

# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

*PARTE PRIMA* PALERMO - VENERDÌ 2 GIUGNO 2000 - N. 26 SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL 6964930 - ABBONAMENTI TEL 6964926 INSERZIONI TEL 6964936 - FAX 6964927

## ***SUPPLEMENTO ORDINARIO***

### **SOMMARIO**

#### **LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI**

DECRETO PRESIDENZIALE 11 maggio 2000.

**Piano sanitario regionale 2000/2002.**

DECRETO PRESIDENZIALE 11 maggio 2000.

Piano sanitario regionale 2000/2002.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

Visto lo Statuto della Regione;

Viste le leggi regionali 29 dicembre 1962, n. 28 e 10 aprile 1978, n. 2;

Vista la legislazione nazionale e regionale in materia sanitaria;

Viste, in particolare, le leggi regionali 1 settembre 1993, n. 25 e 3 novembre 1993, n. 30;

Visto il decreto legislativo 18 giugno 1999, n. 200;

Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Considerato che la Regione deve dotarsi del Piano sanitario regionale finalizzato alla tutela della salute fisica e psichica dei cittadini alla luce delle necessità emerse dalla valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione siciliana, mediante la razionalizzazione delle risorse disponibili, la qualificazione ed il contenimento della spesa sanitaria;

Considerato che il Piano sanitario regionale per il triennio 2000/2002 rappresenta il piano strategico degli interventi per raggiungere gli obiettivi di salute e soddisfare le specifiche esigenze della popolazione regionale, contemperandole agli obiettivi del P.S.N. vigente, ed, inoltre, consente di dare attuazione a specifiche disposizioni di legge ed, in particolare, ai contenuti del citato decreto legislativo n. 229/99, nonché, per tutto quanto è possibile recepire ed innovare compatibilmente con i rinvii normativi nello stesso contenuti;

Preso atto del parere favorevole sulla bozza di Piano sanitario regionale reso dal Consiglio regionale di sanità nella seduta del 28 ottobre 1998;

Considerato che è stato acquisito il parere favorevole reso con modificazioni dalla competente Commissione legislativa "Sanità" dell'ARS, nella seduta n. 114 del 22 marzo 2000;

Considerato che si è altresì acquisito il parere espresso dal Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione - n. 100.SCPS.III.6367 del 20 aprile 2000;

Vista la deliberazione n. 105 del 27 aprile 2000, con la quale la Giunta regionale, nell'apportare limitate, motivate, modifiche ed integrazioni al testo sul quale la Commissione legislativa dell'A.R.S. ha reso parere favorevole, ha approvato il Piano sanitario regionale 2000/2002;

Su proposta dell'Assessore regionale della sanità;

Decreta:

Art. 1

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 54 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, è approvato il Piano sanitario regionale 2000/2002 nel testo allegato (allegato A) al presente decreto.

Art. 2

Il Piano sanitario regionale di cui all'art. 1 ha validità triennale dalla data di emanazione del presente decreto.

Art. 3

L'Assessore regionale per la sanità è incaricato di provvedere all'esecuzione del P.S.R. approvato. Palermo, 11 maggio 2000.

CAPODICASA

Allegato A

**PIANO SANITARIO REGIONALE 2000/2002**

**PREMESSA**

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 che ha modificato il decreto legislativo n. 502/92 ha ulteriormente definito il processo di riforma del sistema sanitario iniziato con la legge n. 833/78, ribadendo la tutela della salute pubblica come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, garantiti, nel rispetto della dignità della persona umana, dal SSN definito quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo n. 112/98, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

Con le leggi regionali 1 settembre 1993, n. 25 e 3 novembre 1993, n. 30, il legislatore ha innovato profondamente il procedimento stabilito per l'adozione del Piano sanitario regionale (PSR), prevedendo che esso sia "approvato con decreto del Presidente della Regione, previa delibera della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, sentito il Consiglio sanitario regionale, acquisito il parere della Commissione legislativa "Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana".

In tale ambito normativo il PSR rappresenta il piano strategico degli interventi per raggiungere gli obiettivi di salute e soddisfare le specifiche esigenze della popolazione regionale contemperandole agli obiettivi del Piano sanitario nazionale vigente.

Il PSR consente inoltre di dare attuazione a specifiche disposizioni di legge ed in particolare ai contenuti del decreto legislativo n. 229/99 per tutto quanto è possibile recepire ed innovare compatibilmente con i rinvii normativi nello stesso contenuti.

