREAD) elaborate dalla Comunità Scientifica Nazionale.

b) interventi finalizzati alla prevenzione negli individui a rischio

Migliorare l'identificazione degli individui a maggior rischio cardiovascolare, come gli ipertesi e gli ipercolesterolemici;

garantire ai soggetti a rischio la continuità terapeutica, sia con mezzi non farmacologici che farmacologici, secondo quanto ritenuto di provata efficacia dalla comunità scientifica, anche attraverso programmi di dimissione protetta e di monitoraggio;

migliorare l'accessibilità agli interventi di riabilitazione sia per gli adulti che per i bambini;

completare l'attivazione della riabilitazione cardiologica intensiva e garantire la continuità assistenziale in collegamento con i successivi interventi riabilitativi dei livelli intermedio ed estensivo, in un rapporto integrato Ospedale-Territorio.

c) interventi finalizzati al miglioramento dell'efficienza ed efficacia organizzativa

migliorare l'accessibilità alle cure intensive iniziali attraverso nuovi modelli organizzativi dell'emergenza cardiologia: nella prima ora, due sono gli interventi che possono essere efficacemente intrapresi:

ridurre il tempo per il ricovero a 30 minuti per coloro che presentano dolore precordiale, in modo che la maggior parte dei pazienti colpiti da eventi coronarici possa essere sottoposto a terapia con trombolitici o con angioplastica percutanea (tali trattamenti sono particolarmente efficaci se effettuati entro le prime sei ore dall'inizio dei sintomi). A tal fine è necessario migliorare il collegamento funzionale tra presidi ospedalieri, centri e servizi specialistici in grado di affrontare l'urgenza cardiologica nel modo più completo e tempestivo, assicurando, attraverso la Centrale Operativa del 118, l'indirizzo del cardiovascolopatico acuto presso la struttura di pronto soccorso più idonea al caso;

migliorare il collegamento funzionale tra servizi territoriali, centrale operativa e presidi cardiologici ospedalieri di vario livello operativo così da dare a ciascuna emergenza cardiologia una risposta tempestiva e calibrata alla sua gravità e complessità e non congestionare i centri ospedalieri di terzo livello con patologie croniche o comunque non abbisognevole di alta tecnologia, da riservare invece quanto più possibile agli acuti;

migliorare il trattamento dei fattori di rischio in modo che si verifichino casi meno gravi e si riduca di un ulteriore 5% il numero dei decessi per malattie cardiovascolari;

istituire un Centro Regionale di Riferimento per i registri di particolari patologie cardiache e cerebrovascolari e relative procedure diagnostiche di alto livello e/o atti terapeutici speciali per il monitoraggio epidemiologico e degli stessi atti diagnostico- terapeutici;

istituire un Centro Regionale di Riferimento altamente specialistico per la diagnosi e Cura dei pazienti con Cardiopatie congenite in età adulta;

sviluppare iniziative di informazione ed educazione “ socio-sanitaria” per i pazienti affetti da cardiopatie congenite che informi, tra l’altro, sull’idoneità lavorativa e fisico-sportiva e sulla possibilità di affrontare gravidanze e/o altre procedure chirurgiche extra-cardiache;

istituire una commissione regionale con il compito di emanare linee guida per la promozione degli interventi relativi alla riabilitazione del paziente cardiopatico e della verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente piano sanitario in materia;

per quanto riguarda l'ictus, favorire il precoce ricovero, possibilmente in unità specializzate, dei pazienti con sospetto ictus onde facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate quali la rivascolarizzazione farmacologica o chirurgica delle forme ischemiche e gli opportuni interventi neurochirurgici nelle forme emorragiche, in modo mantenere almeno stabili gli attuali livelli di mortalità per patologie cerebrovascolari.

Per i fini sopra indicati la Giunta Regionale emana linee guida per l’istituzione, l’organizzazione e il funzionamento di “Stroke unit” di primo e secondo livello, nonché la costituzione di un gruppo operativo di coordinamento regionale per la gestione delle emergenze delle malattie cardiologiche e cardiovascolari il quale dovrà curare, prioritariamente, l’istituzione di un coordinamento telematico con tutte le stroke unit e le unità coronariche, (UTIC) suddivise, queste ultime in UTIC con o senza Emodinamica, operando in modo coordinato con la Centrale operativa del servizio 118.

4.2.2 Tumori

L'analisi descrittiva ha mostrato che in ambito regionale è necessario prestare massima attenzione alla chiara comprensione del problema oncologico nei suoi aspetti eziologici, di prevenzione, di diagnosi e cura.

OBIETTIVI REGIONALI

Per i tumori caratterizzati da un tasso standardizzato di mortalità superiore al valore osservato a livello nazionale (fegato, laringe, polmone, utero, vescica) la riduzione, nel medio periodo, della mortalità che avvicini i valori regionali a quelli nazionali;

Lo sviluppo di forme di assistenza che contribuiscano a migliorare la qualità di vita del paziente neoplastico con particolare riferimento al:

potenziamento dell'assistenza medico-infermieristica domiciliare;

potenziamento degli interventi di terapia palliativa ed antalgica;

ottimizzazione degli standard terapeutico-assistenziali, attraverso la razionalizzazione, l’integrazione organizzativa e funzionale dei presidi oncologici con funzione di diagnosi e cura;

riduzione della migrazione sanitaria oncologica verso istituzioni extra regionali o extra nazionali, attraverso il potenziamento e la valorizzazione dei centri di riferimento oncologici regionali;

promozione di programmi di screening di documentata efficacia;

realizzazione di programmi di prevenzione primaria di documentata efficacia;
integrazione funzionale tra Ospedale e Territorio;
continuità assistenziale e presa in carico medico/assistenziale/ psico-sociorelazionale del paziente oncologico;
riabilitazione specialistica/multispecialistica, con interventi idonei a sostenere il recupero psico-sociorelazionale dei pazienti oncologici.

AZIONI

L'analisi comparativa della mortalità per gruppi di tumori, che riconosce un importante ruolo nei fattori di rischio modificabili attraverso efficaci misure di prevenzione (fumo di sigaretta, dieta, disponibilità di procedure per la diagnosi precoce e di successivi interventi terapeutici che prolungano la sopravvivenza globale della malattia), impone la necessità di:

Campagne di educazione sanitaria rivolte a limitare l'abitudine al fumo di sigaretta (in Campania, infatti, l'elevato numero di morti attribuibili a tale fattore, in particolare per tumori alle vie respiratorie - cavo orale, laringe, polmoni - ed alla vescica ed il loro andamento temporale, indicano che nella Regione questa abitudine è tuttora molto diffusa, in entrambi i sessi, ma con un trend particolarmente negativo nelle donne). Tali campagne andranno indirizzate in via prioritaria alla popolazione in età scolare ed alle donne gravide;

niziate finalizzate al rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici, ad impedire la pubblicità indiretta, alla promozione della disassuefazione;

potenziamento delle attività di screening del cancro della cervice uterina con pap test e del cancro del seno con mammografia, da rendere disponibili in tutto il territorio regionale secondo le indicazioni delle linee guida nazionali;

implementazione, sotto forma di studi di fattibilità e/o sperimentazione epidemiologica; di programmi di screening di altre patologie prevenibili con tali strumenti, quali: il carcinoma del colon, il carcinoma del polmone, il carcinoma della prostata, il melanoma. E' necessaria, in tal senso, l'elaborazione di specifici progetti di attività coerenti con le linee guida nazionali ed internazionali;

analisi dei fattori di rischio per il cancro epatico (virus, alcool, dieta) e per la patologia epatica predisponente alla sua evenienza (cirrosi epatica, che costituisce una causa di morte particolarmente importante in Campania con un numero di morti osservato molto maggiore che nel resto dell'Italia);

campagne di educazione sanitaria per l'adozione di corrette abitudini di vita (in particolare sull'alimentazione, l'attività fisica, il fumo di sigaretta);

miglioramento e tutela del contesto ambientale (riduzione dell'inquinamento atmosferico, con adozione di misure di contenimento delle emissioni e dell'esposizione a sostanze cancerogene ed alle radiazioni, rivolte, in particolare nelle città, al traffico degli autoveicoli ed allo smaltimento dei rifiuti solidi), utili per il miglioramento delle condizioni di salute generali e nella prevenzione primaria delle patologie cronico-degenerative in cui il loro ruolo eziologico è più evidente;

potenziamento degli strumenti di registrazione dei tumori incidenti nella popolazione e degli studi epidemiologici sulla sopravvivenza attraverso l'impiego di tecnologie informatiche di linkage tra varie basi dati (SDO, RENCAM, registri informatizzati di Anatomie Patologiche etc.).

Gli indicatori da seguire per studiare l'andamento della patologia oncologica sono l'incidenza, la prevalenza e la mortalità (e, correlato a questi, la sopravvivenza dal momento della diagnosi). La disponibilità di informazioni rilevate con le schede di dimissione ospedaliera indica l'opportunità di utilizzare questo archivio per avviare precise procedure di monitoraggio delle singole patologie da affiancare, in tutto il contesto regionale, al dato rilevato con i registri nominativi delle cause di morte. Va avviata un'analisi dettagliata di questi dati che possa sopperire alla mancanza di sistemi di registrazione dei tumori storicamente consolidati e fornire elementi per il monitoraggio e l'approfondimento dell'andamento dell'incidenza e della prevalenza della patologia tumorale e della valutazione di efficacia di tali interventi.

SCREENING ONCOLOGICI

CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Il carcinoma mammario è la prima neoplasia maligna per incidenza nella popolazione femminile, anche nella regione Campania.

I risultati ottenuti nelle esperienze di screening mammografico condotte in Italia e all'estero hanno dimostrato una consistente riduzione di mortalità nella fascia di età 50 – 69 anni (tab.1)

Tabella 1: Risultati dei programmi di screening senologico

Anno inizio	Località	Test	Tipo di studio	Riduz. Mortalità
1963	HIP - New York	Mx + es.clin.	Randomizzato	- 30%
1970	CSPO - Firenze	Mx	Caso-controllo	- 47%
1973	BCDDP - U.S.A.	Mx + es.clin.	Non-controllo	- 25%
1975	Nijmegen - Olanda	Mx	Caso-controllo	- 52%
1977	Two-County - Svezia	Mx	Randomizzato	- 31%

Tali risultati hanno confermato la fattibilità, su larga scala, dello screening senologico, individuando nella mammografia l'unico test valido per una attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, per il quale si dispone di evidenza di provata efficacia.

OBBIETTIVO GENERALE

Riduzione del 5% della mortalità derivante da tumore della mammella.

OBBIETTIVI SPECIFICI

Offerta di screening mammografico, con periodicità biennale, a tutte le donne di età 50 – 69 anni, residenti sul territorio regionale, garantendo pari opportunità di accesso;
aumento del numero di “diagnosi precoci”, prima della comparsa dei sintomi;
aumento del grado di sopravvivenza su tutto il territorio regionale;
miglioramento della sopravvivenza e riduzione della mortalità sul territorio regionale.

AZIONI

Emanazione di specifiche linee di indirizzo regionali, quale supporto tecnico, metodologico ed organizzativo per le Aziende Sanitarie Locali, ad integrazione di quanto già indicato dalla Giunta Regionale con deliberazione n.2457 del 15/4/97, tenendo conto delle Linee-guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale (GU n.127 del 1/6/96);
attivazione dello screening del carcinoma della mammella su tutto il territorio regionale, anche nelle Aziende Sanitarie dove ancora non è stato intrapreso lo studio di fattibilità;
ottimizzazione delle esperienze di screening (studi di fattibilità) già avviate;

attivazione di un sistema di valutazione, controllo di qualità permanente, formazione continua, di coordinamento delle attività di screening delle diverse strutture ad esso preposte, a cura del Centro Regionale della Prevenzione Oncologica (CRPO), istituito con D.G.R. 1167 del 16/3/2001;
ridefinizione dei compiti del Comitato Tecnico Regionale (CTR), istituito con il provvedimento G.R. 2457/97 e avente funzioni tecniche di indirizzo, alla luce dell'attivazione del CRPO con funzioni operative di monitoraggio, valutazione, formazione e coordinamento.

ASPETTI METODOLOGICI

L'organizzazione è, unitamente alla valutazione, elemento fondamentale del programma e deve rispondere a precisi criteri metodologici sia a livello locale che a livello regionale.

Elementi metodologici, essenziali sono:

individuazione della popolazione target e sua distribuzione geografica per azienda e distretto sanitario;

reperimento delle liste di popolazione femminile residente di età 50-69 anni: anagrafe assistiti, liste elettorali e anagrafiche e loro aggiornamento periodico;

realizzazione di opportune ed efficaci campagne educative e promozionali ed individuazione di strategie di comunicazione che tengano conto delle diversità presenti nel territorio regionale;

coinvolgimento attivo, in tutte le fasi del programma, dei medici di Medicina Generale;

adozione di specifici protocolli operativi, che tengano conto di: modalità di invito, reinvio, esecuzione del test di 1° livello, presa in carico dei casi positivi al test, percorso diagnostico e terapeutico, follow up;

individuazione quali-quantitativa delle risorse umane, tecniche e strumentali necessarie per l'attività di screening in tutte le sue fasi: promozione, offerta attiva, test di screening, esami di approfondimento, follow-up dei casi, valutazione dei risultati;

formazione ed educazione permanente per tutto il personale coinvolto nello screening;

utilizzo di specifico software dedicato per la gestione ed il monitoraggio del programma;

adesione, da parte di ogni centro di screening, ai controlli di qualità disposti dal CTR.

Conformemente al D.Lgs. 29.04.1998 n°124 le prestazioni erogate nell'ambito di programmi di screening mammografico (esecuzione del test mammografico con cadenza biennale nella fascia di età 50-69 anni e tutti gli approfondimenti e successivi controlli determinati dal programma di screening) sono esenti dalla partecipazione alla spesa (G.U.n°99 del 30.04.1998).

L'integrazione funzionale tra i Soggetti che partecipano all'attività di screening, in particolare i Medici di Medicina Generale, le équipes territoriali afferenti al Dipartimento Materno Infantile ed il personale dedicato all'effettuazione del test di 1° livello ed alla presa in carico dei casi positivi, ha una rilevanza prioritaria per la buona riuscita del programma, in quanto deve garantire la continuità di azione fra la promozione, l'offerta attiva, la diagnosi e la terapia.

INDICATORI

La citata deliberazione della G.R. n. 2457/97, all.D, ha dettato le Linee Guida per il monitoraggio del programma di screening senologico sul territorio regionale, definendo in dettaglio gli indicatori di qualità dell'intero percorso.

L'efficacia di un programma di screening nel ridurre la mortalità è dimostrata se vengono rispettati i seguenti tre requisiti:

capacità del programma di raggiungere la maggior parte della popolazione bersaglio (indice di copertura);
 qualità dell'esame di screening verificata attraverso adeguati controlli in tutte le fasi e numero degli esami per centro di screening;
 qualità dei successivi interventi di approfondimento diagnostico, di terapia e follow-up nei casi positivi.

RISULTATI ATTESI

Nel prossimo triennio si intende realizzare:

un indice di copertura pari al 50% della popolazione bersaglio per ogni Azienda Sanitaria Locale;
 una adesione, da parte di tutte le Aziende Sanitarie Locali, agli standard di qualità indicati nelle linee di indirizzo regionali.

CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

Il carcinoma invasivo è preceduto da una lunga fase pre-clinica in cui sono riconoscibili lesioni epiteliali precancerose di basso ed alto grado di rischio evolutivo. L'evoluzione della malattia è tale da poter essere diagnosticata in fase preinvasiva, attraverso un unico test di screening: il Pap-test.

Le linee-guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale pongono in evidenza come un programma di screening volto a tutta la popolazione femminile di età compresa tra 25 e 64 anni riduce notevolmente la mortalità per tale patologia.

Caratteristiche e risultati degli screening in 5 Paesi

Estensione del programma	Danimarca Alcune contee	Finlandia Nazionale	Islanda Nazionale	Norvegia Una contea	Svezia Nazionale
Percentuale di copertura Della popolazione	40%	100%	100%	5%	100%
Età (anni)	30-50	30-55	25-69	25-60	30-49
Intervallo tra screening (anni)	3	5	2-3	2-3	4
Compliance della popolazione	80%	75%	80%	70%	70%
Riduzione della mortalità 1965 – 1982	25%	50%	80%	10%	34%

Nella nostra regione, allo stato attuale, la copertura delle donne che effettuano il test di screening (indagine multiscopo ISTAT) è molto bassa e non rappresentativa di tutte le fasce sociali: sono sempre le stesse le donne che eseguono il pap test, su domanda spontanea e con cadenze variabili.

Lo screening del carcinoma della cervice uterina viene quindi individuato come prioritario tra gli interventi di sanità pubblica che le Aziende devono attivare sul proprio territorio.

OBIETTIVO GENERALE

riduzione del 10% della mortalità derivante da tumore della cervice uterina.

OBIETTIVI SPECIFICI

offerta dello screening del carcinoma della cervice uterina con periodicità triennale a tutte le donne di età 25 - 64 anni, residenti sul territorio regionale, garantendo pari opportunità di accesso;

aumento del numero di “diagnosi precoci”, prima della comparsa dei sintomi;

miglioramento della sopravvivenza e riduzione della mortalità sul territorio regionale;

AZIONI

emanazione di specifiche linee di indirizzo regionali, quale supporto tecnico (protocolli diagnostici e terapeutici), metodologico ed organizzativo per le Aziende Sanitarie Locali, tenendo conto delle Linee-guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale;

attivazione di uno screening del carcinoma della cervice uterina in tutte Aziende Sanitarie Locali;

ottimizzazione delle esperienze di screening già avviate;

attivazione di un sistema di valutazione, controllo di qualità permanente, formazione continua, coordinamento delle attività di screening e delle strutture ad esso preposte a cura del Centro Regionale della Prevenzione Oncologica (CRPO);

ridefinizione dei compiti del Comitato Tecnico Regionale (CTR) alla luce dell’attivazione del CRPO con funzioni operative di monitoraggio, valutazione, formazione e coordinamento.

Raccomandazioni per l’avvio del programma di screening:

Test e frequenza	pap test triennale
Protocollo di screening	standardizzato età 25 – 64 anni (*)
Controlli di qualità	standardizzato
Organizzazione	standardizzata
Modalità di invito	periodico personalizzato
Bacino di utenza (aziendale)	≥ 250.000 abitanti

Misure di processo garanzia dell’approfondimento diagnostico e della terapia nei casi positivi; valutazione continua degli standard; integrazione tra centri prelievo, centri lettura e centri di secondo livello per diagnosi e terapia.

() N.B. da valutare possibilità di estensione alle donne di età < 25 anni, che hanno iniziato l’attività sessuale (problema rapporti a rischio e promiscuità nei giovani, in particolare per alcune aree della nostra regione)*

ASPETTI METODOLOGICI

L'organizzazione è, unitamente alla valutazione, elemento fondamentale del programma e deve rispondere a precisi criteri metodologici, sia a livello locale che a livello regionale.

Elementi metodologici essenziali sono:

individuazione della popolazione target e sua distribuzione geografica per azienda e distretto sanitario;

reperimento delle liste di popolazione femminile residente di età 25-64 anni: anagrafe assistiti, liste elettorali e anagrafiche e loro aggiornamento periodico;

realizzazione di opportune ed efficaci campagne educative e promozionali ed individuazione di strategie di comunicazione che tengano conto delle diversità presenti nel territorio regionale;

coinvolgimento attivo, in tutte le fasi del programma, dei medici di Medicina Generale;

adozione di specifici protocolli: modalità di invito, reinvito, esecuzione del test di 1° livello, presa in carico dei casi positivi al test, percorso diagnostico e terapeutico, follow-up;

individuazione quali-quantitativa delle risorse umane, tecniche e strumentali necessarie per l'attività di screening in tutte le sue fasi: promozione, offerta attiva, test di screening, esami di approfondimento, follow-up dei casi, valutazione dei risultati;

formazione ed educazione permanente per tutto il personale coinvolto nello screening;

utilizzo di specifico software dedicato per la gestione ed il monitoraggio del programma;

adesione, da parte di ogni centro di screening, ai controlli di qualità disposti dal CTR ed eseguiti dal CRPO.

Conformemente al D.Lgs. 29.04.1998 n°124 le prestazioni erogate nell'ambito di programmi di screening del ca della cervice uterina (esecuzione del pap-test con cadenza triennale nella fascia di età 25-64 anni e tutti gli approfondimenti e successivi controlli determinati dal programma di screening) sono esenti dalla partecipazione alla spesa (G.U n°99 del 30.04.1998).

L'integrazione funzionale tra i Soggetti che partecipano all'attività di screening, in particolare i Medici di Medicina Generale, le équipes territoriali afferenti al Dipartimento Materno Infantile ed il personale dedicato all'effettuazione del test di 1° livello ed alla presa in carico dei casi positivi, ha una rilevanza prioritaria per la buona riuscita del programma, in quanto deve garantire la continuità di azione fra la promozione, l'offerta attiva, la diagnosi e la terapia.

MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

L'efficacia di un programma di screening, basata sull'esame citologico cervico-vaginale (Pap-test) nel ridurre la mortalità per carcinoma della cervice uterina e l'incidenza della forma invasiva, è stata ampiamente dimostrata quando vengono rispettati i seguenti requisiti (CNR):

capacità del programma di raggiungere la maggior parte della popolazione bersaglio (indice di copertura) per ASL di residenza; è necessario quindi coinvolgere tutte le AA.SS.LL. e le strutture di riferimento oncologico del territorio regionale;

qualità dell'esame di screening verificata attraverso adeguati controlli in tutte le fasi e numero degli esami per operatore e laboratorio;

qualità dei successivi interventi di approfondimento diagnostico, di terapia e follow-up nei casi positivi.

Indicatore	Standard di riferimento
Copertura	Ottimale 85% di tutte le donne
percentuale di campioni insoddisfacenti	Non superiore al 5% per operatore
intervallo dal test all'esito	Non oltre 3 settimane
consumo dei campioni	Non superiore al 10%
Esperienza citologo	≥ 10.000 test/citologo/anno (screening primario)
Servizio di fitopatologia	≥ 25.000 test/ anno
adesione della donna agli approfondimenti	Non oltre 3 mesi
adesione della donna al trattamento	Sì

Ai fini del monitoraggio di cui sopra si prevede la costituzione di un coordinamento regionale con il compito di suggerire ulteriori tipologie di intervento e relative modalità operative.

CANCRO DEL COLONRETTO

L'incidenza dei tumori coloretali presenta una marcata e preoccupante tendenza all'aumento. Il numero stimato di nuovi casi/anno va da 38.000 nel 1990 a 50.000 nel 1997-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. Le differenze di sopravvivenza a livello internazionale sono principalmente associate alla percentuale di pazienti suscettibili di terapia chirurgica curativa. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è aumentata da 35.6 (anni di diagnosi 1978-80) a 50.1 (anni 1987-89), allineandosi nell'ultimo periodo ai valori medi europei. Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante il trend di incidenza crescente, sono rimasti costanti negli ultimi anni negli uomini e sono in diminuzione nelle donne. Tale aumento della sopravvivenza e la conseguente diminuzione della mortalità vanno attribuiti sia ad una diagnosi più tempestiva che ai progressi terapeutici. Le regioni del Sud, che hanno un'incidenza inferiore, presentano anche un basso livello di sopravvivenza; inoltre, l'andamento della mortalità è meno favorevole rispetto al resto dell'Italia: i tassi sono ancora in aumento negli uomini e solo da pochi anni costanti nelle donne.

In Campania la percentuale di frequenza la mortalità è pari al 8,6% per gli uomini e del 13,5% per le donne.

I fattori di rischio sono costituiti da un elevato apporto nutrizionale di carni rosse e carboidrati raffinati e da uno stile di vita sedentario. Per essi valgono le indicazioni generali per la prevenzione delle malattie croniche: incoraggiare gli interventi mirati alla modifica dello stile di vita riguardo all'alimentazione ed all'attività fisica. Non ci si deve comunque attendere una sostanziale modifica a breve termine del trend di incidenza.

È invece possibile intervenire sulla mortalità, per mantenere l'attuale trend in diminuzione, attraverso la diagnosi tempestiva e l'adeguatezza terapeutica. La diagnosi precoce dei tumori coloretali può essere fatta utilizzando diverse metodiche e c'è una discreta evidenza di efficacia nel migliorare la prognosi. Di una serie di popolazioni europee studiate, le aree con miglior sopravvivenza per tumore coloretale nel 1990-91 presentavano una proporzione di pazienti in

stadio localizzato (Dukes A e B) vicina al 50%. Tale proporzione può essere un indicatore per valutare i progressi raggiunti nella diagnosi precoce della malattia.

Gli indicatori di sopravvivenza disponibili fanno ritenere questo obiettivo particolarmente necessario in Campania. Particolare attenzione deve essere data a sottogruppi a rischio quali gli individui affetti da poliposi del colon e da sindromi eredo-familiari.

Il Piano Oncologico Nazionale dell'8.03.2001, nell'ambito dell'azione programmata "Prevenzione e Cura delle Malattie Oncologiche" dà indicazioni sull'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in Oncologia ed in particolare delineano proposte operative in tema di prevenzione secondaria del cervico-carcinoma uterino, dei tumori della mammella, dei tumori del colon-retto.

OBIETTIVI GENERALI

Riduzione della mortalità .
Riduzione della incidenza .

OBIETTIVI SPECIFICI

Offerta di screening del CCR alla popolazione ad alto rischio mediante esame endoscopico.
Aumento del numero di diagnosi precoci e riduzione del numero di nuovi casi di CCR.
Aumento del grado di sopravvivenza su tutto il territorio regionale.
Riduzione delle differenze di mortalità e di bassa sopravvivenza esistenti nel territorio regionale.

AZIONI

Emanazione di specifiche linee di indirizzo regionali, quale supporto tecnico (protocolli diagnostici e terapeutici), metodologico ed organizzativo per le Aziende Sanitarie Locali.
Attivazione di uno screening per la diagnosi precoce del CCR, nei soggetti ad alto rischio, in tutte le Aziende Sanitarie Locali.
Adozione di un sistema di valutazione e controllo di qualità permanente dell'attività di screening, su tutto il territorio regionale.
Istituzione di un Comitato Tecnico Regionale per lo screening, così come previsto dalla Commissione Oncologica Nazionale.

RACCOMANDAZIONI PER L'AVVIO DEL PROGRAMMA DI SCREENING:

Test e frequenza	Endoscopia ogni 5 anni
Protocollo di screening	Standardizzato > 45 anni (medio rischio) 40 anni (alto rischio)
Controlli di qualità	Standardizzato
Organizzazione	Standardizzata
Modalità di invito	Personalizzato
Bacino di utenza	250.000 abitanti
Misure di processo	Garanzia dell'approfondimento diagnostico e della Terapia nei casi positivi;
Valutazione continua degli standard;	

Integrazione tra Centri di Gastroenterologia, Servizi di Anatomia Patologica, Centri di Chirurgia e di Oncologia per la terapia.

ASPETTI METODOLOGICI

L'organizzazione è, unitamente alla valutazione, elemento fondamentale del programma e deve rispondere a precisi criteri metodologici, sia a livello locale che a livello regionale.

Elementi metodologici essenziali sono:

Individuazione della popolazione target e sua distribuzione geografica per Azienda e Distretto Sanitario;

Reperimento delle liste di popolazione residente di età >45 anni: anagrafe assistiti, liste elettorali e anagrafiche e loro aggiornamento periodico;

Realizzazione di opportune ed efficaci campagne educative e promozionali ed individuazione di strategie di comunicazione che tengano conto delle diversità presenti nel territorio regionale;

Coinvolgimento attivo, in tutte le fasi del programma, dei Medici di Medicina Generale;

Adozione di specifici protocolli: modalità di invito, reinvito, esecuzione del test di primo livello, presa in carico dei casi positivi al test, percorso diagnostico e terapeutico, follow-up;

Individuazione quali-quantitativa delle risorse umane, tecniche strumentali necessarie per l'attività di screening in tutte le sue fasi: promozione, offerta attiva, test di screening, esami di approfondimento, follow-up dei casi, valutazione dei risultati;

Formazione ed educazione permanente per tutto il personale coinvolto nello screening;

Utilizzo di specifico software dedicato per la gestione ed il monitoraggio del programma;

Adesione, da parte di ogni Centro di screening, ai controlli di qualità disposti dal CTR.

INDICATORI

Adesione all'invito

Intervallo test-referto

Valore di positività* per cancro

Valore di positività * per adenoma

VPP** per cancro

VPP** per adenoma

Percentuale di colonscopie totali

Compliance agli approfondimenti diagnostici

Percentuale di adenomi di alto-medio rischio*** sul totale degli adenomi

Distribuzione per stadi dei cancro

*Valore di positività = N soggetti con cancro/adenoma sospettati allo screening (escluso coloro che hanno rifiutato approfondimento)

**VPP Valore Predittivo Positivo = N soggetti con cancro/adenoma confermati istologicamente
N soggetti che hanno eseguito gli approfondimenti

***Adenomi ad alto rischio = >1 cm adenomi villosi o tubulo-villosi con displasia grave

RISULTATI ATTESI

L'opportunità di una politica di prevenzione attraverso l'attuazione di uno screening è rappresentata da:

Diagnosi e terapia di lesioni precancerose (polipi adenomatosi)

Diagnosi precoce e terapia di neoplasia iniziale (polipo adenomatoso cancerizzato)

Diagnosi e terapia di neoplasia in stadio A

Riduzione della mortalità, riduzione dei costi terapeutici.

MELANOMA

L'incidenza del melanoma in Italia sta notevolmente aumentando negli ultimi anni: lo scorso anno ha raggiunto i 40.000 nuovi casi.

Gli studi epidemiologici hanno rivelato che il rischio di ammalarsi di melanoma è il più alto nelle popolazioni di razza bianca e tende ad aumentare con l'avvicinarsi alle regioni equatoriali. I fattori di rischio responsabili dell'induzione dei tumori cutanei sono dati dall'esposizione solare intensa ed intermittente, in grado di provocare scottature, soprattutto se queste si verificano in età pediatrica.

Particolare attenzione va posta, pertanto, verso coloro che svolgono un'attività lavorativa all'aperto, come marinai e agricoltori e verso coloro che abusano dei raggi ultravioletti. In questo ambito si collocano anche coloro che sfruttano gli effetti abbronzanti del sole come tale, ma, soprattutto, quella fascia di popolazione, maschile e femminile, di età compresa tra i 20 e i 45 anni che fa uso di sorgenti abbronzanti artificiali.

OBIETTIVI

ridurre in Campania l'incidenza del melanoma cutaneo che attualmente colpisce 6-7 soggetti ogni 100.000 abitanti attraverso uno screening programmato di tutti i nevi;

contrastare il melanoma cutaneo con l'obiettivo di ottenere una riduzione della mortalità per tale patologia che attualmente in Campania è pari ad un tasso di 2.1 per i maschi e 1.7 per le donne (attraverso le seguenti azioni);

incrementare gli screening delle lesioni a rischio attraverso la tecnica della nevoscopia;

incrementare la diagnosi precoce del melanoma cutaneo ossia dei melanomi in situ dei melanomi sottili <0.75 mm di spessore che danno una guarigione vicina al 100%;

creare una maggiore coscienza da parte dei medici di base verso le lesioni pigmentate;

educare la popolazione alla corretta fruizione della risorsa sole.

AZIONI

promuovere campagne di sensibilizzazione ad una maggiore conoscenza del sole e dei suoi effetti in enti pubblici, privati e scuole, interessando tutte le fasce di età;

realizzare campagne di prevenzione per i tumori cutanei, rivolte a tutte le età, in modo da ridurre i tempi di diagnosi;

favorire l'esposizione di indicazioni sui danni dei raggi solari nei centri abbronzanti e nei luoghi di balneazione.

4.2.3 Diabete mellito

Il diabete mellito è una malattia grave per le sue complicanze croniche e per la sua prevalenza che ha costi sociali e sanitari molto rilevanti. Le risorse richieste per la malattia assorbono il 6,65% della spesa sanitaria complessiva in Italia ed il costo di un paziente diabetico in Campania è il doppio della media nazionale. Lo studio multinazionale CODE – 2 (Costs of diabetes in Europe – type 2) pubblicato nel 2000 evidenzia che per una prevalenza in Italia del 3%, ciascun paziente assorbe risorse per 5.792.000 di lire l'anno con un costo complessivo di 10.011 miliardi di lire. Il 59,8% di tale valore è assorbito dai ricoveri ospedalieri, il 21,7% delle terapie farmacologiche, il 18,5% dalle visite ambulatoriali; ma di queste il 50,7% sono di visite specialistiche connesse al trattamento delle complicanze. Tale situazione si riflette anche nel consumo dei farmaci dei quali il 34,1% ha pertinenza cardiovascolare, in relazione all'angiopatia diabetica; lo studio ha quindi rilevato che il valore economico complessivo assorbito dalle complicanze – 39% - è superiore a quello del trattamento specifico dello stesso diabete – 29%. In definitiva i valori espressi per il paziente diabetico sono £ 2.301.000 per paziente senza complicanze, £ 6.043.000 per paziente diabetico macrovascolare, £ 8.023.000 per complicazioni microvascolari, £ 10.792.000 se presenti ambedue le complicanze. Sono stati calcolati inoltre i costi indiretti legati ad assenze da lavoro ed ai pre-pensionamenti: essi ammontano 485 miliardi.

La mortalità per Diabete mellito in Campania è quella che percentualmente si discosta di più dalle medie nazionali, raggiungendo + 58% per gli uomini e + 89% per le donne. I dati desunti dall'indagine ISTAT multiscope (1999) mostrano che la prevalenza di malattia diabetica in Campania è riferita dal 4.8% della popolazione intervistata, valore superiore al valore nazionale (3.64%). Ciò rende il Diabete mellito un problema di salute prioritario per la nostra regione in quanto, rispetto alla realtà nazionale, sia la prevalenza della malattia che la mortalità specifica sono maggiori.

OBIETTIVI GENERALI PER I PAZIENTI DIABETICI BAMBINI E ADULTI

Miglioramento dello stato di salute e normale aspettativa della qualità e quantità di vita, attraverso la riduzione delle complicanze legate al diabete (malattie cardiovascolari, cecità, insufficienza renale, amputazioni di arto, neuropatie);

Prevenzione diagnosi precoce e cura del Diabete e delle sue complicanze;

Realizzazione di attività mirate di educazione sanitaria;

Individuazione e condivisione di percorsi assistenziali sul territorio regionale.

OBIETTIVI SPECIFICI

Istituzione di un Centro Regionale di riferimento per la malattia diabetica con la tenuta dei Registri regionali :

- delle amputazioni di arto inferiore al di sopra della caviglia.
- delle insufficienze renali terminali e del ricorso alla dialisi;

Azioni

suscitare l'attenzione tra la popolazione e gli operatori sanitari sulle attuali opportunità ed i bisogni futuri per la prevenzione del Diabete e delle sue complicanze;
elaborare, iniziare e valutare programmi per l'identificazione ed il controllo del Diabete e delle sue complicanze utilizzando come componente essenziale un percorso che porti alla corretta autogestione della malattia;
assicurare che la cura dei bambini diabetici sia prestata da specialisti e che le famiglie abbiano i necessari supporti sociali, economici e psicologici;
rinforzare i centri di eccellenza, per la cura, l'educazione e la ricerca e creare nuovi centri di assistenza specialistica, ove ne esistano il bisogno e la potenzialità;
migliorare la sorveglianza regionale sulla malattia diabetica e sui programmi di prevenzione, assistenza e riduzione delle complicanze e sui costi ad essa connessi, monitorando, con particolare attenzione l'andamento della mortalità specifica e l'incidenza delle tre complicanze comprese negli obiettivi specifici.

In sintesi, le azioni regionali per migliorare la cura del diabete e delle sue complicanze e la qualità di vita dei pazienti devono essere indirizzate su quattro direzioni:

sensibilizzazione della popolazione degli operatori sanitari al fine di rendere più precoce la diagnosi e migliorare la capacità di autogestione;
razionalizzazione dell'offerta assistenziale per la cura del diabete e delle sue complicanze;
diffusione delle linee guida adottate a livello internazionale ed integrazione tra i diversi soggetti deputati alla cura dei diabetici, attraverso la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari;
potenziamento della sorveglianza epidemiologica, regionale e locale, sul diabete e sulle sue complicanze e sull'efficienza ed efficacia degli interventi attuati, mediante l'utilizzo di specifici indicatori, sulla base di quelli proposti dall'OMS:

Mortalità specifica, tramite un'analisi periodica dei dati forniti dall'ISTAT e/o dai Registri RENCAM delle AA.SS.LL.;

Amputazioni di arto inferiore, tramite la revisione ed il potenziamento del Registro regionale precedentemente istituito;

Ricorso alla Dialisi, attraverso l'istituzione di un apposito Registro Regionale che consenta lo studio delle cause che conducono all'insufficienza renale;

Cause di ospedalizzazione, tramite l'archivio regionale delle SDO.

4.2.4 Cirrosi Epatica

Tra le patologie che meritano particolare attenzione da parte del Servizio Sanitario Regionale vi è sicuramente la cirrosi epatica che - come riferito nella descrizione dello stato di salute della popolazione campana - presenta una mortalità doppia rispetto a quella Nazionale una frequenza di ricovero ospedaliero del 40% più alta ed una evoluzione in tumori del fegato che sono strettamente connessi sul piano epidemiologico e patogenetico con la cirrosi.

I fattori di rischio più significativi per lo sviluppo della cirrosi epatica sono rappresentati dalla persistenza di infezioni da virus dell'epatite B, Delta e C (che vanno incontro a cronicizzazione) e dal consumo di bevande alcoliche. E' possibile ipotizzare che la più elevata mortalità osservata in Campania sia sostenuta da una maggiore circolazione dei virus epatitici, in particolare del

virus C, legato a cure odontoiatriche ed alla piccola chirurgia nonché alle manovre proprie di alcuni mestieri, arti e professioni che utilizzano piccola strumentazione chirurgica (podologi, estetisti, etc.) nella diffusione del contagio dei virus epatitici. La sopravvivenza del paziente con cirrosi epatica è fortemente influenzata dal numero e dalla gravità delle complicazioni e dalla persistenza dell'esposizione al fattore causale, nel caso delle cirrosi alcoliche. Essa è inferiore negli uomini rispetto alle donne ed è influenzata dall'età e dallo stato di compenso della malattia al momento della diagnosi.

OBIETTIVI

Riduzione della circolazione del virus dell'epatite B e C;
riduzione del consumo di alcol;
miglioramento della tempestività nella diagnosi e nella terapia delle complicanze della cirrosi epatica;
potenziamento delle attività di trapianto epatico.

AZIONI

Per raggiungere questi obiettivi è necessario sviluppare iniziative capaci di determinare una ulteriore riduzione della circolazione dei virus dell'epatite B e C ed una riduzione dell'abuso di alcool; in particolare:

sorveglianza sul rispetto dell'obbligo vaccinale antiepatite B;
promozione della vaccinazione antiepatite B nelle fasce di popolazione a rischio (Tossicodipendenti, dializzati, politrasfusi, personale sanitario);
sorveglianza e controllo delle infezioni da virus epatici che si sviluppano in ospedale o in altri ambienti sanitari (studi odontoiatrici, ambulatori di chirurgia, ginecologia ecc.), con particolare riferimento alla adozione scrupolosa di comportamenti e di pratiche assistenziali che riducano al minimo, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari, i rischi di contagio;
informazione diffusa sul danno provocato dal consumo eccessivo di bevande alcoliche;
adozione di un protocollo standard di sterilizzazione del materiale e delle procedure per ridurre il rischio di contagio con obbligo di affissione degli stessi negli ambulatori pubblici e privati a garanzia per gli utenti ed a monito per gli operatori;
promozione di comportamenti assistenziali finalizzati alla diagnosi precoce delle complicanze della cirrosi epatica, al loro trattamento ed al potenziamento dell'attività di trapianto epatico anche attraverso la riorganizzazione il potenziamento e la valorizzazione delle UU.OO. di rianimazione nonché la creazione di unità specifiche con esperti di infettivologia ed immunologia per la gestione del follow-up dei pazienti trapiantati ed infine il potenziamento delle unità di virologia necessarie alla gestione dei trapiantati.

4.2.5 Malattie infettive

Le malattie infettive e diffuse costituiscono un rilevante problema di sanità pubblica. Così come indicato dal Piano Sanitario Nazionale, la lotta alle malattie infettive si dovrà avvalere soprattutto dello strumento preventivo, con la finalità di rendere più diffuso e funzionale il ricorso all'uso di misure di provata efficacia.

Importante sarà anche la promozione di interventi di aggiornamento e formazione su aspetti ritenuti prioritari per la prevenzione e la cura delle principali patologie infettive.

MALATTIE A TRASMISSIONE OROFECAL E/O ALIMENTARE

OBIETTIVI REGIONALI

Riduzione dell'incidenza delle malattie causate da e con alimenti;
Potenziamento del sistema di sorveglianza continua;
Promozione di corretti modelli alimentari.

AZIONI

Diffusione della conoscenza della qualità dei prodotti alimentari e di verifica della correttezza delle informazioni ai consumatori;
Adozione di procedure di sorveglianza e controllo sugli alimenti e sul personale di efficacia dimostrata e/o dimostrabile;
Programmi di verifica della qualità igienica dei prodotti;
Attuazione e verifica dell'autocontrollo sulla filiera alimentare;
Monitoraggio della ristorazione collettiva;
Sorveglianza epidemiologica delle tossinfezioni alimentari, compresa la sorveglianza e la rapida allerta in caso di focolai epidemici;
Formazione degli operatori SSR su tematiche inerenti i sistemi di sorveglianza epidemiologica e il controllo degli alimenti (HACCP, epidemiologia);
Promozione di iniziative di formazione degli addetti delle industrie alimentari.

MALATTIE A TRASMISSIONE PARENTERALE ED HIV

OBIETTIVI REGIONALI

Riduzione dell'incidenza delle malattie causate da patogeni ematici (HBV, HCV, HIV);
Potenziamento del sistema di sorveglianza;
Realizzazione del Progetto obiettivo AIDS 1998/2000

AZIONI

Promozione di interventi di prevenzione di provata efficacia nei gruppi a rischio, comprese le campagne di vaccinazione anti-epatite B;
Promozione di attività di counselling diretta a soggetti a rischio e loro partner;
Potenziamento della sorveglianza epidemiologica dei patogeni ematici;
Formazione degli operatori SSR su tematiche inerenti i sistemi di prevenzione di provata efficacia (vaccinazione anti-epatite B, adozione delle raccomandazioni universali);

ZOONOSI

OBIETTIVI REGIONALI

Riduzione dell'incidenza delle zoonosi.

AZIONI

Mantenimento e miglioramento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica e di controllo regionali;
Lotta ai principali vettori/serbatoi di infezione.

TUBERCOLOSI

OBIETTIVI REGIONALI

Tempestiva identificazione e trattamento, secondo i regimi raccomandati ed il periodo di tempo necessario.

AZIONI

Monitoraggio dell'esito del trattamento farmacologico dei casi attivi;
garanzia e completamento del trattamento farmacologico in almeno l'85% dei casi diagnosticati;
attivazione di sistemi di sorveglianza integrati, in particolare per la farmacoresistenza;
garanzia di accesso ai servizi di assistenza di primo livello per la diagnosi ed il trattamento a gruppi socialmente svantaggiati, come la popolazione degli immigrati.

INFEZIONI NOSOCOMIALI

OBIETTIVI REGIONALI

Riduzione della frequenza delle infezioni ospedaliere, con particolare riguardo alle infezioni del tratto urinario, alle infezioni della ferita chirurgica, alle polmoniti post operatorie o associate a ventilazione assistita ed alle infezioni associate a cateteri intravascolari.

AZIONI

Piena attuazione della normativa vigente (circ. ministeriali n.52/85 e 8/88, D.P.R. 13/9/88).
Attivazione di programmi per la sorveglianza, la prevenzione ed il controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero, orientati sia ai pazienti che agli operatori sanitari, la cui realizzazione costituisce requisito minimo organizzativo delle strutture di ricovero; si dovrà prevedere, inoltre, l'istituzione di un Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, l'assegnazione di specifiche responsabilità gestionali a personale qualificato e la definizione di interventi e protocolli scritti.
Formazione specifica degli operatori SSR su tematiche inerenti i sistemi di sorveglianza epidemiologica e il controllo delle infezioni ospedaliere.

LA PREVENZIONE MEDIANTE VACCINI

Le vaccinazioni sono universalmente riconosciute come l'intervento di maggiore efficacia per la prevenzione delle malattie infettive. Insieme alla potabilizzazione delle acque, presentano a tutt'oggi i migliori risultati in termini di salute (disabilità e morti precoci evitate) rispetto agli investimenti necessari per l'esecuzione dei programmi.

La prevenzione delle malattie infettive tramite vaccini rappresenta uno dei problemi sanitari prioritari in Campania per la scarsa efficacia dei risultati raggiunti in termini di coperture vaccinali, sia per i vaccini obbligatori che per quelli raccomandati.

La regione Campania è, purtroppo, distante da tutti gli obiettivi operativi previsti dall'OMS Regione Europa (n° 5 del Piano "*Salute per Tutti nell'anno 2000*", 1992) con l'ovvia esclusione della "*introduzione routinaria della vaccinazione contro l'Epatite B entro il 1997*" avvenuta a seguito della L. 27/5/1991 n° 165.

Anche in altre regioni meridionali e province autonome italiane e in altri Paesi d'Europa, si sono osservate difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, seppure raramente così accentuate come nella nostra regione, tanto da indurre l'OMS Regione Europa a riformulare gli obiettivi di copertura vaccinale con un accordo sottoscritto anche dal nostro Paese ("*Health 21*"). Tali nuovi obiettivi sono riportati nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e vincolano la nostra Regione ad uno straordinario impegno per il loro perseguimento:

Malattia	Obiettivo
Poliomielite	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età; eradicazione del virus selvaggio
Difterite	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Tetano	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Epatite B	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Pertosse	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Morbillo	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Rosolia	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Parotite	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Haemophilus influenzae tipo b	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età;
Influenza	Copertura vaccinale di almeno il 75% per i soggetti di età > 64 anni.;
Obiettivi per la prevenzione delle malattie prevenibili con la vaccinazione – PSN 1998-2000	

La più recente e attendibile valutazione dello stato della copertura vaccinale è contenuta nello studio ICONA “Indagine Nazionale sulla Copertura Vaccinale Infantile” (Rapporti ISTISAN 98/33).