Alla pianificazione sanitaria è stato quindi delegato dal legislatore regionale anche il delicato compito di definire i modelli organizzativi dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera, tenendo conto delle specifiche esigenze del territorio, delle risorse (finanziarie, di strutture e di personale) disponibili e dei parametri ed indici stabiliti dalla normativa vigente.

Inoltre esso consente di tenere conto degli obiettivi prefissati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 contemperandoli con le necessità di questa Regione anche mediante l'attivazione di strumenti agili e partecipati in grado di garantire la corretta e concreta attuazione del Piano assicurando la centralità dell'utente del sistema sanitario nella piena attuazione dell'art. 14 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

**1. ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Alla luce della vigente normativa, l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale si articola in tre differenti livelli: Regione, Azienda sanitaria, Enti locali.

**1.1. LA REGIONE**

I compiti più importanti della Regione sono:

- sviluppare le politiche regionali e i piani generali e di settore per garantire alla popolazione il raggiungimento e l'erogazione di livelli di assistenza essenziali ed uniformi;
  - svolgere attività di indirizzo, coordinamento e verifica;
- valutare le attività delle aziende attraverso opportuni indicatori di risultato che diano informazioni sugli obiettivi prefissati;
  - coordinare il Sistema informativo sanitario regionale;
- individuare e quantificare le risorse da assegnare in funzione della soddisfazione dei livelli

essenziali di assistenza e dei programmi e progetti dedicati individuati nel presente Piano;

- coordinare la formazione e l'aggiornamento del personale;
- coordinare e supervisionare i programmi di qualità e di accreditamento.
- promuovere lo sviluppo della qualità anche tramite l'istituto dell'accreditamento.

## 1.2. L'AZIENDA SANITARIA

Il decreto legislativo n. 229/99 modificativo del decreto legislativo n. 502/92 ha definito il processo di aziendalizzazione delle U.S.L. definite aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia gestionale, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con la emananda legge regionale prevista dallo stesso decreto legislativo n. 229/99 (art. 2, comma 2 sexies lettera b).

Tali aziende informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità nel rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

L'Azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo n. 229/99, può attivare l'erogazione di prestazioni di medicina non convenzionale.

Gli organi istituzionali dell'azienda sanitaria sono rappresentati dal Direttore generale e dal Collegio sindacale.

Il Direttore generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, nonché dal Collegio di direzione per le attività indicate dall'articolo 17 del decreto legislativo n. 229/99 e dal Consiglio dei sanitari. Il Direttore generale può avvalersi inoltre di un apposito ufficio di staff composto da personale con qualifiche ed in numero adeguato allo svolgimento dei compiti propri tenuto presente la complessità delle funzioni svolte e la tipologia delle prestazioni erogate.

Per quanto concerne il servizio di psicologia, il servizio infermieristico e il servizio sociale si fa riferimento a quanto al riguardo contenuto nel punto 1.2.4.

### 1.2.1. L'Azienda unità sanitaria locale (AUSL)

La gestione della Azienda U.S.L. è caratterizzata dalla presenza al suo interno di un forte centro decisionale, il Direttore generale, il quale provvede alla nomina del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo stabilendo, attraverso l'instaurarsi di un rapporto fiduciario, una omogenea direzione dell'Azienda.

La direzione si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria del Collegio di direzione e dal punto di vista tecnico-sanitario della consulenza del Consiglio dei Sanitari previsto quale organo rappresentativo delle diverse professionalità.

Tale organizzazione tende a realizzare un recupero dell'efficienza anche attraverso una più chiara identificazione dei diversi livelli di responsabilità.

In tale quadro la scelta del Dipartimento quale modello ordinario di gestione operativa è una modalità attraverso la quale si perviene all'aggregazione per obiettivi delle diverse professionalità ed a un equilibrato rapporto decisionale e di partecipazione.

Nell'ambito territoriale l'assetto organizzativo della AUSL conferma e valorizza la funzione del Distretto sanitario in un sistema finalizzato essenzialmente ad assicurare al cittadino un più facile accesso al Servizio sanitario.

Dalla A.U.S.L. dipendono altresì i presidi ospedalieri non costituiti in aziende autonome.

L'Azienda USL dunque:

- è responsabile degli aspetti organizzativi e gestionali e dei programmi generali da svolgere per raggiungere gli obiettivi definiti dalla Regione. Il suo compito è quello di garantire la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza fissati dalla Regione integrando gli stessi con gli interventi concertati a livello territoriale con gli enti locali, nonché le quote di partecipazione ai servizi integrati per le spese sociali di rilievo sanitario (articolo 3-septies comma 6 del decreto legislativo n. 229/99);
- cura il monitoraggio e la supervisione dei progetti operativi ;
- eroga la spesa.

### 1.2.2. L'Azienda ospedaliera

Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per la Azienda USL come disposto dal comma 1 dell'art. 4 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Nella Regione siciliana sono attualmente costituiti in azienda ospedaliera con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica gli ospedali di rilievo nazionale e gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi d'emergenza di 3° e di 2° livello, di cui all'art. 4 del decreto legislativo sopra citato e individuati con legge regionale n. 11 aprile 1995, n. 34. Tale organizzazione è confermata fino all'applicazione di quanto previsto dai commi dall'1 bis all'1 octies dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 502/1992 come modificato dal decreto legislativo n. 229/99.

La gestione dell'azienda ospedaliera "è informata al principio dell'autonomia economico finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo basati sulle prestazioni effettuate".

#### 1.2.3. L'Azienda ospedaliero-universitaria

Le aziende ospedaliero-universitarie sono parte integrante della Rete ospedaliera regionale nel cui ambito sono aziende di terzo livello. La legislazione vigente ed in particolare il decreto legislativo n. 517/99 ha innovato profondamente l'assetto dei policlinici universitari integrandoli nel Servizio sanitario nazionale, ferme restandone tuttavia le peculiari caratteristiche derivanti dall'essere gli stessi sede naturale ed istituzionale della didattica e della ricerca, attività rispetto alle quali l'assistenza agli infermi continua a svolgere una funzione sostanzialmente strumentale e quindi necessaria ed inscindibile.

Questo essendo il quadro normativo e fattuale di riferimento, la collaborazione tra SSN ed Università si realizza per il tramite di aziende ospedaliero-universitarie, operanti per un quadriennio, in via sperimentale.

A tale peculiare caratteristica, derivante dall'essere le aziende predette soggetti e sede di sperimentazione organizzativa e gestionale nei rapporti Regione-Università, consegue la necessità del coinvolgimento dell'Università per il tramite delle aziende ospedaliero-universitarie negli interventi di collaborazione con privati, ivi comprese le organizzazioni non lucrative di utilità sociale, con modalità e risorse analoghe con quelle proprie dell'attività di sperimentazione gestionale già in corso nella Regione siciliana.

Inoltre, poiché costituiti, secondo quanto previsto dall'art. 2 del decreto legislativo n. 517/99 in aziende dotate di autonoma soggettività giuridica, pienamente integrate con il SSN ed inserite nella Rete ospedaliera, sussiste per i policlinici l'obbligo di attuare gli interventi di rimodulazione organizzativa disposti dall'Amministrazione regionale ai sensi delle leggi nn. 382/96 e 662/96.

Tali interventi ove già assunti con atto formale dall'Università e approvati o in corso di approvazione da parte dell'Amministrazione regionale, fanno parte integrante del presente Piano sanitario regionale, ferma restando, ovviamente, la possibilità di procedere a loro successiva modifica o integrazione alla stregua delle vigenti prescrizioni normative.

In relazione, infine, alla rilevata integrazione esistente tra aziende ospedaliero-universitarie e SSN deve riconoscersi la sussistenza di una equiordinazione tra queste ultime e gli enti del Servizio sanitario nazionale, per quanto concerne il riparto delle risorse destinate agli interventi strutturali in favore delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

#### 1.2.4. Il Direttore generale

Il Direttore generale ai sensi dell'art. 3 comma 1 quater del decreto legislativo n. 229/99 adotta l'atto aziendale di cui al comma 1 bis dello stesso art. 3 del predetto decreto legislativo, è responsabile della gestione complessiva ed è coadiuvato nell'adempimento delle proprie funzioni dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario.