In tale rapporto viene riportato come le coperture vaccinali obbligatorie (contro Polio, Difterite, Tetano e Epatite B) della regione Campania sono in media inferiori di 7 punti percentuali rispetto alla media nazionale.

Quelle relative alla sola città di Napoli sono inferiori in media a quelle regionali da 1 punto percentuale a 3,5 punti.

Per le vaccinazioni raccomandate (contro Morbillo-Rosolia-Parotite, Pertosse e malattia invasiva da Emofilo tipo b), la copertura assicurata a Napoli è sensibilmente migliore di quella regionale ma, comunque, resta distante da quella media nazionale da 12 a 30 punti percentuali.

Stima delle coperture vaccinali obbligatorie e raccomandate tra i 12 e 24 mesi nei nati del 1996: Italia, Regione Campania e comune di Napoli, e relativo confronto sulla percentuale dello scostamento (Italia = 100)					
Tipo di Vaccino	Italia	Campania	Campania vs Italia	Napoli	Napoli vs Italia
Polio	94,6	87,1	-7,9	86	-9,1
Difto-tetano	94,8	88,6	-6,5	86	-9,3
Pertosse	87,9	70,5	-19,8	77,6	-11,7
Epatite B	94,5	87,6	-7,3	84,1	-11,0
Morbillo	56,4	26,5	-53,0	39,8	-29,4
Hib	19,8	3,8	-80,8	14	-29,3

Rispetto all’omologo studio condotto su coorti di nati nel 1991 le coperture vaccinali sono sensibilmente migliorate soprattutto per la città di Napoli che partiva, in realtà, da una situazione di minore copertura.

Rispetto al *calendario di esecuzione delle vaccinazioni* la situazione si aggrava in quanto a 12 mesi nessuna copertura in Campania supera il 70%. A Napoli nessuna copertura supera il 50% a 12 mesi.

E' particolarmente grave che i ritardi e le mancate coperture si verificano nella nostra regione, anche verso una malattia endemica come l'Epatite B.

Tipo di Vaccino	Campania	Napoli
Polio	-1,2	10,8
Difto - tetano	1,6	11,5
Pertosse	363,8	525,8
Epatite B	10,5	35,0
Morbillo	63,6	362,8
Incremento percentuale delle coperture vaccinali: confronto tra corti di nati 1996 vs.1991		

Il ritardo nei tempi di esecuzione delle vaccinazioni, in particolare contro la Pertosse e contro la malattia invasiva da Emofilo tipo b, causa di una pericolosa forma di meningite nella prima infanzia, riduce di fatto, e a parità di costi, i potenziali benefici dei programmi vaccinali.

Rispetto alle coperture vaccinali contro l'Epatite B dei neonati di madre HbsAg positiva e degli adolescenti, un recente studio (B. Adamo et al., *Vaccine* 1998, Vol. 16. N° 8) rileva che nella città di Napoli solo il 91% circa delle partorienti ha effettuato la ricerca (obbligatoria) dell'antigene HBs riportando una prevalenza dell'infezione del 2,5%.

Coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 13 mesi nei nati del 1996, Regione Campania e Comune di Napoli		
Tipo di Vaccino	Campania	Napoli
Polio	66,2	49,5
Difto - tetano	69	49
Pertosse	57,5	46,2
Epatite B	67,1	49,5
Hib	2,5	10,4

Tale prevalenza, seppure diminuita rispetto al 5,2% riportato in un omologo precedente studio (T. Stroffolini et al., *Public Health* 1988, n° 102), resta quindi relativamente alta. Nello studio citato, solo la metà (55%) dei nati da madre HbsAg ha ricevuto il corretto trattamento protocollato (immunoglobuline specifiche entro le 24 ore + I dose di HBV entro 7 giorni), mentre il 30% ha ricevuto il vaccino oltre il tempo limite di 7 giorni ed il restante 15% non ha ricevuto il necessario trattamento con immunoglobuline (perché non disponibili presso il luogo di parto).

Comunque, al momento dello studio, tutti i bambini risultavano vaccinati contro l'Epatite B.

In altri termini, un programma vaccinale di questo tipo mostra un'*efficacia di risultato* apparente del 100% (in quanto tutti i bambini sono stati vaccinati) ma, in realtà, l'*efficacia di esito* (quella veramente utile alla protezione dei bambini) sarebbe del 55% (in quanto solo la metà dei bambini ha effettuato tutte le prestazioni utili alla protezione dall'infezione) ed è su tale valore che andrebbero poi ribaltati i costi dell'intero programma.

Sui dodicenni, il citato studio riporta una copertura vaccinale contro l'Epatite B dell'83% in media, variabile dal 68 al 92% secondo i distretti considerati. Le minori percentuali di copertura (68%) erano rilevate nei distretti a peggiore condizione socioeconomica.

In ogni caso il 13% circa del campione non era stato raggiunto a causa dell'inaccuratezza delle liste anagrafiche.

A circa la metà dei dodicenni non vaccinati non era stata offerta attivamente la vaccinazione e/o non frequentava la scuola.

Se tale studio potesse essere inferenziato alla popolazione campana si otterrebbe che (su coorti di 72.000 soggetti):

di 650 nati circa non si conoscerebbe lo stato di portatrice della madre;

di 1.800 figli di madre portatrice, solo 900 praticerebbero il previsto protocollo preventivo.

9.360 dodicenni non risulterebbero raggiungibili tramite le liste anagrafiche;

12.240 dodicenni non sarebbero vaccinati in quanto non raggiunti da offerta attiva e/o non frequentanti alcuna scuola.

Nel complesso, pur mostrando sensibili segni di miglioramento rispetto al 1991, la situazione permane grave se confrontata alle coperture nazionali ed europee e lontana dai traguardi posti dal programma europeo dell'OMS "Health 21", dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Nazionale Vaccini 1999-2000.

OBIETTIVI

È pertanto necessario intensificare ogni sforzo ordinario e predisporre, se necessario, opportuni impegni straordinari al fine di raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale indicati nel Piano Sanitario Nazionale secondo le strategie illustrate nel Piano Sanitario Vaccini 1999-2000.

Gli impegni concordati in tale sede pongono gli obiettivi enunciati sotto la diretta responsabilità dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Campane in quanto i risultati dovranno essere valutati rispetto ai relativi ambiti territoriali.

AZIONI

Le azioni da intraprendere sono riassumibili nell'intensificazione delle attività vaccinali allo scopo di allineare la copertura stessa agli obiettivi sopra riportati. L'offerta attiva delle vaccinazioni ed il rispetto del calendario vaccinale devono essere garantiti su tutto il territorio regionale e per ogni ambito territoriale aziendale.

Gli obiettivi prefissati possono essere raggiunti utilizzando i vaccini combinati alle scadenze previste.

Allo scopo di ridurre la larga sacca di suscettibili è opportuno attivare *strategie di recupero*, ad uno dei contatti successivi all'età della vaccinazione o tramite la promozione di campagne straordinarie, laddove l'analisi delle coperture locali dia risultati pericolosi in termini di *rischio epidemico*.

Per la vaccinazione contro l'Epatite B, l'attuale schema che prevede la vaccinazione dei nuovi nati e dei dodicenni, deve essere mantenuto almeno fino all'anno 2003 o oltre, in caso di recepimento locale ritardato dell'obbligo di legge. Una rinnovata attenzione deve essere posta nel mantenere alta l'offerta attiva per *tutti i soggetti a rischio*, secondo gli specifici protocolli

vaccinali, sensibilizzando specificamente i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta, e all'attuazione di campagne di recupero per gli *adolescenti* non vaccinati.

Le Aziende Ospedaliere ed i Presidi Ospedalieri di ASL sono chiamati a partecipare, per le rispettive competenze, tramite l'attivazione di nuclei operativi che pianifichino protocolli per le vaccinazioni e le immunoprofilassi di competenza (contro Epatite B, Epatite A, Tifo e paratifi, Tetano, Rosolia, Tubercolosi etc.), identificando personale esposto, contatti di casi, soggetti a rischio etc.; tali protocolli dovranno prioritariamente garantire che l'immunizzazione venga iniziata in tempo utile.

Ogni Medico, in particolare se Pediatra, è tenuto per compito deontologico a valutare lo stato di suscettibilità dei pazienti nei confronti delle malattie infettive prevenibili mediante vaccini, anche in occasione di visite o prestazioni occasionali ed a promuovere, se del caso, il più rapido inizio della protezione immunitaria.

Ogni vaccinazione ricompresa in campagne organizzate o comunque disciplinata da leggi e circolari, dovrà essere segnalata al Centro Vaccinale del Distretto Sanitario di residenza dell'utente a cura della Direzione Sanitaria del Presidio che ha eseguito l'inoculazione o direttamente dal professionista stesso.

La segnalazione dovrà contenere, oltre ai dati anagrafici e identificativi del paziente, tutte le notizie utili a identificare tipo, lotto e numero di dose del vaccino, eventuali reazioni avverse.

I Servizi individuati nei diversi contesti organizzativi delle singole Aziende devono promuovere, organizzare, coordinare, attuare e valutare l'attività vaccinale a livello distrettuale.

I Servizi di Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione, tramite il coinvolgimento delle specifiche competenze sovradistrettuali, devono programmare gli obiettivi generali e specifici, sorvegliare le modalità tecniche di attuazione, valutare i risultati intermedi e finali, controllare la qualità delle prestazioni e degli esiti dei programmi vaccinali anche attraverso la vigilanza sull'andamento delle notifiche delle malattie infettive prevenibili con vaccini.

Tali obiettivi vanno raggiunti con il personale medico, infermieristico ed amministrativo proprio dei servizi interessati e con la collaborazione delle figure sanitarie operanti nei distretti sanitari, in particolare i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale.

A tal fine è fondamentale la sensibilizzazione ed il coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale, sia nel rinforzo delle notifiche di malattie infettive, specie quelle bersaglio delle vaccinazioni, sia nella condivisione degli obiettivi dei programmi vaccinali, sia nella collaborazione diretta e indiretta agli stessi programmi, sia, infine, nell'opera di informazione ed educazione sanitaria delle famiglie.

La necessità di ottimizzare e adattare alle realtà aziendali l'organizzazione delle attività vaccinali si deve tradurre in una organizzazione trasparente ed esplicita dei livelli di competenze e di responsabilità.

E' opportuno che si sviluppino procedure di motivazione degli operatori coinvolti nelle attività vaccinali così come è fondamentale un'accurata promozione dei programmi nella popolazione, in collaborazione con tutte le figure sanitarie e non della comunità.

Al fine di monitorare i livelli di prestazioni fornite e vigilare sul raggiungimento degli obiettivi programmati, la Giunta Regionale istituirà una Commissione di esperti del settore.

Tale commissione, oltre a fornire un supporto tecnico informativo alle AA.SS.LL., dovrà promuovere iniziative finalizzate alla revisione ed aggiornamento delle linee guida regionali sui temi specifici;

elaborare gli standard operativi ed i criteri e requisiti delle sedi vaccinali;
elaborare indicazioni e strategie per una corretta opera di informazione ed educazione sanitaria del pubblico;
elaborare indicazioni e strategie per le periodiche azioni formative degli operatori in campo vaccinale;
rilanciare e disciplinare le attività di sorveglianza epidemiologia sulle coperture vaccinali, sulle reazioni avverse da vaccini, sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccini;
promuovere attività di ricerca sulla sorveglianza sieropidemiologica a campione, sulla qualità dei Servizi Vaccinali, sui cambiamenti epidemiologici indotti dalle vaccinazioni e sull'impatto economico dei programmi vaccinali.

4.2.6 La Prevenzione Della Carie Dentale e Delle Malattie Parodontali

La salute dentale è un bene fondamentale ed occorre tutelarla con interventi appropriati in ambito odontoiatrico e stomatologico di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

La necessità di adeguare l'offerta dei servizi ai bisogni degli utenti per fornire prestazioni sicure ed efficaci comporta l'organizzazione di un sistema che, compatibilmente con le risorse economiche disponibili garantisca la fruizione equa delle cure appropriate.

L'odontoiatria non eroga solo le prestazioni rivolte al benessere, ma anche prestazioni rivolte alla sopravvivenza o al recupero di una qualità di vita minimale.

La prevenzione odontoiatrica non si occupa solo di carie e malattie parodontali, ma, attraverso la diagnosi precoce di patologie di altri organi o apparati, realizza anche interventi di prevenzione terziaria.

Pertanto occorre individuare in maniera efficace e definitiva gli obiettivi ai quali deve essere rivolta la nuova organizzazione della sanità pubblica in campo odontoiatrico, in modo che siano garantite le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, salvaguardando le fasce deboli ed evitando inutili sprechi di denaro pubblico.

Il periodo storico nel quale viviamo ci consente, attraverso tecniche sempre più raffinate, quali ad esempio, l'immunologia, la microbiologia e la microscopia elettronica, un naturale aumento delle conoscenze che ci permette di acquisire nuovi dati sulle interrelazioni tra i vari fattori eziologici della carie dentale e della malattia parodontale (placca batterica-alimentazione-tessuti duri del dente-tessuto parodontale).

Questo bagaglio culturale ha di conseguenza reso possibile definire il livello teorico-applicativo di una serie di misure prevedodontiche finalizzate al compito preminente della tutela e della promozione della salute dentale.

OBIETTIVI

Ridurre al minimo la necessità di intervento terapeutico attraverso programmi di prevenzione: l'educazione e la partecipazione generalizzata sono chiavi del progresso nel settore della salute orale, in mancanza delle quali non può esserci salute per tutti.

AZIONI

Promuovere campagne di educazione sanitaria volte a fornire le conoscenze utili ad adottare comportamenti e stili di vita per la prevenzione della carie e delle malattie parodontali.

Effettuare campagne di prevenzione finalizzate al riconoscimento precoce delle patologie del cavo orale nei soggetti in età scolare.

Assicurare le terapie odontoiatriche garantite dai livelli essenziali di assistenza.

Assicurare, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza trattamenti di elevata specializzazione per la prevenzione la diagnosi e la terapia di patologie orali di notevole complessità di origine primitiva o secondaria..

4.2.7 Infortuni sul lavoro

Dalla analisi dei dati forniti dall'INAIL emergono alcune peculiarità che confermano la difficile situazione occupazionale campana, con un basso livello di occupazione e la presumibile esistenza di una quota di lavoro non regolare. Infatti, i dati relativi al 1997 mettono in evidenza che gli addetti campani sono solo il 4,6% del totale nazionale (661.448 su 14.333.772), mentre la popolazione campana di età compresa tra 15 e 64 anni (quindi in età lavorativa) è il 9,9% di quella italiana della stessa fascia di età. Di conseguenza, anche il numero di infortuni denunciati è proporzionalmente più basso di quanto ci si potrebbe attendere, costituendo il 3,4% del totale italiano. Ciò che sorprende, però, è che gli infortuni denunciati in Campania sono mediamente più gravi rispetto all'Italia: le morti infatti rappresentano il 6,7% delle morti totali e le inabilità permanenti il 6%. In altri termini, mentre in Italia 1 infortunio ogni 500 è mortale, in Campania lo è 1 ogni 250. Ciò è presumibilmente spiegabile attraverso due elementi: la presenza di lavoro irregolare (per cui verrebbero denunciati prevalentemente gli infortuni gravi) e la scarsa osservanza, da parte dei datori di lavoro e degli stessi lavoratori, delle norme di sicurezza e protezione.

Infortuni sul lavoro, anno 1997							
Italia				Campania			
<i>Inab. Temp.</i>	<i>Inab. Perm.</i>	<i>morte</i>	<i>Tot</i>	<i>Inab. Temp.</i>	<i>inab. Perm.</i>	<i>morte</i>	<i>tot</i>
509.845	22.181	1.073	533.099	16.971	1.341	72	18.384
95,6%	4,2%	0,2%	100,0%	92,3%	7,3%	0,4%	100,0%

% Campania sul tot. Italia			
<i>Inab. Temp.</i>	<i>Inab. Perm.</i>	<i>morte</i>	<i>tot</i>
3,3%	6,0%	6,7%	3,4%

OBIETTIVI REGIONALI

Riduzione della frequenza degli infortuni nei settori produttivi a maggior rischio e per gli infortuni più gravi ed a maggiore mortalità.

AZIONI

Piena applicazione della normativa vigente in tema di tutela della salute dei lavoratori, in particolare del D.lgs. 626/94 e successive modifiche e integrazioni;
 promozione di iniziative che favoriscano la circolazione dell'informazione, soprattutto nei confronti dei lavoratori, la formazione e l'aggiornamento dei principali soggetti della prevenzione;

potenziamento e coordinamento di tutte le attività di prevenzione e vigilanza svolte dagli organismi istituzionali interessati;
attività di coordinamento tra medico competente ed organo di vigilanza per quanto attiene la sorveglianza sanitaria e l'analisi del "piano di valutazione di rischio" aziendale;
attività di coordinamento con i medici competenti con la creazione di una banca dati regionale per il monitoraggio dell'applicazione delle normative di sicurezza;
attività di coordinamento con le Confederazioni di settore per quanto attiene la sicurezze delle medie e piccole imprese;
utilizzo dello strumento epidemiologico per la valutazione del fenomeno infortunistico orientato anche al monitoraggio ed alla prevenzione tramite l'istituzione di un registro epidemiologico aziendale a cura del Dipartimento di Prevenzione;
integrazione delle azioni dei soggetti interessati.

Il Dipartimento di Prevenzione deve promuovere azioni coordinate ed integrate con i Distretti, con altri Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale e delle Aziende Ospedaliere in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita e di lavoro.

Al fine di integrare le azioni e le iniziative dei diversi servizi e dipartimenti, i Piani Aziendali devono individuare, anche nel campo della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, una più definita ripartizione di ruoli e di attività specifiche che, oltre ad evitare sovrapposizioni, possa realmente operare nell'interesse del cittadino.

INDICATORI

mortalità correlata agli infortuni sul lavoro;
incidenza degli infortuni determinanti invalidità permanente.

4.2.8 Incidenti Stradali e Domestici

INCIDENTI STRADALI

Le statistiche di mortalità italiane (ISTAT 1996) riferiscono i seguenti tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per incidenti stradali:

Tutte le età:	uomini	20.8
	donne	6.2
15-24 anni:	uomini	35.9
	donne	8.5

A livello nazionale questo problema provoca circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di Pronto Soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti.

Il fenomeno costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).

È un fenomeno che incide prevalentemente nelle fasce giovanili e rappresenta quindi, per la particolare composizione demografica campana, un'emergenza sanitaria critica. Altri fattori di

rischio specifici e aggiuntivi sono costituiti dallo stato della rete viaria, in particolare delle province di Benevento e di Caserta, dallo stato degli autoveicoli mediamente vecchi ed ancora scarsamente revisionati e da alcune caratteristiche socio-culturali che rendono difficile l'applicazione di norme pur se obbligatorie. In particolare ci riferiamo all'utilizzo del casco, delle cinture di sicurezza ed al rispetto delle regole del codice stradale.

Tutto ciò trova riscontro nella mortalità per incidenti stradali della nostra regione che costituisce la seconda causa di morte, dopo il cancro, quando viene calcolata con il metodo degli Anni di Vita Potenziali Persi (PYLL – Potential Years Life Lost), metodo questo che consente di valutare la mortalità precoce.

Nel paragrafo della Mortalità per Cause viene riportata una tabella che illustra il fenomeno e che dimostra che gli incidenti stradali sono una causa di morte rilevante per le province di Benevento e Caserta (rispettivamente tassi di 2,9 e 3,5 rispetto al valore medio nazionale di 2,9).

Rispetto al PSN 1998-2000 in Italia ci sono stati progressi, sia in termini di azioni di prevenzione sia in termini normativi: l'estensione dell'obbligo d'uso del casco anche ai maggiorenni in ciclomotore e l'impegno delle diverse amministrazioni nel far sì che la legge fosse rispettata, hanno contribuito a determinare un crollo del verificarsi del trauma cranico in questa categoria di utenti (medianamente - 66.0%, che proiettato all'anno comporta una riduzione di 170 morti, 350 invalidi gravi, 8500 ricoverati, con un beneficio sociosanitario di circa 500 miliardi).

OBIETTIVI

Costituiscono obiettivi del presente Piano:

la riduzione almeno del 20% della mortalità derivante dagli incidenti stradali, in particolare nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni, dove detta mortalità è praticamente ancora ferma ai valori degli anni '70;

la riduzione almeno del 20% dei ricoveri per incidente stradale e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero;

la riduzione almeno del 10% delle menomazioni gravi permanenti conseguenti a incidenti stradali.

AZIONI

Oltre agli interventi sugli stili di vita sono identificabili le seguenti azioni prioritarie:

portare ai livelli nazionali (superiori al 90%) l'utilizzo del casco da parte degli utenti dei veicoli motorizzati a due ruote;

elevare quanto più possibile l'uso delle cinture di sicurezza;

contrastare la guida in stato di ebbrezza e sotto l'influsso di sostanze psicotrope;

contrastare gli stili di guida aggressivi, in particolare per quel che riguarda la velocità elevata;

Per altre azioni importanti, che vanno dall'istituzione di sistemi di sorveglianza allo studio dei fattori di rischio, dalla prevenzione alla valutazione, si rimanda al Decreto Interministeriale del 29 marzo 2000, sugli indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della sicurezza stradale.

Incidenti Domestici

Il fenomeno degli infortuni domestici mostra un andamento in continua crescita con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno.

Le categorie di soggetti a maggior rischio sono quelle appartenenti alle classi di età comprese tra i 45 ed i 64 anni di età ed i 25 ed i 44 anni di età.

La causa prevalente d'infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (37,4% degli eventi) e la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente, seguita dall'ustione. Le conseguenze più gravi sono rappresentate dalle fratture.

Le statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1996 forniscono i seguenti tassi di mortalità per incidenti non stradali per 100.000 abitanti:

Tutte le età:	uomini	23.0
	donne	26.7
Età 65 anni e più:	uomini	99.9
	donne	124.6

Si stima che circa la metà di questi incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze (incidenti domestici).

Gli incidenti domestici rappresentano dunque un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili e particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto quelli istituzionalizzati.

OBIETTIVI

Costituisce obiettivo del Piano la riduzione del numero degli infortuni domestici. In particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio, gli anziani di età superiore ai 65 anni.

AZIONI

Le azioni previste per il triennio sono:

- incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature;
- predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
- sviluppare campagne d'informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio;
- costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica regionale del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.

4.2.9. Patologie Dell'Apparato Muscolo-Scheletrico da Posture Incongrue

L'ergonomia ormai da molti anni, ha ampliato i suoi compiti con importanti e significative applicazioni relative non solo al mondo del lavoro, ma anche ai problemi inerenti il rapporto fra l'uomo, inteso come entità completa e complessa, e tutto ciò che con lui interagisce perché presente nel mondo in cui vive.

In questa visione appare di notevole importanza l'intervenire precocemente, in via preventiva, in quel particolare mondo di "vita e lavoro" che è la scuola, attualmente in situazioni di notevole precarietà sia

per lo squilibrio tra spazi disponibili e popolazione studentesca, sia per la qualità degli spazi stessi: un approccio ergonomico multidisciplinare, con l'ausilio di Architetti, Ingegneri, Illuminotecnici, Igienisti del lavoro, contribuirebbe ad accrescere lo stato di benessere psico-fisico dei discenti migliorando fra l'altro il loro apprendimento e a prevenire l'insorgenza di patologie Muscolo-Scheletriche (in particolare di Spondiloartropatie) dovuto a posture incongrue mantenute per lungo tempo.

Pur se queste affezioni hanno una genesi multifattoriale, è vero che le posture incongrue possono svolgere un notevole ruolo nel loro determinismo.

Pertanto, un importante problema che merita di essere affrontato durante l'età scolare è quello delle Spondiloartropatie, in particolare delle scoliosi e delle lombalgie; l'assenza per malattia, l'invalidità e la terapia riabilitativa hanno dei costi che portano queste patologie al primo posto dei problemi sanitari del nostro e di altri paesi.

Sulla base di tale analisi è necessario quindi, quantificare accuratamente il ruolo delle posture incongrue assunte in età scolare nella etiogenesi di tali patologie muscolo scheletriche e ad individuare idonei interventi preventivi sull'ambiente, sugli arredi scolastici e sui discenti.

OBIETTIVI

Valutare l'incidenza delle Spondiloartropatie e proporre eventuali strategie di prevenzione.

AZIONI

Valutazione del rischio posturale;

Strumenti fondamentali:

somministrazione di un questionario atto ad ottenere informazioni sulla situazione ambientale esistente negli Istituti Scolastici;

valutazione delle scoliosi e delle patologie del rachide;

Interventi finalizzati alla corretta progettazione dell'ambiente scolastico;

Informazione allo studente sul rischio a cui è esposto;

Educazione sanitaria per evitare il sovraccarico ponderale;

Correzione dei dismetabolismi.

4.2.10 Malattie professionali

In Campania le malattie professionali costituiscono circa il 4,2% del totale nazionale, rispetto ad una percentuale di addetti pari al 4,6%. Dai dati disponibili (INAIL 1997), si evince che c'è una minore percentuale di malattie indennizzate sul totale delle definite. La letalità e l'incidenza di esiti gravi è invece pressoché in linea con i valori nazionali.

OBIETTIVI REGIONALI

Riduzione della frequenza delle patologie correlate al lavoro

AZIONI

Piena applicazione della normativa vigente in tema di tutela della salute dei lavoratori, in particolare per gli aspetti relativi al monitoraggio epidemiologico derivante dal pieno utilizzo dei Registri degli esposti a particolari rischi lavorativi (artt. 21, 35, 49 del D. Lgs 277/91 ed artt. 70 e 87 del D.lgs. 626/94), dei Registri per rilevanti patologie professionali (artt. 71 e 88 del D.lgs. 626/94) e del Piano Regionale Amianto approvato con D.C.R. n.64/1 e pubblicato sul B.U.R.C. n.5 novembre 2001;

promozione di iniziative che favoriscano la circolazione dell'informazione, soprattutto nei confronti dei lavoratori, la formazione e l'aggiornamento dei principali soggetti della prevenzione;

potenziamento anche tecnologico e coordinamento di tutte le attività di prevenzione e vigilanza svolte dagli organismi istituzionali interessati;

massima integrazione tra i soggetti interessati;

potenziamento e coordinamento di tutte le attività di prevenzione e vigilanza svolte dagli organismi internazionali;

attività di coordinamento tra medico competente ed organo di vigilanza per quanto attiene la sorveglianza sanitaria e l'analisi del "piano di valutazione di rischio" aziendale;

attività di coordinamento con i medici competenti per la creazione di una banca dati regionale per il monitoraggio dell'applicazione delle normative di sicurezza;

attività di coordinamento con le Confederazioni di settore per quanto attiene la sicurezze delle medie e piccole imprese.

INDICATORI

Incidenza delle malattie professionali.

4.3 Migliorare il contesto ambientale

L'attivazione del processo finalizzato al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute non può prescindere dalla valutazione dei determinanti ambientali e dalla realizzazione di interventi che, per la pluralità dei Soggetti coinvolti e degli approcci richiesti, devono essere necessariamente multisettoriali e quindi investire competenze e risorse che non possono essere limitate a quelle sanitarie.

Allo scopo di realizzare tale coordinamento, è indispensabile la realizzazione di una integrazione funzionale e operativa tra i diversi Soggetti impegnati nel settore (Assessorati Regionali, Enti Locali, ARPAC, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, Associazioni ed organismi di volontariato per la tutela dell'Ambiente), al fine di promuovere tutte le possibili sinergie ed evitare inutili ridondanze.

Lo sviluppo di un tale sistema, incentrato sulla messa in rete di anagrafi comuni, sulla diffusione di dati sanitari ed epidemiologici, su informazioni sullo stato dell'ambiente e sulle normative in campo sanitario ed ambientale, deve garantire, in prima istanza, una reale e dettagliata

conoscenza dei problemi del territorio e, soprattutto, rappresentare la base cognitiva, in continua evoluzione dinamica, per la pianificazione e la programmazione di interventi mirati ad una gestione multidisciplinare dei rischi individuati.

Pertanto, allo scopo di gettare le basi per la crescita nella nostra regione di un sistema di prevenzione del rischio sanitario ambientale, si ritiene che i due obiettivi da perseguire in via preliminare siano i seguenti:

la stipula di appositi accordi di programma tra i Soggetti coinvolti, allo scopo di definire, nell'ambito delle diverse competenze, le responsabilità, nonché i tempi e i modi per il corretto espletamento di progetti e interventi coordinati;

la realizzazione di un sistema di comunicazione a rete che consenta, a tutti i Soggetti, di condividere dati sanitari ed epidemiologici, informazioni sullo stato dell'ambiente e sulle normative in campo sanitario ed ambientale.

Per ciascuno degli specifici settori di intervento, vengono di seguito fornite indicazioni, volte all'approfondimento delle conoscenze in ciascun settore ed alla realizzazione di azioni di prevenzione dei rischi.

4.3.1 Aria

L'inquinamento atmosferico di origine urbana o industriale rappresenta un importante fattore di rischio per la salute umana, sia per il ruolo che diversi inquinanti sembrano giocare nella etiologia di alcuni tumori, sia per la dimostrata correlazione esistente tra concentrazione di inquinanti in atmosfera e aumento di numerose patologie dell'apparato respiratorio.

Nella Regione Campania esiste una rete di monitoraggio della qualità dell'aria costituita da 20 stazioni di misura, di diversa tipologia, posizionate nei 5 capoluoghi di provincia (9 nell'area urbana di Napoli), provviste di strumentazione analitica conforme al D.P.C.M. 28/3/83

I parametri comunemente monitorati sono il biossido di azoto, il monossido di carbonio e gli idrocarburi non metanici.

L'ozono viene monitorato a Napoli, Caserta e Salerno, mentre il benzene soltanto a Napoli.

Si registra una carenza pressoché completa di dati relativi ai livelli di concentrazione di Idrocarburi Policiclici Aromatici e di particelle sospese (frazione PM 10), come pure una mancanza totale di dati registrati in prossimità di insediamenti industriali.

Si rileva, altresì, la mancanza di studi indirizzati alla correlazione dei fenomeni di inquinamento con i parametri meteo-climatici ed il mancato ricorso all'adozione di modelli matematici, che consentano di effettuare previsioni sui dati diffusi.

Dall'esame dei dati disponibili, relativi al triennio 1994-1997, si osserva che la situazione più allarmante è sicuramente quella relativa all'area urbana della città di Napoli, particolarmente in relazione al numero di superamenti dei limiti di legge per il biossido di azoto e l'ossido di carbonio.

Sulla base di tali considerazioni si ritiene che l'obiettivo del miglioramento della qualità dell'aria possa essere perseguito mettendo in essere le seguenti azioni:

estensione della rete di monitoraggio della qualità dell'aria a tutto il territorio regionale, in particolare alle principali aree industriali, attualmente scoperte;
potenziamento delle misurazioni della concentrazione di benzene e di ozono;

allargamento del monitoraggio anche agli Idrocarburi Policiclici Aromatici e alla frazione PM 10 del particolato, come previsto dal D.M. 25/11/94 e successive modifiche ed integrazioni; adozione di modelli in grado di interpretare l'evoluzione dei fenomeni in atto, anche correlandoli ai parametri meteo-climatici, che forniscano la possibilità di acquisire con sufficiente approssimazione informazione sui " dati diffusi" , quelli cioè relativi a parametri non direttamente monitorati.

A queste azioni specifiche, volte ad estendere e migliorare lo stato di conoscenza del fenomeno, vanno sicuramente affiancate e potenziate quelle già in atto relative soprattutto alla prevenzione dell'inquinamento e rappresentate principalmente da:

regolamentazione della circolazione e riduzione del traffico veicolare nelle aree urbane;
sensibilizzazione dei cittadini all'uso ragionato delle fonti energetiche per il trasporto ed il riscaldamento;
trasformazione dei sistemi di riscaldamento domestico e collettivo, al fine di utilizzare combustibili meno inquinanti;
incentivazione allo sviluppo di tecnologie per la riduzione delle emissioni industriali, veicolari e domestiche;
effettuazione di interventi di bonifica dell'amianto, già previsti dalla L.257/92.

4.3.2 Acqua

La presenza di contaminanti chimici o biologici nelle acque, in funzione dell'uso finale delle stesse, può essere responsabile di condizioni morbose , con conseguente grave pericolo per la salute della popolazione.

La valutazione degli aspetti di salute legati alla qualità dell'acqua è possibile sulla base di 3 indicatori sintetici: la disponibilità in natura di riserve d'acqua destinabili ad uso potabile adeguate per qualità, quantità, efficienza , il grado di penetrazione delle reti degli acquedotti e le modalità di smaltimento e di depurazione delle acque reflue.

La regione Campania ha un bilancio idrico del settore idropotabile sostanzialmente in saldo nullo, ma, tuttavia, provvedendo in quantità elevatissima all'alimentazione dell'Acquedotto Pugliese, viene a dipendere da risorse extraregionali (Molise e Lazio).

Il prelievo di acque per uso idropotabile ammonta nel complesso a 646 milioni mc/anno; pertanto il dato medio regionale si assesta su 305 l/ab/d, con valori massimi per la città di Napoli (circa 500 l/ab/d) e minimi nell'area flegrea e nelle aree interne (circa 210 l/ab/d).

Ai fini della stima del consumo, è però utile ricordare che la dotazione effettiva si differenzia da quella alla fonte in quanto non tiene conto di tutte le deficienze del sistema distributivo.

Allo spreco di risorse ed al conseguente sfruttamento inefficace delle fonti, si associa un danno ambientale diretto, cagionato dallo scarso grado di concentrazione di reflui agli impianti di trattamento.

In particolare, solo alcuni depuratori sono attivi e non sempre sono dimensionati all'effettivo carico di inquinanti, per cui solo in parte le acque reflue risultano adeguatamente depurate. La quantità di carico non depurato e riversato nei corpi idrici, equivalente a migliaia di tonnellate di materiale organico, limita la fruibilità a tutti i livelli dei corpi idrici superficiali (laghi e fiumi) nonché delle acque costiere, con danni intuibili sulla balneazione, sulla pesca, sulla molluschicoltura, tutte attività di grande rilievo economico per la nostra Regione e può compromettere l'utilizzo delle acque sotterranee. La salvaguardia delle risorse idriche sotterranee

risiede nella conoscenza delle caratteristiche degli acquiferi e nella pianificazione di tutti gli interventi ed azioni da effettuare sul territorio.

Gli obiettivi da raggiungere sono enunciati all'art.1 del D.Lgs n°152 dell'11/05/99:

prevenire e ridurre l'inquinamento e attuare il risanamento dei corpi idrici inquinati;
conseguire il miglioramento dello stato delle acque ed adeguate protezioni di quelle destinate a particolari usi;
perseguire usi sostenibili e durevoli delle risorse idriche, con priorità per quelle potabili;
mantenere la capacità naturale di autodepurazione dei corpi idrici, nonché la capacità di sostenere comunità animali e vegetali ampie e ben diversificate.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati si realizza attraverso i seguenti strumenti:
l'individuazione di obiettivi di qualità ambientale e per specifica destinazione dei corpi idrici;
la tutela integrata degli aspetti qualitativi e quantitativi nell'ambito di ciascun bacino idrografico ed un adeguato sistema di controlli e sanzioni;
il rispetto dei valori limite agli scarichi fissati dallo Stato, nonché la definizione di valori limite in relazione agli obiettivi di qualità del corpo recettore;
l'adeguamento del sistema di fognatura, collettamento e depurazione degli scarichi idrici, nell'ambito del servizio idrico integrato di cui alla legge 5 gennaio 1994, n°36;
l'individuazione di misure per la prevenzione e la riduzione dell'inquinamento nelle zone vulnerabili e nelle aree sensibili;
l'individuazione di misure tese alla conservazione, al risparmio, al riutilizzo ed al riciclo delle risorse idriche.

Le azioni conseguenti prevedono :

allacciamento alla banca dati nazionale del Ministero della Sanità dove affluiscono i risultati analitici relativi alle acque potabili, di balneazione, per la molluschicoltura e acquacoltura;
istituzione di una banca dati Regionale relativa ai dati delle acque di scarico;
monitoraggi più razionali, su tutto il territorio regionale, delle acque potabili;
incremento dei campionamenti delle zone costiere;
sorveglianza sanitaria sulle acque termo-minerali e minerali sfruttate, prodotte e commercializzate;
partecipazione dell'Assessorato Regionale alla Sanità - in sede di elaborazione, revisione, e aggiornamento - al piano di attuazione del D.Lgs. n.152/99, in uno con gli altri Assessorati e le Istituzioni competenti.

4.3.3 Radiazioni

L'esposizione alle radiazioni costituisce problematica rilevante per gli effetti che può causare alla salute dell'uomo, sia a breve termine, ma, soprattutto, a lungo termine in quanto correlabile alla insorgenza di patologie tumorali.

Di seguito vengono elencati gli interventi connessi alla prevenzione nel campo distinguendo tra le radiazioni ionizzanti (sostanze radioattive e macchine radiogene) e le radiazioni non ionizzanti (impianti fissi di telecomunicazione, impianti radiotelevisivi, stazioni radiobase, linee di trasmissione elettriche, elettrodomestici).

RADIAZIONI IONIZZANTI

I principali problemi connessi all'esposizione a radiazioni ionizzanti nella nostra regione sono:

presenza di gas radon negli ambienti confinati collegata essenzialmente a materiali di costruzione di tipo tufaceo;
utilizzo di macchine radiogene in ambiente medico e di ricerca;
utilizzo di sorgenti radioattive, sigillate e non sigillate, in ambiente medico e di ricerca.

Gli ultimi due punti sono disciplinati dal D.P.R. n. 185/64, in parte sostituito dal D.Lgs. n.230/95 e successive modifiche ed integrazioni, nonché, per quanto attiene la formazione e informazione dei lavoratori addetti, dal D.Lgs. n. 626/94 e successive integrazioni.

Per la problematica del radon, non appena definita la specifica normativa a livello nazionale, si dovrà provvedere a favorire, da parte dei soggetti istituzionali individuati, una prima campagna di monitoraggio allo scopo di reperire dati sulla situazione esistente e di creare l'archivio informatizzato.

In seguito dovrà essere predisposta una serie di interventi a carattere divulgativo, al fine di informare correttamente la popolazione per la riduzione della concentrazione di radon negli ambienti confinati.

La disciplina dell'utilizzo e dell'esercizio di sorgenti radioattive è, invece, regolamentata dai citati D.Lgs. n. 230/95 e dal D.Lgs. 26 maggio 2000 n°187.

Tale normativa ha definito i principi generali in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizione mediche; è tuttavia ancora presente una carenza di informazioni, sia tra gli operatori del settore che tra la popolazione.

E' necessario, quindi, diffondere una corretta conoscenza delle tematiche e dei problemi posti dalle radiazioni, per consentire un utilizzo consapevole delle nuove tecnologie.

OBIETTIVI

Migliorare l'efficacia delle esposizioni mediche mediante la valutazione dei potenziali vantaggi diagnostici o terapeutici complessivi prodotti, inclusi i benefici diretti per la salute della persona e della collettività, rispetto al danno alle persone che l'esposizione potrebbe causare, tenendo conto dell'efficacia, dei vantaggi e dei rischi di tecniche alternative disponibili, che si propongono lo stesso obiettivo, ma che non comportano un'esposizione, ovvero comportano una minore esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Mantenere le esposizioni mediche per scopi radiologici, ad eccezione delle procedure radio terapeutiche, al livello più basso ragionevolmente ottenibile e compatibile con il raggiungimento dell'informazione diagnostica richiesta; il perseguimento di tale obiettivo è legato alla scelta delle attrezzature, ai programmi per la garanzia di qualità, inclusi il controllo della qualità, l'esame e la valutazione delle dosi o delle attività somministrate al paziente.

Valutare e risolvere lo smaltimento "in sicurezza" dei rifiuti radioattivi.

AZIONI

Diffondere una maggiore e corretta informazione in materia di radioprotezione nell'esposizione medica.

Controllare e valutare lo stato d'uso delle apparecchiature, tenendo conto anche che quelle di produzione più recente (non dotate da più di dieci anni) sono in grado di ridurre ulteriormente l'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

RADIAZIONI NON IONIZZANTI

Per quanto riguarda le Radiazioni Non Ionizzanti occorre distinguere tra:

esposizione a campi elettrici e magnetici di bassa frequenza (ELF) associati alla presenza di elettrodomestici ed elettrodotti;

esposizione a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici di alta frequenza (EMF) associati alla presenza di impianti fissi di trasmissione e di ricezione di telefonia cellulare, stazioni radiotelevisive;

esposizione a radiazione ultravioletta, essenzialmente causata dalla radiazione solare.

Per quanto riguarda i campi ELF, il D.P.C.M. 23 aprile 1992 prevede la tutela della popolazione dai rischi connessi all'esposizione agli elettrodotti attraverso la verifica dei valori limiti per il campo elettrico e magnetico, differenziando tra esposizione prolungata (maggiore di 4 ore) e ragionevolmente limitata.

Per i problemi connessi all'uso degli elettrodomestici (lavatrice, forno a microonde e quant'altro) si è in attesa di una specifica normativa, anche al fine di informare correttamente sulle modalità di uso e sulle distanze minime consigliate.

Per quanto riguarda i campi ad alta frequenza, il D.M. n.381/98 fissa le norme per la tutela della popolazione dai rischi connessi all'esposizione agli impianti fissi di telefonia cellulare e radiotelevisivi attraverso la verifica dei valori limite per il campo elettrico e magnetico, differenziando tra esposizione prolungata (maggiore di 4 ore) e ragionevolmente limitata.

Le azioni saranno volte a dare piena applicazione ai principi e agli obiettivi contenuti nelle LL.RR. n. 13 e 14/2001 pubblicate sul B.U.R.C. n°24 del 24.11.2001, relative alla "prevenzione dei danni derivanti dai campi elettromagnetici generati da elettrodi" e alla "Tutela igienico sanitaria della popolazione dalla esposizione a radiazioni non ionizzanti generate da impianti per teleradiocomunicazioni".

Per quanto riguarda le radiazioni ultraviolette (UV) e gli aspetti connessi all'esposizione alla radiazione solare, che è correlata all'induzione di tumori cutanei e ad altri effetti a breve e lungo termine, l'azione sarà essenzialmente di informazione mediante le più attuali tecniche di comunicazione al fine di prevenire i danni connessi.

4.3.4 Rifiuti

Il problema dello smaltimento dei rifiuti è una delle emergenze ambientali comuni a tutti i Paesi a più elevato sviluppo economico.

Infatti, in assenza di adeguati sistemi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento e smaltimento finale, il rischio per la salute umana, derivante da un'erronea gestione dell'intero processo o di fasi di esso, assume caratteristiche di notevole rilevanza.

Il D.Lgs. 5/2/97, n.22, e le successive disposizioni normative ad esso collegate, hanno dettato le norme generali e particolari in tema di gestione dei rifiuti, con lo scopo precipuo di ridurre il quantitativo di rifiuti da avviare allo smaltimento finale, ricorrendo ad una serie di tecniche e modalità quali la raccolta differenziata, il reimpiego, il riciclaggio, etc., nonché di promuovere

l'autosufficienza nello smaltimento in Ambiti Territoriali Ottimali, utilizzando allo scopo metodi e tecnologie atti a garantire al massimo la protezione dell'ambiente e la tutela della salute pubblica.

La situazione dello smaltimento rifiuti nella nostra Regione risultava particolarmente allarmante per le seguenti ragioni:

i rifiuti solidi urbani venivano smaltiti unicamente in discarica, non essendo presenti impianti di termovalorizzazione o di recupero e trasformazione. Tra l'altro, le poche discariche legalmente autorizzate in funzione, sono in procinto di esaurirsi;

per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti speciali, che spesso sono anche rifiuti pericolosi, la situazione risultava anche più drammatica, soprattutto in relazione agli alti costi che le imprese produttrici dei rifiuti stessi devono sostenere per effettuare uno smaltimento legale. Tali costi sono determinati essenzialmente dalla lontananza degli impianti di smaltimento finali, dislocati in altre regioni, e quindi dalla necessità di ricorrere quasi sempre ad intermediari, con la ulteriore conseguenza, in molti casi, di una perdita di controllo diretto sul destino ultimo dei rifiuti. Questa situazione di gravi carenze ha sicuramente contribuito ad incidere sensibilmente sul fenomeno dell'ecomafia, in quanto la criminalità organizzata, approfittando dei molteplici vuoti, si è inserita nell' "affare rifiuti", contribuendo pesantemente all' aumento dei costi ed agli smaltimenti incontrollati ed illeciti, con i pesantissimi danni per la salute e per l'ambiente che ne conseguono.

Per far fronte a questa situazione di grave emergenza il Governo ha nominato il Presidente della Regione Campania "Commissario Straordinario per l'Emergenza Rifiuti", conferendogli, tra l'altro, l'incarico di redigere un Piano di interventi di emergenza per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani ed assimilabili, nonché dei rifiuti speciali e di quelli pericolosi.

L'obiettivo fondamentale della nuova politica di gestione dei rifiuti è quello di trasformare i rifiuti stessi in risorsa. La realizzazione di tale obiettivo, già in itinere, prevede i seguenti interventi:

chiusura definitiva delle discariche;

realizzazione di impianti di vagliatura per la gestione dell'emergenza;

grande impulso alla raccolta differenziata;

realizzazione di impianti di Cdr (Combustibile da rifiuti);

Realizzazione di termovalorizzatori che trasformino in energia elettrica il combustibile derivato dai rifiuti.

4.4 Rafforzare la tutela dei soggetti deboli

4.4.1 Stranieri e immigrati

L'attenzione del legislatore alla domanda di salute dei cittadini extraeuropei, nel nostro Paese, è mutata radicalmente nell'ultimo decennio, in conseguenza della maggiore rilevanza che il fenomeno dell'immigrazione sta assumendo.

In sintesi, si può rilevare che, sino alla seconda metà degli anni '80, le politiche a livello nazionale hanno affrontato il tema solo in termini di inclusione od esclusione dal sistema delle prestazioni riconoscibili, senza porsi il problema di valutarne il grado di adeguatezza rispetto ai bisogni reali.