Sono posti in staff al Direttore generale:

- 1) la struttura per l'implementazione del "Sistema qualità aziendale" individuata ai sensi del decreto Assessore della sanità del 24 dicembre 1997, n. 24216.
- 2) l'U.O. della formazione permanente e l'aggiornamento del personale;
- 3) l'U.O. del sistema informativo e statistico;
- 4) l'U.O. programmazione e controllo di gestione;
- 5) l'Ufficio relazioni con il pubblico;

6) il Servizio di prevenzione e protezione istituito all'interno dell'Azienda, ai sensi del decreto legislativo n. 626/94, come modificato dal decreto legislativo n. 242/96;

Al fine di migliorare il coordinamento tra le varie funzioni dello staff è possibile prevedere l'accorpamento di unità operative dipendenti dal Direttore generale (come per esempio formazione ed Ufficio relazioni con il pubblico).

Con riferimento alla legge regionale n. 25/96 ed al fine di soddisfare i bisogni di salute della persona attraverso percorsi assistenziali integrati, presso ciascuna AUSL viene istituito un Servizio autonomo di psicologia, interdistrettuale, alle dirette dipendenze del Direttore generale con compiti di programmazione, indirizzo, promozione e valutazione di tutte le attività psicologiche dell'Azienda ferma restando l'integrazione funzionale degli psicologi nelle U.O. di appartenenza comprese quelle distrettuali di psicologia.

Ai sensi dell'articolo 3, comma 1-bis del decreto legislativo n. 502/92 come modificato dal decreto legislativo n. 229/99 il Direttore generale provvede alla definizione dell'atto aziendale. Nell'atto aziendale sono inserite, tra l'altro, le indicazioni per la disciplina ed il funzionamento del Collegio di direzione. In particolare, il Collegio di direzione, oltre a svolgere le funzioni previste dall'articolo 17 del decreto legislativo n. 502/92 come modificato dal decreto legislativo n. 229/99, definisce, avvalendosi dei responsabili delle funzioni "Qualità e formazione", il piano di sviluppo della qualità aziendale per la realizzazione del "Sistema qualità aziendale" ai sensi del decreto Assessore della sanità 24 dicembre 1997, n. 24216.

Nelle more dell'approvazione della legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera b), del decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 229/99, l'Assessore regionale per la sanità emanerà direttive sulla predisposizione dell'atto aziendale.

Le funzioni di responsabile di dipartimento, di distretto, di servizio, di unità operative, sono attribuite dal Direttore generale al personale in possesso dei requisiti professionali indicati dalla normativa vigente in materia di direzione e dai contratti di categoria.

#### 1.2.5. Il Direttore amministrativo

Il Direttore amministrativo partecipa, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni del Direttore generale.

Inoltre cura la relazione di accompagnamento al bilancio preventivo ed al conto consuntivo da sottoporre all'approvazione del Direttore generale. E' preposto all'attivazione, alla gestione ed al controllo dei centri di costo, al controllo interno (ai fini della verifica dell'attività svolta dalle Unità operative amministrative, di cui all'art. 20 del decreto legislativo n. 29/93, predisponendo la relazione per il Direttore generale) nonché alla programmazione dell'attività di aggiornamento per il personale amministrativo.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni e per quelle delegate dal Direttore generale, il Direttore amministrativo è coadiuvato da una segreteria che opera in stretto collegamento con l'ufficio di staff dello stesso Direttore generale.

#### 1.2.6. Il Direttore sanitario

Il Direttore sanitario partecipa, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni del Direttore generale.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni e per quelle delegate dal Direttore generale, il Direttore sanitario è coadiuvato da una segreteria che svolge attività di supporto.

La legge regionale n. 30/93 prevede che venga posta alle dirette dipendenze del Direttore sanitario, in ragione della "orizzontalità" del suo intervento, l'Unità operativa aziendale per l'educazione alla salute, le cui funzioni sono descritte nel paragrafo 6.6 del presente Piano.

Sono poste altresì alle dipendenze del Direttore sanitario il Servizio infermieristico e il Servizio sociale di cui all'art. 7, comma 7, della legge regionale n. 30/93, cui sono preposti rispettivamente un operatore professionale dirigente con funzioni didattico organizzative ed un assistente sociale coordinatore.

Compiti del servizio infermieristico sono:

- formazione ed aggiornamento del personale di concerto con l'Ufficio per la formazione permanente dell'Azienda;
- promozione delle attività proprie dei servizi.

I Servizi infermieristici svolgono la loro attività a supporto dei dipartimenti e/o dei distretti e/o delle U.O. di riferimento. Il personale afferente ai predetti servizi svolge la propria attività nella U.O. di appartenenza e secondo le indicazioni del dirigente della U.O. stessa.