La materia dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stata, infatti, affrontata in modo specifico solo a partire dalla Legge 30.12.86, n. 943, in cui - per la prima volta in maniera esplicita - viene riconosciuta ai "lavoratori extracomunitari legalmente residenti e alle loro famiglie...parità di trattamento e piena eguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani"(art.1).

Ma anche l'attuazione di tale dichiarazione di principio (e gli stessi aggiornamenti apportati dalla successiva legge 39/90), lasciava comunque persistere palesi discriminazioni di trattamento rispetto ai cittadini italiani (specie per gli immigrati non residenti ed i disoccupati).

Occorre attendere circa dodici anni per giungere alla Legge 6.3.98, n. 40, ed alla circolare DPS X40/98/1010, per trovare finalmente dettate le norme fondamentali a cui ogni regione si deve ispirare per promuovere le condizioni necessarie a garantire le prestazioni essenziali a tutti gli immigrati che a qualsiasi titolo soggiornano sul territorio di pertinenza del proprio SSR nel tentativo di superare, almeno in parte, lacune e discriminazioni. Il successivo DPR 31.8.99, n.394, prosegue nell'opera di sostanziale equiparazione di diritti-doveri tra cittadini di differente nazionalità comunque residenti nel nostro paese.

Tale esigenza è comunque recepita nel PSN 1998 -2000, in cui si definisce come obiettivo da raggiungere entro il triennio, la attuazione piena della legge 40/98, con particolare riferimento alla parità di diritto tra i cittadini extra comunitari e cittadini italiani in campo assistenziale e socio-sanitario.

Nel corso dei prossimi anni, peraltro, è prevedibile assistere a radicali cambiamenti nella sanità, specie a causa della sempre crescente carenza di risorse rispetto ai bisogni; e questi mutamenti, se non opportunamente guidati, potranno creare difficoltà assistenziali proprio per le fasce più deboli e disagiate della popolazione, tra cui vanno certamente annoverati gli immigrati extracomunitari.

Nella nostra Regione si concentra circa il 5% della popolazione immigrata straniera presente in Italia: secondo dati del Ministero degli Interni aggiornati al 31/12/98, la popolazione immigrata ha raggiunto le 52.722 unità (soggiorni registrati), ma con una presenza stimata di circa 64.000 soggetti.

Gli immigrati stranieri sono distribuiti in tutte le aree della regione, con caratteristiche e problematiche differenti, dovute al tipo di presenza, alla comunità di appartenenza, alle attività lavorative svolte, alle condizioni abitative.

Anche se la Campania svolge in parte prevalente una funzione di prima accoglienza e di smistamento, si vanno facendo più consistenti i segnali di stabilità da parte degli immigrati e per tali ragioni necessitano impegni fattivi per adeguare le nostre strutture sanitarie alla esigenza di una nuova società multietnica.

Questa necessità si traduce, innanzitutto, in un doveroso impegno dello stesso Governo Regionale nello sviluppare intese, tra i diversi Assessorati competenti, concorrenti a garantire una reale tutela della salute psichica e fisica degli immigrati.

Di pari passo, si rende indispensabile l'adeguamento delle strutture sanitarie rispetto all'emergenza imposta dalle migrazioni, rilevando come il nostro SSR non sia sicuramente al passo con le numerose esigenze che il fenomeno impone, con la necessaria ed organica presa in carico dei problemi ad esso connessi.

In quest'ottica, occorrerà sensibilizzare il personale delle strutture territoriali ed ospedaliere ad interpretare le esigenze degli immigrati e le possibili difficoltà dovute alle diversità culturali e religiose.

Tali interventi si rendono necessari, ad esempio, per favorire la tutela della salute della donna, in particolare nel periodo della gravidanza, della maternità ed in caso di interruzione volontaria di gravidanza.

Le azioni che appaiono, pertanto, di fondamentale importanza nel nostro contesto regionale possono essere raccolte in sei fondamentali filoni di attività:

La sperimentazione di interventi integrati per una risposta globale ai bisogni della popolazione immigrata attraverso atti d'intesa e/o convenzioni tra Enti locali, AA.SS.LL., AA.OO., Organizzazioni di volontariato;

l'attivazione di osservatori territoriali che colgano le problematiche sociosanitarie attraverso la creazione di una banca dati per il monitoraggio dello stato di salute e la valutazione dei bisogni della popolazione immigrata, con lo scopo parallelo di diffondere l'acquisizione delle varie competenze maturate nelle diverse aree di sperimentazione concernenti l'accoglimento, l'assistenza e l'integrazione degli immigrati;

la definizione di indirizzi che permettano la fruizione paritaria del servizio Sanitario Regionale da parte degli extracomunitari regolari, sia occupati che disoccupati, con la definizione di modalità esplicative sulle procedure che lascino poco spazio a interpretazioni disomogenee sul territorio regionale;

la programmazione di interventi di educazione sanitaria per le malattie a trasmissione sessuale e per la prevenzione oncologica, nonché interventi di medicina preventiva in collaborazione con le associazioni di volontariato, già capillarmente presenti sul territorio, con particolare attenzione ad aree critiche della popolazione immigrata (dipendenza, prostituzione, detenzione) e – su altro versante - la copertura vaccinale dei bambini immigrati e la sorveglianza delle malattie infettive della popolazione infantile, in collaborazione con i pediatri di libera scelta;

l'attivazione di programmi d'intervento da realizzare con i medici di medicina generale, i pediatri di base, i distretti sanitari e le associazioni di volontariato, impegnati sul fronte della immigrazione, al fine di definire interventi specifici per soddisfare domande e bisogni provenienti da aree definite di utenza;

la realizzazione di interventi mirati su gruppi ad alto rischio, quali gli immigrati clandestini e gli irregolari, esposti maggiormente ad infezioni da HIV e malattia tubercolare; a tale fascia di popolazione sono già assicurate la diagnosi ed il primo periodo di cure in ambiente ospedaliero. Appare, peraltro, necessario ricordare come a questa fascia di immigrati debba essere assicurata:

la distribuzione gratuita dei farmaci antitubercolari per la prosecuzione della terapia specifica e la distribuzione gratuita di chemioterapici per coloro che hanno avuto contatti stretti con casi di TBC;

la distribuzione gratuita delle terapie antiretrovirali, per l'infezione da HIV, all'atto della dimissione, attraverso le farmacie abilitate;

Le sei diverse aree di intervento, per divenire materialmente fruibili dagli interessati, dovranno puntare a costituire, nelle sedi dei distretti sanitari, punti di ascolto e orientamento, facilitati dalla comunicazione linguistica, che abbiano il compito di agevolare l'accesso alle prestazioni, offrendo sostegno nel disbrigo degli adempimenti burocratici e contributivi, dall'iter previsto per l'iscrizione al SSN all'eventuale diritto all'esenzione della spesa sanitaria, garantendo adeguata assistenza nel successivo eventuale iter diagnostico terapeutico presso strutture specialistiche e di ricovero.

4.4.2 Tossicodipendenti

Nella regione Campania, la prevalenza del fenomeno relativo agli utenti tossicodipendenti sembra essere in linea con la media nazionale (Campania: 21,4 utenti per 10.000 abitanti; Italia: 24). Tuttavia, negli ultimi anni si è osservato un progressivo aumento degli utenti assistiti dal servizio pubblico: infatti dai 5.294 utenti del 1991 si è passati a 12.377 del 1997 (incremento 134%). Non è possibile, per mancanza di informazioni specifiche, mettere in relazione questo dato con l'evenienza che si sia verificato un reale aumento della popolazione tossicodipendente, mentre certamente è possibile correlarlo ad una aumentata capacità di offerta da parte del SSR.

Su questo versante, si è assistito ad un sostanziale miglioramento nella dotazione di servizi dedicati al settore della tossicodipendenza: infatti il numero di Sert al 31.12.97 era di 47 attivi, rispetto ai 30 del 1991 (incremento 57%). Anche per il personale impiegato la situazione complessiva è andata migliorando nel tempo, passando da 277 addetti a rapporto esclusivo nel 1991 a 505 nel 1997 (incremento 82%). Se rapportiamo il numero degli addetti totali (compreso il personale parzialmente addetto e quello convenzionato) a 10.000 residenti risulta che la situazione Campana non si discosta sostanzialmente da quella nazionale (1,01 rispetto a 1,16). Anche in termini di addetti per utenti la situazione campana è in linea con quella nazionale (5 addetti per 100 utenti). *(fonte dati Ministero della Sanità)*.

Rimane, comunque, un ritardo della nostra Regione nei confronti del centro e del nord Italia per quanto attiene la dotazione di strutture del settore privato e del volontariato.

Il contesto epidemiologico campano, già caratterizzato da alcuni tratti originali (bassa prevalenza di positività per HIV, alta prevalenza di HCV), è inoltre soggetto ai cambiamenti che si evidenziano su scala nazionale relativamente alle modalità dei consumi, vale a dire alla crescita nel consumo di alcune sostanze (cocaina) ed alla comparsa di nuove tipologie di sostanze immesse sul mercato (droghe di sintesi).

Permane una difficoltà sostanziale per quanto attiene il trattamento di alcooldipendenti, per i quali risulta indispensabile una stretta integrazione tra servizi sanitari e sociali, ai fini di una efficace risposta.

OBIETTIVI

Attivare e migliorare sistemi di sorveglianza epidemiologica dei principali fenomeni legati all'uso ed abuso di sostanze stupefacenti, e di alcool;

migliorare la conoscenza sulla mortalità legata all'abuso di sostanze, in particolare per quanto attiene eventi infausti provocati dal consumo associato a farmaci legali (monitoraggio del consumo improprio di psicofarmaci);

migliorare la capacità dei servizi di prevenire, diagnosticare precocemente e trattare le patologie legate all'abuso di sostanze, in particolare quelle infettive che nel tempo producono danni e costi maggiori;
diminuire i tempi di latenza dei comportamenti di abuso, reclutando precocemente gli utenti;
aumentare il numero dei soggetti in contatto con i servizi;
aumentare la capacità di ritenzione in trattamento.

AZIONI

Definire protocolli per la riduzione del rischio e del danno;
promuovere programmi di prevenzione delle malattie infettive, finalizzati alle patologie a trasmissione parenterale e MTS (comprese le campagne vaccinali anti-HBV);
garantire ai soggetti tossicodipendenti l'assistenza necessaria alla diagnosi e terapia di patologie concomitanti o complicanti la dipendenza patologica, migliorando il livello di integrazione tra i SERT e i restanti servizi Sanitari. In particolare per i tossicodipendenti che presentano problemi di pertinenza psichiatrica i Dipartimenti per le dipendenze patologiche e per la Salute Mentale concordano protocolli di intervento comuni che garantiscano :
la presa in carico finalizzata alla diagnosi, valutazione e definizione dell'orientamento terapeutico;
l'accessibilità delle strutture sia diurne che di ricovero del Dipartimento di Salute Mentale;
l'accessibilità dei trattamenti psico-farmaceutici e psicoterapeutici di competenza della Salute Mentale.
Tale protocollo dovrà prevedere l'uso di tutte le risorse del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche in modo da evitare incongrui trasferimenti di utenza e supplenze di intervento.
Per l'alcooldipendenza, come da accordo Stato - Regioni, ogni ASL istituirà almeno un modulo ad hoc ed una riserva di n. 1 posto letto per un bacino di 100.000 persone.
promuovere le attività svolte nel territorio (unità da strada, lavoro nei luoghi di aggregazione giovanile ecc.) in collegamento con realtà anche non istituzionali. Ciò al fine di migliorare la conoscenza del disagio giovanile, del mercato delle "nuove droghe" e dell'andamento di tali consumi. Tale obiettivo è inoltre perseguibile attraverso una ottimizzazione delle attività svolte in collegamento con le istituzioni scolastiche ai fini di prevenzione primaria;
promuovere l'attivazione e la creazione di "strutture intermedie" (diurne e/o residenziali) e di servizi "a bassa soglia di accesso" sia da parte del pubblico che del privato sociale per ampliare il ventaglio di offerte all'utenza;
aumentare la capacità dei servizi di offrire trattamenti "integrati" non esclusivamente farmacologici ma anche di tipo psico-sociale;
migliorare il collegamento con le comunità terapeutiche al fine di accompagnare il percorso di reinserimento sociale dei soggetti trattati;
rendere permanenti i percorsi formativi del personale anche ai fini della capacità di autovalutazione e di valutazione dei risultati e della qualità del servizio;
attivare anche per il personale già operante nei servizi degli Enti ausiliari iniziative di formazione ed aggiornamento diretti agli operatori non in possesso dei requisiti, sulla base delle linee guida predisposte dal Ministro della Sanità d'intesa con il Ministro della Solidarietà Sociale.

SOGGETTI COINVOLTI

Tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze devono concorrere molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda (distretto, ospedale, dipartimento di prevenzione), nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità operano sul territorio, il modello organizzativo "dipartimentale tecnico-funzionale" appare una valida modalità organizzativa, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali.

Tutta la materia inerente le problematiche delle dipendenze patologiche da sostanze (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno) deve essere organicamente collocata all'interno del Dipartimento delle Dipendenze. Ciò implica che le tematiche dell'alcolismo, del tabagismo, vanno incluse nell'ambito operativo dipartimentale.

INDICATORI

Indicatori di processo: percentuale del totale dei tossicodipendenti del territorio che risultano in contatto o in trattamento, numero di rapporti formalizzati tra strutture del SSR con altre istituzioni.

Indicatori di esito: mortalità e morbosità (globale e dei soggetti in trattamento), coperture vaccinali per HBV, prevalenza dei comportamenti a rischio.

4.4.3 Salute Mentale

In attuazione alla riforma psichiatrica (Legge 180/78) e dell'art.64 della Legge 833/78 furono istituiti, con Legge Regionale 1/83, i Servizi per la Tutela della Salute Mentale. In base a quanto previsto dal progetto obiettivo "La Tutela della Salute Mentale 94/96" fu tracciato un modello operativo per l'assistenza al malato mentale che prevedesse il superamento dell'ospedale psichiatrico e la costituzione in tutte le AA.SS.LL. di una rete di strutture ospedaliere, territoriali, residenziali e semiresidenziali in grado di affrontare i problemi di prevenzione, cura e riabilitazione dell'ammalato mentale, con l'identificazione del Dipartimento di Salute Mentale quale organismo tecnico-gestionale in grado di garantire azioni integrate e continuative dei servizi stessi.

Con il Piano Regionale Ospedaliero (Legge Regionale n.° 2/98) si è, quindi, costituita la rete dei posti letto per l'assistenza ai pazienti con problemi psichiatrici acuti.

Il Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998/2000", approvato con D.P.R. del 10.11.1999 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999, individua nei seguenti punti gli aspetti più significativi della complessa strategia di interventi nella materia:

Istituzione del Dipartimento di Salute Mentale quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei Servizi Psichiatrici di uno stesso territorio;

Individuazione della tipologia delle componenti organizzative dei DSM (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residenziale);

Individuazione delle funzioni dei DSM e di ciascuna delle componenti organizzative;

Attivazione di collegamenti con altre strutture territoriali.

In relazione a tali strategie si individuano i principali obiettivi del triennio:

OBIETTIVI

Promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali con particolare riferimento all'adolescenza e alle culture a rischio, attraverso la individuazione precoce delle situazioni di disagio;
prevenzione terziaria attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali;
miglioramento della qualità della vita del nucleo familiare del paziente onde favorirne, in modo globale, l'integrazione sociale;
promozione, nell'ambito del Dipartimento di Salute mentale, di forme di risposta organizzate al disagio psicologico-psichiatrico nell'età evolutiva;
promozione, nell'ambito del Dipartimento di Salute mentale, di forme di risposta organizzate alle patologie emergenti quali i Disturbi della Condotta Alimentare;
riduzione dell'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per specifiche patologie e/o appartenenza a fasce di età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane).

AZIONI

Realizzare sul territorio regionale il modello organizzativo dipartimentale così come previsto dal Progetto Obiettivo nazionale 1998/2000;
completare la rete SPDC (Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura);
potenziare la rete delle strutture per l'assistenza in regime residenziale favorendone la modulazione di intensità assistenziale;
realizzare interventi per la tutela della salute mentale nell'età evolutiva;
realizzare interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare;
realizzare interventi per la promozione e tutela della salute mentale di popolazioni di recente immigrazione, nel rispetto dei valori delle altrui culture;
attivare programmi specifici di recupero dei pazienti che abbandonano il servizio di salute mentale;
qualificare gli operatori che agiscono in campo psichiatrico;
applicare strategie terapeutiche basate su evidenze scientifiche;
coinvolgere le famiglie nella formulazione ed attuazione del piano terapeutico;
adottare programmi di aiuto alle famiglie con malati mentali per sostenerle nel quotidiano grave carico assistenziale;
realizzare azioni di rete, protocolli di intesa e accordi di programma con gli Enti locali ed i servizi sociali ai fini di una adeguata integrazione socio-sanitaria.

SOGGETTI COINVOLTI

Le azioni indicate vedono impegnato il Dipartimento di Salute Mentale nella realizzazione di programmi di interventi integrati che coinvolgono una pluralità di soggetti quali:

i settori deputati alla realizzazione di interventi di educazione sanitaria;
i medici di Medicina Generale;
i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale pubblici e privati provvisoriamente accreditati;
i presidi ospedalieri;
i servizi sociali;
gli Enti locali;
le associazioni di volontariato.

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza psichiatrica e di creare uniformità ed omogeneità della risposta assistenziale, la Giunta Regionale produrrà apposite linee guida rivolte a disciplinare le seguenti fattispecie:

modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
criteri per la presa in carico;
modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati degli utenti gravi;
modalità con cui garantire la continuità dell'assistenza anche in regime di ricovero (coordinamento tra SPDC e territorio, turnazione del personale che assicuri il minor numero possibile di cambiamenti di curanti, nomina di un operatore di riferimento);
modalità per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno, collegando al 118 i servizi di emergenza per le urgenze psichiatriche;
criteri di decisione e modalità di effettuazione dei TSO;
criteri, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi domiciliari e negli altri ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
riconoscimento e trattamento degli effetti collaterali dei farmaci;
modalità di coinvolgimento e di sostegno alle famiglie;
reazioni del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti o all'abbandono da parte di paziente grave;
coordinamento con i servizi di salute mentale per l'età evolutiva;
rapporti di collaborazione e consulenza con gli altri reparti ospedalieri, inclusa la tutela del paziente in carico, ricoverato per patologia non psichiatrica;
rapporti di collaborazione e consulenza con i servizi per l'alcolismo e le tossicodipendenze;
rapporti con i medici di medicina generale e con i servizi del distretto;
collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari e di utenti della zona;
coordinamento con i servizi sociali e utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale e imprenditoriale;
rapporti con le strutture psichiatriche private accreditate, all'interno di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati;
collaborazione, nell'ottica del superamento di ogni istituzionalizzazione, con gli ospedali psichiatrici giudiziari e con le case di cura e custodia esistenti nel territorio;
modalità di facilitazione dei reclami, della loro classificazione e della risposta agli stessi.

4.4.4 La Salute nelle Fasi della Vita

TUTELA MATERNO INFANTILE

Il Piano Sanitario Nazionale colloca il materno-infantile nel capitolo dedicato a “Rafforzare la tutela dei soggetti deboli” con l’obiettivo di introdurre, nel Servizio Sanitario, condizioni di maggiore equità, nella erogazione dei servizi, tra le diverse categorie di popolazione in condizioni di bisogno.

Per raggiungere tale obiettivo il PSN propone di incrementare l’utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno e di incentivare l’orientamento a formulare diagnosi globali, evitando di settorializzare gli interventi.

Il distretto e l’integrazione tra le professioni sono condizioni operative, che il PSN ritiene necessarie per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando, in tal modo, risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno.

Il PSN, infine, raccomanda di perseguire una sistematica riduzione degli sprechi di risorse derivanti dalle cronicità evitabili, adottando soluzioni che rispondano ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione. Anche per questo, i ricoveri nelle strutture sono giustificabili solo quando non siano praticabili altre forme di intervento di natura ambulatoriale, intermedia e domiciliare.

Il presente Piano Sanitario Regionale, nel quadro delle risorse finanziarie disponibili, si pone, nel triennio di validità, come finalità l’individuazione e la definizione di modelli operativi per rispondere, in modo appropriato, ai bisogni individuali e collettivi dell’Area Materno - Infantile promuovendo e facilitando, a livello locale, l’integrazione dei servizi socio - assistenziali e sanitari ed utilizzando, dove possibile, risposte unitarie e globale.

Nell’ottica di una profonda ed efficace integrazione socio sanitaria, dovrà essere dedicata una maggiore attenzione alle situazioni di deprivazione delle cure primarie e di abbandono per le quali necessita, nella maggior parte dei casi, un approccio ed una valutazione multidisciplinare.

Gli obiettivi che, pertanto, dovranno essere prioritariamente raggiunti dalle istituzioni coinvolte nei programmi di integrazione socio - sanitaria nell’ambito della nostra regione sono:

la predisposizione di un programma di collaborazione tra i consultori del Distretto sanitario, i punti nascita degli ospedali e delle case di cura del territorio ed i servizi sociali del comune al fine di individuare i neonati a rischio e seguirli nella loro evoluzione fino all’adolescenza;

la promozione di programmi di prevenzione del disagio psichico e sociale dell’età infantile da parte delle U.O.M.I. in collaborazione con i servizi sociali nell’ambito della “comunità scuola”, teso alla individuazione dei maltrattamenti ed abusi;

la promozione di attività prevenzione primaria e secondaria di patologie dell’età infantile al fine di prevenire o ridurre gli esiti di eventuali complicanze in collaborazione con i servizi sociali;

OBIETTIVI

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, pertanto, si pone i seguenti obiettivi:

ridurre la mortalità perinatale ed infantile almeno all’8 per mille;

ridurre il numero dei tagli cesarei;

migliorare le condizioni in cui avviene il parto e sensibilizzare maggiormente il ricorso all’allattamento al seno;

ridurre i ricoveri pediatrici impropri;
ridurre, quanto possibile, la degenza per ricoveri pediatrici;
ridurre i ricoveri pediatrici per patologie croniche ed invalidanti a favore dell'accesso per ricoveri a ciclo diurno;
ridurre la mobilità sanitaria pediatrica extra-regionale;
promuovere la procreazione cosciente e responsabile, tutelando le gravidanze a rischio e fornendo adeguato sostegno alle famiglie;
favorire programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche;
garantire gli interventi di prevenzione delle malattie infettive in età pediatrica (vaccinazioni), di concerto con il Dipartimento di Prevenzione;
prevenire le cause di disabilità mentale, sensoriale e plurima;
prevenire i casi di disagio psichico e sociale;
prevenire i casi di abuso e maltrattamento su minori;
prevenire i comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale ed adolescenziale;
garantire interventi di educazione alla salute atti a ridurre il numero di incidenti in età pediatrica e comportamenti ed abitudini errate (fumo, alimentazione, sostanze tossiche) causa di malattie in età adulta;
garantire percorsi preferenziali per l'accesso e la tutela sanitaria e socio-assistenziale ai soggetti affetti da malattie ad andamento cronico e/o disabilità, da malattie rare, da malattie su base genetica;
garantire interventi di tutela a minori in situazioni di disagio, di marginalità, specie nei confronti dei soggetti immigrati;
garantire la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita con particolare riferimento alle possibili espressioni della sessualità, alle scelte di procreazione cosciente e gravidanza, al sostegno nel percorso nascita, all'assistenza alla gravidanza fisiologica, alla prevenzione e al trattamento delle patologie materno-infantili;
garantire interventi atti a prevenire la patologia materna, causa di ritardi di accrescimento intrauterino, prematurità, malformazioni maggiori ed altre patologie neonatali;
promuovere, d'intesa con il Dipartimento di Prevenzione, programmi di screening per la prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile;
prevenire e contrastare i disturbi dell'alimentazione in età pediatrica con particolare riferimento ai rischi di obesità e di anoressia.

AZIONI

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti privilegiando le seguenti azioni:

assicurare interventi preventivi e diagnostici di provata efficacia;
assicurare interventi diagnostici e terapeutici appropriati;
incrementare con graduale progressione, da parte delle strutture territoriali, l'offerta attiva e la fruizione dei servizi e delle competenze pediatriche;
razionalizzare l'ospedalizzazione in età pediatrica, integrando l'offerta con i servizi territoriali e valorizzando il ruolo del pediatra di famiglia;
potenziare i servizi ospedalieri a ciclo diurno;
migliorare l'umanizzazione dei ricoveri, agendo, in particolar modo, su una maggiore qualificazione del personale;

migliorare la qualità dei servizi, predisponendo Linee Guida, realizzate sui principi della Medicina Basata sull'Evidenza, per la gravidanza, il parto, le cure ospedaliere pediatriche, la pediatria di famiglia e di comunità;
garantire l'accesso all'ospedale al P.L.S. e al medico di M.G.;
garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'area assistenziale pediatrica a quella dedicata all'adulto;
assicurare processi assistenziali tendenti alla sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita;
garantire accessi per il parto alla sede più sicura, nel rispetto delle scelte dell'utente (trasporto materno) e, nel contempo, potenziare il servizio di trasporto neonatale d'emergenza;
attivare progetti di assistenza domiciliare, rivolti alle fasce socialmente più deboli, indirizzati alla puerpera, per favorire l'allattamento al seno, ai minori affetti da patologie croniche e/o invalidanti;
garantire dimissione protette con attivazione della rete sanitaria ospedale-territorio;
garantire interventi di formazione ed aggiornamento per il personale sanitario;
integrare i servizi sanitari materno-infantili con quelli socio-assistenziali;
garantire la riqualificazione della rete dei consultori familiari;
garantire l'attivazione dei percorsi nascita, donna, coppia, bambino, adolescente;
garantire l'attuazione di quanto indicato alle AA.SS.LL. con D.G.R. n. 9975/97: "Linee Guida per la promozione e Tutela della Salute degli Adolescenti";
qualificare la raccolta di informazioni e segnalazioni sui maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori e per la loro prevenzione con programmi integrati verso gli operatori e la famiglia.

La molteplicità degli obiettivi enunciati e delle azioni da intraprendere comporta un ripensamento degli schemi organizzativi e delle modalità di intervento dei servizi materno-infantili della nostra regione, che nati per fronteggiare, in prevalenza, le grandi patologie infettive, devono oggi essere orientati al soddisfacimento di nuovi bisogni socio-sanitari, quali le malattie genetiche, le malformazioni, i tumori, le malattie croniche e le disabilità. L'esigenza di una revisione dei modelli organizzativi diviene ancora più forte se si considera la necessità di prevedere, per tale settore, una forte integrazione fra interventi prettamente sanitari e interventi socio-assistenziali, così come richiesto dal PSN e dal D.Lgs. 229/99.

Nell'attuale momento storico di completamento del processo di aziendalizzazione, il Dipartimento Materno Infantile (D.M.I.) rappresenta la più idonea modalità organizzativa-funzionale capace di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale rivolto al cittadino. Tale modello è, infatti, capace di:

integrare le attività delle Unità Operative territoriali (U.O.M.I.) con quelle ospedaliere;
valorizzare le interdipendenze fra strutture operative, sia a livello orizzontale (Dipartimento di Prevenzione), che verticale (Distretto Sanitario di Base).

Il D.M.I., in ultima analisi, dovrà caratterizzarsi come un dipartimento tecnico-funzionale, non equiparato ad una struttura operativa e quindi non dotato di proprio budget e di responsabilità gestionali, ma che integra le U.O. ospedaliere, attraverso i Distretti Sanitari di Base, con le U.O.M.I. (Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Riabilitazione), con i medici di M.G., i P.L.S., i servizi socio-assistenziali. Le UU.OO. che concorrono alla sua costituzione mantengono la loro collocazione all'interno delle specifiche strutture operative da cui provengono.

La realizzazione di un tale modello, nella nostra realtà regionale, potrà avvenire solo dopo che si sarà provveduto a riqualificare le UU.OO. ospedaliere materno-infantile (L.R. 2/98), punto di riferimento per le patologie acute e di maggiore complessità, e ad accrescere e potenziare il ruolo dei servizi territoriali (L.R. 32/94).

TUTELA DEGLI ANZIANI

Il problema della salute degli anziani costituisce per i Paesi Industrializzati una emergenza socio-sanitaria legata sostanzialmente ai seguenti fattori :

il progressivo invecchiamento della popolazione per l'aumento dell'attesa di vita;

il persistere di una più elevata richiesta di servizi sanitari ed assistenziali da parte della popolazione anziana in relazione allo sviluppo di patologie croniche ed invalidanti legate all'età;

progressivo indebolimento delle reti familiari di sostegno;

scarsa attenzione agli anziani non autosufficienti;

l'inversione del rapporto tra popolazione attiva/sana/contribuente e quella anziana/malata/fruttrice in relazione all'organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari.

La dinamica demografica pone l'Italia fra i paesi con la più alta percentuale di anziani nella popolazione. Attualmente, gli ultrasessantacinquenni sono circa 13,5 milioni e costituiscono il 23.7% della popolazione italiana.

La durata media della vita ha raggiunto i 75 anni per gli uomini e gli 81 anni per le donne. L'allungamento dell'aspettativa di vita, insieme alla riduzione della fecondità (il numero medio di figli per donna è 1,2, il più basso in assoluto a livello mondiale), ha portato l'Italia ad essere il primo paese al mondo in cui la popolazione degli ultrasessantacinquenni (17.9% della popolazione) ha superato quella dei giovani con meno di 15 anni (14.2%).

Il contributo della Regione Campania ai valori nazionali va in direzione a volte in linea con le tendenze italiane, a volte in netta controtendenza. Infatti l'incremento della popolazione campana dal 1991 al 2000 appare quasi doppia rispetto a quella italiana (2.7%) e l'indice di vecchiaia nel 2000 è il più basso del Paese (70.9) questo è l'effetto di una frequenza di anziani ultrasessantaquattrenni del 13,6% (Italia 18%) e di giovani con meno di 15 anni del 19,2% (Italia 14,4%).

Una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche. In Italia il 51% degli ultrasessantacinquenni dichiara di soffrire, almeno, di due malattie croniche.

In base a questa stima, in Campania, sarebbero oltre 350.000 gli anziani che soffrono di almeno due malattie croniche.

Le politiche sanitarie nei confronti della popolazione anziana devono prevedere interventi integrati per la prevenzione e il recupero della compromissione fisica e del deficit funzionale e, quindi, anche dello svantaggio sociale che ne può derivare. E' promossa una cultura dei servizi che recuperi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale con programmi unitari, flessibili e personalizzati con un approccio multidimensionale del paziente tale da tener conto della componente sanitaria e di quella sociale.

La tutela della salute degli anziani non può prescindere dalla prevenzione della fragilità, attraverso il bilancio di salute sia di 1° livello ad opera dei M.M.G., che di 2° livello specialistico a cura della U.O. Assistenza Anziani distrettuale, cui compete la responsabilità organizzativa per il precoce riconoscimento di situazioni di disabilità, con conseguente rapido intervento, sia

terapeutico che riabilitativo. Va, quindi, favorito il coinvolgimento dello specialista geriatra nella cura dell'anziano, in uno con il Medico di Medicina Generale dell'assistito.

La nuova Classificazione Internazionale e la Disabilità (ICmH-2, 1999 WHO, versione preliminare) pone fra i determinanti della disabilità la ridotta attività fisica (uomo - ambiente) e la mancanza di interazione sociale (uomo - uomo). L'attenzione va posta non tanto al paziente anziano quanto alla persona, alle sue condizioni di vita, alla famiglia che se ne prende cura.

Per questo le risposte devono essere:

multidimensionali, tali cioè da tener conto della componente sanitaria e di quella sociale spesso intimamente connesse;

continuative, cioè programmate a lungo termine per obiettivi salute;

integrate sotto l'aspetto istituzionale (ASL, comune, etc.) gestionale (responsabilità e risorse) e professionale (profili diversi che condividono un progetto unitario, adottando linee guida basate su evidenze scientifiche);

erogate a livello distrettuale, là dove si esprimono le diverse esigenze e la collaborazione comunitaria e quindi su scala domiciliare, intermedia e residenziale.

Il sistema integrato di interventi e servizi socio sanitari prevede, da un lato l'integrazione tra le politiche per gli anziani nei vari settori sociali, (Legge 328/2000), e dall'altro la determinazione degli interventi socio sanitari, attraverso la realizzazione di accordi di programma, di cui alla D.G.R.C. n°260 dell' 1/2/2000.

La valutazione globale è il metodo indispensabile per l'elaborazione di un piano d'intervento personalizzato per l'anziano. Questo metodo è proprio della formazione geriatrica.

La formazione geriatrica, pertanto, deve essere parte integrante del curriculum degli studenti in medicina e deve permeare la formazione di tutto il personale sanitario, medico, infermieristico, ausiliario. Va, inoltre, previsto un numero maggiore di posti per l'accesso alle Scuole di Specializzazione in Geriatria, stante la crescita della domanda di assistenza geriatrica, soprattutto a livello distrettuale.

OBIETTIVI

Promuovere la qualità della vita degli anziani, attraverso il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza ;

favorire la domiciliarità degli interventi ma garantire, contestualmente, una adeguata residenzialità o una eventuale ospedalizzazione nel caso di bisogno ;

costituire una rete dei servizi geriatrica con presa in carico continua e globale, che garantisca l'integrazione socio - sanitaria e la continuità assistenziale degli interventi;

disporre di adeguate professionalità specialistiche in campo gerontologico attraverso la formazione ed aggiornamento del personale dedicato.

attuare pienamente il Progetto Obiettivo Regionale, di cui alla D.G.R.C. n°5744/ 2000 "Potenziamento dell'assistenza domiciliare all'anziano fragile ed attivazione della rete di assistenza geriatrica ".

AZIONI

Per rendere possibile lo sviluppo progettuale di percorsi clinico - assistenziali, che devono essere da tutti condivisi, per garantire la massima flessibilità ed integrazione nell'ambito di un intervento globale per la Tutela della salute degli Anziani, vengono indicate le seguenti azioni da sviluppare:

garantire nei distretti sanitari la presenza delle UU.OO. Assistenza Anziani al fine, anche, di favorire gli interventi finalizzati all'integrazione sociosanitaria;

garantire nei distretti sanitari la presenza di Unità di Valutazione Geriatrica per assicurare, anche con i Medici di Medicina Generale, la valutazione multidimensionale e la continuità dell'intervento attraverso la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri;

garantire e sviluppare forme alternative al ricovero quali l'assistenza residenziale, l'ospedalizzazione a domicilio, e l'assistenza domiciliare integrata, in conformità a quanto previsto nei regolamenti di esecuzione degli accordi convenzionali per la Medicina Generale;

monitorare la realizzazione delle R.S.A. con le risorse finanziarie previste dall'art. 20 legge 67/88;

attivare le UU.OO. geriatriche ospedaliere con la relativa dotazione di posti letto previsti dai piani attuativi aziendali il cui indice tendenziale è pari a 0,73 posti letto per ogni mille ultrasessantacinquenni;

adeguare il numero di p.l. ospedalieri dedicati alla riabilitazione intensiva geriatrica secondo le modalità previste dalla L.R. 2/98;

promuovere la formazione e l'aggiornamento di tutte le risorse umane e professionali impiegate nella tutela della salute degli anziani.

SOGGETTI COINVOLTI

Le azioni indicate vedranno impegnati i distretti nella realizzazione di programmi di interventi integrati che coinvolgono:

UU.OO.GG. e UU.VV.GG. ospedalieri e territoriali;

Medici di Medicina generale;

I presidi ospedalieri;

I servizi sociali;

Le organizzazioni di volontariato.

La Giunta Regionale adotta apposite Linee Guida regionali che conterranno indicazioni su:

pianificazione dei diversi profili assistenziali preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi;

redazione di una metodologia di valutazione multi dimensionale di 1° e 2° livello e di una prassi operativa unica utilizzabile su tutto il territorio regionale;

pianificazione dei percorsi di integrazione socio-sanitaria nell'ambito di una compiuta rete di servizi geriatrici;

definizione dei percorsi per l'interconnessione del sistema di emergenza ed urgenza sanitario con il sistema assistenziale.

4.5 Migliorare L'organizzazione e la Gestione di

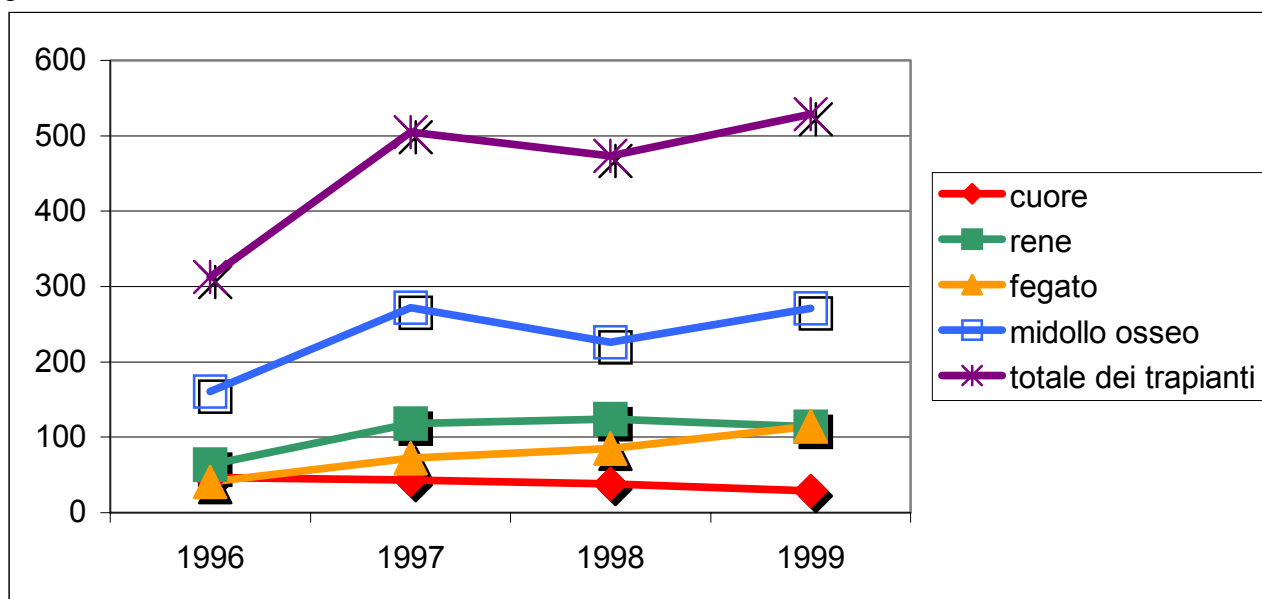
AREE PRIORITARIE E/O CRITICHE

4.5.1. Trapianti

Nel quadriennio 1996-99 il numero di trapianti complessivamente eseguiti su cittadini campani ha mostrato un incremento passando da 313 casi nel 1996 a 529 nel 1999. Questo trend positivo è dovuto agli incrementi nel numero dei trapianti di fegato e di midollo osseo eseguiti in regione e fuori, mentre appare costante l'andamento del numero di trapianti di rene ed in modica flessione i trapianti di cuore. Questi dati sono in linea con l'andamento medio italiano dei trapianti (cfr. con dati del Centro Nazionale Trapianti).

Nei primi 10 ranghi, in ordine finanziario, della mobilità ospedaliera passiva si notano 3 interventi per trapianto: di Midollo osseo, al primo posto con 175 casi e 14,6 miliardi, di fegato al quinto posto con 100 casi e 11,2 miliardi, di rene al decimo posto con 95 casi e 5,8 miliardi di compensazione. Al rango 197 si trova invece il trapianto di cuore con soli 7 casi extra regionali e 530 milioni di importo.

Nel grafico seguente viene riportato l'andamento, per singolo trapianto e complessivo, degli interventi eseguiti in sede regionale e nazionale su cittadini residenti in Campania nel quadriennio considerato.



TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

I ricoveri per trapianto di midollo osseo sono passati, nel quadriennio in esame, da 161 casi nel 1996 a 271 nel 1999.

L'incremento dei casi trattati in Campania è stato del 62% in confronto ad un incremento medio del 68% per quelli eseguiti fuori regione. Il rapporto tra casi trattati in regione e fuori regione si è mantenuto quasi costante negli anni (40 vs. 60%).

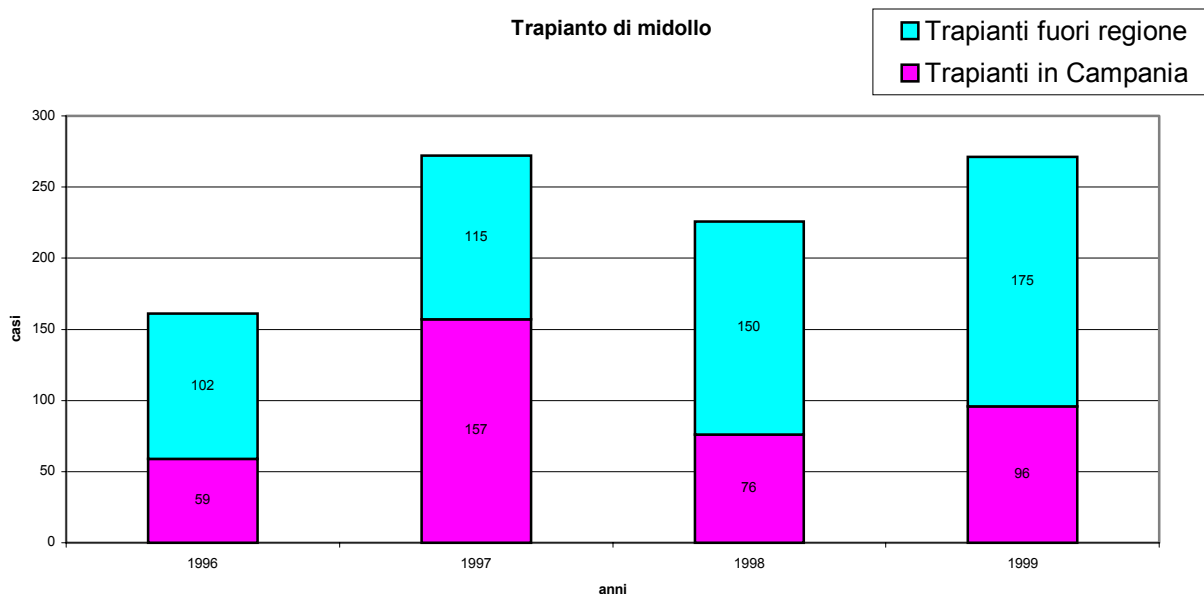
La diagnosi sottostante tale intervento è stata nella maggioranza dei casi legata a neoplasie maligne (leucemie, linfomi, ecc.) e nel 4% ad anemie aplastiche o emolitiche.

L'intervento principale è stato nel 57% dei casi il trapianto autologo, seguito da quello allogenico (più frequentemente senza *purging*).

Le regioni che hanno assorbito la maggiore richiesta di ricovero sono state, nell'ordine, Lombardia, Lazio e Liguria complessivamente con il 66% dei casi.

In Campania sono 4 le aziende che eseguono trapianti di midollo, il maggior numero di trapianti ed il maggiore incremento negli anni è avvenuto ad opera dell'A.O. "Cardarelli".

I trapianti pediatrici sono stati 52, di questi il 12% è stato eseguito in regione (4 al Pausillipon e 2 alla Federico II).



TRAPIANTO DI FEGATO

In Campania, come in Italia, il trend di trapianti di fegato è in costante ascesa e nel 1999 il 17% dei trapiantati italiani è risultato residente in Campania.

A questi dati vanno aggiunti quelli relativi ai campani che hanno subito un trapianto all'estero (nel 1997 circa il 37% delle autorizzazioni mod. TRS 01/E112 viene riportato essere riconducibile a ricoveri inerenti il trapianto di fegato, ricoveri comprendenti bilanci clinici, rinnovo lista d'attesa, intervento di trapianto e continuità terapeutica, fonte dati Regione Campania).

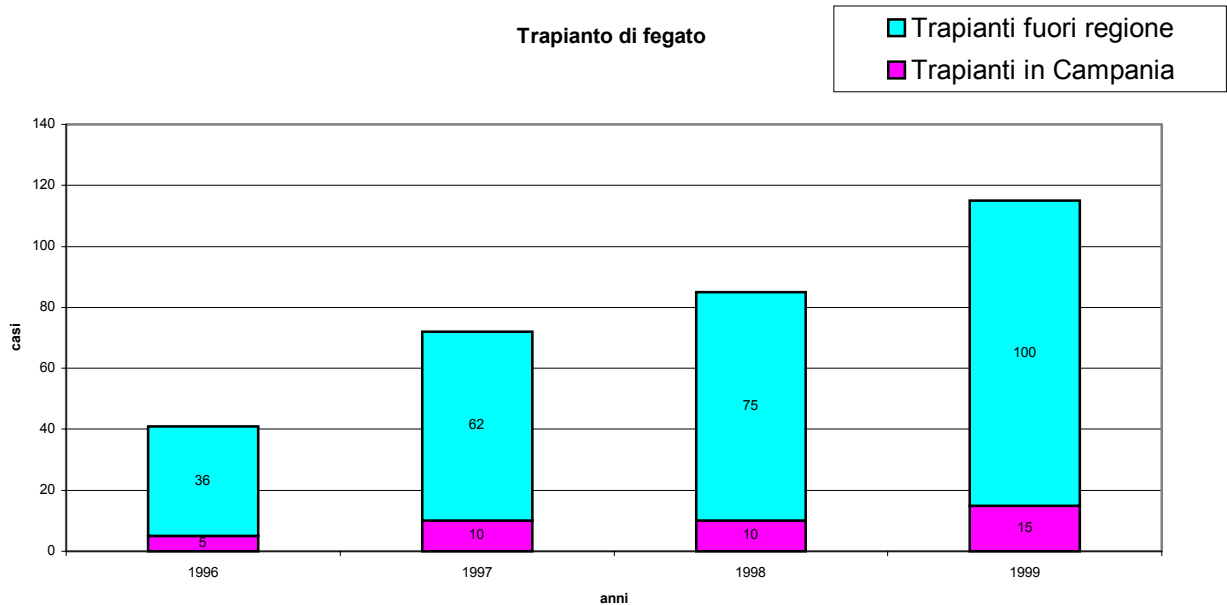
L'87% dei trapianti di fegato è stato effettuato fuori regione. Le regioni che hanno assorbito la domanda sono state Piemonte, Liguria, Emilia per il 58% dei casi. Le tariffe di rimborso variano da 137,6 milioni per trapianto per il Veneto a 94 milioni per la Liguria.

Nel 1999 5 pazienti pediatrici hanno necessitato di trapianto epatico e tutti sono stati operati fuori regione (4 in Lombardia e 1 in Liguria)

In Campania l'unica attività di rilievo viene eseguita dall'A.O. Cardarelli che assorbe in media circa il 13% del fabbisogno campano annuo.

La diagnosi principale determinante il trapianto è stata di cirrosi epatica, malattia che figura al 16° rango delle cause di mobilità con 674 ricoveri ordinari e 4,4 miliardi di compensazione.

In Campania sono 2 i centri abilitati; di questi è attualmente attivo solo l'A.O. Cardarelli che segnala un notevole incremento degli interventi nell'ultimo biennio.



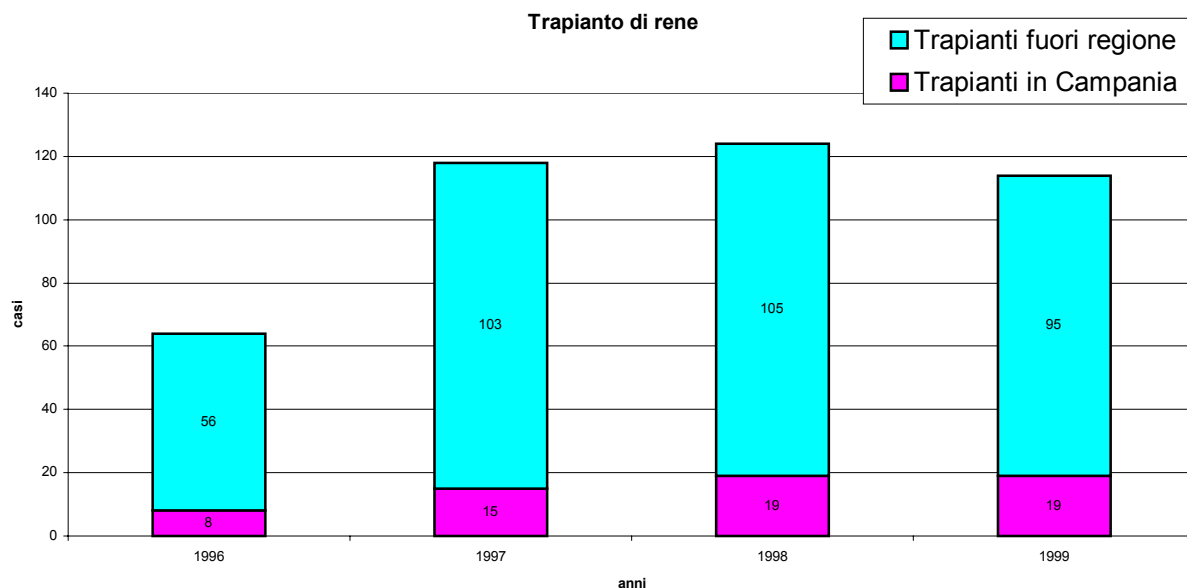
TRAPIANTO DI RENE

Nell'ultimo triennio, in linea con i dati del Centro Nazionale Trapianti, la domanda di trapianti di rene è restata quasi costante.

In Campania si è passati da 9 trapianti nel '96 a 19 nel '99 ma nell'ultimo biennio non si è notato alcun incremento. L'unico centro attualmente attivo è l'A.U. Policlinico "Federico II".

Le altre regioni assorbono in media l'86% del nostro fabbisogno (in particolare Veneto, Toscana, Lazio, Emilia e Lombardia) e la totalità dei casi pediatrici (Lazio).

Per quanto riguarda l'età pediatrica, su 86 casi censiti dalla U.O.C. di Nefrologia e Dialisi dell'A.O. Santobono – Pausillipon, solo 2 sono stati eseguiti a Napoli. Fino al 1993 il 91% dei casi è stato eseguito all'estero (Francia, Belgio) mentre dal '93 ad oggi solo il 6% è stato trapiantato fuori Italia.



Le problematiche assistenziali campane sono sovrapponibili a quelle esposte per il trapianto epatico: anche per il rene esiste una evidente necessità di potenziare il numero degli interventi per l'alto fabbisogno segnalato sia dai dati relativi alle liste d'attesa sia dal massiccio ricorso alla mobilità fuori regione, in particolare della fascia d'età pediatrica.

L'attività di trapianto viene eseguita presso l'A.U. Policlinico "Federico II" mentre il Centro del II Ateneo Universitario è fermo dal 1993.

Il centro attivo ha coperto in media circa il 14% del fabbisogno del quadriennio '96 - '99, passando dal 12,5% del 1996 al 16,7% del 1999.

Riguardo alle problematiche relative all'età pediatrica bisogna ricordare che in tutta l'Italia meridionale non esiste alcun centro di trapianto renale pediatrico. I bambini uremici campani e di tutto il meridione devono essere inviati ai centri trapianto del centro nord Italia.

Nella nostra regione, i ridotti processi organizzativi posti in essere, non hanno sinora consentito la costituzione di idonee reti assistenziali (competenze nefrologiche, chirurgiche, dotazioni tecnologiche diagnostiche e terapeutiche, coordinamento delle attività di espianto d'organi), reti che costituiscono la premessa indispensabile per adeguate attività trapiantologiche.

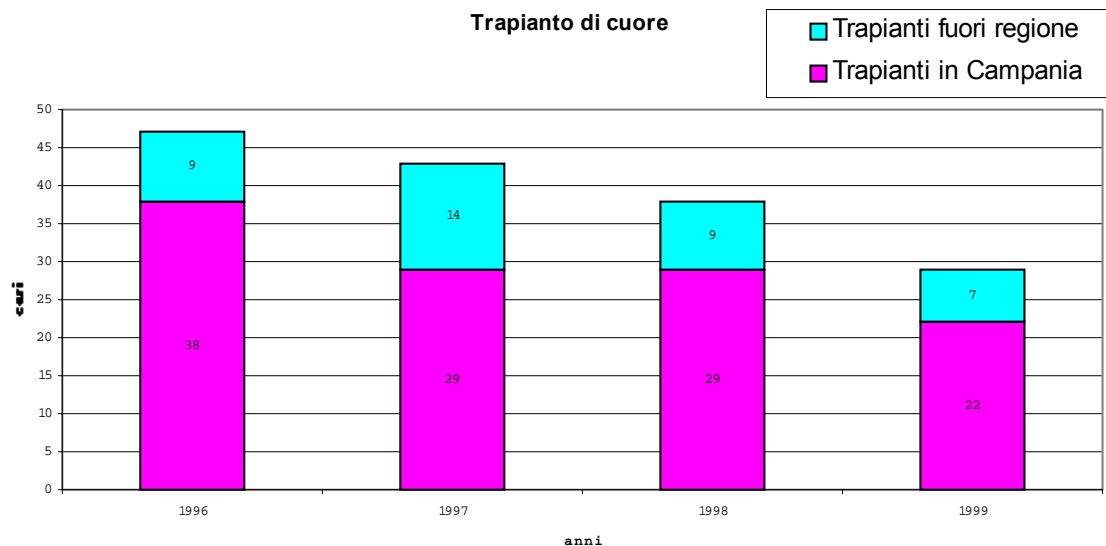
La Giunta Regionale della Campania ha avviato, nel progetto del "Polo Pediatrico del Mediterraneo", un processo teso alla messa in rete delle attività oggi in essere e di quelle da sviluppare e introdurre ex novo, individuando tra i soggetti interessati al progetto l'Azienda Ospedaliera Santobono- Pausilipon e la I e II Università degli Studi di Napoli.

Il "Polo Pediatrico del Mediterraneo" dovrebbe avvalersi delle seguenti strutture: Ospedale Santobono, Ospedale Pausilipon, ex ospedale Ravaschieri ed Ospedale di Acerra. L'ospedale di Acerra è destinato ad essere sede della attività di elezione di alta specializzazione ove prevedere tutte le discipline specialistiche necessarie a rispondere alla domanda di cura di malattie complesse e/o rare. In tale sede è prevista anche l'attività di trapianto tra cui quella del rene e può rappresentare, pertanto, una struttura di riferimento interregionale in grado di rispondere ai bisogni di un'estesa parte d'Italia.

TRAPIANTO DI CUORE

Sia a livello nazionale che regionale il fabbisogno di trapianto di cuore è in lieve ma costante calo nel triennio esaminato.

Il Centro regionale di riferimento, A.O. Monaldi, ha assorbito negli anni 96 – 98 in media circa il 75% di tale fabbisogno; tuttavia nel quadriennio considerato l'attività del Centro ha presentato una flessione, passando da 38 casi trattati nel '96 a 22 nel'99.



FABBISOGNO

L'analisi dell'andamento degli interventi di trapianto in Campania rivela che molto c'è ancora da fare per rispondere al bisogno generalmente crescente. In pratica, in nessuno dei casi esaminati la Campania è autosufficiente e soprattutto per ciò che attiene al fegato e al rene la carenza dei trapianti effettuati costituisce un'emergenza critica dell'organizzazione sanitaria regionale.

L'esame delle "liste d'attesa" conferma la gravità e la specificità campana, ponendoci ai primi ranghi per numero di pazienti in attesa per regione e per numero di pazienti in attesa per organo procurato (per confronto si riportano i dati relativi alle regioni Lombardia, Lazio e Sicilia).

Liste d'attesa per milione di persone (CNT, anno 2000)		Campania	Lombardia	Lazio	Sicilia
Fegato	pazienti per regione	39,1	17,9	8,2	15,7
	<i>pazienti per organo</i>	11,9	1,2	1,8	6,9
Rene	pazienti per regione	182,8	99,3	131,8	121,3
	<i>pazienti per organo</i>	28,6	3,1	12	22,9
Cuore	pazienti per regione	8,5	19	8,7	8,5
	<i>pazienti per organo</i>	6,5	2	3,3	8,3
Donatori utilizzati		3,3	16,9	6,8	2,4

Per i pazienti in età pediatrica, nel 1999, sono stati eseguiti in Campania 2 trapianti di cuore (100% del fabbisogno), entrambi presso l’A.O. Monaldi, 6 di midollo (11,5% del totale) di cui 4 all’A.O. Santobono – Pausillipon e 2 all’A.U.P. “Federico II” mentre tutti i trapianti di fegato (4 su 5 in Lombardia) e di rene (tutti nel Lazio) sono stati eseguiti fuori regione.

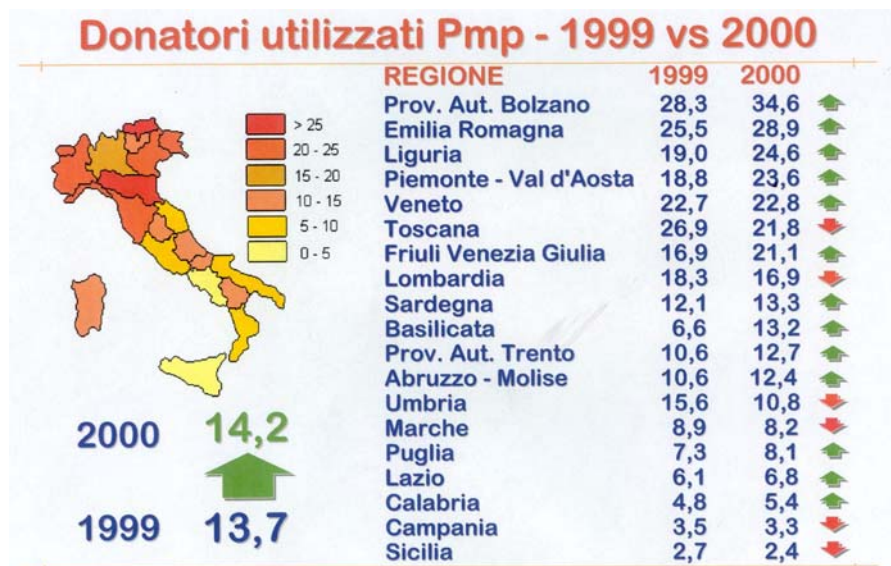
trapianti in età minore di 15 anni - anno 1999					
Regione	cuore	Fegato	rene	midollo	totale
in Campania	2	0	0	6	8
in altre regioni	0	5	3	46	54
totale	2	5	3	52	62

In riferimento alle attività di espianto, bisogna infine ricordare che le richieste di tessuti umani (cornea, ossa, cute, valvole cardiache ecc.) divengono sempre più frequenti a seguito dei progressi nelle tecniche e all’ampliamento delle indicazioni e la nostra regione presenta carenze altrettanto gravi.

DONAZIONI

Il nodo cruciale da sciogliere per una implementazione dell’attività dei trapianti che sia più aderente al fabbisogno è quello di incrementare significativamente il numero di donatori.

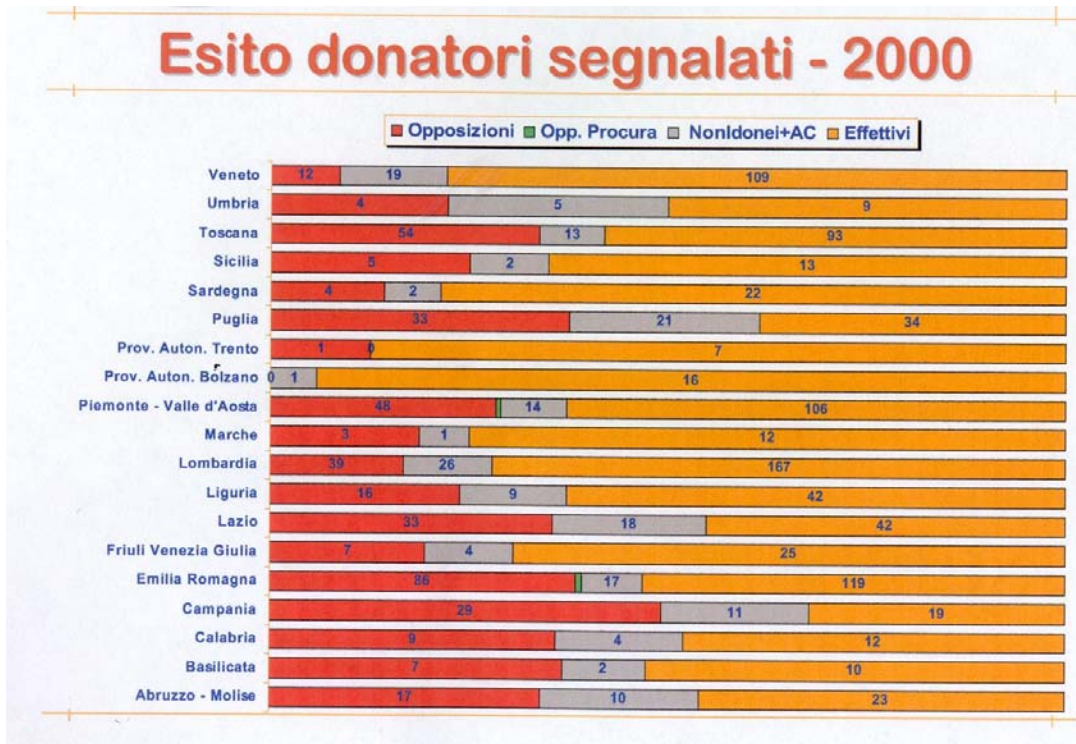
La nostra Regione è infatti al penultimo posto per numero di donatori con solo il 3.3 per milione di persone nel 2000 e, peraltro, con un trend in flessione rispetto a quello nazionale (14.2 pmp), in lenta e costante crescita in quasi tutte le regioni (tab. CNT).



Essa risulta in controtendenza anche con il trend dell’Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCTS) alla quale la Campania afferisce assieme all’Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna, che nel periodo considerato è passata da un tasso del 5.5 nel 96 a quello del 7.7 del 2000 .

Carenza delle donazioni che non sarebbe corretta neanche se si riuscisse a modificare sostanzialmente il bilancio tra “donazioni possibili segnalate” e donazioni “ effettive” che è

pesantemente negativo per l'altissimo numero di opposizioni dei familiari, che raggiunge circa la metà dei casi.



Relativamente elevata è anche la quota degli organi giudicati inidonei, mentre allineata o superiore alla media nazionale, e quindi soddisfacente, appare per cuore, fegato e reni l'indice di prelievo, ovvero il rapporto tra numero di organi utilizzati e numero degli organi prelevabili dai donatori utilizzati (rapporto 2000 CNT) .

CAUSE

Le cause principali, in accordo con l'analisi del CNT, sono verosimilmente da attribuirsi a:
 insufficiente applicazione delle procedure relative all'accertamento della morte encefalica con riduzione dei potenziali donatori;
 carente organizzazione delle procedure per la donazione degli organi (mantenimento dei donatori, rapporti con i familiari e con i centri di riferimento);
 mancata o incompleta attivazione dei coordinatori locali ai prelievi (Legge n° 583/93).

OBIETTIVI

Premesso che con la deliberazione di Giunta Regionale n.4725 del 23/7/99, sono state emanate le linee guida per l'accertamento di morte encefalica, è stata regolamentata l'attività del centro regionale per i trapianti e sono stati definiti i criteri di accettazione in lista di attesa, gli obiettivi regionali sono :
 il miglioramento dell'informazione e della sensibilizzazione dei cittadini;
 l'aumento del numero dei trapianti regionali e le riduzioni del numero di quelli effettuati in mobilità;

la verifica della corretta e completa applicazione della normativa sull'accertamento della morte encefalica;
l'utilizzazione ottimale di tutti gli organi potenzialmente disponibili;
l'ampliamento della possibilità di ricorrere a donatori viventi, nel rispetto di ogni garanzia di sicurezza ed eticità;
la promozione di un piano regionale di prelievo di tessuti e la creazione di una banca di tessuti da inserire nella rete nazionale.

AZIONI

Le azioni da promuovere sono:

vigilare affinché sia adeguatamente curato il supporto ai familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento di morte;
monitorare le attività di prelievo e l'utilizzazione di tessuti umani e procedere all'identificazione di una banca dei tessuti di livello regionale o interregionale, in accordo con le regioni di confine;
programmare la formazione continua specifica degli operatori che operano nel campo dei trapianti compresi i coordinatori locali dei prelievi;
programmare iniziative per l'informazione e la sensibilizzazione dei cittadini.
potenziare le uu.oo. di rianimazione, anche per le attività di accertamento di morte cerebrale;
revisionare i modelli organizzativi e funzionali per i Centri autorizzati al trapianto;
istituire un registro epidemiologico regionale dei trapianti;
potenziare le attività dei trapianti pediatrici;
definire i protocolli per il trapianto cuore - polmone;
definire i protocolli per il trapianto rene – pancreas.

SOGGETTI COINVOLTI

Unità Operative di Rianimazione e Terapia Intensiva polivalente dei Presidi Ospedalieri della Regione;
Centro di Riferimento Regionale per i trapianti;
Unità Operativa delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie autorizzate dal Ministero della Sanità ad effettuare trapianti;
Associazioni di volontariato.

4.5.2 Riabilitazione

Le disabilità permanenti sono in progressivo aumento anche nella nostra Regione. Si assiste, in particolare, ad un costante aumento delle menomazioni e disabilità da eventi patologici quali le affezioni cardio e cerebrovascolari, le demenze, gli esiti di cerebro e mielolesioni, le affezioni traumatiche e degenerative dell'apparato muscoloscheletrico, le patologie neuromotorie, le patologie broncopolmonari ed uro-ginecologiche. L'incidenza della disabilità risulta aumentare con il progredire dell'età. Le condizioni di non autosufficienza sono più numerose e gravi presso le classi di anziani non abbienti.

Nelle classi più giovani di popolazione si rileva una aumentata frequenza di disabilità gravi ed inemendabili a seguito della sopravvivenza per eventi che, in passato, sarebbero stati causa di

morte a breve termine come le mielolesioni, i gravi traumi cranio encefalici, l'AIDS, le neoplasie, i politraumatismi della strada e del lavoro.

Quantitativamente ancora più rilevante è il fenomeno delle disabilità temporanee che, spesso di notevole gravità, accompagnano o seguono eventi patologici intercorrenti, primi fra tutti gli accidenti traumatici, le patologie artro-reumatiche e internistiche.

Si tratta di impedire, quanto più possibile, che dalla menomazione si giunga ad una condizione di disabilità e che questa esiti in un handicap stabilizzato.

Pertanto occorre favorire, anzitutto, una nuova modalità di approccio alla malattia: contestualmente alla patologia in fase acuta è necessario focalizzare le conseguenze che questa è in grado di determinare in ordine alle attività della vita quotidiana e di relazione. I percorsi sanitari e sociosanitari di riabilitazione devono dunque farsi carico dell'insieme di questi profili. L'accento cioè va posto, quindi, sia sulla minorazione funzionale del soggetto che attraverso la riabilitazione può essere in parte emendato, sia sulla promozione delle sue attività residue che, tramite attività riabilitative, possono sviluppare funzioni vicarianti.

In questo senso va raccomandato l'uso, anche se in fase sperimentale, della nuova classificazione delle disabilità ICDH-2 che ha introdotto un linguaggio che privilegia gli aspetti positivi e validi del rapporto tra salute e malattia, tra capacità ed incapacità, fra handicap e partecipazione, che considera anche i fattori ambientali e personali.

Di particolare rilievo nella riabilitazione e recupero funzionale delle disabilità sono da tenere presenti:

l'ampiezza dell'intervento in rapporto alla distanza temporale e alla natura dell'episodio acuto, così come recitano le linee guida Nazionali sulla riabilitazione;

l'approccio unitario al soggetto con metodi interdisciplinari e plurispecialistici;

la continuità terapeutica che va declinata attraverso un sistema a rete che colleghi ospedali per acuti, ospedali di riabilitazione, presidi extraospedalieri e strutture che erogano prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione.

OBIETTIVI

Si tratta di impedire, quanto più possibile, che dalla menomazione si giunga ad una condizione di disabilità e che questa esiti in un handicap stabilizzato.

In tal senso, il passaggio culturale da promuovere è quello di considerare "*diversamente abili*" quegli stessi soggetti che, in passato, erano considerati "*irrimediabilmente disabili*". E DIPENDENTI DA TERZI.

La Regione Campania promuove il raggiungimento di tale traguardo mediante i seguenti obiettivi strategici:

la riduzione delle patologie a più alto rischio di disabilità;

la diminuzione degli esiti invalidanti delle disabilità più significative e frequenti sia nel campo delle neuromotulesioni che in quello psichico e relazionale;

il miglioramento delle autonomie funzionali delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare ed al contesto sociale;

l'assicurazione di prestazioni riabilitative omogenee, quantitativamente e qualitativamente, su tutto il territorio regionale;

l'assicurazione di un percorso riabilitativo efficace ed effettuato in strutture appropriate, in particolare per quei soggetti che sono stati colpiti da gravi traumi cranio-encefalici o che sono in stato di coma o che hanno subito lesioni midollari cervicali complete;
assicurare a soggetti colpiti da patologie spesso di rilevante gravità il necessario completamento delle cure nella fase della riabilitazione, dell'inserimento nel mondo scolastico e del lavoro e, più in generale, dell'assicurazione di un'adeguata qualità di vita anche dal punto di vista relazionale;
garantire che la riabilitazione intensiva ospedaliera prosegua sino al raggiungimento del miglior recupero possibile, definito dal progetto riabilitativo;
umanizzare i servizi di assistenza riabilitativa nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali.

AZIONI

potenziare e migliorare la rete delle strutture di riabilitazione, ultra e extraospedaliera attraverso:
il potenziamento ed il miglioramento delle attività di riabilitazione intensiva, diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico-medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico;
il potenziamento ed il miglioramento della riabilitazione intensiva geriatrica nelle strutture pubbliche e private, accreditate;
la progressiva attivazione dei p.l. di riabilitazione intensiva ospedaliera programmati dai piani attuativi aziendali del PRO;
la realizzazione, nell'ambito del fabbisogno definito dalla Regione Campania, di centri residenziali e semiresidenziali per l'età evolutiva;
l'impulso alla realizzazione, con le risorse del programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, dell'Unità Spinale Unipolare presso l'ospedale CTO;
il concreto avvio alle attività del Centro Regionale di Riferimento per la riabilitazione in età evolutiva individuato presso l'A.O. Santobono – Pausillipon;
l'istituzione presso l'A.O. Monaldi, il Centro Regionale di Riferimento per la riabilitazione della patologia oncologica della testa e del collo;
la qualificazione dei p.l. di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero e in regime residenziale e semi residenziale realizzati secondo gli standard fissati dal PRO.
rendere omogenea l'offerta di prestazioni riabilitative su tutto il territorio regionale, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, attraverso i meccanismi dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
valorizzare il ruolo delle cure termali, attraverso l'integrazione degli stabilimenti termali con le altre strutture sanitarie del territorio per gli interventi riabilitativi riferiti alle patologie di cui ai DD.MM. 15.12.1994 e 22.03.2001, nelle more che sia data piena attuazione alle previsioni della legge 24.10.2000, n°323, che prevede l'estensione dei cicli di cure termali a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale, per la riabilitazione motoria e neuro-motoria, per la riabilitazione funzionale del motuleso, per la riabilitazione della funzione cardiorespiratoria e delle funzioni auditive, già garantite agli assicurati INAIL, per ciascuna delle patologie per gli stessi previste;
privilegiare il distretto come struttura operativa che meglio consente di governare i processi di integrazione socio-sanitaria per garantire al disabile un percorso assistenziale continuativo;
perseguire politiche di razionalizzazione della spesa, attraverso una allocazione delle risorse flessibile e adeguata alle nuove domande provenienti dagli utenti, attivando in ogni

ASL il Centro Informazione Ausili (CIA) per la prescrizione e collaudo degli ausili concessi.

Nella riabilitazione particolare importanza assume la ricerca e la sperimentazione finalizzata alla:

valutazione dell'influenza dei modelli di intervento integrato sociosanitario sul processo riabilitativo, con particolare riferimento alle procedure di lavoro di gruppo con modalità interprofessionali;

valutazione dell'influenza del corretto uso delle nuove tecnologie sulla qualità della vita del disabile, con riferimento alle potenzialità di recupero dell'autosufficienza e/o della diminuzione della domanda assistenziale;

elaborazione e sperimentazione di percorsi terapeutici per le disabilità più frequenti o più complesse, con particolare riferimento all'evidenza dei risultati, all'efficienza delle procedure ed al loro impatto economico.

4.5.3 Prevenzione e Controllo delle Malattie Genetiche e delle Patologie Rare

In Campania nascono all'incirca 72-75.000 bambini all'anno. La natalità è del 12,5 per 1.000 rispetto al 9,2 nazionale; la natimortalità del 4,6 per mille rispetto al 4,2 nazionale e la percentuale di donne che partoriscono ad età pari o superiore ai 35 anni, è di 11,4 rispetto al 14,6 su base nazionale (ISTAT 1995). Il trend per quest'ultimo dato è in ascesa, senza dare l'impressione di aver raggiunto il plateau.

L'alta natalità, l'elevata natimortalità e il progressivo innalzamento dell'età materna alla gravidanza fanno sì che nella Regione Campania siano particolarmente rilevanti, in un'ottica di sanità pubblica, i problemi legati alla prevenzione di malattie genetiche e rare ed all'assistenza di pazienti con tali problematiche.

Per perseguire obiettivi di prevenzione primaria e secondaria e di sorveglianza delle malattie genetiche è necessario ipotizzare una rete di servizi articolata su più livelli. Vi è però la necessità di definire i percorsi ed i raccordi funzionali tra le diverse strutture, di assicurare una formazione specifica delle diverse figure professionali coinvolte, in modo da garantire la reale integrazione di tutti i soggetti interessati e l'equità nella diffusione delle informazioni necessarie. È opportuno quindi recuperare tutte le risorse umane disponibili, curandone gli aspetti formativi su progettualità specifiche, ed integrando le competenze esistenti, potenziandole secondo criteri epidemiologici che tengano conto della tipologia della domanda.

OBIETTIVI REGIONALI

Favorire e promuovere i programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche.
Tutelare le gravidanze a rischio e fornire un adeguato sostegno alle famiglie.

AZIONI

Definire i percorsi degli utenti, nonché le competenze professionali ed i raccordi funzionali tra strutture, curandone anche il loro dimensionamento in funzione della domanda esistente;

identificare le situazioni di rischio attraverso un'attività di counselling da offrire attivamente a livello territoriale, in accordo con i servizi di ostetricia e con i pediatri di libera scelta.

nelle condizioni identificate di rischio, garantire una diagnosi (prenatale e neonatale) appropriata e tempestiva, attraverso l'attivazione di protocolli coinvolgenti attivamente le strutture interessate ai vari livelli della rete, potenziandole adeguatamente.

assicurare un pronto riferimento per i programmi terapeutici di provata efficacia ai centri specialistici.

garantire la continuità dell'esecuzione dello screening neonatale della fenilchetonuria e dell'ipotiroidismo congenito con copertura superiore al 98% e monitorarne periodicamente i risultati, tramite appositi registri, con il coordinamento dell'Osservatorio epidemiologico regionale in collaborazione con i centri regionali di riferimento per queste patologie.

garantire la continuità del registro Anemie di Fanconi, promovendone la valenza interregionale.

attivare programmi regionali per la diagnosi precoce e il trattamento della fibrosi cistica coordinati dai centri di riferimento regionali.

sviluppare interventi diretti al miglioramento della qualità della vita dei pazienti affetti da patologie rare.

realizzare programmi di informazione ai pazienti affetti da patologie rare, alle loro famiglie ed alle loro associazioni.

promuovere e sostenere le attività di sorveglianza epidemiologica, come il Registro Campano per i difetti congeniti.

promuovere progetti specifici di prevenzione e controllo delle malattie genetiche.

promuovere programmi di aggiornamento professionale e condizioni di lavoro integrato a favore del personale interessato a tutti i livelli della prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie genetiche;

istituire un centro regionale di coordinamento per le patologie rare e le malattie genetiche che, in stretta collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, coordini le attività dei servizi assistenziali regionali e promuova iniziative per migliorare l'informazione della popolazione, la formazione degli operatori sanitari, nonché la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento dei pazienti affetti da queste patologie.

SOGGETTI COINVOLTI

È necessario, come precedentemente affermato, ipotizzare una rete di servizi articolata su più livelli. Questa rete è costituita da diversi soggetti, di fatto già esistenti, vale a dire le Unità Operative Materno Infantili, i Pediatri di libera scelta, i Servizi di Ostetricia (I livello), le strutture ambulatoriali territoriali ed ospedaliere (II livello), i centri ad elevata specializzazione (III livello) quali le UOSPT di citogenetica e genetica di laboratorio, coordinati dal centro regionale per le patologie rare e malattie genetiche.

4.5.4 Assistenza Ospedaliera al Parto

Il taglio cesareo (TC) è un intervento ritenuto appropriato in alcune particolari condizioni cliniche e la sua frequenza non dovrebbe superare, secondo le raccomandazioni dell'OMS del 1985, il 10-15% di tutti i parti. In Italia, negli ultimi venti anni, la frequenza di parti assistiti con

TC è notevolmente aumentata, e risulta anche la più elevata d'Europa con una percentuale del 32,9% nel 1999. La Campania è la regione con la più alta frequenza di TC: 51,0% nel 1999.

Apparentemente non esiste alcuna evidenza clinica e/o epidemiologica che giustifichi valori così elevati. In altre parole non c'è alcun dato a sostegno della tesi che questo diffuso ricorso al taglio cesareo possa essere in qualche modo associato ad una maggiore frequenza di fattori di rischio materni (es. età avanzata) o fetali (es. presentazione podalica o sofferenza fetale), né tantomeno ad un maggiore stato di benessere della popolazione materna ed infantile.

Le implicazioni di queste evidenze sono numerose: il fatto che una donna, a parità di condizioni cliniche, possa ricevere cure differenti a seconda del "luogo" presso il quale viene assistita, pone importanti interrogativi sull'eticità, appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate. L'Agenzia Sanitaria Regionale della Campania ha avviato un progetto che si pone l'obiettivo di attuare misure per modificare tale tendenza, attraverso l'analisi delle cause del frequente ricorso al TC, e la promozione di progetti riguardanti l'implementazione di linee-guida cliniche e organizzative. L'attività di studio si è finora concentrata sulla descrizione dei parti in Campania, utilizzando come principale fonte informativa la banca dati "Schede Dimissioni Ospedaliere (SDO)", disponibile per il periodo 1996-99. Nei quattro anni considerati, nelle strutture pubbliche o private accreditate della Campania, si sono verificati in media quasi 65.000 parti all'anno. Le frequenze di parti avvenuti rispettivamente nelle strutture pubbliche e private sono rimaste quasi invariate nel periodo considerato: nel 1999, il 39,3% dei parti è avvenuto nelle strutture private accreditate e il 60,7% in quelle pubbliche. L'età media delle partorienti è rimasta pressoché stabile nei quattro anni osservati (28,3 anni), con una lieve differenza tra donne che hanno subito il TC (28,8 anni) e quelle che hanno partorito per via vaginale (28,0 anni).

La frequenza di TC osservata dal 1996 al 1999 dimostra un evidente trend lineare ascendente che parte dal 42,8% nel '96 fino al 51% nel '99, con un incremento relativo del 19,4% nel quadriennio considerato. Anche i trend all'interno di ciascuna tipologia di rapporto con il SSR (pubblico/privato) mantengono lo stesso andamento ascendente, e sono pressoché paralleli tra loro; la percentuale di TC nelle strutture private risulta essere stabilmente 1,3 volte più alta che nelle strutture pubbliche.

Se si considerano i ricoveri per parto di donne residenti fuori della regione in strutture sanitarie campane, nel quadriennio considerato (mediamente 1.600 parti/anno) si nota una frequenza di TC più bassa nelle donne straniere (28,5% su 1.006 parti) rispetto alle donne italiane non campane (47,6% su 5.388 parti). Invece, se si prendono in considerazione i 4.736 parti di donne campane avvenuti fuori della regione nello stesso periodo, si evidenzia come la frequenza di TC sia decisamente inferiore della media osservata nelle strutture campane, 34,8% vs 47,0%.

Si è evidenziato, inoltre, che, seppure con livelli differenziati per tipologia di rapporto con il SSR, esiste una proporzionalità inversa tra il numero annuale di parti e la prevalenza di TC. L'analisi finanziaria relativa ai ricoveri per parto correttamente classificati evidenzia che nel 1999 i TC hanno costituito il 61,7% dell'importo totale per l'assistenza al parto (133,7 miliardi sul totale di 216,7 miliardi).

A partire da queste prime valutazioni, e nell'ambito delle attività previste dallo specifico progetto di ricerca regionale, si potranno formulare prime proposte di intervento, orientate prevalentemente ad agire, con strategie differenziate, sui criteri di accreditamento delle strutture sanitarie e all'implementazione di un programma specifico di linee guida, con la creazione di un primo gruppo di clinici attraverso cui diffondere e valutare l'applicazione delle linee-guida. La possibilità di sperimentare nuove modalità assistenziali, attuabili attraverso una più diffusa informazione all'utenza ed il coordinamento funzionale delle strutture ospedaliere, dei consultori territoriali e dei medici di base, dovrà condurre alla definizione di percorsi diagnostici e terapeutici finalizzati alla riduzione dei tagli cesarei inappropriati i quali farà seguito un primo momento di diffusione, attraverso iniziative di formazione e informazione rivolte ai clinici, e quindi una fase valutativa sul livello di adesione operativa raggiunto dagli stessi clinici.

Articolazione del Progetto di sorveglianza epidemiologica sull'Assistenza Ospedaliera al Parto

FASI	LINEE DI ATTIVITA'
ANALISI DEI COMPORTAMENTI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ATTUALI	Utilizzazione della banca dati retrospettiva (anni 1996-98) delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) di tutta la regione Campania Analisi descrittiva della casistica regionale sulla base dei dati desunti dalle SDO Analisi dei percorsi diagnostico terapeutici attuali desunti dall'analisi a campione delle <i>cartelle cliniche</i> dei reparti di Ostetricia e Ginecologia coinvolti nel progetto Costruzione ed interpretazione dei modelli comportamentali clinici individuati Confronto della corrispondenza tra i percorsi desunti dall'analisi delle cartelle cliniche e quelli desunti dalle SDO
CONFRONTO CON LE LINEE GUIDA E I DATI IN LETTERATURA	Costruzione di modelli interpretativi di confronto Individuazione di indicatori di rispondenza ed appropriatezza
ANALISI DEI COSTI	Costruzione del consuntivo economico dei reparti di Ostetricia e Ginecologia partecipanti al progetto Valorizzazione dei percorsi individuati (reali e teorici) Stima dei costi socio-assistenziali pre e post ricovero
ANALISI, INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI E DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI	Diffusione dei risultati e informazione ai ginecologi / Direttori Sanitari / altri operatori sanitari Diffusione dei risultati e informazione al pubblico e agli assistiti
VERIFICA DEI RISULTATI A MEDIO E LUNGO TERMINE	Aggiornamento trimestrale degli indicatori dell'osservatorio e confronto di tendenza Aggiornamento mensile della documentazione EBM

4.5.5 Disturbi del Comportamento Alimentare

La categoria dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) comprende l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) ed altri Disturbi non altrimenti specificati. In questi ultimi vanno incluse quelle sindromi parziali in cui sono presenti alcuni, ma non tutti, i sintomi codificati nei criteri diagnostici del DSM-IV.

I Disturbi del Comportamento alimentare colpiscono soprattutto le adolescenti e le giovani donne, con età d'esordio tra i 10 e 30 anni.

In una recente indagine epidemiologica condotta su di un campione di popolazione scolastica di Napoli, è stata riscontrata, in adolescenti di età compresa tra i 13 e i 18 anni, una prevalenza di Anoressia Nervosa pari allo 0.6%, di Bulimia Nervosa pari al 3.9% e sindromi parziali pari al 4.8%. Inoltre, comportamenti alimentari impropri, configuranti quadri ad alto rischio per il possibile sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare completo, sono stati riscontrati in circa il 15% di dette adolescenti.

Questi dati epidemiologici lasciano chiaramente intravedere la dimensione del problema dei Disturbi del Comportamento Alimentare, patologia emergente nella Regione Campania, nella quale si riscontra una grave carenza a livello delle strutture pubbliche e private.

OBIETTIVI

Promozione dell'adozione di "sani" modelli alimentari nella popolazione giovanile anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione alimentare;
prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare con particolare riferimento ai soggetti a rischio attraverso la loro individuazione precoce;
prevenzione terziaria attraverso metodi riabilitativi (riabilitazione nutrizionale e riabilitazione psicologica e psichiatrica combinate)

AZIONI

Individuare la metodologia dell'intervento.

L'approccio ai Disturbi del comportamento alimentare richiede la collaborazione di più figure professionali.

Il processo diagnostico determina l'esistenza e il tipo di disturbo del comportamento alimentare, la sua natura primaria o secondaria, l'eventuale atipicità ed il significato che i sintomi assumono nel contesto biologico, psicologico, familiare e culturale dell'individuo, operando nel contempo un'attenta valutazione delle condizioni fisiche e nutrizionali del paziente ai fini di un'adeguata programmazione terapeutica.

lo psichiatra provvede alla raccolta dell'anamnesi medica e psicopatologica del paziente, dedicando particolare cura all'individuazione delle situazioni di "emergenza" o "urgenza" che possano imporre la necessità dell'ospedalizzazione;

l'internista e /o il dietologo definisce il quadro fisico e nutrizionale;

lo psichiatra determina la tipologia del disturbo alimentare, i vissuti relativi alla consultazione ("volontaria" o "indotta") e l'eventuale comorbilità;

lo psicologo clinico procede ad un'analisi quantitativa delle dimensioni psicopatologiche relative al comportamento alimentare e alle eventuali sindromi associate, valuta le dinamiche familiari e del contesto socio-ambientale.

Il medico igienista operante nei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) rappresenta un anello di congiunzione con la platea scolastica, nonché un elemento fondamentale per il monitoraggio dei casi a rischio e di eventuali fattori favorevoli all'insorgere della patologia.

Sulla base delle indicazioni ottenute al termine di questo iter diagnostico-valutativo, viene deciso il regime in cui verrà attuato l'intervento terapeutico: ambulatoriale, in day hospital o in condizioni di ricovero ordinario.

L'intervento ambulatoriale prevede una componente psicoeducativa e nutrizionale, una psicoterapeutica, una psicofarmacologica, ed una informativa e di supporto emozionale per i familiari ed altre figure significative.

Il ricovero in day hospital o in un reparto di degenza adibito ad hoc è indicato qualora sussistano condizioni internistiche e /o psichiatriche di consistente gravità oppure problematiche socio-ambientali particolari.

Il ricovero in condizioni di degenza ordinaria è obbligatorio nei pazienti in condizioni di grave denutrizione/malnutrizione calorico-proteica, con rischio per la sopravvivenza.

Nel corso del ricovero, l'obiettivo primario è quello di promuovere l'aumento dell'introito calorico e il recupero del peso corporeo, attraverso: a) metodi attivi (nutrizione enterale con sondino naso-gastrico; nutrizione parenterale totale o periferica); b) metodi riabilitativi (riabilitazione nutrizionale e riabilitazione psicologica e psichiatrica combinate).

Realizzare sul territorio regionale il più idoneo modello organizzativo

In considerazione della natura e delle dimensioni del problema relativo ai disturbi del comportamento alimentare e considerate le modalità di intervento delineate è necessario :
istituire un Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare;
organizzare una “rete” preventivo-diagnostico assistenziale su tutto il territorio della Regione.

L’organizzazione di una “rete” diagnostico - assistenziale su tutto il territorio della Regione risponde all’esigenza di monitorare comportamenti e fattori di rischio nonché di incanalare i pazienti in un percorso chiaro e definito, che dalla “periferia” territoriale li porti ai centri adeguati per la diagnosi e la terapia dei disturbi in questione.

Formare il personale

La prima fase del progetto necessariamente verterà su attività didattiche di tipo esclusivamente teorico, volte all’acquisizione, da parte dei partecipanti, delle conoscenze attualmente disponibili sui vari aspetti dei Disturbi dei Comportamenti Alimentari DCA (epidemiologia, fisiologia dell’alimentazione, psicopatologia, terapia, ecc.). Saranno previsti corsi di formazione per i vari profili professionali.

La seconda fase prevederà un periodo di addestramento pratico da effettuarsi presso il centro pilota. Nel corso di questa fase, gli operatori potranno seguire i vari momenti dell’iter diagnostico - terapeutico, separatamente per i tre diversi livelli di assistenza (ambulatorio, day hospital, reparto di ricovero).

Alla fase formativa si affiancherà una campagna informativo-educazionale, attraverso i mass-media, che possa far giungere alla maggior parte della popolazione le conoscenze più importanti sulla natura, sul trattamento, sulla prognosi dei DCA e sulle vie da seguire per accedere ai servizi forniti attraverso la costituenda “rete”. Contemporaneamente, gli operatori, ciascuno nella propria sede di provenienza, avvieranno l’organizzazione di strutture ad hoc per il trattamento dei DCA.

Coinvolgere le famiglie ed il volontariato.

SOGGETTI COINVOLTI

Dipartimenti di Salute Mentale;
Dipartimenti Materno – Infantili;
Settori deputati alla realizzazione di interventi di educazione sanitaria
Presidi ospedalieri e altre strutture regionali sanitarie specializzate;
Aziende Policlinici Universitari;
Medici di Medicina Generale;
Pediatri di libera scelta;
Associazioni di volontariato.
Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S:I.A.N.) dei Dipartimenti di Prevenzione.

La Giunta Regionale istituisce, entro centoventi giorni dall’entrata in vigore del presente piano, il “Centro Pilota Regionale per i disturbi del comportamento alimentare” con il compito di:

raccogliere dati epidemiologici;
coordinare ed omogeneizzare iniziative di prevenzione;
svolgere attività didattiche di tipo esclusivamente teorico con corsi di formazione differenziati per i vari profili professionali;
addestrare gli operatori della “rete” sull’iter diagnostico terapeutico;
predisporre e coordinare programmi di controllo di qualità.

4.5.6 La sanità pubblica veterinaria – Rapporti con l’Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno

La Regione Campania al fine di razionalizzare attività e compiti della Sanità Pubblica Veterinaria, perseguirà, nel triennio; attraverso il Settore Veterinario Regionale, l'Area di Sanità Pubblica Veterinaria delle Aziende Sanitarie Locali è l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno di Portici e con la collaborazione degli Ordini Professionali e delle Associazioni di categoria, i seguenti obiettivi generali:

Lotta alle malattie infettive del bestiame, anche attraverso piani di prevenzione e di eradicazione, ordinari e di emergenza, nonché programmi di sorveglianza epidemiologica permanente. Per il triennio, oltre all’attenzione costante per la prevenzione delle malattie ad elevata diffusibilità ed esotiche, deve essere completata la bonifica sanitaria degli allevamenti da tubercolosi bovini, brucellosi bufalina, bovina ed ovicaprina e leucosi bovina enzootica, fermo restando quanto previsto dai piani straordinari regionali;

Lotta alle zoonosi anche attraverso l’approfondimento di studi e ricerche specifiche con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno di Portici e con la collaborazione medico-veterinaria;

Controllo della popolazione canina, con aggiornamento continuo dell’anagrafe nonché controllo della popolazione delle specie sinantropiche a tutela della salute umana ed animale. Per la lotta al randagismo deve essere potenziata la sterilizzazione, nonché favorita la realizzazione di canili pubblici con il contributo dei finanziamenti a fonte statale;

Potenziamento dei programmi di controllo degli alimenti di origine animale in tutte le sue fasi, dalla produzione al consumo;

Applicazione del principio di responsabilità dei produttori, anche attraverso la predisposizione di linee di indirizzo per lo sviluppo dei programmi di autocontrollo aziendale e per la loro verifica;

Miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie degli allevamenti e promozione della qualità delle produzioni zootecniche. Nel triennio particolare rilievo dovranno assumere la prosecuzione ed il completamento dei piani di controllo per garantire i requisiti igienico-sanitari di base del latte e prodotti derivati e l’assenza di residui indesiderati nelle carni e negli altri prodotti di origine animale, anche attraverso uno stretto controllo sulla distribuzione e sull’impiego del farmaco e l’incremento quali-quantitativo dei programmi di ricerca dei residui chimici volontari ed involontari, attraverso il rafforzamento e l’integrazione dei servizi e dei laboratori di supporto;

Vigilanza e controllo sull’alimentazione animale, con particolare riferimento ai mangimi integrati e medicati;

Tutela del benessere animale negli allevamenti, durante i trasporti e nei macelli, nonché vigilanza sulla corretta utilizzazione degli animali da esperimento e sulle condizioni di detenzione degli animali di affezione;

Educazione sanitaria alla popolazione, informazione ai consumatori, formazione agli allevatori ed operatori del comparto agro-alimentare;

Miglioramento del sistema di raccolta ed elaborazione dei dati relativi all'attività dei Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie attraverso il potenziamento informatico delle stesse ed il raccordo funzionale con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale per il Mezzogiorno di Portici, il Settore Veterinario Regionale e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale;

Piena attuazione dell'anagrafe bovina anche in relazione alla tracciabilità degli alimenti derivati da realizzarsi da parte delle Aziende Sanitarie Locali, secondo le indicazioni della Giunta Regionale;

Determinazione delle modalità di funzionamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno di Portici, di concerto con la Regione Calabria, in modo di assicurare che le risorse complessive (quota specifica FSN e contributi integrativi delle due Regioni) siano impegnate per la realizzazione di obiettivi congruenti con la programmazione nazionale e regionale e con le esigenze dei servizi veterinari territoriali di riferimento.