Compiti dell'U.O. di servizio sociale sono:

- formazione ed aggiornamento del personale di concerto con l'Ufficio formazione permanente dell'Azienda;
- programmazione, organizzazione, indirizzo, coordinamento e gestione dell'attività sociale secondo la legge nazionale n. 84 del 23.3.1993 e la vigente normativa regionale.

L'U.O. di Servizio sociale si articola in UU.OO. di area dipartimentale e UU.OO. distrettuali. Nelle Aziende ospedaliere viene istituita una U.O. di Servizio sociale alle dipendenze del Direttore sanitario come per le Aziende UU.SS.LL.

Compiti dell'U.O. di Servizio sociale sono quelli definiti dalla vigente normativa nazionale e regionale.

Al fine di razionalizzare e migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria è prevista presso ogni Azienda sanitaria, ove siano presenti almeno 50 figure tecniche (tecnici di laboratorio, di emodinamica, di radiologia, di riabilitazione, etc.), l'istituzione della Unità operativa tecnico-professionale.

Sono compiti dell'U.O. tecnico-professionale:

- la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario tecnico di concerto con l'U.O. della formazione permanente e dell'aggiornamento del personale e con i responsabili delle U.O. di appartenenza.
- la promozione delle attività sanitarie tecniche.

La U.O. è posta alle dirette dipendenze del Direttore sanitario. Essa svolge la propria attività a supporto dei dipartimenti e/o distretti e/o delle U.O. di riferimento del personale tecnico.

Il personale tecnico svolge la propria attività nelle U.O. di appartenenza e secondo le indicazioni del dirigente dell'U.O. stessa.

#### 1.2.7. Il Collegio sindacale

Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente all'Assessorato regionale della sanità, anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è il fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della Azienda unità sanitaria locale o dell'Azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune dove ha sede l'Azienda ospedaliera stessa.

I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente .

La composizione del Collegio sindacale è disciplinata dall'art. 3 ter, terzo comma, del decreto legislativo n. 229/99.

### 1.3. GLI ENTI LOCALI E LA PARTECIPAZIONE PROGRAMMATICA

Un ruolo centrale spetta alle comunità locali sia nell'espressione dei bisogni che nella verifica dei risultati del Piano attuativo locale, nell'ottica di valorizzazione del rapporto tra utente ed Azienda sanitaria.

Uno degli elementi qualificanti ed innovativi del "Patto per la salute", il Piano sanitario nazionale 1998-2000 e delle modifiche introdotte dal decreto legislativo. n. 229/99 è infatti il ruolo affidato

agli Enti Locali in seno alla programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale e locale e la volontà di pervenire ad un'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali a livello di Distretto. In tale ottica va ricompresa la previsione di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo n. 229/99 che demanda alla legge regionale l'istituzione e la disciplina della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Sulla base delle linee-guida regionali, a livello delle Aziende unità sanitarie locali e/o dei distretti, l'integrazione socio sanitaria è garantita attraverso la consultazione periodica dei sindaci dell'area di operatività delle aziende e/o dei distretti.

## **2. MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

### **2.1 IL DIPARTIMENTO**

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo n. 229/99.

Il Dipartimento può essere definito come l'insieme di U.O., servizi ed altre strutture organizzative che mantengono la loro autonomia e responsabilità e nel contempo riconoscono la loro interdipendenza in funzione del raggiungimento di obiettivi comuni e adottano codici concordati e consensuali di comportamento con aspetti operativi accettati e condivisi; un tale modello organizzativo consente di conseguire i seguenti obiettivi:

- la convergenza di competenza ed esperienza;
- l'interdisciplinarietà;
- la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- l'accorpamento secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.

Attraverso la dipartimentalizzazione è possibile operare per "processi" e condividere risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

Si possono distinguere due diverse tipologie di Dipartimento:

A. Dipartimenti strutturali, che rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono.

B. Dipartimenti funzionali, che coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione.

Il Dipartimento si articola al suo interno in strutture semplici e strutture complesse. Per struttura semplice si intende sia l'articolazione interna alla struttura complessa sia quella a valenza dipartimentale dotata di autonomia gestionale.

In ogni caso bisogna evitare la verticalizzazione gerarchica dal centro alla periferia, mantenendo così come previsto dal decreto legislativo n. 229/99 i diversi livelli di autonomia operativa rispettivamente dell'Azienda USL, del Distretto e del Presidio ospedaliero garantendo nello stesso tempo l'omogeneità degli interventi rispetto al disegno strategico dell'Azienda.

Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale dell'azienda sanitaria tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative (U.O.) complesse aggregate nel dipartimento; il Direttore del dipartimento rimane titolare della U.O. complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionale in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il Direttore del dipartimento predispose annualmente "il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili", negoziato con la Direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento. L'Assessore regionale per la sanità disciplinerà con successivo atto la composizione e le funzioni del Comitato del dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

#### **2.1.1. Dipartimento di prevenzione**

Il Dipartimento di prevenzione è la struttura operativa dell'Azienda unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento di prevenzione promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'Azienda unità sanitaria locale e delle Aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività dell'Azienda unità sanitaria locale, formulando proposte di intervento nelle materie di competenza ed indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza il Dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinamenti ambientali;
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica degli animali e profilassi delle malattie infettive parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene della produzione zootecnica, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti ;
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Il Dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Il Dipartimento di prevenzione ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il Direttore del dipartimento è scelto dal Direttore generale tra i dirigenti con almeno 5 anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

Il Dipartimento di prevenzione si articola in tre aree dipartimentali:

- 1) area di sanità pubblica;
- 2) area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- 3) area di sanità pubblica veterinaria.

Sono previste le seguenti strutture organizzative:

- per l'area di sanità pubblica:

a) sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva; in ottemperanza a quanto previsto dal P.S.N. ha il compito di contrastare le principali patologie che colpiscono la popolazione e provocano il maggior numero di decessi, di disabilità o malattie prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria, ivi compresa la prevenzione odontoiatrica. Le aree cruciali di intervento sono: malattie cardio-cerebrovascolari, malattie neoplastiche, malattie infettive;

b) igiene degli ambienti di vita;

c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

d) laboratori di igiene e profilassi;

- per l'area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro:

e) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;

f) impiantistica e antinfortunistica; questa struttura organizzativa recepisce quanto previsto dal P.S.N. 1998-2000;

- per l'area di sanità pubblica veterinaria:

g) sanità animale;

h) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto di alimenti di origine animale e loro derivati;

i) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle

dimensioni del bacino di utenza.

I servizi veterinari operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono al Direttore sanitario del perseguimento degli obiettivi del servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

Considerato che tra le attività che eroga il distretto sono collocate solo quelle con "particolare riferimento ai servizi alla persona" e pertanto non quelle riferite alla Sanità pubblica veterinaria, a livello distrettuale dovranno essere assicurate le tre U.O. di Sanità animale - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti d'origine animale e loro derivati - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, organizzate sotto la direzione di un responsabile tecnico-organizzativo.

Pertanto l'Area di Sanità Pubblica Veterinaria è così articolata:

- a) a livello aziendale dovrà essere previsto un coordinamento organizzativo e di programmazione dell'area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria, salvaguardando la specifica autonomia tecnico-funzionale organizzativa delle tre strutture organizzative;
- b) un livello di direzione tecnico-specialistica per ciascuno dei servizi in cui essa si articola.
- c) un livello territoriale, di norma distrettuale, in cui operano équipes organizzate sotto la direzione di un responsabile tecnico-organizzativo.

I Direttori generali, ove lo ritengano necessario, possono prevedere particolari U.O. complesse nei casi di specifiche esigenze territoriali e dimensioni del bacino d'utenza, tendenti a rendere le prestazioni di Sanità pubblica veterinaria dei vari operatori più vicine alla domanda sanitaria.

La direzione dell'area coincide con uno dei tre servizi di cui alla precedente lettera b), ad eccezione delle Aziende UU.SS.LL. di Palermo, Messina, Catania e Ragusa dove l'incarico della direzione dell'area non è cumulabile con altro incarico.

Considerati i compiti assegnati al Dipartimento di prevenzione in ciascuna azienda U.S.L., dovranno essere attivati, come servizi, almeno le attività di cui ai precedenti punti da B) "Igiene degli ambienti di vita" a D) "Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche".

#### 2.1.2. Dipartimento di salute mentale

Ogni Azienda sanitaria istituisce il Dipartimento di salute mentale, ispirandosi al modello organizzativo della struttura operativa o al modello tecnico funzionale.