5. LE STRATEGIE PER IL CAMBIAMENTO

5.1 Il Sistema Informativo Regionale

Il Sistema Informativo Regionale (SIR) deve considerare lo scenario introdotto dalla recente legislazione in materia di riordino del Servizio Sanitario, che evidenzia le necessità di un Sistema Informativo finalizzato all'incremento di efficienza degli Enti coinvolti, oltre che al miglioramento delle capacità di pianificazione e controllo.

E' necessario partire dai compiti attribuiti alla Regione ed alle Aziende Sanitarie, affidando alla prima la gestione di tutte le aree a forte valenza direzionale, di indirizzo, pianificazione e controllo ed alle seconde lo sviluppo di aree gestionali ed operative.

Questo quadro di riferimento è certamente caratterizzato e, in qualche misura, condizionato dalla capacità di interscambio fra i due livelli suindicati, al fine, da un lato, di facilitare la trasmissione ed il trattamento a livello centrale delle informazioni prodotte dalle AA.SS. e, dall'altro, di indirizzare lo sviluppo dei sistemi locali verso l'adozione di standard tecnologici ed informativi quanto più possibile compatibili ed omogenei fra loro.

L'attuale scenario mostra, da un lato, che solo poche Aziende sono impegnate in un processo di cambiamento utilizzando metodologie e tecnologie avanzate, evidenziando nel complesso una generalizzata carenza nella organizzazione della rilevazione e del trattamento dei dati. Vi è da aggiungere che le varie competenze regionali sono impegnate a loro volta e per le proprie finalità a raccogliere dati di sintesi attraverso provvedimenti che, molto spesso, ripropongono alle Aziende richieste ridondanti ed a volte contraddittorie, con metodologie di trasmissione, collazione ed analisi obsolete e spesso complicate.

Dunque le criticità dell'attuale Sistema Informativo Sanitario sono da individuarsi in:

Capacità di organizzare la raccolta ed il trattamento dei dati da parte del livello delle Aziende;
organicità e complementarità dei dati richiesti dal livello regionale
sistema di comunicazione fra i due livelli.

Il Piano Sanitario per il triennio 2000 - 2002 punta alla risoluzione di tali elementi di criticità.

5.1.1 Capacità di organizzare la raccolta ed il trattamento dei dati a livello aziendale

Qualsiasi analisi o pianificazione non può non tener conto che esiste, a livello nazionale, una rete informativa sanitaria, il SIS, che convoglia i dati gestionali dalle AA.SS. al livello Ministeriale, utilizzando le regole di rilevazione, registrazione ed invio dei dati fissate nel DM Sanità 23/12/96 e successive integrazioni, e relativo ai "Flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle UU.SS.LL. e delle AA.OO."

I "*Flussi informativi*" costituiscono un insieme di dati ed indicatori che viene correntemente utilizzato, a livello ministeriale, per le attività di programmazione sanitaria nazionale e pertanto è di primaria importanza per le Aziende e per la Regione stessa che essi rappresentino in maniera completa ed esatta la realtà sanitaria regionale.

Va altresì evidenziato che il corretto trattamento dei "Flussi Informativi" è solo un obiettivo minimo ed iniziale, dal momento che essi mancano di alcuni moduli riguardanti aspetti fondamentali del profilo delle Aziende (si pensi alle problematiche della Qualità).

D'altra parte per poter compilare in maniera esatta i vari modelli dei flussi informativi, ciascuna Azienda deve poter disporre di banche dati alimentate da sistemi di raccolta delle informazioni capillari ed integrati. Ad oggi poche realtà nazionali e nessuna regionale ha attivato un sistema di raccolta con le necessarie caratteristiche di completezza, in particolare fra le Aziende sanitarie locali.

In Campania, ad esempio va rilevato che 10 AA.SS.LL. su 13 hanno attivato o stanno per attivare una rete telematica aziendale.

Inoltre poche Aziende hanno realmente attivato il Servizio raccolta ed elaborazione dati così come configurato dalla L.R. 32/94 e, infine, il numero di specialisti informatici con specifica formazione e qualifica è estremamente esiguo e, per di più, concentrato in sole 9 Aziende su 21.

Ancor di più si avverte l'esigenza di ricondurre al naturale controllo della Regione Campania la funzione di validazione dei dati prodotti dalle Aziende. La questione è di primaria importanza, dal momento che, è bene sottolinearlo ancora una volta, i "Flussi Informativi" hanno un notevole peso nei processi di attribuzione delle risorse finanziarie da parte del Ministero della Sanità.

In realtà la validazione dei dati al Livello Regionale ha una insostituibile fase propedeutica presso le Aziende, le quali hanno la responsabilità funzionale della validazione e certificazione dei dati da esse prodotti.

Nel quadro delle vigenti normative ovunque si pensi allocata, nell'ambito dell'assetto organizzativo delle Aziende, tale funzione si deve necessariamente pensare all'utilizzo di professionalità specifiche di formazione rigorosamente ed esclusivamente statistica. Peraltro quanto affermato già è stato già anticipato dal legislatore, il quale nel d.lgs 6.9.1989 n.322 ha configurato l'istituzione dell'Ufficio di Statistica. Tale indicazione è stata disattesa dalla quasi totalità delle Aziende.

Sulla base della precedente analisi il Piano Sanitario 2002-2004 fissa i seguenti obiettivi:

OBIETTIVI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI

Attivazione in ogni Azienda di una Unità Organizzativa delegata al disegno, sviluppo, impianto e manutenzione del Sistema Informativo Aziendale;

Le U.O. di cui al punto 1, dovranno avvalersi di professionalità congruenti alle attribuzioni funzionali;

Attivazione di un corso Regionale di Formazione per Manager Informatici della Sanità;

Attivazione presso ogni Azienda dell'Ufficio di Statistica ai sensi del D.Lgs .322/89, in staff con la Direzione Generale;

Le Unità Organizzative di cui al punto 4, dovranno avvalersi di professionalità congruenti con le attribuzioni funzionali;
Attivazione presso ogni Azienda di una Rete telematica aziendale.

OBIETTIVI APPLICATIVI

Attivazione presso ogni Azienda di sistemi di raccolta delle informazioni sulle prestazioni erogate:

in regime di convenzione e/o accreditamento per via telematica, direttamente dai soggetti erogatori, giornalmente e con riepilogo mensile per migliorare i procedimenti di controllo tecnico e contabile di competenza delle Aziende e, conseguentemente, i tempi delle liquidazioni dei corrispettivi ;

in regime di produzione propria attraverso l'attivazione del Centro Unico di Prenotazione in grado di raccogliere anche le informazioni collegate all'avvenuta erogazione delle prestazioni.

Consequente attivazione delle banche dati Aziendali relative alle prestazioni erogate agli Utenti da tutti i soggetti, pubblici e privati.

Attivazione dell'Anagrafica degli Assistiti centralizzata.

Attivazione del Centro Unico Prenotazioni per i suoi aspetti di servizio reso al Cittadino-Utente.

Attivazione della Contabilità Analitica per Centri di costo.

LE SPERIMENTAZIONI

Di recente alcune normative nazionali hanno rilanciato l'idea dell'utilizzo delle carte elettroniche, configurando l'adozione della "Sanicard", cioè una carta del tipo di quelle comunemente usate per le applicazioni bancarie con in più la capacità di memorizzare su un CHIP alcuni dati clinici dell'Utente.

E' evidente che l'utilizzo massivo di una tale tecnologia prevede già uno strato del S.I. Aziendale consolidato. Nelle more del raggiungimento di tale consolidamento, è utile procedere ad una sperimentazione della nuova metodologia in una o più Aziende da individuarsi che abbiano già raggiunto il necessario grado di informatizzazione.

Parimenti una ulteriore utile sperimentazione deve vedere l'enfaticizzazione della presenza dei Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta nei quotidiani processi di gestione della Salute degli Utenti, soprattutto sul versante della capacità del SSR di utilizzare in maniera oculata le limitate risorse finanziarie a disposizione.

Entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del presente piano sanitario la Giunta Regionale, avvalendosi dell'ARSAN, elabora un progetto sperimentale ed individua le Aziende presso le quali realizzare le sperimentazioni mediante un collegamento telematico dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il tessuto connettivo aziendale che veicola l'erogazione delle prestazioni agli utenti.

5.1.2 Organicità e complementarità dei dati a livello regionale

Come già illustrato un Sistema di dati ed indicatori di sintesi dei profili gestionali delle Aziende Sanitarie è già attualmente configurato dai cosiddetti "Flussi Informativi" e, nell'ambito del Piano 2002-2004, già è previsto per le Aziende l'adeguamento dei sistemi di raccolta dei dati ad un livello tale da garantire l'alimentazione di tali Flussi in maniera puntuale e quanto più congruente con la realtà aziendale.

Tuttavia il contenuto dei Flussi non copre la totalità del "fabbisogno" di informazioni per le Aziende e, di conseguenza, per il livello regionale.

D'altra parte le competenze del livello regionale sono allocate sia nei diversi Settori dell'Assessorato alla Sanità sia nelle Agenzie Regionali e la conseguente mancanza di una visione unitaria delle problematiche del "Dato" emergenti dalle varie materie formanti l'intero contesto della Sanità, rappresenta una criticità che il Piano Sanitario 2002-2004 intende superare. A maggior ragione si avverte l'esigenza di indirizzare gli sforzi delle Aziende nella raccolta e collazione dei dati verso piattaforme comuni di insiemi minimi di dati da raccogliere, anche al fine di garantire la necessaria omogeneità di sistemi di codifica, tipologia e formato del dato su tutto il territorio regionale.

A tale scopo entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del Piano Sanitario Regionale, la Giunta Regionale provvederà alla costituzione della "Consulta Permanente del Dato" che sarà così composta:

Un rappresentante di ciascuno dei Settori dell'Assessorato alla Sanità;

Un rappresentante dell'Assessorato all'Informatica;

Un rappresentante dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

Un rappresentante dell'Agenzia Regionale per l'Ambiente.

La Consulta dovrà provvedere, avvalendosi anche della collaborazione di referenti delle Aziende Sanitarie e tenuto conto dei flussi già esistenti, a:

Individuare e definire l'insieme dei dati per ciascuna delle materie oggetto di rilevazione (origine e destinazione del flusso, suo contenuto etc.).

Normalizzare, ove possibile, i dati al fine di ridurre le ridondanze nella trasmissione al livello regionale.

Individuare i sistemi di composizione ed attribuzione dei codici al fine di garantirne l'unicità;

Elaborare per le Aziende dei criteri di validazione del dato attraverso la definizione di linee guida per la raccolta e la collazione.

Individuare i sistemi di ricaduta sulle Aziende dei dati che esse hanno raccolto ed il livello regionale ha analizzato.

Individuare i criteri di valutazione della congruenza dei dati trasmessi dalle Aziende con i criteri di validazione definiti.

5.1.3 Sistema di comunicazione tra i due livelli

Nel quadro di un attento monitoraggio di tutti gli eventi, da quelli sanitari a quelli contabili-gestionali, legati alle problematiche della tutela della salute dei Cittadini risulta importante pervenire alla conoscenza dei fenomeni e delle tendenze in maniera tempestiva. In particolare le funzioni di controllo e pianificazione delle Aziende e, a maggior ragione, del livello regionale hanno la necessità di contare su un patrimonio di conoscenza quantitativamente e qualitativamente completo ma anche tempestivamente aggiornato.

Come fin qui illustrato, il Piano Sanitario 2002-2004 pone, nell'ambito del SIR, come obiettivi per le Aziende l'elevazione della capacità di raccolta ed analisi dei dati e per il livello regionale la standardizzazione e l'omogeneizzazione degli stessi. Rimangono da definire le metodologie e le tecniche di comunicazione fra i due livelli.

Nel prossimo triennio lo sforzo compiuto dalle Aziende nel costruire il proprio Sistema Informativo, dovrà consentire loro di ottenere i dati di sintesi utili alle proprie funzioni

direzionali in maniera automatica e diretta, come se i dati emergessero “per polluzione” dal Sistema Informativo (S.I.) Aziendale.

Analogamente le metodologie di alimentazione del livello Regionale devono realizzare lo stesso obiettivo; infatti sulla base della identificazione, omogeneizzazione e standardizzazione dettata dal Livello Regionale, le Aziende dovranno sintonizzare il proprio S.I. Aziendale per rendere al S.I. Regionale i dati richiesti in maniera automatica e diretta, cioè “per polluzione”.

Definito l’ambito metodologico, è immediato pensare, sul piano realizzativo, ad una Intranet fra le Aziende, le Agenzie Regionali, gli Assessorati regionali e le altre Istituzioni Regionali coinvolte. I dati emersi dal S.I. Aziendale, organizzati e presentati secondo standard predefiniti, dovranno essere resi disponibili sul Livello Regionale, presso il quale essi saranno validati ed aggregati in ottica regionale per essere resi alle Aziende come utile elemento di confronto sul piano gestionale.

5.2 L’ORGANIZZAZIONE

5.2.1 Il Dipartimento di Prevenzione

Il PSR richiama la necessità che tutta la collettività sia coinvolta nella promozione di stili di vita salubri e per la tutela ambientale. In tale cornice, l’attività di prevenzione svolta dal servizio sanitario, entra a far parte di un più ampio movimento sociale che sollecita la partecipazione di altri soggetti istituzionali: per tale motivo è opportuno che il ruolo stesso delle strutture tradizionalmente adibite alle prevenzione sia ridefinito.

Gli obiettivi di salute del Piano Sanitario Regionale richiedono piani di salute aziendali; l’articolazione aziendale che deve promuovere la strategia di prevenzione della ASL è il Dipartimento di Prevenzione cui sono attribuite le funzioni di cui alle previsioni del D. L.vo 30.12.92, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Dipartimento di Prevenzione realizza tali compiti attraverso strutture funzionalmente riferibili a quattro aree (Igiene Pubblica; Igiene degli Alimenti; Veterinaria; Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) interconnesse tra loro, anche grazie al collante metodologico dell’epidemiologia, come disciplina operativa di raccolta, elaborazione e ricaduta operativa di dati ed informazioni.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa aziendale che propone le strategie di prevenzione della ASL e sviluppa le iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva. Deve perseguire, infatti, obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa.

Sono finalità generali del Dipartimento di Prevenzione:

Lo sviluppo di una specifica competenza nell’area della progettazione e della valutazione degli interventi di prevenzione;

La massima integrazione, sia con l’utenza attraverso l’istituzione di uno sportello unico *di accesso alle prestazioni del dipartimento*, sia con le articolazioni organizzative attraverso la realizzazione di programmi e progetti inter-servizi ed inter-istituzioni;

Il raccordo con l'Agenda Regionale per la Prevenzione Ambientale e i Dipartimenti di prevenzione delle ASL per lo sviluppo di un sistematico rapporto di collaborazione per la individuazione delle aree prioritarie di intervento e per la realizzazione di programmi comuni.

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di salute del piano Sanitario Regionale, attraverso la rete di sorveglianza epidemiologica dei Dipartimenti di Prevenzione.

La garanzia della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione, in particolare relativamente all'igiene e sanità pubblica, alla sicurezza negli ambienti di lavoro, all'igiene degli alimenti e della nutrizione e nei servizi veterinari.

La funzione di supporto tecnico nei confronti degli Enti locali e, ove richiesto, di altri soggetti istituzionali pubblici. Metodologicamente, il Dipartimento di Prevenzione opera sulla base di un Piano annuale di intervento, che tiene conto degli adempimenti che provengono da normative regionali, nazionali e comunitarie nonché dai Regolamenti Comunali di Igiene, compatibile con il budget attribuito dalla Direzione Aziendale; il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è responsabile della predisposizione, della gestione e del controllo del piano annuale di lavoro.

Il Dipartimento di Prevenzione è dotato di autonomia tecnico gestionale e quindi, come tutti i dipartimenti strutturali, ha autonomia organizzativa e contabile, ed è articolato in centri di responsabilità e in centri di costo.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola, a livello centrale in aree e servizi nonché in Unità Operativa e Gruppi Operativi di processo temporanei. Nel Dipartimento di Prevenzione devono essere previste almeno le seguenti aree:

Area dell'Igiene Pubblica e della Promozione della Salute;

Area degli Alimenti

Area dell'Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro;

Area Veterinaria.

L'articolazione dipartimentale prevede l'individuazione, in seno alle aree, dei servizi. Questi sono le principali strutture organizzative del dipartimento ed operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e gestionale nell'uso delle risorse.

Le Unità Operative hanno, preferibilmente una identificazione per obiettivo ed un ambito aziendale; ove la numerosità dell'utenza, con il conseguente carico di istanze e/o le particolari condizioni orogeografiche lo richiedano, può essere previsto un bacino di utenza più limitato, di tipo, cioè, interdistrettuale.

Per garantire la massima integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, possono essere costituiti Gruppi Operativi di processo temporanei (G.O.P.T.) intradipartimentali, con un coordinatore, che, in tempi relativamente brevi, affrontino problematiche che richiedono il concorso di più strutture e che adottano il metodo di lavoro per processi trasversali.

A tal fine si dovrà disciplinare l'articolazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione al fine di assicurare le funzioni di prevenzione collettiva di sanità pubblica in materia di:

profilassi delle malattie infettive e diffuse, attraverso le attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e controllo, con particolare attenzione ai piani di immunoprofilassi;

tutela della collettività dai rischi sanitari negli ambienti di vita e di lavoro con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, con particolare attenzione alle attività di sorveglianza epidemiologica e prevenzione delle malattie cronico-degenerative, di gestione del Registro Nominativo delle Cause di Morte, di promozione di stili di vita e comportamentali per la salute;

tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

igiene degli alimenti e della nutrizione;

prevenzione e tutela della salute delle attività sportive;

sanità pubblica veterinaria, che comprende servizi veterinari i quali operano quali centri di responsabilità e di costo articolati distintamente in strutture complesse specificamente dedicate, secondo quanto previsto dai principi e criteri direttivi definiti per l'adozione dell'atto aziendale emanato dalla G.R.C. ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Per facilitare il raggiungimento degli obiettivi della sanità pubblica veterinaria è necessaria anche la riorganizzazione del Settore Veterinario Regionale, con particolare riferimento alla ridefinizione, con apposito provvedimento, da adottarsi entro 90 giorni dall'approvazione del seguente piano, della posizione giuridica del personale medico veterinario già nei ruoli della Giunta Regionale, affinché lo stesso possa godere della necessaria autonomia professionale.

Tale necessità è giuridicamente inderogabile per permettere a tale categoria lo svolgimento degli ormai sempre più numerosi e complessi compiti di sanità pubblica veterinaria di competenza del Settore Veterinario Regionale a seguito del conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni, ex D.Lgs. n. 112 del 31.3.1998.

Per ciò che attiene l'organizzazione del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione le AA.SS.LL. faranno riferimento alle linee guida approvate con Decreto del Ministero della sanità 16 ottobre 1998.

5.2.2 Il Distretto

Il Distretto rappresenta la articolazione dell' Azienda Sanitaria Locale in cui si realizza il livello di integrazione complessa delle attività sociosanitarie in favore della popolazione che ne rappresenta il bacino di utenza: pone al centro della propria attività il cittadino/utente garantendogli l'unitarietà e la globalità degli interventi e la continuità di cura.

Rappresenta altresì il livello in cui si attivano, anche in via sperimentale, innovativi processi di gestione della sanità sul territorio.

LA CENTRALITÀ DEL DISTRETTO

La necessità fortemente oggi avvertita di completare la riorganizzazione dell'intero servizio sanitario regionale, spinge a porre particolare attenzione al Distretto Sanitario di Base, soprattutto nell'ottica del completamento del processo di aziendalizzazione, attraverso la diffusione dei principi di:

autonomia organizzativa;

responsabilità sia cliniche che gestionali;

attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto sanitario è contiguo alla domanda e va considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute, per il controllo dell'efficacia delle

prestazioni e della spesa, costituendo, per il cittadino, il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi socio sanitari dell'Azienda ed il luogo di integrazione dei diversi servizi territoriali.

Per ottenere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio, si impone un forte ripensamento delle logiche programmatiche, al fine di poter definire – in specifica normativa - il ruolo nodale del Distretto sanitario nell'ambito delle politiche sanitarie.

La conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel distretto diviene elemento fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda.

AMBITI TERRITORIALI

Nella realtà presente nella nostra regione le 13 aziende sanitarie locali sono attualmente suddivise in 113 Distretti che assistono una popolazione di circa 5.750.000 abitanti. L'attuale dimensione dei Distretti risente del precedente indirizzo programmatico, che vedeva nel distretto l'organizzazione "periferica" dell'Azienda, in aderenza prevalente alle caratteristiche geomorfologiche del territorio ed alle dotazioni strutturali presenti. In conseguenza di tale visione, la attuale fisionomia delle Aziende è tale per cui vi sono Distretti che assistono anche 150.000 persone, come nel caso della città di Napoli, e Distretti destinati all'assistenza anche di poche migliaia di abitanti, come nel caso di alcuni distretti della provincia di Benevento.

E', peraltro, noto come nel D.Lgs.229/99 il Distretto sia descritto come centro dell'attività assistenziale dell'Azienda, con una forte caratterizzazione di autonomia in risorse umane ed economiche, tanto da far prevedere - come parametro corretto per avere una utilizzazione più efficace delle risorse e fatte salve solo realtà caratterizzate da oggettive difficoltà di comunicazione – che l'ambito territoriale ottimale sia ricondotto ad almeno 60.000 abitanti. A tale dimensione, infatti, è riconoscibile – stanti i compiti attribuiti - il punto ottimale di bilancio costo/beneficio tra domanda e offerta.

Le linee guida per la emanazione dell' atto aziendale, D.G.R.C. n. 1364 del 30/03/2001 pubblicate sul BURC del 4/5/2001 attivano le Direzioni Aziendali a ricomporre gli ambiti secondo quanto previsto dal D.lg. 229/99.

LE RESPONSABILITÀ DEL DISTRETTO

Il Distretto assume l' obiettivo di garantire il recupero di appropriatezza complessivo nel momento assistenziale.

Per far questo deve essere dotato di tutti gli strumenti atti a consentirgli di esercitare funzioni quali:

- a) il governo e l' orientamento della domanda;
- b) la ricomposizione dell' offerta

Si pone quindi come l' ambito elettivo per assumere atteggiamento dinamico verso la domanda, decodificando la stessa per estrapolare il reale bisogno espresso; alloca le risorse necessarie al fine di rispondere al bisogno stesso valutando il rapporto efficacia/costi.

Il Distretto si configura, altresì, quale garante decentrato della implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi, individuando un modello di gestione che risponda in maniera logica e coerente al mutato scenario epidemiologico.

L' implementazione del cambiamento nella gestione complessiva del SSR passa attraverso la riconsiderazione del ruolo del Distretto, che pertanto deve essere messo in condizione di:

- 1) recuperare l'appropriatezza degli ambiti di cura;

- 2) ricondurre alla unicità dei percorsi la attuale frammentazione dell' offerta;
- 3) porre sotto controllo la spesa e l' efficacia degli interventi, attraverso scelte manageriali coerenti con gli indirizzi programmatori regionali e coi piani strategici aziendali, al fine di perseguire l' ottimizzazione negli impieghi delle risorse;
- 4) programmare livelli di formazione del personale.

Il PSN, ma soprattutto il D.lgs.229/99, rimarcano come accanto alla individuazione del Distretto quale macrolivello assistenziale extraospedaliero, con tutte le relative attività, occorra che il Distretto Sanitario (DS) sia dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al DS vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del D.S.

Il riconoscimento al Distretto di una specifica responsabilità all'interno della Azienda, per la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con l'assistenza sociale, costituisce - pertanto - uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente. A tal fine, occorrerà che tutte le attività assistenziali territoriali extra - ospedaliere, ovvero non abbisognevole di ricovero con pernottamento, debbano essere ricondotte ad un unico livello di facilitazione dei percorsi di accesso del cittadino ai servizi garantiti, pur nel rispetto delle autonomie delle competenze dei soggetti erogatori (presidi ospedalieri, distretto, dipartimenti) per le rispettive prestazioni.

D'altra parte, il Distretto - in quanto sede di gestione ed erogazione delle prestazioni assistenziali primarie e delle attività di educazione alla salute - deve essere realmente in grado di rispondere ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione assistita, orientando da un lato la domanda e componendo dall'altro l'offerta. Attualmente uno dei principali problemi del nostro sistema di assistenza sanitaria , è quello della "inappropriatezza" intesa sia come inefficacia clinica - assenza di evidenza scientifica dell'approccio diagnostico-terapeutico -sia come Inappropriatezza strutturale e dell' ambito di cura - molte patologie vengono trattate nel posto sbagliato. Si assiste infatti ad una progressiva deresponsabilizzazione verso l'alto dal Medico di Medicina Generale (MMG) agli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, al Presidio Ospedaliero interno all' ASL, alla Azienda Ospedaliera.

L'impostazione organizzativa del Distretto fino ad ora tenuta, infatti, conservando modelli settoriali di erogazione assistenziale focalizzati sull'offerta di ciascun servizio, nel limitare la valutazione dei risultati alla attività di quel determinato settore, ha spesso trascurato una valutazione in termini di bilancio di salute e di uso appropriato delle risorse disponibili. Al cittadino utente che si rivolge al Distretto si è così fatto direttamente carico di ricomporre i vari tasselli della organizzazione, per riuscire a trovare la risposta ritenuta adeguata al suo bisogno di salute, con effetti finali di non comprovata efficacia e sicuramente di inefficienza complessiva del sistema.

In altre parti del presente documento si è sottolineato come il Distretto sia anche il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente dagli Enti locali e dalla Azienda Sanitaria. Funzione primaria del Distretto è quindi l'analisi delle specificità delle risorse e dei bisogni di salute nelle diverse aree territoriali e la promozione e lo sviluppo della collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative. Più in generale, è compito del

Distretto promuovere e valorizzare l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale e informale. La rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari realizzata dall'Azienda, nel contribuire a consolidare anche forme di collaborazione fra la pluralità di soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, punterà a rafforzare e integrare fra loro le reti formali e informali di solidarietà.

A livello distrettuale si intrecciano, quindi, profondamente la produzione di servizi sanitari e sociali e lo sviluppo di integrazioni e sinergie con la popolazione sia nell'organizzazione delle attività dei servizi sia nella attuazione di programmi per la promozione della salute, l'adozione di comportamenti e stili di vita "sani", al fine di prevenire o contrastare l'insorgenza di patologie e disabilità.

LE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO

Il Distretto, pertanto, concorre a garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso le seguenti attività:

a) fornendo l'assistenza sanitaria di primo livello a tutta la popolazione del territorio di riferimento. Concorrono a questa funzione sia i medici della assistenza primaria che quelli dell'assistenza specialistica ambulatoriale. I primi assicurano l'assistenza medica di base in forma singola o associata presso i propri studi e al domicilio del paziente, anche attraverso l'intervento in forma integrata di altre figure professionali, sia dell'ambito sanitario che sociale. I secondi garantiscono le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative previste presso strutture pubbliche o private accreditate;

b) assicurando i servizi sanitari, socio assistenziali e di indispensabile prevenzione per funzioni orientate a specifici problemi di salute o di fasce di età con l'attivazione di percorsi omnicomprensivi (disagio psichico, anziani, handicap, percorso nascita, dipendenze patologiche, salute donna - infanzia).

promuovendo la elaborazione dei programmi di attività distrettuali in conseguenza del fabbisogno di prestazioni e di servizi, in armonia con la programmazione aziendale e regionale.

promuovendo la elaborazione di programmi atti a garantire la gestione integrata per percorsi condivisi coi MMG di patologie complesse quali, ad esempio, diabete, ipertensione, asma, o quelle che verranno ritenute strategiche per impatto sociosanitario e sui costi.

promuovendo meccanismi di budget che responsabilizzino, nel ciclo di programmazione e controllo, tutti gli attori dello scenario distrettuale, incentivando le forme associative.

L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

La frammentazione delle funzioni attualmente presenti nel distretto, soprattutto nell'area sanitaria, appare fortemente marcata nella maggioranza delle realtà operanti nella nostra regione. La organizzazione attuale, definibile a canne d'organo, o settoriale – funzionale, secondo il modello delle Unità Operative: la linea di responsabilità è individuata nella competenza medico scientifica; la linea gerarchica è diretta dal dirigente di una materia o disciplina sanitaria, il responsabile di un servizio o di una unità operativa, dove i servizi e le unità operative individuano gruppi di attività omogenee.

Tale precedente modello trova il suo presupposto logico nell'assunto che apicalità/abilità scientifica coincida con apicalità/abilità gestionale: è importante sottolineare come il focus organizzativo sia concentrato sul versante dell'offerta.

Il nuovo contesto operativo cui è ora richiamato il Distretto fa ritenere, invece, opportuno configurare un modello che veda la linea principale di responsabilità nella Direzione distrettuale, responsabile dell'insieme di prestazioni che devono rispondere alla domanda posta dall'utente. Di conseguenza, è al Distretto, sotto la diretta responsabilità della direzione, che sono direttamente assegnati operatori e risorse di discipline diverse.

Tale nuovo modello si caratterizza per la attribuzione di responsabilità complessive e finali di domanda e di risultati, non più divise e frammentate per singole funzioni, o semplici parti di un processo; nonché sulla separazione della abilità tecnico - professionale da quella gestionale. Tale modello vede il suo focus organizzativo concentrarsi sul versante della domanda.

Si configura, pertanto, un sistema caratterizzato dalla semplicità organizzativa, che evita di rispondere all'aumento della complessità ambientale con complessità equivalenti di gestione, moltiplicando e frammentando i riferimenti che alla fine si trasformano soltanto in cristallizzazioni burocratiche.

Si ribadisce, pertanto, come la vera centralità si collochi nella relazione Utente - Erogatore con un Distretto che si faccia totalmente carico della risposta complessiva e integrata, non sulla capacità dell'utente di ricomporre un'offerta altrimenti frammentata.

In tal senso ciò che non deve essere eluso, nell'ambito della programmazione delle attività del distretto, è la visione unitaria e complessiva dell'entità distrettuale.

Sarà, pertanto, cura del Responsabile della gestione complessiva favorire i necessari livelli di integrazione fra le diverse funzioni, in modo particolare tra quelle affini. L'aggregazione funzionale delle attività è per il Distretto un elemento strategicamente fondamentale perché permette di ricomporre in modo organico le eventuali spinte centrifughe prodotte da una storica abitudine alla verticalizzazione dei servizi.

Tale sistematica operazione consente di ottimizzare l'approccio e la fruibilità dei servizi da parte dell'utenza ed è, in tal senso, fondamentale la unificazione dei diversi punti di accesso dei cittadini in sportelli unici in ogni Distretto che sappiano rispondere a tutte le richieste di accesso ai servizi, sia territoriali che ospedalieri: la porta di accesso unica, prerequisite fondamentale per un corretto orientamento della domanda.

Le Unità Operative vanno, pertanto, ripensate ed articolate non più per funzioni verticali, ma organizzate in una forte tensione integrativa orizzontale, trasversale, non più frammentate nella loro modalità di offerta, ma ciascuna parte di un percorso: non più espressione di un frammento di domanda, ma momento del soddisfacimento complessivo di un bisogno, in una articolazione funzionale che veda l'enfasi sul processo prevalere sull'enfasi del servizio.

Si potranno definire percorsi globali per macroaree, quali bambini, adulti, anziani, inserendo all'interno di ogni macroarea le specificità professionali necessarie per la presa in carico dei singoli percorsi socio-assistenziali, socio-sanitari, e sanitari.

Un siffatto modello, che fa della flessibilità interna il cardine della modulazione della risposta, non incamerando il bisogno all'interno di unità operative predefinite, consente la migliore gestione dell' "incertezza", come momento qualificante nell'approccio, tipicamente complesso, ai bisogni reali di salute di una popolazione.

In questo modello, i dipartimenti aziendali extraospedalieri – salvo quelli espressamente previsti dalla normativa (dipartimento di prevenzione e dipartimento di salute mentale) - che la Azienda riterrà opportuno attivare per assicurare il coordinamento e l'omogeneizzazione di attività

analoghe nell'intero territorio aziendale non dovranno esercitare ulteriori e ripetitive funzioni operativo - gestionali o di "managing", ma assumere appieno il proprio compito di insostituibile valenza "tecnico - professionale":

nel fornire le necessarie elaborazioni a base della programmazione sanitaria aziendale relativamente ai rispettivi settori di intervento ;

nel coordinare sul piano tecnico - scientifico l'azione degli operatori mediante la predisposizione di indirizzi operativi, di standard di attività, di criteri valutativi e di interpretazioni applicative uniformi di norme tecniche;

nel concorrere alla definizione del budget di distretto.

I Dipartimenti territoriali sono tenuti, infatti, ad elaborare linee programmatiche e piani di attività per la attuazione del mandato definito a livello nazionale, regionale e aziendale proponendo progetti - obiettivi compatibili con le risorse, producendo protocolli e procedure, progettando la formazione e gli strumenti per la verifica e per la valutazione dei risultati finalizzati al miglioramento della qualità.

In particolare, nel modello a separazione tra committenza e produzione introdotto dalle Linee Guida all' Atto Aziendale, il Dipartimento delle cure primarie o territoriale configura e sostanzia la modalità integrata attraverso la quale il distretto eroga le proprie prestazioni, individuando la separazione quale momento funzionale, che produce sintesi virtuosa del sistema assistenziale al fine di presidiare in maniera omogenea sia la appropriatezza della domanda e sia della offerta erogativa.

LA GESTIONE DELL' ASSISTENZA TERRITORIALE

Il Distretto si configura come lo snodo fondamentale del processo assistenziale: rappresenta il momento intermedio attivo di valutazione della domanda, presa in carico del bisogno espresso, orientamento verso l' offerta, modulazione dell'offerta, in termini di efficacia/costi, verifica e controllo.

Per raggiungere tali obiettivi nel modello a regime le Aziende avranno cura di presidiare:

La sperimentazione di soluzioni organizzative tali da configurare il Distretto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accettazione territoriale ai quali compete l'attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in connessione con le risorse disponibili. In tale organizzazione il medico di base, primo interlocutore del cittadino, si rapporta al servizio distrettuale con modalità stabilite a livello aziendale e tramite soluzioni informatiche tali da agevolare il più possibile la comunicazione tra i medici stessi e i punti di accettazione;

La funzione di filtro, oltre che di informazione, configura la valenza strategica dell'organizzazione distrettuale, e a tal fine le Aziende si attiveranno per individuare meccanismi di valutazione multidimensionali dei bisogni al fine di calibrare gli interventi e le prestazioni sull' effettivo bisogno espresso.

Che la organizzazione dell'attività distrettuale sia tale da ottimizzare l'integrazione fra le funzioni sanitarie e socio-sanitarie di competenza del Distretto, sia con quelle delle strutture ospedaliere sia con quelle socio-assistenziali gestite dagli Enti locali o delegate all'A.S.L. dai Comuni e gestite a livello di Distretto. Le modalità organizzative per l'integrazione socio-sanitaria sono incentrate sullo strumento della convenzione/accordo fra A.S.L. ed Enti gestori

delle funzioni socio-assistenziali aventi sede nel proprio ambito territoriale, da stipularsi sulla base degli indirizzi stabiliti nei rispettivi atti di programmazione locale. Alla convenzione/accordo segue la definizione del protocollo operativo fra Distretto ed Ente o Servizio socio-assistenziale facente capo al proprio ambito territoriale, nel quale sono definiti i livelli ed i criteri di coordinamento delle prestazioni e dei servizi, le modalità di costituzione e funzionamento delle équipe professionali, le procedure a garanzia della progettazione comune ai fini dell'imputazione degli oneri.

IL DIRETTORE DI DISTRETTO

Il Dirigente individuato come Responsabile della gestione complessiva è titolare di tutti i poteri di gestione a lui delegati dal Direttore Generale e si avvale anche della Segreteria Amministrativa del distretto che si rapporta a lui in posizione di staff.

Nei confronti del Responsabile della gestione complessiva del distretto si realizza la procedura di attribuzione contrattata, degli obiettivi gestionali e delle inerenti risorse necessarie, prevista ed individuata dall'art. 20, comma 1, D. Lvo. 29/93.

Egli risponde direttamente al Direttore Generale, del rispetto del budget prefissato e del raggiungimento degli obiettivi gestionali attribuiti al Distretto.

Risponde altresì al Direttore Sanitario del rispetto delle indicazioni tecnico scientifiche, delle linee guida, delle procedure adottate.

Per tale connotazione egli è considerato sovraordinato gerarchicamente agli altri dirigenti di distretto, nei confronti dei quali attiva a sua volta i medesimi meccanismi responsabilizzanti del richiamato art. 20 D. Lvo 29/93.

Infatti, nel pieno rispetto dell'autonomia distrettuale, risulta evidente che tutti i dirigenti presenti nel distretto, siano essi responsabili di servizio, di sezione, di modulo, di una unità operativa o di percorso, sono coordinati dal responsabile della gestione complessiva, che in qualità di controllore del "budget" di distretto riceve espressamente la delega da parte del Direttore Generale al perseguimento degli obiettivi aziendali

Il Direttore di Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati nel distretto.

E' pertanto necessario che ogni Responsabile della gestione complessiva elabori uno specifico piano operativo delle attività distrettuali, da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale, all'interno del quale siano esplicitate le modalità operative delle linee di indirizzo già prefissate, i livelli d'integrazione delle attività, la strutturazione organizzativa delle funzioni nonché le modalità d'impiego delle risorse assegnate per il funzionamento dei servizi presenti o per favorire ed organizzare l'accesso dei cittadini residenti alle strutture e presidi, sia pubblici che privati.

La competenza del Responsabile di distretto comporta la gestione dei fattori produttivi, la esecuzione di atti adottati dal Direttore Generale o necessitati da leggi o regolamenti. Il Responsabile per la delega conferita, assicura la correttezza delle attività, attiva le istruttorie necessarie per la predisposizione delle proposte al Direttore Generale circa la adozione di atti discrezionali o di spesa che impegnano l'Azienda ASL.

Rappresenta inoltre la Direzione Generale Aziendale nei rapporti con i sindaci del distretto.

Il Distretto Sanitario costituisce il primario Centro di Responsabilità nella assegnazione del budget, o Centro di Responsabilità di II livello. Il Responsabile del Distretto articola il Budget in uno o più centri di responsabilità di I livello al suo interno.

Ad ogni cittadino viene correlata la corrispondente quota capitaria di finanziamento e ad ogni cittadino verranno correlati i rispettivi consumi. Al Responsabile del Distretto e al Medico di base competono le funzioni di governo di tali dinamiche attraverso la guida e la razionalizzazione del rapporto fra bisogni e prestazioni assicurate.

L'incarico di responsabile può essere attribuito dal Direttore Generale tra i medici dirigenti d'azienda, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed una adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

5.2.3 L'integrazione socio – sanitaria

L'integrazione delle politiche per la salute, che rappresenta una priorità del Piano Sanitario Nazionale, è lo strumento per promuovere la solidarietà e valorizzare gli investimenti di salute nella comunità locale, condizioni queste essenziali per migliorare l'efficacia degli interventi.

E' perciò necessario che, nell'approccio ad alcune aree di bisogno, gli interventi non siano più espressione frammentaria di episodiche mobilitazioni di risorse e/o attività, ma assumano la fisionomia di momenti altamente coordinati ed integrati tra loro disegnando, nella modalità di risposta ad un bisogno complesso, un progetto multidimensionale di intervento che necessariamente interessa la globalità della persona, nella sua sfera fisica, psichica e sociale.

Coerentemente con tale impostazione il D.Lgs. 229/99 e il successivo atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie (DPCM 14 febbraio 2001) definiscono le prestazioni sociosanitarie come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona 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".

L'integrazione socio-sanitaria, va realizzata in tre principali livelli:

nel livello istituzionale, attraverso la collaborazione fra istituzioni diverse per il conseguimento di comuni obiettivi di salute;

nel livello gestionale, attraverso l'integrazione delle risorse umane e materiali, individuando configurazioni organizzative tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;

nel livello professionale, attraverso la condivisione e l'adozione di linee-guida per migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi.

In questa prospettiva vanno promosse forti iniziative per superare gli ostacoli che nascono dalle resistenze a discriminare tra servizi e programmi, tra prestazioni e processi assistenziali, tra lavoro per compiti e per progetti e, soprattutto dalle resistenze a condividere informazioni e responsabilità su problemi complessi.

La normativa nazionale in materia ha individuato gli strumenti attraverso i quali qualificare l'integrazione:

il programma delle attività territoriali e le responsabilità del distretto per la sua predisposizione e valutazione (art. 3 quater D.Lgs 229/99);

i piani di zona dei servizi sociali e socio sanitari con l'individuazione del livello di gestione associata dei servizi, di norma coincidente con il distretto (L.328/2000);

la definizione delle prestazioni socio sanitarie delle aree maggiormente interessate e l'attribuzione per le diverse tipologie, della spesa a carico del S.S.N. e dei Comuni (art. 3 septies D.Lgs 229/99 e D.P.C.M. 14.02.2001).

In particolare il citato D.P.C.M. individua tre categorie di prestazioni socio sanitarie:

prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le cui attività sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Tali prestazioni, di competenza delle Aziende Sanitarie Locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali;

prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e, cioè, tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali prestazioni sono di competenza dei Comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilite dai comuni stessi sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata erogate nelle fasi estensive nonché di lungoassistenza;

prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Tali prestazioni, erogate dalle Aziende Sanitarie, a carico del FSR, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e riguardano, in particolare, l'area del materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV, patologie in fasi terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e della preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati all'assistenza. Tali prestazioni possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Sono riferite in particolare alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

Per qualificare gli interventi finalizzati all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal programma delle attività territoriali e dal piano di zona, a garanzia di integrazione di investimenti e risorse, di efficienza ed economicità e di continuità assistenziale.

I due strumenti, pertanto, devono essere gestiti all'interno di una unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria e comune, in ordine alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari da garantire sul territorio.

Il distretto sanitario è l'articolazione aziendale privilegiata dove realizzare l'integrazione socio-sanitaria. Esso dal punto di vista del modello organizzativo, si caratterizza come un "area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni.

Le Aziende Sanitarie, in attuazione di quanto disciplinato dalla Giunta Regionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento provvederanno a programmare e pianificare l'integrazione socio-sanitaria:

attraverso il piano attuativo locale, a livello aziendale;

mediante il programma delle attività territoriali indicando le attività e la localizzazione dei servizi del distretto e le risorse necessarie, a livelli distrettuale;

tramite l'accordo di programma con gli enti locali, in recepimento dei contenuti del programma delle attività territoriali e dal piano di zona, ove individuare le prestazioni ed i processi assistenziali da attivare le modalità di realizzazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e sanitaria e le risorse necessarie per garantirli rispettivamente a carico delle Aziende e dei Comuni interessati.

In ambito distrettuale è necessario individuare un collegamento tra i punti di accesso del distretto ai servizi sanitari ed i punti di accesso già funzionanti ai servizi socio-sanitari.

Per facilitare il cittadino nell'accesso ai servizi e garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi, l'obiettivo è quello di istituire sportelli unificati per l'accesso.

Con tale termine non si intende riferirsi, ovviamente, ad un unico luogo fisico di contatto con i cittadini, ma alla necessità di unificare le procedure, collegare e mettere in rete tutti i punti di accesso del distretto. Collegata direttamente alla funzione di accesso, particolare importanza assume, per quanto riguarda il settore socio-sanitario, la funzione di valutazione del bisogno e di predisposizione del piano personalizzato di assistenza.

5.2.4 Gli ospedali

LA REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

L'art. 8 della legge regionale, di cui il presente documento costituisce allegato, richiede che alla revisione della configurazione della rete ospedaliera, così come delineata dalla attuale pianificazione attuativa aziendale del PRO, si provveda con un nuovo strumento di programmazione, che la Giunta Regionale approverà, quale proposta al Consiglio entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente piano sanitario.

La rideterminazione del fabbisogno regionale di posti letto nel nuovo Piano Ospedaliero dovrà prendere in considerazione la tendenza contenuta anche nel D.L. 18.09.2000 n°347, convertito

con modificazioni nella L.16.11.2001 n°405, di un contenimento dei posti letto soprattutto in considerazione dei processi in atto e quelli da attivare relativi a:

la progressiva messa a regime del Day-Surgery;
il superamento delle Liste di Attesa;
l'integrazione Ospedale-Territorio.

DAY SURGERY

La chirurgia di giorno, o day surgery, è la modalità tecnico-organizzativa definita come "*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale*".

Con questa modalità assistenziale si ottiene migliore qualità di cura per il cittadino, ma anche il contenimento dei ricoveri impropri e l'abbattimento della relativa spesa in linea con gli attuali orientamenti di programmazione sanitaria contenuta nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Le Aziende Sanitarie dovranno progressivamente procedere all'attivazione della day-surgery sulla base delle:

caratteristiche delle strutture erogatrici delle prestazioni
procedure chirurgiche eseguibili in day-surgery
modalità organizzative dell'attività di day-surgery definite dalla Giunta Regionale.

LISTE DI ATTESA

Le liste di attesa rappresentano un momento particolarmente critico della percezione che i cittadini hanno della qualità del Sistema sanitario nazionale (SSN). Infatti le liste di attesa hanno a che fare con alcuni valori e principi fondamentali quali l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza delle prestazioni, l'equità geografica e tra gruppi sociali rispetto ai livelli assistenziali ed ai diritti di cittadinanza, nonché la cultura del servizio cioè l'atteggiamento di trasparenza ed attenzione verso l'utenza che fa del problema del cittadino un problema proprio dei servizi.

Il tema delle liste di attesa, quindi, non va considerato solo come un problema da affrontare specificamente, ma anche come una chiave interpretativa dei processi di programmazione, di organizzazione del lavoro, di valutazione, di miglioramento continuo e orientamento all'utente.

Quando i tempi di attesa diventano critici, ciò si trasforma in uno dei più gravi e diffusi motivi di insoddisfazione e protesta da parte dell'utenza e, soprattutto, in un possibile motivo di aggravamento della patologia, incidendo sulle possibilità di riuscita delle terapie. D'altronde, intervenire su questo fenomeno risulta difficile, oltre che per la sua ampia diffusione, anche per la multifattorialità delle cause e per il coinvolgimento nel processo di più istituzioni.

Infatti, il problema della gestione delle liste e dei tempi d'attesa è diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura delle prestazioni sanitarie.

La soluzione più semplice sembrerebbe essere l'aumento dei volumi dell'offerta e quindi l'aumento della capacità produttiva dei servizi: fare di più per soddisfare la domanda esistente. Certo non va negato che in alcune situazioni esiste un problema di offerta, ma valutando le diverse esperienze anche internazionali, in cui si è fatto ricorso a questo tipo di politica, si è visto che in tempi lunghi le criticità si sono ripresentate in quanto il sistema è dinamico, l'evoluzione

nel tempo consente che i criteri di accesso agli interventi si facciano più rilassati e quindi aumenta il volume della domanda; inoltre bisogna considerare l'introduzione di nuove tecnologie in ambito sanitario, cosicché la quota aggiuntiva di offerta si satura con la quota di nuove domande e il problema delle liste di attesa si ripropone.

Il problema della regolazione dell'offerta e quello del controllo della domanda vanno posti congiuntamente, avendo chiaro che agire sulla domanda attraverso la definizione dei criteri di accesso in funzione del bisogno clinico, deve trovare un corrispettivo nella costruzione delle condizioni organizzative che rendano quegli stessi criteri applicabili nella pratica.

Inoltre vanno tenute in considerazione:

caratteristiche cliniche dei pazienti che sono in lista d'attesa, i loro bisogni assistenziali e il tipo di intervento che stanno aspettando (interventi efficaci secondo il loro bisogno);

standardizzazione dei metodi di misurazione e valutazione dei tempi di attesa (i tempi di attesa possono essere diversamente definiti a seconda dei punti di riferimento temporali);

monitoraggio costante, routinario e metodologicamente adeguato dei tempi di attesa dei pazienti.

Nella nostra Regione il problema delle liste di attesa risulta essere particolarmente critico, soprattutto per la mancanza, in molte aziende sanitarie, dei centri di prenotazione unificati (C.U.P.).

A tal fine l'Assessorato alla Sanità e l'A.R.SAN. hanno realizzato un progetto, ai sensi della Legge 662/96, per la riduzione dei tempi di attesa e una attività di monitoraggio sulle prestazioni c.d. "critiche", individuate nella D.G.R. n. 4061 del 7/9/2001.

Obiettivi da perseguire nel breve e medio tempo per ridurre i tempi di attesa:

garantire al cittadino il diritto ad informazione certa;

assicurare la trasparenza delle procedure di gestione;

ridurre i tempi di attesa per alcune prestazioni prioritarie e critiche in ragione della frequenza e dell'impatto sullo stato di salute e dell'appropriatezza, che non riguarda solo l'appropriata indicazione di una prestazione, ma anche l'appropriato livello assistenziale in cui una prestazione deve essere erogata;

ridurre la disomogeneità tra attività istituzionale e libera professione per evitare situazioni di forte disagio per l'utenza e l'impressione di una gestione di tipo privatistico delle risorse pubbliche;

aumentare l'accessibilità attraverso sistemi informatici e CUP;

assicurare il rispetto dei tempi stabiliti e attuare misure di recupero in caso che questo non avvenga;

aumentare l'appropriatezza della domanda.

Azioni da intraprendere:

coordinamento della rete dei referenti aziendali;

attivazione di gruppi di lavoro regionali composti da rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità, rappresentanti dell'A.R.SAN., referenti aziendali e esperti esterni, finalizzati alla produzione di documenti di lavoro con valenza di proposta per linee guida o raccomandazioni;

realizzazione di campagne di informazione per il cittadino in ambito regionale e aziendale.

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La problematica dei rapporti ospedale-territorio ha il suo elemento nodale nella evidenza che si è realizzata, da parte di entrambe le strutture, una risposta distorta alla domanda di salute del cittadino. Infatti:

il distretto, attraverso le sue articolazioni, non soddisfa pienamente la domanda di prestazioni pur potenzialmente erogabili al di fuori dell'ospedale, rendendo talora obbligatorio per il cittadino il ricorso al pronto soccorso ed al ricovero;

l'ospedale, nell'intercettare questa domanda inevasa, la soddisfa spesso attraverso l'utilizzo improprio del ricovero.

Sostanzialmente, a fronte del bisogno di salute del cittadino, vi è da parte del distretto una risposta inadeguata e da parte dell'ospedale una risposta inappropriata.

E' dunque necessario porsi gli obiettivi di:

aumentare la capacità di risposta del distretto;
modulare l'appropriatezza della risposta dell'ospedale;
migliorare l'integrazione delle funzioni.

aumentare la capacità di risposta del Distretto:

Migliorare l'accessibilità

Istituire la attività di "front-office", sportello unico posto all'interfaccia tra cittadino e SSN, in cui sia possibile ricevere la risposta alla totalità delle richieste in termini di informazioni e prenotazioni, lasciando alle spalle di questo ufficio le settorializzazioni e articolazioni, sia tecniche che logistiche, della Azienda. Il front-office, rappresenta, di fatto, una estensione e qualificazione del ruolo dei CUP; esso ha infatti il compito non solo di coordinare il sistema delle prenotazioni e delle relative liste d'attesa, ma anche di integrare le prenotazioni degli ambulatori del territorio con quelle degli ambulatori degli ospedali compresi nel proprio bacino di utenza. Oltre all'aspetto della prenotazione, il front-office va configurato come "luogo di ascolto" del cittadino, come punto "intelligente" di informazioni all'utenza e come "terminale" della rete informativa bidirezionale con i MMG/PLS e con gli ospedali

Utilizzare a pieno gli strumenti normativi degli Accordi Collettivi, nazionali e decentrati dei MMG/PLS, con particolare riguardo ai punti relativi ad associazionismo e cooperazione, al fine di estendere in termini qualitativi e quantitativi la "copertura" della domanda degli assistiti da parte dei MMG/PLS. Obiettivo è adattare modalità di accesso ed orari di apertura degli ambulatori dei MMG/PLS alle reali esigenze dell'utenza ed ampliare i tempi della copertura del servizio in modo da realizzare, in cooperazione con le SAUT, un reale dispositivo di continuità assistenziale sul territorio.

Stabilizzare e razionalizzare l'assetto operativo e strutturale del sistema delle SAUT. Queste vanno coordinate con i presidi della continuità assistenziale. Tutto il sistema dell'emergenza-urgenza deve essere inteso non come semplice punto di smistamento verso l'ospedale o di emanazione di prestazioni di cui si richiederà la replica al MMG/PLS il giorno successivo. Per

questo scopo va proseguito ed ampliato il programma di formazione degli operatori e vanno dotati i punti SAUT di spazi, attrezzature e presidi per la diagnosi e la terapia idonei a consentire l'osservazione protratta del paziente ed una adeguata prima cura. Tale riconfigurazione dovrebbe comprendere l'attivazione, oggi tecnicamente ed economicamente agevole, di collegamenti di tele-medicina con gli ospedali, per ottenere il consulto specialistico e l'ausilio diagnostico senza spostare il paziente.

Rispondere a bisogni di maggiore complessità:

Amplificare la capacità del distretto, attraverso l'uso delle conoscenze tecniche ed organizzative innovative, di affrontare problematiche a maggiore complessità.

Necessario in tale prospettiva sarebbe:

determinare la possibilità, per i medici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, di effettuare l'osservazione breve del paziente e di somministrare terapie di prima cura o di elezione in pazienti stabilizzati, anche attraverso la diffusione dei sistemi di self help diagnostico e mediante la riqualificazione strutturale degli ambulatori

allargare le esperienze delle strutture sanitarie intermedie, con la possibilità di realizzare attività di cura a ciclo diurno anche in ambito extra ospedaliero; tali attività, pur permanendo nella sfera del ricovero e quindi nella piena pertinenza ospedaliera, potrebbero realizzarsi spostando, per problematiche patologiche tipicamente di elezione, il "contenuto" ospedaliero (operatori, conoscenze) in un "contenitore" (la struttura sanitaria intermedia) a minore complessità e dunque a minor assorbimento di risorse

Modulare l'appropriatezza della risposta dell'Ospedale:

Selezionare i ricoveri

È diffusa in tutti i Servizi Sanitari avanzati la tendenza alla de-ospedalizzazione. Tale tendenza ha origini complesse e multifattoriali, sia sul versante della variazione della domanda, sia sulla selezione di nuove modalità di risposta che si sono selezionate al di fuori dell'ospedale. L'ospedale come tale, però, può favorire, anche con la sua azione diretta, la qualificazione dei ricoveri attraverso:

adozione di protocolli condivisi, quali il PRUO (Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale), in modo da selezionare in maniera adeguata ed omogenea sul territorio regionale i pazienti realmente abbisognevole di ricovero

spostamento delle attività a bassa complessità verso i regimi a ciclo diurno e verso l'attività ambulatoriale

Riconoscere la remunerazione tariffaria dell'attività di P.S. ed osservazione breve.

Nonostante l'esistenza di correttivi tariffari e di tecniche di riequilibrio dei fondi nel riparto regionale, attualmente l'attività che gli ospedali realizzano nel pronto soccorso e nella osservazione breve non seguita da ricovero, non riceve una specifica remunerazione.

Tale attività ha peraltro caratteristiche di complessità e grado di assorbimento di risorse significativo. Risulta, pertanto, palese la tendenza di riequilibrare il mancato riconoscimento delle prestazioni erogate, attraverso un ricorso al ricovero con il conseguente riconoscimento della tariffa di degenza. Tali ricoveri, che spesso sono inferiori ad un giorno, configurano il prototipo dell'inappropriatezza del ricorso alla degenza, determinano un aggravio della spesa per il SSR e selezionano verso il basso la complessità della casistica trattata dagli ospedali.

Si può ovviare a tale tendenza mediante il riconoscimento di una specifica tariffazione, graduabile a seconda che la prestazione erogata sia stata di semplice visita, o che abbia richiesto ricorso alla diagnostica più o meno articolata, o che abbia richiesto l'uso di tecniche o presidi terapeutici più o meno complessi.

Migliorare l'integrazione

sviluppare e sostenere il rapporto MMG-Ospedale sia nel pre ricovero (prescrizione del ricovero di elezione, e non abuso della modalità di ricovero di PS o per auto-prescrizione), sia durante il ricovero (partecipazione alla consultazione clinica), sia nel post ricovero (continuità delle cure sulla base di linee guida comuni condivise)

utilizzare appieno le Carte dei Servizi, anche attraverso la lettura "trasversale" delle Carte prodotte dalle AA.OO. e dalle altre AA.SS.LL., per la conoscenza dell'offerta e l'indirizzo del paziente al servizio che offra la risposta più adeguata allo specifico bisogno di salute

attivare diffusamente, a partire dall'occasione dei progetti regionali già in corso, la Assistenza Domiciliare Integrata, che per la sua complessità organizzativa e per lo sforzo di integrazione che richiede, può avere ricadute positive anche fuori dal proprio specifico ambito di applicazione, costituendo le premesse metodologiche, culturali ed organizzative per una integrazione applicabile anche ad altri obiettivi assistenziali.

Mobilità Ospedaliera Passiva

La distanza è solo uno dei fattori che possono influenzare l'accessibilità del paziente ai servizi sanitari; tra gli altri vanno ricordati le liste d'attesa, l'attitudine personale agli spostamenti, il sesso, la situazione socioeconomica, la severità della malattia e la percezione dello stato di bisogno. Il fenomeno della mobilità sanitaria deriva inoltre da carenze (reali o presunte) che i cittadini o i loro "agenti" (medici curanti) rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni erogate nel territorio di residenza, laddove il giudizio soggettivo origina da impressioni legate alla scarsa qualità percepita e quello oggettivo alla carenza di specialisti, diagnostiche e/o strutture specializzate.

In entrambi i casi l'assenza di una politica di accoglienza e di indirizzo dei pazienti, il mancato coinvolgimento dei Medici di famiglia nelle politiche aziendali, la carente dotazione di alcune tecnologie delle aziende sanitarie e lo scarso comfort genericamente inteso, sono all'origine o aggravano il fenomeno della mobilità sanitaria.

DESCRIZIONE DEL FENOMENO

Nel 1999 sono stati erogati circa 1.208.800 ricoveri ospedalieri di cittadini campani, di questi 87972 (7%) sono stati eseguiti in strutture ospedaliere extraregionali. La compensazione finanziaria derivante è stata di lire 481,6 miliardi circa (pari al 11% del fatturato DRG per i ricoveri dei residenti in Campania).

Riepilogo dei ricoveri di residenti in Campania anno 1999	casi	% dei casi	importo	% dell'importo
Ricoveri in regione	1.120.838	92,7	L. 3.793.294.647.828	88,7
Ricoveri in altre regioni	87.972	7,3	L. 481.588.556.366	11,3
Totale dei ricoveri	1.208.810		L. 4.274.883.204.194	

L'andamento della migrazione sanitaria è costante per l'aspetto numerico negli ultimi anni (97-99), mentre è incrementato del 2% l'importo finanziario rispetto al 1998 (+ 9 miliardi).

Residenti in Campania	Ricoveri 1997	Ricoveri 1998	Ricoveri 1999
Dimessi da Istituti Campani	1.094.376	1.101.146	1.120.838
Dimessi da Istituti di altre Regioni	88.435	90.049	87.972
Dimessi totali	1.182.811	1.191.195	1.208.810

Quest'incremento è in parte contenuto da un aumento del 22% della mobilità attiva nella nostra regione.

La rappresentazione di questi dati come *tassi per mille abitanti* consente il confronto con le altre regioni d'Italia e rivela che i dati campani, sia di ospedalizzazione che di mobilità sanitaria passiva, sono in linea o migliori di altre regioni. Tuttavia, sia per il numero assoluto dei ricoveri, per il loro "peso" (equivalente del consumo medio di risorse) che per una mobilità attiva non rilevante, restano ingenti rispetto all'entità del finanziamento del SSR.

Tassi di ricovero per acuti per 1000 abitanti ordinati per migrazione		
Regione	Tasso di ricovero totale	Tasso di ricovero fuori regione
BASILICATA	218,96	53,6
MOLISE	202,1	46,0
VALLE D'AOSTA	204,37	38,6
PROV. AUTON. TRENTO	212,81	27,6
CALABRIA	208,31	27,4
ABRUZZO	236	23,4
MARCHE	214,49	19,8
LIGURIA	234,98	19,4
UMBRIA	226,56	18,8
CAMPANIA	202,9	14,9
PIEMONTE	192,21	14,0
PUGLIA	230,3	13,7
ITALIA	206,26	13,5
SICILIA	200,72	13,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	189,09	11,7
LAZIO	187,67	11,4
EMILIA ROMAGNA	214,32	11,1
PROV. AUTON. BOLZANO	207,87	10,3
TOSCANA	186,59	9,8
VENETO	204,11	8,5
LOMBARDIA	209,32	8,0
SARDEGNA	217,49	7,4
su dati S.I.S. del Ministero della Sanità, anno 1999		

Distribuzione dei ricoveri per regione

I ricoveri fuori regione sono stati effettuati in prevalenza presso strutture pubbliche. Il 13,5% è stato effettuato in regime di ricovero diurno (DH).

La metà dei ricoveri è avvenuto in regioni confinanti, il 45% in regioni del centro nord ed il 5% in altre regioni.

Regione di ricovero	% dei ricoveri totali	% importo totale	degenza media ordinaria	% ricoveri < 2 gg dei ricoveri ordinari	% DH + ric ord < 2 gg sul totale	peso medio
Regioni di confine	50	45	7,3	10	19	1,17
altre regioni (centro nord)	45	51	7,6	12	26	1,44

La tabella mostra che le caratteristiche dei ricoveri nei due gruppi di regioni sono significativamente diverse ed in particolare si differenziano nella *degenza media* dei ricoveri ordinari, nel più alto *peso medio* dei casi trattati dalle regioni settentrionali e, sempre per queste ultime, per la più alta percentuale di ricoveri di un giorno e day hospital.

A quest'andamento fanno eccezione alcune Aziende Ospedaliere, Universitarie e IRCCS di Roma, Potenza e San Giovanni Rotondo (FG) che, pur situate in regioni limitrofe, hanno una composizione della casistica e caratteristiche assimilabile a quelle settentrionali.

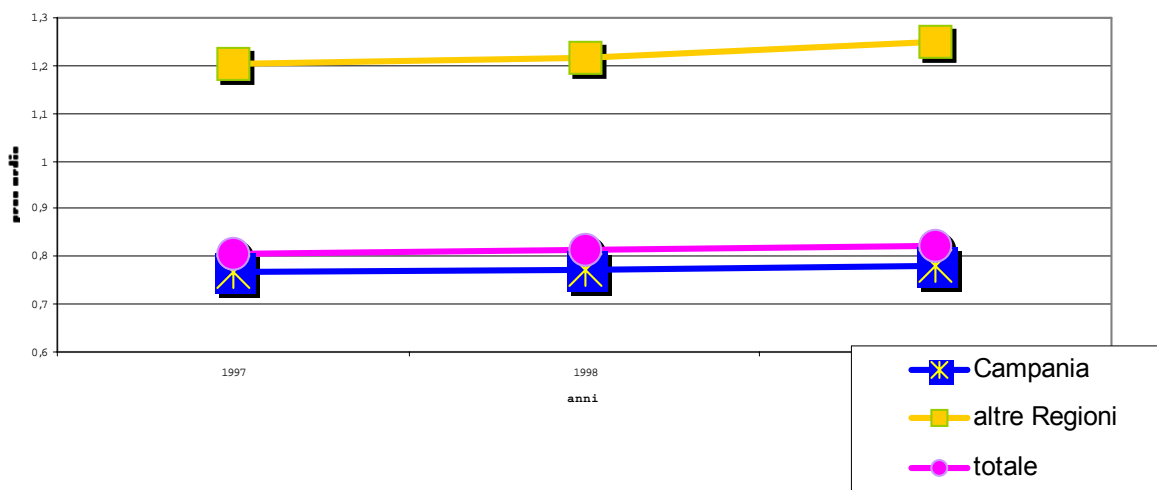
La tabella successiva mostra un lieve ma costante aumento dei ricoveri nelle regioni del nord Italia per il triennio 97-99.

Distribuzione percentuale dei ricoveri totali per regione			
Regione di erogazione	1997	1998	1999
Regioni di confine	51,2	50,9	49,7
Regioni nord Italia	40,2	40,6	41,5
altre regioni (< 2.000 casi)	8,5	8,5	8,8
Ricoveri totali	89.022	90.049	87.972

A fronte di un costante incremento del peso medio dei casi trattati fuori regione, per la Campania l'incremento appare più contenuto ed è dovuto principalmente all'attività dei presidi pubblici.

Andamento del Peso Medio dei Ricoveri Ordinari di residenti in Campania per regione di ricovero			
Regione di erogazione	1997	1998	1999
Campania	0,77	0,77	0,78
altre Regioni	1,20	1,22	1,25
totale	0,81	0,81	0,82

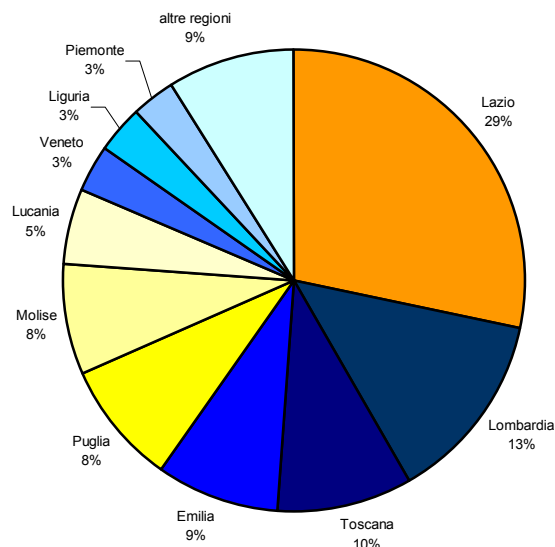
Andamento del Peso Medio dei Ricoveri Ordinari di residenti in Campania per regione di ricovero



Riepilogo dei ricoveri totali in mobilità ordinati per importo decrescente - anno 1999							
Rango	Regione	ricoveri	% casi	importo	% importi	importo medio	Peso medio
1	LAZIO	24.833	28,2	L. 127.280.823.700	26,4	L. 5.125.471	1,11
2	LOMBARDIA	11.767	13,4	L. 84.325.197.000	17,5	L. 7.166.244	1,63
3	EMILIA ROMAGNA	7.593	8,6	L. 45.746.765.000	9,5	L. 6.024.860	1,31
4	TOSCANA	8.446	9,6	L. 42.867.253.573	8,9	L. 5.075.450	1,21
5	PUGLIA	7.462	8,5	L. 40.086.776.180	8,3	L. 5.372.122	1,22
6	MOLISE	6.860	7,8	L. 29.216.347.000	6,1	L. 4.258.943	1,06
7	PIEMONTE	2.717	3,1	L. 20.936.886.038	4,3	L. 7.705.884	1,87
8	LUCANIA	4.568	5,2	L. 20.084.470.600	4,2	L. 4.396.776	1,02
9	LIGURIA	2.938	3,3	L. 17.912.355.000	3,7	L. 6.096.785	1,48
10	VENETO	3.074	3,5	L. 15.896.062.055	3,3	L. 5.171.133	1,29
11	ABRUZZO	1.768	2,0	L. 12.301.998.000	2,6	L. 6.958.144	1,42
12	UMBRIA	1.111	1,3	L. 5.868.178.600	1,2	L. 5.281.889	1,22
13	CALABRIA	1.965	2,2	L. 5.554.081.870	1,2	L. 2.826.505	0,85
14	FRIULI VENEZIA GIULIA	756	0,9	L. 4.836.711.400	1,0	L. 6.397.766	1,47
15	MARCHE	934	1,1	L. 4.384.793.600	0,9	L. 4.694.640	1,03
16	SICILIA	535	0,6	L. 1.687.467.000	0,4	L. 3.154.144	0,90
17	P. A. di TRENTO	301	0,3	L. 1.583.431.000	0,3	L. 5.260.568	1,09
18	SARDEGNA	217	0,2	L. 536.586.100	0,1	L. 2.472.747	0,83
19	P. A. di BOLZANO	108	0,1	L. 395.652.650	0,1	L. 3.663.450	0,96
20	VALLE D'AOSTA	19	0,0	L. 86.720.000	0,0	L. 4.564.211	0,97
	Totale	87.972		L. 481.588.556.366		L. 5.474.339	1,25

La distribuzione dei ricoveri, ordinata in base all'importo decrescente della compensazione finanziaria, mostra che la regione Lazio assorbe il 28% dei ricoveri, seguita da 3 regioni settentrionali con il 32% complessivo (Lombardia, Emilia e Toscana) e da due regioni di confine (Puglia e Molise) con il 16% dei ricoveri.

Distribuzione percentuale dei ricoveri in mobilità per regioni - anno 1999



Per la regione Lazio l'analisi è stata approfondita a livello provinciale in quanto l'andamento dei ricoveri segue due patterns completamente differenti:

Regione Lazio	Ricoveri	% dei Ricoveri	Peso medio	Importo medio
Roma	19.183	68,7	1,15	L. 5.195.183
altre province laziali	8.738	31,3	0,93	L. 4.532.673
Totale	27.921	100	1,08	L. 4.987.847

La maggioranza dei ricoveri avviene a Roma e provincia e mostra un peso medio significativamente più elevato (p.m. 1,15 vs. 0,93), peso medio derivante da una tipologia di ricoveri più impegnativa come consumo di risorse (dati 1998).

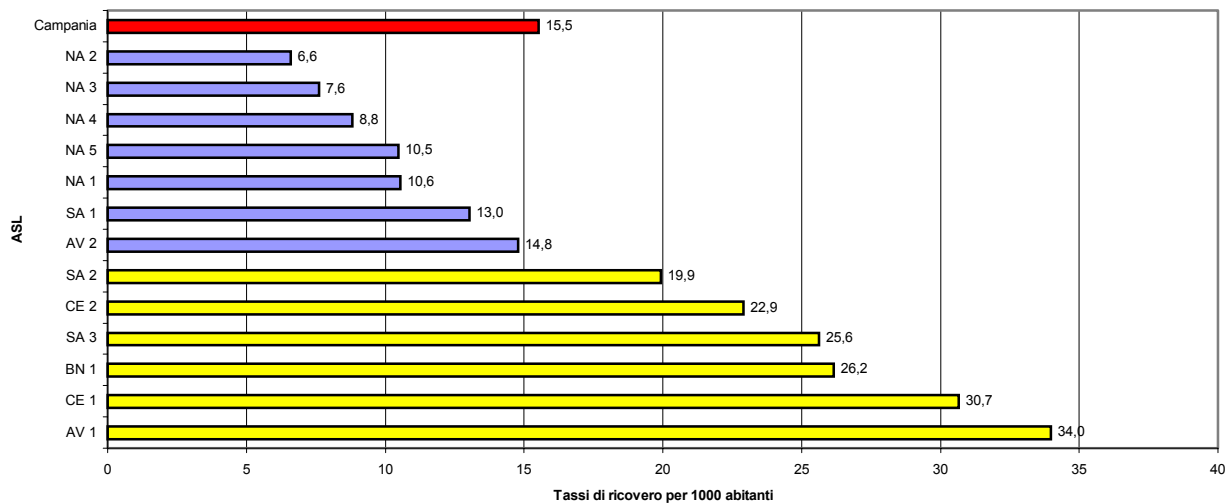
Complessivamente, il 42% dei ricoveri nel Lazio proviene dalla provincia di Caserta.

Distribuzione dei ricoveri per ASL di residenza

La distribuzione dei ricoveri per ASL di residenza dei pazienti in mobilità evidenzia un più frequente ricorso alla migrazione per i cittadini delle aziende di confine.

I tassi di ricovero fuori regione delle aziende di Caserta 1 e Avellino 1 superano rispettivamente il 90° ed il 95° centile.

Tassi di ricovero extraregionale - anno 1998
(in giallo le ASL di confine)



Nel “*Rapporto sulla Mobilità Ospedaliera Passiva*”, diffuso dall’ARSAN, vengono riportate, per ogni ASL, schede riepilogative sulla casistica in mobilità distinta per DRG chirurgici, non chirurgici, pediatrici e geriatrici. Viene inoltre esposto il riepilogo per regione, il tasso grezzo per mille abitanti, l’importo medio per caso e la spesa media per residente.

Distribuzione dei ricoveri per età

distribuzione percentuale dei ricoveri totali di residenti in Campania per classe d'età - anno 1999		
classe d'età	in Campania	fuori regione
0 - 14	14,7	13,2
15 - 64	59,2	58,4
=> 65	26,1	28,5

La distribuzione percentuale per fascia d'età mostra che, in proporzione, è più rappresentata la popolazione ultrasessantacinquenne e meno quella pediatrica.

Tipo di Ricovero in pazienti < 14 anni	Ricoveri	% dei ricoveri	Importo totale	% dell'importo
Totale DRG medici	11.028	78,5	L. 28.526.718.961	56,4
Totale DRG chirurgici	2.335	16,6	L. 19.958.159.194	39,5
Totale DRG non M non C	688	4,9	L. 2.093.456.919	4,1
Totale dei ricoveri pediatrici	14.051	100,0	L. 50.578.335.074	100,0

L'età pediatrica presenta una maggiore frequenza di ricoveri medici (circa il 79% del totale, dati 1998) e sono rappresentati principalmente da malattie neurologiche e/o psichiatriche, su base organica, malattie renali, malattie neoplastiche.

I ricoveri con intervento chirurgico, per rango finanziario, sono rappresentati in primo luogo da trapianti (di midollo osseo e di fegato), da 3 interventi sul sistema cardiovascolare, da craniotomia (quasi sempre su base tumorale), da interventi sul pene (base malformativa), rene, uretere e vescica, su anca e femore.

I ricoveri dei pazienti anziani sono di tipo medico nel 70% dei casi ma l'importo dei casi chirurgici eguaglia quello medico.

Tipo di Ricovero in pazienti > 65 anni	Ricoveri	% dei ricoveri	Importo totale	% dell'importo
Totale DRG medici	15.000	66,9	L. 71.839.427.013	49,9
Totale DRG chirurgici	7.413	33,0	L. 72.170.590.005	50,1
Totale DRG non M non C	22	0,1	L. 43.081.700	0,0
Totale dei ricoveri geriatrici	22.435	100,0	L. 144.053.098.718	100,0

I ricoveri medici sono rappresentati da malattie degenerative del sistema nervoso e cerebrovascolari specifiche, da malattia polmonare cronica ostruttiva e da neoplasie respiratorie, insufficienza cardiaca, altre malattie tumorali, cirrosi, artrosi e discopatie.

Gli interventi chirurgici da protesi d'anca, da 5 diversi interventi cardiovascolari, interventi sul cristallino, interventi per neoplasie varie (tracheotomia, int. Maggiori sul torace e su rene, uretere e vescica).

Distribuzione dei ricoveri ordinari per Classificazione Diagnostica Maggiore

L'uso della Classificazione Diagnostica Maggiore (MDC) permette di raggruppare i DRG per apparati o organi o gruppi di malattie consentendo valutazioni, in prima approssimazione, sulle specialità cliniche che maggiormente risentono del fenomeno della mobilità e che richiedono pertanto una attenta valutazione delle modalità assistenziali erogate in Campania.

La tabella seguente riporta, in ordine di rango finanziario, la distribuzione dei ricoveri ordinari, per numerosità, per percentuale di interventi chirurgici e per importo, dell'anno 1999. Nelle ultime due colonne riporta, per le stesse MDC, la percentuale dei ricoveri e degli importi fuori regione rispetto al totale dei ricoveri dei residenti in Campania.

distribuzione dei ricoveri ordinari in mobilità per classificazione diagnostica maggiore (mdc) ordinati per importo finanziario - anno 1999		ricoveri ordinari in mobilità passiva			% in mobilità sul totale dei ricoveri di residenti	
Rango	Descrizione	Dimessi	% chirurgici	Importo	Dimessi	Importo
1	5 - malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	8.802	39,0	L. 83.316.422.089	7,1	12,6
2	8 - malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	10.518	48,3	L. 53.849.903.879	8,7	12,1
3	00 - pre mdc (trapianti di fegato, di midollo osseo e tracheotomie)	463	100,0	L. 36.344.857.351	34,6	44,7
4	1 - malattie e disturbi del sistema nervoso	5.607	19,9	L. 32.835.567.672	8,1	9,3
5	11 - malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	5.282	33,1	L. 31.181.122.708	12,0	16,4
6	6 - malattie e disturbi dell'apparato digerente	5.708	35,8	L. 26.452.034.676	5,2	7,2
7	4 - malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3.621	10,7	L. 22.336.802.762	5,6	7,2
8	17 - malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	3.857	12,1	L. 21.838.788.592	14,2	16,6
9	7 - malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3.332	24,8	L. 21.484.157.771	7,7	9,0
10	9 - malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	3.569	33,7	L. 14.234.050.883	6,5	10,7
11	2 - malattie e disturbi dell'occhio	4.338	85,2	L. 13.908.681.747	11,2	12,4
12	10 - malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	3.022	29,3	L. 13.083.434.409	15,1	16,3
13	3 - malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	3.283	56,2	L. 10.847.325.937	6,1	8,0
14	13 - malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.068	62,2	L. 8.132.467.141	5,6	7,5
15	19 - malattie e disturbi mentali	1.697	1,8	L. 7.512.884.254	14,6	11,7
16	14 - gravidanza, parto e puerperio	2.407	41,5	L. 6.572.007.020	2,4	2,3
17	12 - malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.396	70,8	L. 6.182.233.893	6,7	8,9
18	16 - malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sist. immunitario	722	15,1	L. 4.171.464.296	8,7	9,1
19	21 - traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	855	32,6	L. 3.463.203.897	6,6	11,4
20	26 - non raggruppabile (int. chir. non correlati alla diagnosi, diagnosi non valida ecc.)	343	95,6	L. 3.240.960.602	10,3	11,9
21	18 - malattie infettive e parassitarie	414	9,9	L. 2.579.429.281	6,8	9,7
22	23 - fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	878	16,7	L. 2.415.113.596	8,8	8,9
23	15 - malattie e disturbi del periodo neonatale	349	-	L. 1.847.739.759	1,5	2,0
24	24 - traumatismi multipli rilevanti	85	51,8	L. 1.240.904.604	14,8	16,7
25	25 - infezioni da h.i.v.	65	-	L. 559.504.820	3,8	3,5
26	22 - ustioni	54	38,9	L. 549.417.100	9,0	10,6
27	20 - abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	170	-	L. 396.482.374	14,8	16,8
	Totale dei ricoveri ordinari	72.905	37,7	L. 430.576.963.113	7,2	10,6

In ordine all'importo, risultano al primo rango le malattie dell'apparato cardiovascolare con 83 miliardi circa di mobilità passiva ed il 39% di casi chirurgici. Complessivamente, per le malattie cardiovascolari, il 7% dei residenti in Campania si reca fuori regione.

Al secondo posto, ma prime per numero di ricoveri, le malattie muscolo scheletriche e del connettivo (54 mld.) con il 48% di interventi chirurgici. Per questa MDC il 9% dei campani migra in altre regioni.

Al terzo posto compaiono trapianti di midollo osseo, di fegato e tracheotomie (da malattie in genere neoplastiche). Per queste malattie, ed in particolare per i trapianti, complessivamente il 35% necessita di assistenza ospedaliera extraregionale.

Seguono le malattie del sistema nervoso (32,8 miliardi) e quelle del rene e delle vie urinarie (33% di interventi chirurgici e 12% di fuga).

La mobilità sanitaria è un buon indicatore, insieme alla determinazione del grado di soddisfazione dell'utenza, della *qualità percepita* dall'utente rispetto all'assistenza sanitaria erogata.

In tal senso, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 pone il rafforzamento dell'autonomia decisionale degli utenti come obiettivo prioritario.

Va tuttavia evidenziato che, il tasso di fuga per mille abitanti, illustrato nella prima parte, pur se superiore a quello medio nazionale (13,5), pone la Campania al decimo rango (14,9).

Il fenomeno quindi è rilevante in termini assoluti (la Campania è la seconda regione d'Italia per numerosità della popolazione), per le modalità di finanziamento del fondo sanitario regionale e di compensazione interregionale più che in termini relativi ai tassi di popolazione.

L'analisi della casistica dei ricoveri fuori regione differenzia due sottogruppi, uno relativo alla mobilità ospedaliera di confine caratterizzato da una casistica generica di basso *peso medio* (a cui corrispondono tariffe di rimborso medio - basse) ed uno relativo ad altre regioni non confinanti (centro - nord Italia) composto da ricoveri di media - alta specialità con tariffe corrispondenti (rispettivamente il peso medio corrisponde a 1,17 per le regioni di confine ed a 1,44 per le regioni del centro nord). A questa distribuzione fanno in parte eccezione le casistiche relative ai casi trattati negli ospedali di Roma e, in misura minore, di Potenza e S. Giovanni Rotondo (FG) che, pur situati in regioni confinanti, hanno una composizione e caratteristiche sovrapponibili a quelle di alcune regioni del centro - nord.

Ulteriori distinzioni tra i due sottogruppi riguardano la durata della degenza ed il ricorso alla modalità assistenziale in ricovero diurno (day hospital) che vede le regioni del centro - nord erogare ricoveri con degenze medie in genere più lunghe (7,6 vs. 7,3 gg.) ed un maggiore ricorso ai ricoveri diurni e ordinari di un giorno (26% vs. 19% per le regioni di confine).

Questi comportamenti sono in buona parte giustificati dal maggiore impegno assistenziale legato alla tipologia dei casi ma sono anche dovuti alle difficoltà logistiche dei pazienti. In altri termini, i ricoveri in regioni non confinanti comportano alti costi indiretti ed intangibili a carico dei pazienti e un più alto rischio di inappropriatazza, rispetto al regime di ricovero (per i ricoveri ordinari di un giorno), legato alle difficoltà logistiche degli stessi. Com'è ovvio l'inappropriatazza rispetto al regime ha conseguenze economiche nella compensazione finanziaria interregionale.

Inoltre, per alcune importanti categorie di pazienti quali i neoplastici, i trapiantati, quelli con affezioni cardiovascolari, è evidente il precedente ricorso al ricovero (in genere diagnostico) presso gli ospedali della nostra regione prima di richiedere assistenza fuori regione. Ciò comporta, a parità di patologia, sia gravi disequità per i pazienti sia costi assistenziali molto più alti per i cittadini campani (doppio ricovero diagnostico e ritardo nell'inizio della terapia) rispetto a quelli di altre regioni.

Quest'ultimo problema potrebbe, inoltre, avere rilevanza anche rispetto agli esiti dei trattamenti, con particolare ma non esclusivo riguardo ai pazienti neoplastici, in quanto il ritardo della diagnosi (dovuto alla riconferma diagnostica fuori regione) e la maggiore latenza tra diagnosi e inizio del ciclo terapeutico possono determinare prognosi ed esiti peggiori per i pazienti in mobilità sanitaria.

Sembra evidente, da queste premesse, l'interesse anche strategico, per la Regione Campania e per le altre regioni meridionali, di condurre valutazioni e studi sull'appropriatazza, sull'equità e

sull'esito dei ricoveri in mobilità passiva sia a livello di Conferenza Stato – Regioni sia nell'ambito di progetti finalizzati ex art. 12 bis D. lgs. 502/92.

L'analisi della mobilità ospedaliera passiva evidenzia due principali fenomeni legati a differenti problematiche assistenziali ed inversamente proporzionali alla distanza dal domicilio, il primo derivante da una scarsa o assente assistenza ospedaliera, in alcune zone di confine della ns. regione, caratterizzata da una casistica generica e di basso peso medio (che potremmo definire *mobilità sostitutiva*) con modici disagi e bassi costi indiretti per i pazienti, il secondo caratterizzato invece da malattie richiedenti assistenza di livello medio – alto, più lunghe distanze dal domicilio, maggiori disequità e costi indiretti per il paziente, ricoveri ripetuti e ad alto rischio di inappropriatelyzza, possibili disuguaglianze in termini di esiti di salute e alti costi di compensazione (*mobilità integrativa*).

In riferimento alla “mobilità sostitutiva” non appare realistica la possibilità di aumentare le dotazioni ospedaliere delle ASL campane, tranne che per alcune eccezioni dove il potenziamento e il miglioramento qualitativo dell'assistenza di ospedali già esistenti potrebbe, almeno in parte, incidere sul fenomeno, e sembra più opportuno negoziare con le regioni limitrofe accordi basati sull'erogazione di alcune prestazioni per acuti a tariffe concordate, ridefinendo nel contempo i bacini d'utenza ospedaliera.

Le eccezioni su cui sembra possibile intervenire in tempi brevi ed a costi di investimento contenuti sono costituite dalle malattie ortopediche e da quelle oculistiche dove, in prima approssimazione, le dotazioni strutturali risultano non lontane dal fabbisogno riportato nel Piano Ospedaliero Regionale.

È possibile che, per questi casi, un'attenta revisione delle tariffe regionali possa promuovere ulteriormente il recupero della mobilità, in particolare accrescendo la competitività degli istituti privati accreditati.

Per gli istituti pubblici, l'incompiuto passaggio al finanziamento a tariffe predeterminate crea il problema di come porre obiettivi specifici per le attività ospedaliere.

Strategicamente può essere valutata l'ipotesi di una graduale transizione da effettuarsi ponendo come base di calcolo il fatturato desunto dai DRG prodotti integrato da fondi aggiuntivi legati alle funzioni tipiche della ospedalità pubblica (Emergenza sanitaria, pronto soccorso, rianimazione, trapianti, assistenza neonatale e pediatrica, malattie infettive, SPDC ecc.) e da fondi connessi ad obiettivi specifici di attività (p. es. sugli interventi ortopedici e oculistici descritti).

Il necessario aumento del “peso medio” e dell'indice operatorio dei ricoveri ospedalieri può essere agevolato da tutte le iniziative tendenti alla deospedalizzazione ed alla incentivazione del ricorso al ricovero diurno.

È fondamentale, nel contempo, avviare una politica regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in particolare se sono stati posti come obiettivi regionali. Ciò potrà essere più agevolmente effettuato tramite la determinazione epidemiologica dei bisogni assistenziali specifici per alcune patologie.

Nel caso invece della “mobilità integrativa” essa sembra rivelare che le strutture ospedaliere campane deputate alla assistenza di media o elevata specialità presentano una capacità operativa, non ancora allineata ai bisogni dei cittadini, associata ad una negativa “immagine” percepita dagli utenti sia per le lunghe liste d'attesa, sia per lo scarso comfort alberghiero.

OBIETTIVI

Gli obiettivi regionali sono:

la valutazione della capacità operativa e dell'efficienza complessiva delle divisioni esistenti;
il monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e degli esiti degli interventi effettuati al fine di tutelare ed informare l'opinione pubblica;
il recupero graduale della mobilità sanitaria passiva, in particolare per interventi chirurgici, promuovendo anche il ricorso al ricovero diurno ed alla cd. "day surgery".

AZIONI

Le azioni sono:

la promozione di iniziative di addestramento e aggiornamento professionale finalizzate all'adozione di tecniche chirurgiche avanzate;
la proposizione di obiettivi per le aziende sanitarie finalizzati al recupero graduale della mobilità sanitaria per malattie chirurgiche vigilando nel contempo sull'appropriatezza dei ricoveri e sulla qualità delle procedure;
la revisione delle tariffe regionali in particolar modo di quelle relative al ricovero diurno e day surgery;
la promozione di convenzioni tra i centri campani e quelli di riferimento extraregionali per la stipula di accordi sui percorsi diagnostico terapeutici e sui protocolli di trattamento affinché il follow up dei pazienti, ed in particolare i trattamenti chemioterapici, vengano effettuati nei centri campani.

5.2.5 La rete integrata dei servizi

Nella Regione Campania esistono differenze sostanziali fra aree geografiche in termini di accessibilità, livello di utilizzazione dei servizi, risultati finali e costi della medesima funzione.

Questa variabilità è attribuibile sia a tradizioni locali profondamente radicate - relative alla storia della offerta, dei servizi e alle abitudini e aspettative della popolazione - sia alle strategie assistenziali e ai comportamenti professionali degli operatori.

Diseguaglianze nei profili dell'assistenza ricevuta da cittadini con problemi clinici simili, siano esse dovute a differenze nell'offerta dei servizi o ai comportamenti professionali degli operatori, rappresentano in ogni caso l'esempio manifesto di una non uniformità del sistema, che può nascondere problemi di equità ed è in ogni caso indice di problemi di efficienza allocativa o di efficienza operativa della singola struttura.

Il superamento di tali criticità può realizzarsi con la definizione di modalità di integrazione delle attività assistenziali erogate dalle Aziende Sanitarie attraverso tutti i soggetti accreditati e di forme di collaborazione tra le stesse in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano.

Una rete integrata di servizi infatti:

garantisce ai cittadini maggiore uniformità relativamente alla accessibilità e alla qualità dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del SSR;

attiva processi di sussidiarietà tra le diverse forme e livelli di intervento;

garantisce livelli e forme dell'offerta per una produzione efficiente dei servizi.

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE INTEGRATE DEI SERVIZI E LIVELLI OPERATIVI

Il termine “rete” indica che l’assistenza è prodotta e distribuita attraverso una rete di interconnessione fra équipes multiprofessionali, nella quale la gestione delle relazioni, anziché la centralizzazione della produzione, è l’elemento organizzativo di maggior rilievo.

Il termine “*integrata*” pone l’accento sulle esigenze di governo, contro i rischi di diluizione e di dispersione delle attività. La individuazione della rete di servizi, e la conseguente attenuazione dei confini formali con l’allargamento delle aree di intervento dei singoli servizi, non deve comportare una riduzione delle possibilità di esercizio della funzione di verifica e controllo. Lo sviluppo della organizzazione in rete dei servizi deve quindi procedere di pari passo con la compiuta attuazione del nuovo sistema di governo aziendale.

Il termine “*servizio*” pone l’accento sulla tipologia di prodotto offerto, rappresentato appunto dalla erogazione di un servizio integrato, non dalla produzione di prestazioni.

Il modello di organizzazione adotta come modalità di relazione fra i punti di erogazione la mobilità degli operatori, in luogo della mobilità dei pazienti, in funzione della centralizzazione delle competenze professionali e delle risorse strutturali e rafforza le interdipendenze funzionali fra i servizi presenti nello stesso ambito territoriale, facilitando l’integrazione e la continuità dell’assistenza.

LIVELLI DI OPERATIVITÀ

La logica di rete si applica:

a livello dell’intero sistema sanitario regionale;

a livello del sistema dei servizi aziendali e intra-aziendali;

a livello dei singoli servizi.

A livello del sistema regionale la logica di rete è realizzata nel collegamento e nell’organizzazione dei Centri di riferimento e nell’identificazione delle unità operative di alta specialità.

A livello aziendale, la logica di rete si esprime nella integrazione delle prestazioni in processi di produzione di servizi in favore di specifiche categorie di soggetti o nell’ambito di programmi di intervento su specifici obiettivi.

A livello intra-aziendale, la logica di rete si evidenzia nella necessità di integrare i piani di attività delle diverse unità operative secondo programmi orizzontali, orientati a sottogruppi di popolazione e focalizzati sul servizio reso anziché sulla prestazione prodotta.

A livello del singolo servizio, la logica di rete si esprime nella organizzazione di servizi ambulatoriali o di day-hospital, dedicati a problemi clinici specifici che permettono l’approccio “completo” al problema attraverso il singolo accesso, garantendo l’integrazione di tutte le competenze e le tecnologie diagnostiche (ed eventualmente terapeutiche) necessarie.

A qualsiasi livello di operatività, lo sviluppo di un’organizzazione per “reti integrate” richiede comunque almeno cinque condizioni essenziali:

la definizione della numerosità della popolazione necessaria per sostenere una rete di servizi o, in altro modo le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali, oltre i quali cessano di circolare operatori e cominciano a muoversi i pazienti;

la individuazione dei servizi presenti e le loro relazioni funzionali, distinguendo, nell’ambito di una determinata funzione, i servizi essenziali - che devono essere presenti e contigui nei diversi

nodi di produzione - dai servizi e dalle attività complementari e da quelle integrative, che possono essere collocate in qualunque altro punto della rete;

lo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze relazionali necessarie per la creazione e la gestione di équipes multiprofessionali. Il carattere essenziale dei team multidisciplinari, indipendentemente dal livello a cui si realizzano, è quello di organizzarsi attorno ad una ristrutturazione dei processi assistenziali orientati a specifici programmi, al di fuori delle linee di autorità tradizionalmente separate e distinte per ciascuna professione. Lo sviluppo e la gestione efficace dei team multidisciplinari rappresenta, pertanto, l'elemento più critico nell'organizzare, a qualsiasi livello, risposte assistenziali integrate ed orientate per problemi;

lo sviluppo del sistema delle comunicazioni, logistiche e professionali, sia per la conservazione nel tempo e la trasmissione a distanza delle informazioni cliniche necessarie per la gestione della assistenza ai pazienti, sia per la produzione e l'utilizzo condiviso di linee di guida e di percorsi assistenziali;

la definizione di un preciso sistema di articolazione delle autonomie e delle responsabilità, sia gestionali sia tecnico-professionali.

5.3 La Spesa

5.3.1 Gli strumenti di governo della spesa

Il contesto normativo vigente richiede che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali assicurino che il pieno utilizzo delle risorse disponibili sia finalizzato esclusivamente all'esercizio delle funzioni ed alla erogazione delle prestazioni sanitarie che massimizzino quali-quantitativamente la soddisfazione dei bisogni di assistenza dei cittadini, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza stabiliti dal PSN, dei livelli di assistenza integrativa definiti dalla programmazione regionale, nonché dei livelli di assistenza integrativa soci-sanitaria definiti dalla programmazione regionale, ancorchè da attuarsi da parte dei comuni.

Il periodo 1995-2000 si concluderà con un disavanzo complessivo di amministrazione pari a circa 4.700 miliardi, solo in parte ripianabili dallo Stato, che in assenza di interventi di carattere strutturale sull'assetto organizzativo del SSR, è prevedibilmente destinato ad incrementarsi ulteriormente di circa 1.000 miliardi l'anno. Il costante squilibrio tra quota del FSN assegnata alla nostra Regione e spesa corrente influisce di per sé negativamente sulla qualità dell'assistenza determinando, periodicamente, tensioni e disagio tra gli operatori che si traducono, in ultima istanza, in disagi ed abbassamento qualitativo del servizio a carico dei cittadini.

La svolta federalista in campo tributario ed amministrativo e la conseguente nuova modalità di determinazione e riparto delle risorse destinate a finanziare il SSN tende a vincolare maggiormente il livello di spesa a quello effettivamente sostenibile da ciascuna regione in funzione del reddito ivi prodotto e della conseguente base imponibile da questo determinabile.

A prescindere dall'evoluzione normativa in materia federalista e dalle azioni che dovranno essere messe in campo per contrastare un modello federale che penalizzi le regioni meridionali e soprattutto la Campania nell'attribuzione delle risorse, comunque è necessario perseguire azioni che consentano nell'arco di un triennio di raggiungere:

l'equilibrio finanziario strutturale tra entrate ed uscite;

l'esclusivo e pieno utilizzo delle risorse disponibili ai fini della realizzazione degli obiettivi del PSR.

La possibilità di intervento è condizionata dalla individuazione di quegli strumenti di governo della spesa che siano realmente ed efficacemente in grado di incidere sui diversi meccanismi generatori della stessa. Non sempre, infatti, i determinanti caratteristici della struttura della domanda assistenziale descrivono e traducono fedelmente le reali componenti del bisogno assistenziale e, parallelamente, non sempre i caratteri dell'offerta costituiscono la idonea risposta al soddisfacimento di questo. La competizione, ad esempio, tra i diversi soggetti erogatori può non esaurirsi in una mera redistribuzione di quote di mercato a favore dell'operatore più competitivo, ma può generare anche fenomeni di induzione di nuova domanda, attraverso iniziative di diversificazione e/o incremento della gamma di prestazioni offerte e quindi acquistabili che si traducono, in ultima analisi, in una crescita del fatturato totale e, conseguentemente, della spesa sanitaria. In altri casi possono evidenziarsi spinte o movimenti di opinione tesi al mantenimento di alcune tipologie di prestazioni al fine di giustificare la sopravvivenza di strutture o di prodotti altrimenti non più attuali, o di converso, iniziative tese ad incrementare nuove tipologie di prestazioni per garantire la giusta

remunerazione agli investimenti effettuati. In una situazione di risorse limitate il Governo Regionale ha pertanto il compito di indirizzare tutte le energie e le spinte all'innovazione che la competizione favorisce, a vantaggio esclusivo della qualificazione dei servizi ed alla modulazione degli stessi sugli effettivi bisogni del cittadino.

L'osservanza del principio della "esclusiva finalizzazione del pieno utilizzo delle risorse al perseguimento degli obiettivi del PSR" vincola tutti i soggetti pubblici e privati legittimati ad operare nell'ambito del SSR.

Le Aziende Sanitarie informano a tale principio tutte le attività di propria competenza, sia quali produttori diretti di assistenza, sia quali acquirenti di prestazioni erogate da terzi soggetti accreditati.

Molteplici sono i meccanismi che determinano la dimensione e la variabilità delle componenti in cui si articola la spesa nel suo complesso e questa circostanza rende necessaria un'attenta scelta e modulazione di strumenti altrettanto diversi a seconda delle aree di intervento.

Nel caso di prestazioni erogate in regime diretto e per le altre attività istituzionali a contenuto non assistenziale le Aziende Sanitarie dovranno focalizzare l'attenzione sulla tipologia e volume dei fattori impiegati e definire la propria organizzazione al fine di:

Eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali ed organizzative nell'area dei servizi e delle attività di supporto, al fine di rendere effettivamente alternative le opzioni di tipo "make or buy", nel caso di affidamento a terzi di tali attività e servizi.

Dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile, a seguito della definizione del piano delle prestazioni, di cui meglio si tratterà appresso, tenendo conto della quota di queste potenzialmente erogabili dall'insieme degli operatori accreditati, sulla base di valutazioni sui trend delle diverse componenti della domanda, orientando prioritariamente i propri interventi verso aree di bisogno che risultino non ancora adeguatamente soddisfatte.

Eliminare fenomeni di autodomanda sia nella area delle attività assistenziali sia in quella delle attività connesse all'esercizio di funzioni a rilevanza pubblicistica

Individuare, con obbligo di rendicontazione separata e verifica di risultato, le risorse da destinare alla realizzazione di interventi ritenuti idonei a migliorare il livello qualitativo della assistenza sanitaria erogata dai presidi a gestione diretta, al fine di permettere una sana competizione tra pubblico/privato.

Vigilare sull'utilizzo sistematico del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) come strumento di riferimento per la programmazione e la razionalizzazione della quota di spesa ospedaliera finalizzata all'acquisto di prodotti farmaceutici

Nel caso di finanziamento di attività assistenziali erogate da soggetti terzi in regime di accreditamento, costituiscono strumento di governo della spesa le modalità con cui disciplinare i rapporti con tali soggetti e specificatamente:

L'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'attività di nuove strutture sanitarie in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;

l'accreditamento;

il Piano delle prestazioni;

la contrattazione delle quote di domanda con i soggetti privati;

la politica delle tariffe per le prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale.

L'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ ASSISTENZIALI SANITARIE IN FAVORE DI NUOVI SOGGETTI

L'ingresso nel mercato sanitario di nuovi operatori è un evento positivo in quanto vivacizza ed arricchisce l'offerta, favorendo l'innovazione dei processi ed una maggiore qualificazione delle prestazioni rese soprattutto all'interno di un sistema che contenga elementi di competitività. E', però, oramai ampiamente dimostrato che l'avvento di nuovi soggetti non comporta la semplice redistribuzione di quote di domanda, ma induce anche gli operatori a stimolare nuova domanda, facendo emergere spesso falsi bisogni che comporteranno un aumento di risorse e di quote di reddito verso consumi inappropriati. Per far prevalere gli effetti positivi, occorre contrastare i rischi evidenziati attraverso politiche di autorizzazione all'esercizio che tengano presente che il SSR non ha tra i suoi obiettivi la crescita e lo sviluppo del settore in cui opera, ma il perseguimento di livelli adeguati di salute secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 1998-2001. Pertanto, anche l'ingresso nel mercato libero di nuovi soggetti deve essere compatibile con il fabbisogno complessivo di prestazioni e servizi di assistenza sanitaria. Al rispetto di queste compatibilità la Giunta Regionale orienta le procedure per il rilascio delle autorizzazioni all'apertura e all'esercizio di nuove attività di assistenza sanitaria e socio-sanitarie. L'identificazione del fabbisogno consentirà la programmazione delle strutture da autorizzare ad un livello sostenibile in termini di potenziale crescita della spesa.

L'ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI EROGATORI GIÀ AUTORIZZATI, AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ PER CONTO DEL SSN

L'esame delle tabelle 3 e 4 (cfr. pagg. 207-208) permette di cogliere i tratti essenziali della struttura dell'offerta in funzione della tipologia degli operatori presenti nel settore.

Sia nell'assistenza ospedaliera sia nell'assistenza specialistica ambulatoriale e nella diagnostica strumentale e di laboratorio la presenza di operatori privati rispetto a quelli pubblici è, in Campania, tra le più rilevanti rispetto alla media nazionale. Nel primo caso, tuttavia, l'offerta complessiva si pone ben al di sotto di questa (4,26 p.l. /1000 ab contro 5,56 p.l. /1000 ab del dato nazionale) mentre, nel secondo caso, il posizionamento è diametralmente opposto (21,8 presidi/100.000 ab contro 16,2 presidi/100.000 ab del dato nazionale).

Il confronto dei dati relativi al valore della produzione (Tabelle 1 e 2) sembrerebbe evidenziare, in entrambi i sotto settori di assistenza, la maggior efficienza complessiva del comparto privato che, a parità di valore prodotto, assorbe relativamente meno risorse.

Tabella 1 : Anno 1997

Confronto tra valore della produzione in termini di prestazioni equivalenti e spesa sostenuta distinta per tipologia di soggetti erogatori

ANNO 1997 SOGGETTI EROGATORI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN VALORE ASSOLUTO	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN EQUIVALENTI	VALORE MEDIO UNITARIO	PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA SPESA DI PARTE CORRENTE AGGREGATO REGIONALE
Presidi Pubblici	15.278.625	33.156.507	2,170	4,59%
Presidi Privati Provv. Accreditati	34.255.735	45.187.565	1,319	4,09%
TOTALI	49.534.360	78.344.072	1,582	8,68%
ANNO 1997 SOGGETTI EROGATORI	INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN VALORE ASSOLUTO	INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN EQUIVALENTI	INCIDENZA PERCENTUALE SULLA SOLA SPESA DESTINATA ALL' ASSISTENZA SPECIALISTICA AGGREGATO REGIONALE	
Presidi Pubblici	30,84%	42,32%	52,90%	
Presidi Privati Provv. Accreditati	69,16%	57,68%	47,10%	
TOTALI	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabella 2 : Anno 1997

Confronto tra valore della produzione in termini di fatturato DRGs e spesa sostenuta distinta per tipologia di soggetti erogatori

ANNO 1997 SOGGETTI EROGATORI	NUMERO DI RICOVERI ORDINARI IN VALORE ASSOLUTO	PRESTAZIONI DI RICOVERO ESPRESSE FATTURATO DRGs	VALORE MEDIO UNITARIO	PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA SPESA DI PARTE CORRENTE - AGGREGATO REGIONALE
Presidi Pubblici	728.241	2.500.246.086	3.433,267	33,20%
Presidi Privati Provv. Accreditati	242.401	856.984.084	3.535,398	9,50%
TOTALI	970.642	3.357.230.170	3.458,773	42,70%

ANNO 1997 SOGGETTI EROGATORI	INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DEL NUMERO DI RICOVERI ORDINARI IN VALORE ASSOLUTO	INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO ESPRESSE FATTURATO DRGs	INCIDENZA PERCENTUALE SULLA SOLA SPESA DESTINATA ALL' ASSISTENZA SPECIALISTICA AGGREGATO REGIONALE
Presidi Pubblici	75,03%	74,47%	77,75%
Presidi Privati Provv. Accreditati	24,97%	25,53%	22,25%
TOTALI	100,00%	100,00%	100,00%

E' però sicuramente accertata la maggiore complessità delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dai presidi pubblici ed il maggiore assorbimento di risorse che nella ospedalità pubblica viene consumato per la presenza di servizi di alta specialità, servizi di rianimazione e terapia intensiva, servizi di pronto soccorso. I dati sopra riportati vanno quindi riconsiderati alla luce delle suddette evidenze e richiedono, quindi, un ulteriore processo di analisi e valutazione prima di giungere ad una adeguata conclusione.

Una simile condizione di partenza impone, tuttavia, un sereno ripensamento organizzativo del sistema nel suo complesso, al fine di renderlo coerente con gli obiettivi del PSR e modulare eventuali eccedenze di capacità produttiva, che alla luce degli elementi conoscitivi più approfonditi cui si è accennato, potrebbe indifferentemente riguardare sia l'operatore pubblico sia quello privato, secondo criteri di intervento e modalità operative già accennate sopra e più ampiamente dettate nella sezione dedicata alle dotazioni organiche e comunque nel rispetto del principio di proporzionalità di cui al comma 8 dell'art. 8 quater del d.lgs. 229/99.

Sulla base di tali principi la Giunta Regionale definisce, nell'ambito del fabbisogno assistenziale complessivo, la dimensione e la struttura del fabbisogno tutelabile, sulla base del quale ammettere le strutture sanitarie autorizzate, in possesso degli ulteriori requisiti di qualificazione, della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti di cui all'art.8 quater del D.Lgs. 229/99, all'accreditamento istituzionale.

IL PIANO DELLE PRESTAZIONI E LA CONTRATTAZIONE DELLE QUOTE DI DOMANDA CON I SOGGETTI PRIVATI E GLI ACCORDI CON I SOGGETTI PUBBLICI

Il Piano delle prestazioni definisce annualmente i volumi e le tipologie di prestazioni erogabili a carico del SSR, articolate per ambiti territoriali e bacini di utenza, di norma coincidenti con i comprensori delle AA.SS.LL. e viene definito in base ai bisogni assistenziali prioritari e alla rete regionale degli erogatori accreditati.

Il Piano delle prestazioni è strumento di programmazione regionale e costituisce presupposto per la definizione per gli accordi con le strutture pubbliche e la stipula di contratti con le strutture accreditate, ai sensi del comma 2 art 8 quinquies D.lgs 229/99

Il Piano delle prestazioni è strumento di governo della spesa in quanto consente di definire anticipatamente e con certezza il volume massimo di questa finalizzato al finanziamento delle prestazioni assistenziali erogabili in regime di accreditamento e consente di individuare le cause e le responsabilità di eventuali sforamenti.

La Giunta Regionale e le Aziende Sanitarie conformano la loro azione a quanto stabilisce il Piano delle prestazioni che vincola, pertanto, la programmazione aziendale al raggiungimento di precisi obiettivi e responsabilizza la dirigenza in caso di scostamento.

La Giunta Regionale prevede inoltre l'istituzione di un sistema di monitoraggio dell'attuazione del Piano delle prestazioni per la rilevazione tempestiva degli scostamenti e l'adozione delle idonee misure correttive. Le AA.SS.LL. adotteranno, in coerenza il Piano regionale delle prestazioni, i Piani preventivi aziendali di attività dove verranno definiti i volumi e le tipologie di prestazioni negoziati con i soggetti pubblici e privati accreditati nel rispetto dei livelli di spesa programmati.

Gli istituti giuridici dell'accordo e del contratto, di cui all'art. 8 quinquies D.lgs. 229/99, costituiscono strumento diretto di governo della spesa generata dalla erogazione di prestazioni assistenziali in regime di accreditamento. Pertanto, la loro corretta attuazione costituirà criterio discriminante anche ai fini della valutazione della Direzione Strategica Aziendale da parte della Giunta Regionale e della conseguente corresponsione della quota accessoria variabile della rispettiva remunerazione.

La Giunta Regionale definirà l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed i soggetti ricadenti in tale disciplina.

Nell'individuazione dei criteri di cui alla lettera d) citato art. 8 quinquies, ed in coerenza con il principio della salvaguardia della competizione di cui alla lettera b) art. 8 quater, verrà individuato anche il criterio di determinazione del limite massimo della quota di eccedenza rispetto al limite programmato oltre il quale le prestazioni eccedenti erogate dal soggetto accreditato non saranno suscettibili di alcuna remunerazione.

La politica delle tariffe per le prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale

Fermo restando le competenze statali in materia di determinazione dei costi standard di produzione e delle tariffe massime applicabili per le prestazioni assistenziali rispettivamente previste dal comma 2 e dal comma 4 dell'art. 8 sexies d.lgs 229/99, la Giunta Regionale, ai sensi del comma 5, adotterà il proprio sistema tariffario di remunerazione secondo le classi di strutture definite in sede di accreditamento e tipologie di attività, rendendolo funzionale alla promozione di quelle prestazioni ed attività che, per efficacia assistenziale e costo massimizzino il perseguimento degli obiettivi di salute definiti dal PSR, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

5.3.2 Gli strumenti di controllo della spesa

Le Aziende Sanitarie sono sistemi complessi dotati di peculiarità e specificità che non permettono un'automatica implementazione dei modelli di gestione e controllo tipici del mondo dell'impresa privata, ma che, pur a questo ispirandosi, rendono necessario lo sviluppo di strumenti di governo e verifica costruiti sulla base della piena conoscenza di tutti i processi che in queste si sviluppano e delle finalità che li giustificano, in considerazione del ruolo istituzionale, nell'ambito del SSN, loro affidato dal legislatore. Il SSR, assicurando attraverso le Aziende l'erogazione dei livelli assistenziali essenziali, si configura come un' Holding con a capo la Regione quale Impresa Capogruppo. L'adozione di logiche gestionali privatistiche non può, né deve, determinare la focalizzazione dell'attenzione sul solo risultato economico di esercizio ma deve costituire, piuttosto, un modello culturale che promuova lo sviluppo di comportamenti razionali tesi a garantire il raggiungimento dei massimi livelli qualitativi di assistenza sanitaria ottenibili attraverso l'utilizzo ottimale delle risorse disponibili. In tale ottica il risultato economico di esercizio si configura non più come un fine (tipico dell'imprenditoria privata) ma come un indicatore dell'andamento della gestione Aziendale da valutare unitamente ad altri elementi conoscitivi circa l'assolvimento delle finalità assistenziali cui questa è istituzionalmente preposta. Il pericolo, tuttavia, che prevalga la logica imprenditoriale pura è certamente più concreto per le Aziende Ospedaliere, in quanto sembra maggiore l'affinità di queste con le imprese erogatrici di servizi orientate al profitto; è

pertanto sempre necessario ribadire da un lato la loro natura pubblica e dall'altro la particolare rilevanza dell'interesse tutelato, quale autentica missione da attuare.

Il principio che in tale contesto concettuale trova la sua naturale espressione è quello della responsabilità sostanziale degli attori dei processi decisionali. La struttura organizzativa aziendale per conformarsi a tale principio dovrà essere riformulata, al fine di rendere immediatamente identificabili i centri ed i livelli di autorità-potere decisionale da considerare quali responsabili delle funzioni svolte e dei risultati conseguiti. In coerenza con l'assetto organizzativo andrà disegnata successivamente l'architettura dei sistemi di controllo, di verifica e di valutazione e saranno individuati i soggetti o le unità organizzative ad essi preposti in armonia con il quadro normativo vigente. Quest'ultimo è stato recentemente integrato dal D.Lgs 286/99 che, nelle disposizioni di carattere generale, propone un utile schema concettuale per la definizione delle tipologie, dei contenuti e delle finalità delle diverse categorie di controlli da attuare nelle Pubbliche Amministrazioni, focalizzando, in particolare, l'attenzione sul carattere di strumentalità degli stessi al miglioramento dell'azione amministrativa e della qualità dei servizi resi. L'elemento di maggiore innovazione introdotto dal D.Lgs 286/99 è l'aver posto esplicitamente sullo stesso piano, conferendo ad essi la medesima importanza, ed evidenziandone le convergenti finalità, i controlli tesi a misurare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa ed i tradizionali controlli tesi a garantirne la legittimità, la regolarità e la correttezza. Si realizzano, pertanto, i presupposti entro cui può pienamente esprimersi la dirigenza pubblica così come è stata ridisegnata nel ruolo, nella funzione e nella responsabilità dal D.Lgs 29/93.

Il PSR, in coerenza con il quadro normativo nazionale, definisce i principi, le caratteristiche e le finalità cui dovrà conformarsi l'organizzazione dei controlli interni aziendali.

Con il d.lgs 286/99, il Governo, esercitando la delega conferita dall'art. 11 della legge 59/97, ha inteso riordinare e potenziare i meccanismi di monitoraggio e di valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle pubbliche Amministrazioni differenziando in particolare:

Controllo di regolarità amministrativa e contabile, finalizzato ad accertare la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;

Controllo di gestione, deputato alla verifica dell'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati;

Valutazione della dirigenza attraverso il monitoraggio delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale;

Valutazione e controllo strategico aventi da oggetto l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei programmi, dei piani e degli altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico;

Tale revisione si accompagna alla fissazione di alcuni principi che la progettazione d'insieme dei controlli interni deve rispettare, riconoscendo, all'attività di valutazione e controllo strategico – da effettuarsi attraverso la verifica sulla congruenza tra obiettivi e scelte operative attuate - il ruolo di supporto all'attività di programmazione di cui agli articoli 3 e 4 D.Lgs 29/93, chiarendosi, nel contempo, la stretta connessione tra strutture che svolgono tale tipo di controllo e gli organi di indirizzo politico-amministrativo, conseguente al fatto che le prime rispondono direttamente ai secondi. Dalla lettura sistematica dell'articolo 1 del D.Lgs in questione, si evince come il legislatore abbia fissato un ulteriore principio secondo cui le

suddette funzioni sono esercitate in modo integrato con quelle di valutazione dei dirigenti *“direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo”*.

Tra gli altri principi di controllo interno viene anche stabilito il divieto di affidare le verifiche di regolarità amministrative e contabili a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione della dirigenza e al controllo strategico, con conseguente attribuzione delle stesse agli organi di revisione, ovvero gli uffici di ragioneria, nonché i servizi ispettivi (art 2 comma 1).

Tali organi, in via di principio, provvedono all'espletamento delle loro attività, privilegiando il controllo successivo, in linea con i principi generali della revisione aziendale. In tale logica, il controllo preventivo di legittimità assume un carattere residuale. Con riferimento, poi, al controllo di gestione, il legislatore ha delineato, in linea generale, all'art. 4 i requisiti che le Pubbliche Amministrazioni devono rispettare nell'organizzazione di tale attività.

La normativa richiamata individua i soggetti istituzionali legittimati al controllo di gestione, precisando i contenuti dell'attività, nonché le procedure e le finalità a cui i soggetti incaricati del controllo devono fare riferimento.

Il legislatore ha, altresì, precisato che il sistema di valutazione dei dirigenti si fonda essenzialmente sulla verifica del raggiungimento dei risultati e su una valutazione dei comportamenti dirigenziali relativi allo sviluppo delle risorse professionali umane e organizzative.

Altro elemento di rilievo, ai fini della compiuta attuazione dell'attività di controllo, viene individuato nell'attuazione del sistema informativo - da realizzarsi nelle PP.AA. nei limiti dello stanziamento di bilancio previsto per l'istituzione della rete unitaria (art. 9) - stante la sua funzione di supporto, sostanziantesi nella raccolta ed elaborazione dei dati rilevanti ai fini del controllo valutativo.

In conclusione, nell'alveo delle attività tese ad assicurare che i processi vitali dell'Ente si dispieghino in un ambito fisiologico, il legislatore, nel distinguere tra controlli destinati a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa e controlli sulla gestione operativa ha avuto particolare riguardo a garantire che, per questi ultimi, l'attività di valutazione dei dirigenti di struttura immediatamente collegati alla Direzione Strategica dell'Azienda fosse di competenza di un organo collegiale terzo ed in posizione di imparzialità, ex art. 6 comma 3 citato D. L.gs. 286/99

Il controllo interno si configura, pertanto, come l'insieme dei soggetti, delle attività e delle metodologie, che, attraverso la rilevazione e la misurazione di alcuni parametri descrittivi dei fenomeni gestionali aziendali: assicurano ai Centri e Livelli di responsabilità potere decisionale, tempestiva conoscenza degli andamenti, delle tendenze e degli scostamenti rispetto ai programmi delle attività svolte, fornendo anche utili indicazioni al fine di predisporre gli eventuali interventi correttivi sia nella riformulazione del processo programmatico sia nella riallocazione delle risorse.

Il controllo interno non di legittimità si articola in:

Controllo di Gestione, finalizzato alla verifica dell'ottimale impiego delle risorse nel processo produttivo alla luce delle linee e degli obiettivi definiti dalla strategia aziendale (*area della capacità manageriale*);

Controllo Strategico, quale strumento per l'analisi e la valutazione dei risultati conseguiti in funzione degli obiettivi formulati in sede di elaborazione della strategia aziendale (*area dell'efficacia imprenditoriale*);

Il Controllo Interno è, inoltre, strumento per la valutazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale.

PRINCIPI GENERALI PER L'ATTUAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Le attività di controllo non dovranno costituire ostacolo allo snellimento e semplificazione delle procedure non solo nell'ambito dell'azione amministrativa ma, soprattutto, nell'ambito dell'erogazione dei servizi e prestazioni assistenziali.

L'organizzazione dell'azienda dovrà assicurare la massima integrazione tra le attività di controllo e le altre attività aziendali, permettendo l'ottimale impiego delle risorse e lo sfruttamento delle sinergie presenti.

Lo sviluppo e l'implementazione delle attività di controllo, atteso il loro carattere strumentale al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della economicità dell'azione amministrativa nonché della qualità dei servizi erogati non deve, di norma, determinare aumento assoluto o relativo del costo imputabile alle attività di supporto generale, nel contesto della struttura di costo aziendale.

In armonia con il precedente principio, l'Azienda Sanitaria organizzerà il proprio sistema di controllo interno definendo le unità organizzative e le procedure, utilizzando, in via prioritaria, risorse umane e strumentali già disponibili riconvertendole e/o riqualificandole ove possibile e, solo in via subordinata, all'accertamento di specifica carenza, potrà ricorrere a professionalità od organizzazioni esterne.

Il sistema di controllo interno, ai fini della massima efficienza operativa, si avvarrà, in via prioritaria, dei dati descrittivi di quegli accadimenti aziendali già oggetto dei flussi di informazioni che costituiscono, in base alla normativa vigente, il contenuto del debito informativo dell'Azienda nei confronti di soggetti terzi Organi od Enti dell'Amministrazione Statale o di quella Regionale.

Parallelamente al controllo interno dovrà essere sviluppato e sistematizzato l'insieme delle attività tese a rilevare la conformità e la finalizzazione dei comportamenti di tutti i soggetti che, a qualunque titolo, esercitino funzioni o erogino prestazioni nell'ambito del SSR, all'esclusivo perseguimento degli obiettivi fissati dal PSR nei limiti del quadro normativo vigente.

L'insieme di queste attività, dei soggetti ad esse preposti e delle metodologie adottate, tenuto conto anche di quanto previsto dall'art. 34 Legge Regionale 32/94, è definibile come controllo esterno e costituisce lo strumento di supporto alle funzioni di tutela e garanzia esercitate istituzionalmente ed ai competenti livelli di responsabilità, dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie. La sostanziale differenza tra le due tipologie di controlli rileva non solo riguardo alla diversa finalità perseguita, ma anche riguardo al diverso oggetto di osservazione:

nel primo tipo, la gestione delle risorse aziendali, le performances dei diversi livelli di responsabilità dirigenziale attraverso la rilevazione dei risultati conseguiti;

nel secondo tipo, i comportamenti dei soggetti operanti nell'ambito del SSR.

L'accertamento della conformità e della finalizzazione dei comportamenti all'esclusivo perseguimento degli obiettivi fissati dal PSR consente, direttamente, di garantire al cittadino-utente-cliente i massimi livelli quali-quantitativi di assistenza, in termini di appropriatezza e di bisogno effettivo soddisfatto e consente, indirettamente, contrastando fenomeni distorsivi dei fisiologici meccanismi di esplicitazione del bisogno (domanda) ed erogazione delle prestazioni (offerta), di perseguire, anche in tale occasione, il più efficiente impiego delle risorse finanziarie disponibili.

Le attività di controllo esterno ineriscono, pertanto, l'esercizio di una funzione tipicamente a connotazione pubblicistica che è di pertinenza della Regione, a livello centrale, e delle AA.SS.LL., a livello locale. La rilevanza pubblicistica della funzione non dovrà tuttavia essere motivo per eludere l'osservanza dei principi enunciati in tema di controlli interni, ed in particolare dovranno essere minimizzate le possibili interferenze e gli ostacoli alle normali attività dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati.

Così come per il controllo interno, dovrà essere promossa la diffusione della cultura del controllo esterno. La Giunta Regionale e le AA.SS.LL., nelle rispettive competenze, individueranno, nell'ambito dei propri Servizi ed Uffici, il personale che, per specifica previsione di legge o per qualificata formazione culturale-professionale e provata attitudine, possa essere assegnato alle Unità Organizzative per il controllo esterno, utilizzando anche procedure di riconversione e mobilità interna nei limiti del quadro normativo vigente.

INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI, FINALITÀ E METODI DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO

La Giunta Regionale emana linee guida per:

individuare i criteri di rilevazione, aggregazione e rappresentazione dei dati, per assicurare la piena coerenza tra gli obiettivi conoscitivi e programmatori del livello di responsabilità regionale con le analoghe esigenze delle singole Aziende Sanitarie a livello locale;

definire il livello di aggregazione per la rappresentazione dei dati relativi alla gestione delle risorse, sia in base al criterio di imputazione per articolazione strutturale, sia in base al criterio di imputazione per articolazione funzionale, ed in particolare prevedendo, in quest'ultimo caso, la rappresentazione anche dei correlabili ricavi:

per il primo criterio, il valore delle risorse impiegate (costi) andrà riferito almeno alle tre strutture di cui all'art 8 legge regionale 32/94 così come richiamato dalla Delibera di Giunta 8306 del 28/10/96 oltre all'area dei Servizi Amministrativi Centrali di supporto generale;

per il secondo criterio, il valore delle risorse impiegate (costi) andrà riferito almeno ai livelli e sottolivelli individuati dal PSN 1998-2001 oltre all'area dei Servizi Amministrativi Centrali di supporto generale;

per entrambi i citati criteri dovrà essere distinguibile il valore delle risorse utilizzate per l'erogazione dell'assistenza in regime di gestione diretta da quello per acquisto di prestazioni erogate da terzi; nell'ambito della prima categoria dovrà essere rilevabile il costo del personale rispetto a quello riferibile ai beni e servizi non sanitari acquistati;

integrare le strutture private accreditate nel sistema di controllo previsto per i soggetti pubblici, quale naturale conseguenza del regime di pari dignità nell'erogazione delle prestazioni assistenziali;

indicare i criteri di riferimento per la definizione in sede aziendale del sistema dei centri di costo, che, nell'ambito della piena autonomia delle singole amministrazioni, conservi la coerenza con il predetto livello di aggregazione e relativo modello di rappresentazione dei dati;
definire i sistemi di indicatori da adottare per la valutazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse e dell'efficacia delle attività svolte, avendo come riferimento gli analoghi sistemi di indicatori individuati dal Ministero della Sanità per il monitoraggio e la valutazione delle attività delle Aziende Sanitarie integrati dei soli elementi che si riterranno indispensabili alla descrizione e valutazione di fenomeni di particolare rilevanza locale.

Lo sviluppo e la promozione delle attività di controllo esterno costituisce una priorità strategica in quanto è attraverso di esse che la Regione e, per conto di questa, le AA.SS.LL., esercitano la funzione di tutela e garanzia del cittadino utente nel settore dell'assistenza sanitaria. La sostanziale diversa finalità che le caratterizza rispetto alle attività di controllo interno, ne auspica il potenziamento in termini di risorse ad esse destinate e di iniziative di specifica formazione del personale, anche se ciò comportasse una maggiore incidenza di tale area nella struttura dei costi aziendali. Le AA.SS.LL., in sede di periodica revisione dimensionale della rete dei servizi direttamente gestita, dovranno prioritariamente utilizzare l'eventuale eccesso di risorse che si evidenziasse in tale area, riallocandole in quella delle attività di controllo esterno.

STRUMENTI FINALIZZATI AL CONTROLLO ESTERNO

Gli strumenti finalizzati al controllo esterno si configurano come l'espressione tipica della funzione di Tutela che le Aziende Sanitarie Locali svolgono nell'esercizio delle competenze e degli obiettivi che il PSN 1998-2001 loro assegna.

Il perseguimento degli obiettivi definiti nel PSN 1998-2001 e, coerentemente con questo, nel PSR, è condizionato dalla coerenza, ed esclusiva finalizzazione a questi, dei comportamenti osservati da tutti i soggetti che operano nel contesto del SSR, sia pubblici che privati.

L'oggetto del controllo esterno sono pertanto i comportamenti dei soggetti operanti nel SSR, che direttamente, o per conto di questo, erogano prestazioni di assistenza sanitaria.

Il fine del controllo esterno è la verifica della coerenza ed esclusiva finalizzazione dei comportamenti degli operatori al perseguimento degli obiettivi del PSR.

L'effetto del controllo esterno è condizionato dall'esito della verifica da cui può rilevarsi che:

il comportamento è coerente con il perseguimento degli obiettivi di piano;

il comportamento non è coerente con il perseguimento degli obiettivi di piano.

L'accertamento della coerenza dei comportamenti agli obiettivi di piano non dà luogo ad azioni correttive, mentre l'accertamento di una non coerenza dei comportamenti darà avvio alle azioni correttive, che, a seconda delle fattispecie rilevate, si dispiegheranno nell'alveo della discrezionalità amministrativa o puramente tecnica, al fine di recuperare l'ottimale condizione di coerenza.

L'efficacia delle attività di controllo esterno è misurata dalla capacità di evidenziare tempestivamente ed obiettivamente l'incoerenza del comportamento. Deve rilevarsi tuttavia che tali attività non conducono di per sé ed automaticamente ad una situazione di coerenza comportamentale, in quanto costituiscono solo la fase istruttoria tesa ad accertare di volta in volta la fattispecie concreta di comportamento incoerente ed a giustificare il ricorso al corrispondente strumento sanzionatorio o di governo.

In premessa si è già rilevato quanto sia delicato tale ambito di attività e quanto esso sia funzionale all'attuazione del principio del pieno utilizzo delle risorse all'esclusivo perseguimento degli obiettivi del PSR.

In questo capitolo si definisce, pertanto, il modello organizzativo di riferimento.

La funzione di controllo esterno è competenza del Distretto Sanitario.

Le AA.SS.LL. stabiliscono con propri regolamenti le modalità istitutive, organizzative ed operative dei nuclei operativi per il controllo esterno.

Il Dirigente Responsabile del Distretto Sanitario favorisce, promuove ed attua tutte le condizioni tese ad assicurare, in coerenza con il regolamento aziendale, la massima disponibilità di risorse e le più idonee soluzioni organizzative tese a rendere efficace l'esercizio della funzione di tutela e garanzia, ed in particolare:

tenuto conto del numero di soggetti erogatori pubblici e privati e delle caratteristiche geografiche, socio-economico-ambientali del territorio, istituisce i nuclei operativi, di norma per settori di assistenza, con assetto organizzativo trasversale alle UU.OO. o Servizi Territoriali;

i nuclei operativi rispondono della propria attività direttamente al Responsabile del Distretto;

i nuclei operativi devono essere composti di personale con specifiche competenze professionali;

i nuclei operativi sono coadiuvati dal Servizio Affari Generali della ASL, anche per quanto riguarda le problematiche relative alla legittimità e correttezza formale del proprio operato, con particolare riguardo alle modalità di accesso, verifica, contestazione;

i nuclei operativi sono collegati, dal punto di vista logistico, con l'Ufficio di Statistica e con il Dipartimento di Prevenzione.

I regolamenti aziendali stabiliscono anche le modalità di rendicontazione dell'attività dei nuclei operativi.

L'Osservatorio Prezzi è strumento finalizzato al recupero di efficienza ed economicità nell'acquisto e consumo di beni e servizi. La sua istituzione, già prevista dal D.M. Sanità del 07/11/1991, è stata ribadita dalla legge 662/96 e dalla legge 449/97. Contribuisce a livello aziendale a conferire razionalità ai processi decisionali di acquisizione delle risorse, fornendo ad essi un organico supporto informativo riguardo ai prezzi correnti per tipologie di prodotti, di fornitori e modalità di fornitura.

L'Osservatorio Prezzi attivato presso l'ARSAN, svilupperà, in attuazione del PSR, la propria attività provvedendo a:

individuare i criteri, i parametri e la metodologia idonea all'efficace monitoraggio dei prezzi di beni sanitari e non sanitari e di servizi non sanitari ed in particolare:

per i beni dovrà prevedere che la rilevazione del prezzo riferita al costo unitario ed alla quantità minima acquistabile sia rappresentata anche in funzione delle condizioni di acquisto e fornitura concordate con le singole aziende;

per i servizi dovrà elaborare una metodologia di rappresentazione dei prezzi che utilizzi indicatori ritenuti particolarmente significativi per ogni tipologia di servizio acquistato, al fine di consentire attendibili confronti pur in presenza delle specificità contrattuali concordate tra ciascun fornitore e ciascuna azienda.

individuare un paniere di beni e servizi su cui effettuare ordinariamente periodiche rilevazioni con cadenza minimo semestrale ai fini anche del monitoraggio dell'andamento complessivo del livello dei prezzi nel Settore Sanitario su base regionale (inflazione/deflazione di Settore);

effettuare indagini ad hoc sui prezzi e sulle modalità e condizioni di fornitura di specifici beni e servizi, su esplicita richiesta aziendale;

assicurare il collegamento, per le materie di propria competenza, con i Servizi ed Organi dell'Amministrazione Centrale dello Stato.

5.4 L'ottimizzazione delle risorse umane

5.4.1 Le dotazioni organiche

Il SSR è un'organizzazione complessa il cui corretto funzionamento dipende dalla profonda conoscenza e dal pieno controllo di ogni componente della sua configurazione strutturale. L'adozione del modello aziendalistico effettuata dal legislatore nazionale a partire dal D.Lgs 502/92, e confermata come scelta dagli atti normativi che a questo sono seguiti fino al recente D.Lgs 229/99, impone un ripensamento critico di tutte le problematiche relative alla gestione delle risorse umane alla luce del mutato contesto giuridico istituzionale del Settore.

L'orientamento che emerge dall'analisi coordinata delle norme di carattere generale in materia di Pubblico Impiego, e di quelle specificamente relative al personale dipendente del SSN, è il perseguimento di un sostanziale e particolarmente accelerato allineamento ai principi informatori della gestione delle risorse umane proprie del settore privato.

I mutamenti che sono stati introdotti dalle norme che regolamentano lo stato giuridico del personale dipendente, se analizzati in un'ottica che tenga conto del contemporaneo mutamento avvenuto a livello istituzionale, evidenziano che non è più possibile, in tema di definizione delle dotazioni organiche, determinarne il fabbisogno ottimale quali-quantitativo utilizzando esclusivamente criteri e parametri di struttura e di contesto ambientale,

prescindendo da valutazioni di carattere economico-gestionale che tengano conto in particolare delle tre innovazioni che maggiormente caratterizzano l'attuale SSN:

il regime di parità nella competizione tra strutture pubbliche e private erogatrici di prestazioni assistenziali;

la progressiva estensione del sistema di remunerazione a tariffa per tutte le prestazioni erogate dal SSN;

la istituzione del regime di accreditamento con relativa individuazione degli standards di qualità e struttura che gli operatori del settore devono garantire.

ANALISI STRUTTURALE DEL POTENZIALE PRODUTTIVO PER I SETTORI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA IN CAMPANIA

Nella nostra regione le problematiche cui si è fatto cenno saranno prevedibilmente acuite da alcuni fattori contingenti su cui si rende necessaria un'attenta riflessione.

L'analisi della struttura del potenziale produttivo che sostiene l'offerta articolata tra soggetti pubblici e privati nei settori dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica, confrontata con i dati delle altre regioni (Tabelle da 3 a 6) evidenzia che in Campania la incidenza di operatori privati rispetto a quelli pubblici è tra le più alte in Italia. Il dato è sostanzialmente in armonia con quanto emerge dall'analoga analisi delle dotazioni organiche sia sul complessivo delle Aziende Sanitarie sia sui soli ospedali.

Tabella 3 - Anno 1997

Confronto su scala nazionale delle dotazioni di strutture erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica rapportate a 100.000 abitanti ed articolate per tipologia di soggetti erogatori

Ordine di graduatoria	Ordinamento crescente per numero complessivo per 100.000 abitanti di ambulatori e laboratori pubblici e privati		Ordinamento crescente per Numero complessivo su 100.000 abitanti di ambulatori e laboratori pubblici		Ordinamento crescente per numero complessivo su 100.000 abitanti di ambulatori e laboratori privati provvisoriamente accreditati		Ordinamento crescente per percentuale di ambulatori pubblici rispetto ai privati accreditati	
	REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero complessivo per 100.000 abitanti di ambulatori e laboratori pubblici e privati	REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero complessivo per 100.000 abitanti di ambulatori e laboratori pubblici	REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero complessivo per 100.000 abitanti di ambulatori e laboratori privati provvisoriamente accreditati	REGIONI E RIPARTIZIONI	Percentuale di ambulatori pubblici rispetto ai privati accreditati
1	Emilia-Romagna	5,1	Abruzzo	2,7	Emilia-Romagna	1,4	Campania	22,5
2	Valle d'Aosta	6,7	Emilia-Romagna	3,7	Piemonte	1,5	Sicilia	27,2
3	Abruzzo	6,8	Campania	4,0	Trento	1,7	Isole	32,0
4	Piemonte	8,6	Valle d'Aosta	4,2	Valle d'Aosta	2,5	Sud	44,5
5	Trento	8,6	Veneto	4,9	Umbria	2,7	Lazio	53,9
6	Lombardia	9,9	Lombardia	5,6	Friuli-Venezia Giulia	3,3	Meridione	55,0
7	Nord-Est	10,0	Nord-Est	6,2	Nord-Ovest	3,4	Molise	66,7
8	Nord	10,1	Sardegna	6,2	Nord	3,6	Abruzzo	67,3
9	Nord-Ovest	10,3	Lazio	6,4	Trentino-Alto Adige	3,7	Calabria	78,2
10	Veneto	11,0	Meridione	6,5	Nord-Est	3,8	Veneto	80,4
11	Friuli-Venezia Giulia	13,7	Nord	6,6	Liguria	4,0	Sardegna	81,1
12	Sardegna	13,8	Sud	6,6	Abruzzo	4,1	ITALIA	84,3
13	Umbria	14,2	Molise	6,7	Lombardia	4,3	Centro	115,9
14	ITALIA	16,2	Isole	6,7	Marche	5,3	Puglia	119,6
15	Molise	16,6	Nord-Ovest	6,8	Bolzano-Bozen	5,7	Lombardia	131,5
16	Liguria	16,7	Sicilia	6,9	Veneto	6,1	Nord-Est	161,3
17	Puglia	16,8	Trento	6,9	Basilicata	6,1	Valle d'Aosta	166,7
18	Marche	17,0	Piemonte	7,1	Puglia	7,6	Nord	182,3
19	Lazio	18,3	ITALIA	7,4	Sardegna	7,6	Toscana	186,4
20	Meridione	18,4	Calabria	8,1	ITALIA	8,8	Nord-Ovest	198,6
21	Calabria	18,6	Puglia	9,1	Toscana	9,4	Marche	219,5
22	Centro	20,6	Friuli-Venezia Giulia	10,4	Centro	9,5	Basilicata	251,4
23	Trentino-Alto Adige	21,2	Centro	11,1	Molise	10,0	Emilia-Romagna	254,4
24	Sud	21,4	Umbria	11,6	Calabria	10,4	Friuli-Venezia Giulia	315,4
25	Basilicata	21,4	Marche	11,7	Meridione	11,9	Liguria	318,2
26	Campania	21,8	Liguria	12,7	Lazio	11,9	Trento	400,0
27	Toscana	27,0	Basilicata	15,3	Sud	14,8	Umbria	436,4
28	Isole	27,6	Trentino-Alto Adige	17,5	Campania	17,8	Trentino-Alto Adige	473,5
29	Sicilia	32,1	Toscana	17,6	Isole	20,9	Piemonte	484,1
30	Bolzano-Bozen	34,1	Bolzano-Bozen	28,4	Sicilia	25,3	Bolzano-Bozen	496,2

Tabella 4 Istituti di cura pubblici e privati (dati 1997)

Analisi delle componenti della struttura del potenziale produttivo in relazione alle diverse realtà regionali
Ordinamento per numero crescente di istituti ed ordinamento crescente per valore del rapporto Istituti Pubblici/Istituti Privati

Ord. Grad.	Ordinamento crescente per numero di istituti pubblici e privati		Ordinamento crescente per numero di istituti pubblici		Ordinamento crescente per numero di istituti privati		Ordinamento crescente per Rapporto istituti di cura pubblici / istituti di cura privati		Ordinamento crescente per numero medio di posti letto per istituto di cura pubblico		Ordinamento crescente per numero medio di posti letto per istituto di cura privato accreditato	
	REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero complessivo di istituti di cura pubblici e privati	REGIONI E RIPARTIZIONI	Istituti di cura pubblici	REGIONI E RIPARTIZIONI	Istituti di cura privati accreditati	REGIONI E RIPARTIZIONI	Rapporto istituti di cura pubblici / istituti di cura privati	REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero medio di posti letto per istituto di cura pubblico	REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero medio di posti letto per istituto di cura privato accreditato
1	Valle d'Aosta	1	Valle d'Aosta	1	Valle d'Aosta		Lazio	0,56	Calabria	165	Valle d'Aosta	
2	Molise	10	Molise	6	Molise	4	Bozano-Bozen	0,57	Basilicata	185	Liguria	4
3	Basilicata	19	Bozano-Bozen	8	Basilicata	4	Campania	0,80	Umbria	185	Basilicata	15
4	Bozano-Bozen	22	Trento	14	Umbria	7	Centro	0,97	Trento	199	Bozano-Bozen	20
5	Trento	22	Basilicata	15	Trento	8	Trentino-Alto Adige	1,00	Marche	200	Molise	22
6	Umbria	27	Umbria	20	Friuli-Venezia Giulia	9	Meridione	1,20	Sicilia	200	Umbria	31
7	Friuli-Venezia Giulia	32	Trentino-Alto Adige	22	Abruzzo	12	Calabria	1,26	Emilia-Romagna	203	Trentino-Alto Adige	36
8	Abruzzo	36	Friuli-Venezia Giulia	23	Bozano-Bozen	14	Piemonte	1,31	Isole	207	Veneto	38
9	Trentino-Alto Adige	44	Abruzzo	24	Sardegna	14	Sud	1,34	Sardegna	224	Puglia	45
10	Sardegna	50	Sardegna	36	Marche	15	ITALIA	1,35	Sud	230	Sicilia	55
11	Marche	55	Liguria	39	Trentino-Alto Adige	22	Lombardia	1,38	Nord-Est	232	Isole	64
12	Liguria	65	Marche	40	Liguria	26	Nord-Ovest	1,38	Trentino-Alto Adige	237	Trento	64
13	Calabria	79	Calabria	44	Veneto	33	Liguria	1,50	Centro	239	Piemonte	65
14	Toscana	102	Toscana	64	Calabria	35	Molise	1,50	Meridione	242	Nord-Est	66
15	Veneto	130	Campania	75	Toscana	38	Puglia	1,50	Veneto	244	Nord	67
16	Puglia	130	Piemonte	76	Emilia-Romagna	50	Sicilia	1,51	ITALIA	245	Nord-Ovest	68
17	Piemonte	134	Puglia	78	Puglia	52	Nord	1,62	Piemonte	247	Toscana	69
18	Emilia-Romagna	138	Emilia-Romagna	88	Piemonte	58	Toscana	1,68	Toscana	251	Friuli-Venezia G	71
19	Sicilia	163	Lazio	90	Sicilia	65	Isole	1,70	Liguria	253	Sud	71
20	Campania	169	Veneto	97	Campania	94	Trento	1,75	Nord	259	ITALIA	72
21	Lombardia	240	Sicilia	98	Lombardia	101	Emilia-Romagna	1,76	Lazio	260	Meridione	74
22	Lazio	250	Lombardia	139	Lazio	160	Abruzzo	2,00	Campania	260	Campania	74
23	Nord-Ovest	440	Nord-Ovest	255	Nord-Ovest	185	Nord-Est	2,02	Abruzzo	261	Marche	78
24	Nord-Est	344	Nord-Est	230	Nord-Est	114	Friuli-Venezia G	2,56	Molise	268	Centro	78
25	Nord	784	Nord	485	Nord	299	Sardegna	2,57	Puglia	271	Lazio	83
26	Centro	434	Centro	214	Centro	220	Marche	2,67	Nord-Ovest	283	Lombardia	87
27	Meridione	443	Meridione	242	Meridione	201	Umbria	2,86	Friuli-Venezia G	286	Calabria	93
28	Isole	213	Isole	134	Isole	79	Veneto	2,94	Bozano-Bozen	303	Emilia-Romagna	96
29	Sud	656	Sud	376	Sud	280	Basilicata	3,75	Lombardia	309	Sardegna	106
30	ITALIA	1874	ITALIA	1075	ITALIA	799	Valle d'Aosta		Valle d'Aosta	520	Abruzzo	175

Tabella 5 : Unità di personale Ospedali Pubblici e Privati (anno 1997)
Confronto su base nazionale delle consistenze di organico per ospedali pubblici e privati

Ordine di graduatoria	Ordinamento crescente per numero complessivo (pubblico-privato) di unità di personale per ogni 10.000 abitanti		Ordinamento crescente per numero complessivo (pubblico + privato) di unità di personale per ogni 100 posti letto		Ordinamento crescente per numero di unità di personale per ogni 10.000 abitanti solo Ospedali Pubblici		Ordinamento crescente per numero di unità di personale per ogni 100 posti letto solo ospedali pubblici		Ordinamento crescente per numero di unità di personale per ogni 10.000 abitanti solo Case di Cura Private Accreditate	
	REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale unità di personale per ogni 10.000 abitanti	REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale unità di personale per ogni 100 posti letto (pubblic + privato)	REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale unità di personale per ogni 10.000 abitanti solo Ospedali Pubblici	REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale unità di personale per ogni 100 posti letto solo Ospedali Pubblici	REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale unità di personale per ogni 10.000 abitanti solo Case di Cura Private Accreditate
1	Basilicata	77,5	Basilicata	166,2	Campania	72,1	Basilicata	168,3	Valle d'Aosta	0,0
2	Campania	86,6	Abruzzo	168,9	Calabria	75,6	Puglia	177,1	Liguria	0,6
3	Calabria	88,5	Marche	169,1	Basilicata	76,8	Marche	178,2	Basilicata	0,7
4	Sicilia	92,4	Puglia	173,9	Meridione	80,6	Molise	185,3	Molise	2,9
5	Meridione	92,7	Calabria	174,2	Sud	82,6	Abruzzo	186,9	Umbria	3,3
6	Molise	93,1	Meridione	178,7	Sicilia	85,1	Sardegna	187,3	Veneto	3,8
7	Sud	93,5	Lazio	179,8	Isole	86,6	Meridione	194,8	Toscana	6,8
8	Isole	95,4	Molise	181,4	Molise	90,2	Sud	200,1	Sicilia	7,3
9	Valle d'Aosta	97,0	Sardegna	181,8	Sardegna	91,0	Trento	200,8	Friuli-Venezia G	7,9
10	Puglia	100,0	Sud	184,3	Puglia	91,6	Trentino-Alto Ad	205,0	Nord-Est	8,0
11	Umbria	100,0	Centro	184,7	Abruzzo	91,9	Veneto	208,6	Bolzano-Bozen	8,4
12	Toscana	104,0	Trento	185,8	Umbria	96,7	Bolzano-Bozen	210,0	Puglia	8,4
13	Sardegna	104,4	Campania	189,0	Valle d'Aosta	97,0	Isole	211,3	Marche	8,6
14	Marche	106,9	Trentino-Alto Ad	193,1	Toscana	97,2	Campania	213,4	Isole	8,8
15	Piemonte	108,1	ITALIA	195,6	ITALIA	98,0	Toscana	213,8	Piemonte	9,3
16	ITALIA	109,0	Toscana	196,4	Marche	98,3	ITALIA	214,3	Nord	9,5
17	Abruzzo	110,8	Isole	196,9	Piemonte	98,8	Calabria	215,5	Trentino-Alto Ad	10,0
18	Centro	114,6	Bolzano-Bozen	202,1	Centro	100,5	Centro	216,7	Nord-Ovest	10,6
19	Veneto	114,8	Sicilia	203,1	Lazio	103,9	Liguria	217,0	ITALIA	10,9
20	Nord-Ovest	118,7	Veneto	204,8	Emilia-Romagn	106,6	Umbria	217,1	Sud	11,0
21	Emilia-Romagn	118,9	Piemonte	205,5	Nord-Ovest	108,1	Nord-Est	220,1	Trento	11,6
22	Nord	119,2	Emilia-Romagn	206,4	Lombardia	108,8	Sicilia	221,1	Meridione	12,0
23	Nord-Est	120,0	Nord-Est	206,9	Nord	109,7	Valle d'Aosta	222,5	Emilia-Romagn	12,4
24	Bolzano-Bozen	120,4	Nord	208,9	Veneto	111,1	Nord	223,1	Calabria	12,9
25	Lombardia	121,9	Nord-Ovest	210,3	Nord-Est	112,0	Nord-Ovest	225,2	Lombardia	13,2
26	Lazio	126,2	Lombardia	211,3	Bolzano-Bozen	112,1	Piemonte	225,6	Sardegna	13,5
27	Trentino-Alto Ad	126,4	Umbria	211,9	Trentino-Alto Ad	116,4	Lombardia	226,9	Centro	14,1
28	Liguria	130,4	Liguria	215,5	Trento	120,6	Lazio	231,7	Campania	14,5
29	Trento	132,2	Valle d'Aosta	222,5	Liguria	129,8	Friuli-Venezia G	234,5	Abruzzo	18,9
30	Friuli-Venezia G	137,8	Friuli-Venezia G	226,9	Friuli-Venezia G	129,9	Emilia-Romagn	234,6	Lazio	22,3

Tabella 6 : Personale delle ASL (1997)
 Confronto su base nazionale della consistenza delle dotazioni di personale delle Aziende Sanitarie articolato per qualifica

Ordine di graduatoria	Ordinamento crescente per totale unità di personale dipendente per 1.000 ab.		Ordinamento crescente per Medici e odontoiatri per 1.000 ab.		Ordinamento crescente per Personale infermieristico per 1.000		Ordinamento crescente per altro personale non assistenziale * 1.000 abitanti		Ordinamento crescente per % altro personale non assistenziale sul totale personale dipendente ASL	
	REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale unità di personale dipendente per 1.000 ab.	REGIONI E RIPARTIZIONI	Medici e odontoiatri per 1.000 ab.	REGIONI E RIPARTIZIONI	Personale infermieristico per 1.000 ab.	REGIONI E RIPARTIZIONI	altro personale non assistenziale * 1.000 abitanti	REGIONI E RIPARTIZIONI	% altro personale non assistenziale sul totale personale dipendente ASL
1	Lazio	9,54	Puglia	1,41	Sicilia	3,43	Campania	4,12	Veneto	39,2%
2	Campania	9,57	Lombardia	1,50	Lazio	3,57	Lazio	4,29	Umbria	40,5%
3	Puglia	9,71	Basilicata	1,51	Calabria	3,61	Puglia	4,32	Nord-Est	41,0%
4	Basilicata	9,79	Lazio	1,51	Campania	3,65	Basilicata	4,33	Emilia-Romagn	41,2%
5	Sicilia	9,83	Bolzano-Bozen	1,52	Puglia	3,65	Sicilia	4,48	Toscana	41,5%
6	Meridione	10,11	Trentino-Alto A	1,61	Isole	3,70	Meridione	4,52	Friuli-Venezia C	42,6%
7	Sud	10,26	Nord-Ovest	1,63	Sud	3,74	Sud	4,62	Marche	42,8%
8	Isole	10,58	Meridione	1,64	Basilicata	3,75	Isole	4,83	Liguria	42,9%
9	Lombardia	11,05	Veneto	1,67	Meridione	3,75	Centro	4,88	Centro	43,0%
10	Calabria	11,26	Marche	1,68	Molise	4,18	Veneto	4,88	Nord	43,0%
11	ITALIA	11,33	Centro	1,69	Piemonte	4,19	Lombardia	4,94	Campania	43,1%
12	Centro	11,35	Trento	1,69	Lombardia	4,24	ITALIA	4,95	Abruzzo	43,2%
13	Piemonte	11,44	Nord	1,70	Nord-Ovest	4,36	Abruzzo	5,04	ITALIA	43,7%
14	Nord-Ovest	11,47	Campania	1,70	ITALIA	4,39	Marche	5,07	Basilicata	44,2%
15	Abruzzo	11,67	ITALIA	1,70	Sardegna	4,52	Nord-Ovest	5,12	Puglia	44,4%
16	Marche	11,85	Sud	1,72	Centro	4,52	Piemonte	5,16	Nord-Ovest	44,7%
17	Molise	11,93	Abruzzo	1,77	Abruzzo	4,65	Nord	5,24	Meridione	44,7%
18	Nord	12,19	Sicilia	1,77	Marche	4,78	Molise	5,38	Lombardia	44,7%
19	Veneto	12,47	Piemonte	1,78	Valle d'Aosta	4,82	Umbria	5,39	Lazio	45,0%
20	Sardegna	12,88	Nord-Est	1,80	Nord	4,87	Nord-Est	5,42	Sud	45,0%
21	Nord-Est	13,22	Friuli-Venezia C	1,83	Umbria	5,40	Toscana	5,54	Molise	45,1%
22	Umbria	13,30	Toscana	1,83	Trento	5,40	Emilia-Romagn	5,61	Piemonte	45,1%
23	Toscana	13,37	Calabria	1,84	Liguria	5,43	Calabria	5,63	Sicilia	45,6%
24	Liguria	13,60	Isole	1,87	Emilia-Romagn	5,52	Liguria	5,84	Trento	45,6%
25	Emilia-Romagn	13,63	Liguria	1,89	Nord-Est	5,59	Friuli-Venezia C	5,89	Trentino-Alto A	45,6%
26	Friuli-Venezia C	13,80	Emilia-Romagn	1,98	Veneto	5,60	Sardegna	5,90	Isole	45,6%
27	Trento	13,98	Valle d'Aosta	2,04	Toscana	5,62	Trento	6,38	Bolzano-Bozen	45,6%
28	Trentino-Alto A	14,38	Molise	2,14	Trentino-Alto A	5,65	Trentino-Alto A	6,56	Sardegna	45,8%
29	Valle d'Aosta	14,48	Sardegna	2,19	Friuli-Venezia C	5,73	Bolzano-Bozen	6,75	Valle d'Aosta	49,4%
30	Bolzano-Bozen	14,79	Umbria	2,22	Bolzano-Bozen	5,89	Valle d'Aosta	7,15	Calabria	50,0%

La Campania, confrontata con le altre regioni, presenta uno dei più bassi indici di occupati per 1000 abitanti sia sul complessivo delle Aziende Sanitarie sia sul solo sottoinsieme degli ospedali pubblici. Un livello di analisi maggiore evidenzia che il dato aggregato non è determinato da un comportamento omogeneo delle sue componenti, in quanto il trascinarsi verso il basso, nella graduatoria nazionale riferita a 10.000 abitanti, è dovuto ai valori più bassi che si registrano nelle dotazioni di infermieri e di altro personale non assistenziale. La presenza di personale medico dipendente, sull'aggregato delle Aziende Sanitarie, è, invece, sostanzialmente in linea con la media nazionale, mentre sul sottoinsieme dei soli ospedali pubblici, pur non realizzandosi la medesima situazione descritta per gli infermieri, il posizionamento è comunque ai livelli bassi della graduatoria nazionale.

Se tuttavia si utilizza come criterio discriminante il numero di unità di personale riferito ai posti letto, la Campania presenta valori sostanzialmente in linea o lievemente superiori ai rispettivi valori medi nazionali per quanto riguarda gli infermieri e l'altro personale non assistenziale, mentre si situa al primo posto per unità di personale medico. Per quanto riguarda l'assistenza specialistica, un analogo confronto presenta maggiori difficoltà, attesa la eterogeneità tipologica dei soggetti erogatori. Nell'ambito dei soggetti privati provvisoriamente accreditati si passa da ambulatori che si identificano con il singolo specialista a strutture complesse polispecialistiche a gestione societaria. Nell'ambito dei soggetti pubblici deve rilevarsi il diverso regime contrattuale degli specialisti, che è di tipo convenzionale per le strutture territoriali e di dipendenza per quelle ospedaliere, dove è lo stesso personale medico ed infermieristico di assistenza che assicura il funzionamento anche degli ambulatori aperti a pazienti non ricoverati.

ANALISI FUNZIONALE DEL POTENZIALE PRODUTTIVO PER I SETTORI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA IN CAMPANIA

Gli elementi innovativi che hanno modificato sostanzialmente il quadro normativo-istituzionale del SSN ed a cui si è, in precedenza, fatto cenno, non consentono tuttavia di ritenere sufficienti, per la individuazione dei criteri e delle metodologie per la pianificazione delle dotazioni organiche, la sola analisi fin qui svolta. Il fattore umano deve infatti essere ulteriormente analizzato, quale fattore produttivo, anche in funzione del contributo che conferisce alla determinazione della struttura di costo del SSR valutato in funzione del volume e della struttura dei ricavi allo stesso riferibile ed articolato per le diverse tipologie di assistenza. Da rilevazione effettuata dall'ARSAN è risultato che al 31/12/98 erano in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato 53.435 unità di personale, di cui 33.665 operanti nei presidi ospedalieri. Tra il 1997 ed 1998 sono avvenute 1540 nuove immissioni in servizio e 3395 uscite, con un saldo netto negativo di 1855 unità. Nel 1997 la spesa per il personale ha inciso per il 42,70 % sul totale della spesa corrente dell'aggregato regionale, mentre nel 1998 tale percentuale è scesa al 39,73%. Analogo confronto limitato all'aggregato delle sole AA.OO. evidenzia un andamento opposto passando dal 73,19 % nel 1997 al 74,30% nel 1998. Se tali percentuali vengono valutate in funzione di un volume complessivo di spesa per il SSR, risultano evidenti in termini dimensionali gli effetti che sortirebbero interventi sia pur modesti, ma comunque ineludibili, tesi, da un lato al recupero di efficienza del sistema nel suo complesso e, dall'altro, al progressivo conseguimento di un equilibrio finanziario costruito su solide basi strutturali.

Indirizzi strategici

Flessibilità

Il processo di recupero di efficienza del SSR può essere favorito dall'adozione di politiche aziendali che tendano a flessibilizzare l'impiego o la riallocazione della risorsa umana. L'Azienda può così non solo modulare, in senso spazio temporale, il proprio potenziale produttivo in funzione della effettiva variabilità del bisogno assistenziale da soddisfare, ma anche rispondere con tempestività ed efficacia alle sfide che il regime competitivo del settore impone per la difesa del proprio posizionamento strategico.

A tal fine occorre fare ricorso a strumenti quali:

- la riconversione del personale
- la stipula di contratti a tempo determinato
- la mobilità orizzontale interna
- la mobilità nell'ambito del SSR

I predetti istituti non si escludono vicendevolmente, ma si integrano in una logica di approccio globale alle politiche di gestione del personale che devono essere armonizzate e finalizzate al perseguimento di un duplice obiettivo:

consentire il costante adeguamento del patrimonio professionale del SSR alle effettive esigenze che richiede la tipologia di interventi assistenziali prescelta quale opzione strategica formulata dal governo regionale e da attuare a livello delle singole Aziende Sanitarie. Deve pertanto essere garantito al SSR, affinché possa efficacemente seguire le dinamiche del settore in cui opera, la possibilità di attingere dal mercato del lavoro le specifiche professionalità di volta in volta necessarie al suo ottimale funzionamento, attraverso l'adozione degli strumenti che la normativa sul pubblico impiego e le norme contrattuali offrono, per scelte di breve periodo, in alternativa alla costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato, non da escludere, ma da riservare selettivamente a scelte organizzativo-strutturali di lungo periodo;

assicurare la condizione di equilibrio economico finanziario stabile per tutte le Aziende Sanitarie.

Il superamento dell'attuale carattere di rigidità della risorsa umana sia in termini di consistenza numerica sia in termini di incidenza sulla spesa complessiva, dovrà avvenire in un contesto di sostanziale tutela della dignità del lavoratore e previo accertamento obiettivo delle condizioni che giustificano un determinato intervento sulla risorsa umana.

La riconversione del personale costituisce in tale ottica uno strumento prezioso e di "prima scelta" per la preservazione e valorizzazione del patrimonio umano che opera nel SSR, in quanto può offrire al singolo operatore nuove opportunità ed occasioni di gratificazione professionale, congiuntamente ad una ricollocazione del soggetto nel tessuto organizzativo aziendale che ne legittimi, a pieno titolo, la permanenza.

La struttura del tessuto produttivo che caratterizza il Settore dell'Assistenza Sanitaria in Campania si distingue, rispetto ad altri ambiti regionali, per la massiccia presenza di soggetti erogatori privati a cui non corrisponde in maniera perfettamente simmetrica una rilevante

carezza di strutture pubbliche; si registrano, inoltre, fenomeni di fuga degli assistiti verso altre regioni che aggravano, con il notevole saldo negativo per la mobilità sanitaria ad essi correlato, la condizione di aree sempre meno sostenibili di sottoutilizzo del potenziale produttivo disponibile.

E' ancora da sottolineare che, quand'anche si riuscisse ad eliminare completamente i fenomeni di fuga descritti, il maggior volume di risorse finanziarie disponibili, pari al valore complessivo del debito verso altre regioni, non riuscirebbe comunque a coprire poco meno della metà dello squilibrio tra entrate ed uscite che annualmente affligge il SSR. La resistenza verso un sostanziale processo di riformulazione e rimodulazione della capacità produttiva può inoltre rendere problematico il costante adeguamento dell'offerta verso forme di assistenza che, sfruttando in pieno le recenti conquiste in campo scientifico e tecnologico, unitamente all'adozione di innovativi modelli organizzativo gestionali, consentirebbero l'erogazione delle medesime prestazioni in regimi assistenziali a minor impiego di risorse, quali il day-Hospital, il day-Surgery e l'assistenza ambulatoriale in luogo del tradizionale ricovero ordinario. Il recupero di efficienza del tessuto produttivo assistenziale pubblico è quindi ineludibile, ma può avvenire solo attraverso l'adozione di un programma di ristrutturazione aziendale che tenda a valorizzare e potenziare quelle aree di attività afferenti a funzioni non delegabili. Per quanto attiene tali aree particolare rilievo assume l'adeguamento organizzativo strutturale in materia di "Controllo Esterno", finalizzato all'effettivo esercizio della funzione di tutela e garanzia dei livelli quali-quantitativi di prestazioni erogate dai soggetti accreditati pubblici e privati così come previsto dal PSN 1998-2001. In tale ambito si collocano anche tutti gli adempimenti finalizzati all'accertamento dei requisiti minimi necessari all'esercizio delle attività sanitarie, e dei requisiti ulteriori necessari all'esercizio delle attività sanitarie in regime di accreditamento. Lo sviluppo di tale funzione deve rivestire per le AA.SS.LL. obiettivo di rilevanza strategica in considerazione delle peculiarità e complessità del SSR prima descritte e della loro doppia connotazione di soggetti erogatori e al contempo acquirenti di assistenza.

In tale ambito potrebbero essere in primo luogo riconvertite le risorse umane che risultassero in eccesso nelle altre aree dell'assistenza a gestione diretta.

La Giunta Regionale, emana in coerenza con le vigenti normative legislative e contrattuali, linee guida per armonizzare le politiche aziendali in tema di riconversione del personale, stipula di contratti a tempo determinato, mobilità orizzontale interna, mobilità nell'ambito del S.S.R.

LA MOTIVAZIONE E LA VALORIZZAZIONE DELLA RISORSA UMANA

Gli interventi sull'attuale assetto organizzativo-strutturale contribuiranno certamente a modificare in senso positivo la percezione che il cittadino ha del proprio SSR, ma il conseguimento di tale obiettivo è completamente subordinato al grado di coinvolgimento e conseguente sostegno che sarà assicurato dall'intero patrimonio umano-professionale che nel suo contesto opera e che è il vero responsabile dell'immagine esterna e del grado di fiducia generato.

L'adeguata preparazione professionale deve essere sorretta, pertanto, da un ampio coinvolgimento motivazionale di ogni unità lavorativa che deve esser costantemente alimentato da atteggiamenti aziendali e del governo regionale, suffragati dall'adozione di politiche di gestione delle risorse umane che riservino la giusta attenzione anche agli effetti usuranti che l'attività di assistenza sanitaria produce sull'equilibrio psicofisico dell'operatore come persona.

La Giunta Regionale attiverà, nel primo anno del triennio di validità del PSR, un programma di monitoraggio dei livelli di disagio e malessere psicologico del personale dipendente del SSR con particolare riferimento alla sindrome del burnout, senza esclusione di alcuna categoria e figura professionale.

Sulla base delle risultanze di tale studio verranno promossi progetti aziendali tesi ad offrire al personale opportune strategie di prevenzione e gestione delle situazioni e/o condizioni che maggiormente si rileveranno causa del fenomeno.

5.4.2 La formazione

L'attuale riforma del SSN ridefinisce alcuni ruoli professionali a cui vengono attribuite nuove funzioni gestionali ed organizzative; in particolare, il nuovo orientamento assistenziale volto al raggiungimento di obiettivi di salute della popolazione ancor prima che alla erogazione di prestazioni assistenziali, queste ultime comunque solo se contemplate dalla programmazione regionale ed aziendale secondo criteri di medicina basata sull'evidenza, impone un importante cambiamento di atteggiamento degli operatori sanitari. La conoscenza dei "nuovi ruoli" incentrati alla soddisfazione dei bisogni del cittadino con risposte appropriate, evidenzia la necessità di acquisizione di una nuova identità professionale, per il cui raggiungimento devono essere predisposti idonei interventi di formazione specifica (rivolta a coloro che devono entrare come operatori nel sistema) e di formazione continua (rivolta a coloro che nel sistema già operano).

Questo ambito di formazione "*specificata*" e "*continua*" degli operatori è da intendersi come elemento strategico della Regione e delle Aziende Sanitarie, teso a favorire e sostenere il processo di innovazione e di costante adeguamento ai mutamenti determinati dalla evoluzione della domanda sanitaria e delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

La formazione, pertanto, svolge un ruolo essenziale:

- per incrementare e favorire il rinnovamento strutturale del sistema organizzativo;
- per favorire lo sviluppo e l'ottimizzazione delle risorse umane;
- per realizzare una coerente integrazione di comportamenti professionali e organizzativi alle politiche del PSR e del PSN;
- per incrementare l'efficienza e l'efficacia dei servizi.

I percorsi e le azioni formative, sia a livello regionale che aziendale, vanno quindi necessariamente elaborati in coerenza con gli obiettivi nazionali, regionali e locali e si fondano su adeguate analisi relative al bisogno formativo delle diverse figure professionali.

La Regione, una volta identificato il bisogno formativo ed i relativi programmi, potrà giungere alla definizione qualitativa e quantitativa del credito formativo che dovrà essere maturato complessivamente dagli operatori in un determinato tempo, in aderenza agli atti di indirizzo e coordinamento adottati a livello centrale.

Resta inteso che, nella predisposizione e realizzazione degli interventi formativi promossi dalla Regione, sarà opportuna la partecipazione di ordini e collegi professionali, di società scientifiche, di associazioni professionali e di soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative specifiche.

OBIETTIVI E AZIONI

E' stato detto come la programmazione dei percorsi di formazione debba essere elaborata in coerenza con gli obiettivi regionali e nazionali ed in maniera funzionale ai target aziendali. Da alcuni anni si sta assistendo, anche nella nostra regione, a notevoli cambiamenti e trasformazioni del sistema sanitario e, in modo particolare, si sta osservando un graduale passaggio da una cultura dell'ospedale ad una cultura del territorio, inteso come il naturale contesto cui il cittadino utente si rivolge per trovare una prima ed appropriata risposta ai propri problemi di salute.

Il processo di aziendalizzazione da un lato, e la sempre maggiore attenzione al territorio dall'altro, hanno comportato che i dirigenti medici e sanitari dipendenti del SSR nei distretti sanitari e nei presidi ospedalieri siano stati investiti di compiti diversi rispetto a quelli tradizionali ai fini di un migliore utilizzo delle risorse nell'ottica del contenimento della spesa, dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi assistenziali, del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Ne consegue che gli obiettivi formativi dovranno puntare all'acquisizione da parte dei dirigenti medici e sanitari distrettuali ed ospedalieri delle metodologie di base in statistica ed in epidemiologia descrittiva, della possibilità di programmare, costruire ed utilizzare sistemi informativi sanitari finalizzati a specifiche problematiche, di offrire ai medici strumenti di analisi e valutazione dei costi degli interventi sanitari in termini di efficacia clinica e di strategie alternative per il raggiungimento di specifici obiettivi di salute, secondo una medicina basata sull'evidenza.

Tale obiettivo comporterà la preparazione di cicli di *formazione continua - aggiornamento* destinati ai dirigenti medici e sanitari delle U.O. assistenziali ospedaliere e distrettuali di base, aventi come obiettivo l'integrazione ed il continuo scambio informativo con le altre figure sanitarie presenti sul territorio come il medico di M.G., il pediatra di libera scelta, il medico dell'emergenza territoriale e gli operatori sanitari delle strutture assistenziali intermedie al fine di ottimizzare le risorse del territorio nell'ottica di una adeguata risposta ai problemi di salute del cittadino.

Nell'attuale PSN viene fortemente rimarcata la necessità di conservare lo stato di salute attraverso la prevenzione ed il miglioramento degli stili di vita. Tale considerazione appare quanto mai opportuna se si prendono in considerazione gli ambienti di lavoro. Con il D.Lgs. 626/92 si modifica radicalmente il modo di prendere in considerazione i diversi aspetti della sicurezza sui luoghi di lavoro, sia sul fronte delle responsabilità dei lavoratori e del loro datore di lavoro, che sul fronte della loro tutela con i relativi presidi e strumenti necessari. Nell'ambito della sanità il discorso appare particolarmente significativo poiché i luoghi di lavoro sono anche gli stessi in cui si erogano prestazioni sanitarie. A tal fine, occorre avviare, di concerto con le altre istituzioni coinvolte in questo tipo di prevenzione, cicli di incontri di aggiornamento al fine di promuovere tra gli operatori una cultura della sicurezza e non la mera applicazione di disposizioni e di prescrizioni contemplate dalla normativa.

La sempre più marcata attenzione al cittadino utente, nella globalità dei suoi bisogni, con una erogazione di risposte a cura degli operatori del distretto sanitario, dell'ospedale e dei medici di assistenza primaria e specialistica, hanno comportato una particolare attenzione alla modalità di accoglienza del cittadino da parte del SSR. Malgrado la istituzione nelle Aziende Sanitarie delle U.O. di relazioni con il pubblico ed il realizzarsi, in numerose strutture ed a diversi livelli, dello strumento di coinvolgimento ed informazione definito come "*Carta dei Servizi*", ancora vi è molto da fare sul versante della formazione degli operatori non solo delle U.O. relazioni con il

pubblico, ma anche di tutte quelle altre U.O. che accolgono di fatto i cittadini, in particolar modo quelle che offrono assistenza ad una utenza particolarmente delicata quali U.O. di salute mentale, SERT, U.O. anziani, U.O. materno infantili. Si rende necessario l'avvio di incontri di aggiornamento delle figure professionali coinvolte nei vari percorsi assistenziali al fine di meglio accogliere, informare e rispondere appropriatamente ai bisogni di salute soprattutto di quella utenza particolarmente disagiata che ricorre ripetutamente ai servizi sanitari.

Nell'ambito territoriale un ruolo determinante è quello rivestito dai medici dell'assistenza primaria (Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, operatori dell'emergenza – urgenza territoriale) e dal Distretto Sanitario. I medici dell'assistenza primaria e gli operatori sanitari delle U.O. dei Distretti Sanitari dovranno pertanto acquisire gli idonei strumenti per ricoprire il nuovo ruolo ed essere, in tal modo, parte attiva del processo di trasformazione dello scenario sanitario. Peraltro, neanche appare sensata una politica del territorio “alternativa” all'ospedale: il vero obiettivo è mettere in continuità le due realtà, come diversi e complementari momenti, convergenti nell'assicurare il miglioramento della salute del cittadino attraverso modalità differenti ma di pari dignità ed importanza. In tal senso la programmazione regionale si dovrà dispiegare come offerta di formazione specifica e/o di aggiornamento sul comparto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, dell'operatore distrettuale, dell'operatore dell'emergenza territoriale, dell'operatore ospedaliero, prevedendo parti comuni e di interrelazione.

I relativi programmi formativi saranno orientati:

- alla identificazione di comportamenti diagnostico - terapeutici condivisi nella gestione delle patologie più frequenti ed a maggior assorbimento di risorse nella Regione;
- all'uso integrato ed efficiente delle risorse territoriali ed ospedaliere;
- al miglioramento della relazione medico - paziente (in particolare per le situazioni di alta criticità: es. malati terminali, pazienti oncologici, ecc.);
- all'integrazione nel sistema informativo ed osservazione epidemiologica;
- all'acquisizione di capacità gestionali e budgetarie.

La Giunta Regionale individuerà un'apposita commissione di lavoro, formata da rappresentanti dell'Assessorato Regionale alla Sanità, dell'ARSAN, delle Società e organizzazioni professionali di Medicina Generale, delle associazioni e organizzazioni professionali degli operatori aziendali e di distretto e dell'Università, che predisponga un piano formativo pluriennale per le diverse qualifiche professionali, dirigenziali e del comparto, rientranti nelle categorie di operatori sopra individuate.

Uno spazio a se stante merita, per la sua delicatezza strategica, la formazione specifica del medico di medicina generale. Tale formazione, unico intervento “istituzionale” di formazione specifica riconosciuta nel nostro Paese, è attualmente delegata dalla Giunta Regionale all'Agenzia Regionale Sanitaria, con l'obiettivo di “preparare” i futuri medici di M.G. ad affrontare e risolvere i diversi problemi di salute dei propri assistiti ed a divenire il corretto raccordo tra il cittadino utente bisognoso di cure e le altre articolazioni del SSR, in maniera che tale professionista possa prendere attivamente parte al processo di razionalizzazione delle risorse. In forza di tale delega è compito dell'Agenzia, al fine di pianificare correttamente le attività del corso, individuare, in fase di programmazione, una serie di strumenti utili per monitorare, verificare e valutare l'insieme delle attività, già avviate nel precedente anno, dirette

alle risorse utilizzate, ai processi e agli esiti, al fine di correggere eventuali scostamenti raggiungendo così pienamente gli obiettivi prefissati.

Altro fondamentale aspetto della programmazione regionale in materia di formazione è quello, peraltro, ampiamente trattato nello stesso D.Lgs.229/99, ove si definisce come indispensabile l'implementazione del ruolo della dirigenza del SSR, con particolare riferimento alla gestione dei servizi territoriali, in quanto ambiti di assoluto rilievo e nodi strategici attraverso cui passa la possibilità concreta dello sviluppo del nuovo sistema sanitario.

La programmazione regionale degli interventi di formazione rivolti alla dirigenza dovrà:

far acquisire alla dirigenza competenze finalizzate alla gestione ottimizzata delle risorse;
attuare la distinzione tra le funzioni dirigenziali con responsabilità gestionale e le funzioni dirigenziali con responsabilità professionali;
responsabilizzare coloro che incidono nella determinazione della spesa.

Tali obiettivi potranno essere raggiunti attraverso l'attivazione di un adeguato programma di formazione del II livello dirigenziale tenendo presente la necessità di coinvolgere, tra i destinatari della formazione, innanzitutto coloro che già operano a tal titolo nel SSR.

Anche per questo tipo di formazione appare centrale il supporto dell'Agenzia Regionale Sanitaria all'Assessorato alla Sanità per l'individuazione in termini qualitativi e quantitativi dei bisogni di formazione, l'adeguamento dei programmi di intervento agli indirizzi forniti dal Governo centrale, la migliore utilizzazione dell'offerta delle diverse Istituzioni universitarie esistenti sul territorio regionale e delle più moderne tecnologie di didattica, anche a distanza, dell'informatica e delle telecomunicazioni.

5.5 La politica della qualità

Promuovere ed assicurare la qualità dell'assistenza sanitaria rappresenta una delle finalità del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'attuale periodo, in cui massima attenzione è data al perseguimento di obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, la promozione della qualità si trasforma in una sfida nel ricercare il giusto equilibrio fra garantire adeguati livelli di qualità e costi di prestazioni.

Garantire elevati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria, sulla base di un Programma Nazionale per la Qualità rappresenta un obiettivo prioritario del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

La sfida, infine, di sostenere e promuovere la qualità nei servizi sanitari rientra in un più ampio contesto se consideriamo gli obiettivi del progetto europeo "Health 21" dell'O.M.S. che rappresentano, concretamente, la nuova frontiera della sanità.

E' opportuno, quindi, prima di esporre "la politica della qualità regionale", descrivere gli ambiti sui quali si intende agire e su cui le Aziende Sanitarie sono chiamate a lavorare:

qualità organizzativa o gestionale: rappresenta il modo con cui le Aziende, per soddisfare il cittadino, utilizzano al meglio (efficacia ed efficienza) le risorse loro assegnate;

qualità tecnica: rappresenta la capacità dei professionisti sanitari di scegliere e praticare, in maniera appropriata, gli interventi corrispondenti allo stato di avanzamento delle conoscenze tecnico-scientifiche (qualità del processo), e di fare in modo che gli utenti sperimentino esiti di salute accettabili alla luce delle citate conoscenze (qualità delle prestazioni e dei risultati);

qualità percepita: rappresenta la risposta ad aspetti legati alle esigenze e alle attese del cittadino in ordine al tempo, alla semplicità delle procedure, all'orientamento e all'accoglienza, all'informazione sul trattamento, al comfort, all'umanizzazione e alla personalizzazione delle prestazioni sanitarie erogate.

Le dimensioni della qualità, sopra riportate, debbono essere presenti ed integrarsi tra loro in una politica "globale" della qualità dell'assistenza, il cui sviluppo avviene a tre livelli:

livello regionale: la Giunta Regionale, attraverso l'A.R.SAN., sarà chiamata a individuare e definire gli obiettivi annuali e pluriennali riguardanti la promozione, il sostegno e lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria;

livello aziendale: le aziende sanitarie sono chiamate ad una azione di pianificazione di programmi di qualità relativamente agli obiettivi definiti;

livello sub-aziendale: presidi ospedalieri, distretti e dipartimenti sono chiamati ad avviare ed attuare le azioni necessarie per la realizzazione degli obiettivi prefissati.

Promuovere la qualità della gestione

E' ormai riconosciuto che il fallimento dei sistemi di qualità dipende in buona misura dalla mancanza di convinzione e di partecipazione della Direzione Aziendale, ragion per cui il successo di un Sistema di Qualità non può prescindere da un impegno convinto e costante da parte della Direzione Aziendale.

Compito della Direzione Aziendale è quello di darsi una politica per la qualità e di inserire programmi e progetti di qualità nella strategia e nei piani aziendali al fine di renderli perno centrale della cultura aziendale.

La Direzione Aziendale deve, inoltre, dimostrare l'importanza che l'Azienda attribuisce allo sviluppo del Sistema Qualità, non solo promuovendolo, ma riconoscendone i risultati, sostenendolo con continue azioni di stimolo e di rinforzo e conferendogli visibilità, riconoscimenti e risorse.

I risultati conseguiti, riconosciuti pubblicamente, devono diventare patrimonio aziendale. Tali risultati, inoltre, rappresenteranno elementi da tenere in considerazione per la valutazione dei Direttori Generali.

La qualità della gestione indirettamente misura l'attenzione e le capacità che i manager hanno nell'utilizzo delle risorse (strutturali, economiche, tecnologiche ed umane) al fine di raggiungere gli obiettivi aziendali. Attualmente, si stima che la "non qualità" della gestione aziendale causi maggiori costi, legati ai disservizi, pari al 15-20 % della spesa totale. Abbattere questi costi, aumentando l'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni, risulta essere la migliore risposta ai bisogni dei cittadini e alle difficoltà economiche oggi presenti nella sanità.

Promuovere la qualità della gestione vuol dire portare una nuova cultura all'interno delle aziende sanitarie. Nuova cultura in cui il paziente è posto al centro e l'attenzione è spostata sui prodotti finali, il miglioramento dello stato della salute.

In tale ottica la qualità complessiva delle prestazioni dipenderà dalla somma della qualità di ciascun processo aziendale: assistenziale, amministrativo e di supporto e la verifica avverrà attraverso un monitoraggio sistematico dei risultati in termini di salute, qualità della vita,

soddisfazione dei pazienti, costi e accessibilità economica, basato su adeguati sistemi informativi.

Fondamentale sarà il contributo che l'accreditamento delle strutture sanitarie apporterà in questo specifico settore.

Essenziale, anche, risulterà, per la diffusione della cultura della qualità la realizzazione di gruppi o nuclei di qualità in ciascuna azienda sanitaria con lo specifico compito di promuovere e sostenere la politica della qualità.

Gli obiettivi, relativi a questo aspetto della qualità da realizzarsi con il supporto dell'A.R.SAN. sono:

individuazione e definizione, da parte della Giunta Regionale, degli obiettivi di formazione inerenti la qualità;

conoscenza, delle realtà aziendali in merito ai temi della qualità;

realizzazione, di gruppi o nuclei di qualità aziendali il cui compito sarà quello di promuovere e sostenere le politiche della qualità;

realizzazione, di confronti tra aziende sanitarie su esperienze realizzate nella qualità dei servizi assistenziali e amministrativi, al fine di individuare le pratiche migliori presenti nei diversi servizi e nelle varie Aziende ed analizzare le condizioni della loro trasferibilità;

individuazione ed introduzione dei meccanismi di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza sanitaria con specifico riferimento alla definizione di criteri per la verifica dei soggetti erogatori (strutture), utili successivamente per la valutazione dei soggetti singoli, con particolare attenzione alla misurazione e valutazione delle procedure e degli esiti.

Promuovere la qualità tecnico-professionale

La promozione della qualità tecnico – professionale si pone come finalità il miglioramento dei processi di trattamento, cioè del modo in cui i professionisti eseguono la diagnosi, la terapia e le altre procedure sanitarie.

L'efficacia e l'appropriatezza devono divenire gli strumenti di valutazione della qualità e, di conseguenza, di selezione delle prestazioni, considerato che l'accreditamento professionale rappresenterà uno degli obiettivi dei prossimi piani sanitari nazionali. A tal proposito, corre l'obbligo ricordare come l'articolo 1, commi 6 e 7, del D.Lgs. 229/99, nel definire i livelli essenziali di assistenza, specifica che non sono posti a carico del SSN le prestazioni che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate.

Per apportare migliori livelli qualitativi in tale ambito sono richiesti:

interventi di formazione ed aggiornamento del personale sanitario;

diffusione della buona pratica medica attraverso linee guida diagnostiche – terapeutiche al fine di aumentare l'appropriatezza delle cure;

diffusione della cultura e degli strumenti della verifica medica (audit), intesa come attività sistemica di miglioramento.

Fondamentale in tale fase risulteranno essere la partecipazione e l'impegno di una pluralità di soggetti, quali gli operatori sanitari, le istituzioni, le società scientifiche, gli ordini professionali e i medici di M.G.

Gli obiettivi definiti per il triennio sono:

la realizzazione di interventi di formazione e di aggiornamento;
la definizione dei criteri per la realizzazione delle linee guida costruite sui principi della Medicina Basata sull'Evidenza;
la elaborazione, in modo congiunto con i soggetti innanzi delineati, delle linee guida per l'accreditamento professionale;
la costruzione di procedure efficaci per valutare i benefici e l'appropriatezza nello sviluppo della strumentazione, dei farmaci e delle altre risorse, e nel loro utilizzo corrente nei sistemi sanitari.

PROMUOVERE LA QUALITÀ DEL SERVIZIO VALUTATA DAL CITTADINO (QUALITÀ PERCEPITA)

Il nuovo rapporto tra il cittadino e il SSN trova piena realizzazione nell'art. 14 del D.Lgs 502/92. I principi affermati dall'art. 14 hanno trovato lo strumento applicativo più efficace nella Carta dei Servizi Sanitari che deve costituire un patto tra l'azienda erogatrice del servizio e il cittadino, finalizzato al continuo miglioramento delle prestazioni e dei servizi resi alla collettività ed ai singoli. Attraverso questo "patto di qualità" il Servizio Sanitario realizza un nuovo rapporto con il cittadino che perde sempre più il suo ruolo di destinatario passivo del servizio per diventare un soggetto attivo, capace di esprimere esigenze e preferenze; l'azienda è invece chiamata a dare "ascolto" ai propri utenti e ad impegnarsi a definire standard ed impegni di qualità relativamente agli aspetti temporali, alla semplicità delle procedure, all'orientamento e all'accoglienza, all'informazione e al comfort delle prestazioni sanitarie.

Gli obiettivi definiti sono:

verifica, da parte dell'A.R.SAN., dello stato di attuazione della Carta dei Servizi;
monitoraggio continuo e valutazione annuale, da parte dell'A.R.SAN., dello stato della qualità dei servizi, dal punto di vista degli utenti, erogata dalle Aziende Sanitarie.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998- 2000 prevede che gli obiettivi relativi a ciascuna delle componenti della qualità (qualità tecnico-professionale, qualità organizzativo-aziendale, qualità relazionale) ed i risultati conseguiti devono essere chiaramente indicati nella Carta dei Servizi Sanitari, il cui processo di attuazione, nelle Aziende Sanitarie, deve essere ulteriormente favorito.

L'insieme delle attività previste dal piano, per promuovere e sostenere le politiche della qualità, sono in linea con quanto previsto dalla direttiva della Comunità Europea sulle procedure e processi per il miglioramento qualitativo (raccomandazione n°. 17/97) e si pongono come finalità il cambiamento dei livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria, fondato su miglioramenti a piccoli passi, continui nel tempo, da realizzare con il coinvolgimento attivo e la partecipazione responsabile di tutti gli operatori.