Nelle province Catania, Messina e Palermo è necessario prevedere, in considerazione della vasta estensione territoriale, l'istituzione di almeno due Dipartimenti di salute mentale per ognuna delle tre province.

Il D.S.M. sarà articolato in più moduli tipo, cioè "sottounità" del D.S.M. che comprendono le componenti organizzative relative al corrispondente ambito territoriale. Ciascun modulo ha una direzione unica, sempre a garanzia dell'unitarietà e continuità degli interventi; esso serve un ambito territoriale tendenzialmente coincidente con uno o più distretti e con un bacino di utenza in ogni caso non superiore a 150.000 abitanti. I moduli tipo del D.S.M. sono anche centri di costo per un corretto monitoraggio della spesa.

Il Direttore del D.S.M. è responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate. Promuove attività di prevenzione primaria, tramite ricerche ed interventi sulle culture ed i contesti a rischio. Assicura il coordinamento t

- a) prevede la localizzazione dei servizi successivamente menzionati;
- b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico delle Aziende Unità Sanitarie Locali e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza. Sulla base delle risorse assegnate e previo parere dei comitati dei sindaci del Distretto, tale programma è proposto dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Direttore generale, d'intesa, limitatamente all'attività socio-sanitaria, con il comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Il comitato dei sindaci di Distretto, la cui organizzazione ed il cui funzionamento sono disciplinati dalla Regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali.

I Direttori generali, con provvedimento da trasmettere all'Assessorato regionale della sanità, possono articolare i distretti in aree sub-distrettuali che sono "moduli funzionali flessibili tendenti a

rendere le prestazioni sanitarie dei vari operatori più vicine alla domanda sanitaria". La loro identificazione dovrà tenere conto dei seguenti requisiti:

- a) coincidenza con il territorio di uno o più comuni;
- b) densità demografica e delle popolazioni animali;
- c) presenza d'aree ad alto rischio con particolare riferimento alle isole minori ed alle zone disagiate;
- d) viabilità e sistema dei trasporti;
- e) flussi gravitazionali per cause occupazionali e sociali e frammentazione d'impianti d'interesse veterinario;
- f) presenza di strutture funzionali e di personale.

I Distretti sanitari in Sicilia sono 62 e i loro ambiti territoriali corrispondono a quelli delle ex Unità sanitarie locali individuati con legge regionale 12 agosto 1980, n. 87 e successive modificazioni; gli ambiti territoriali e/o la istituzione di nuovi distretti potranno essere individuati con delibera di Giunta di Governo sentita la Commissione assembleare su proposta dell'Assessore regionale per la sanità.

#### 2.2.2 Attività, risorse e sede del Distretto

L'organizzazione del Distretto assicura:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Il Distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili o anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV;
- g) attività o servizi per le patologie in fase terminale;
- h) attività o servizi legati alle patologie correlate all'immigrazione;
- i) attività o servizi di medicina legale, fiscale e necroscopica.

Inoltre hanno sede nel Distretto:

- le attività per l'educazione alla salute;
- le attività di assistenza per i portatori di handicap ("Ufficio H") con il compito di accogliere ogni domanda relativa alle problematiche dell'handicap, fornire le possibili ed immediate risposte, avviare l'utente per la presa in carico da parte del SSR, tenere i rapporti con le associazioni di volontariato, gli enti locali e gli altri soggetti istituzionali che si occupano dell'handicap.

Fa parte del livello distrettuale l'assistenza sanitaria di base da garantire alla popolazione presente, a qualunque titolo. Si ritiene opportuno, per essi, applicare i principi del decreto legislativo 18 novembre 1995, n. 489, recante "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea". Esso riconosce il diritto d'accesso alle prestazioni sanitarie ordinarie e continuative e non, come nel passato, solo a quelle che rivestono carattere d'urgenza. In particolare si riconosce il diritto d'accesso alle prestazioni di tipo preventivo, comprese le vaccinazioni e le norme di salvaguardia della salute della madre e del bambino, indipendentemente dalla posizione nei confronti del permesso di soggiorno.

Si ritiene, infatti, che in tale maniera si riconosca il diritto alla salvaguardia della salute a cittadini che si trovano già in condizioni di notevole disagio e per ciò stesso a rischio di malattia e, nel frattempo, si ottempera ad una delle più importanti attività di Sanità pubblica, quale la corretta

identificazione ed il trattamento delle patologie diffuse.

Trovano inoltre collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative dei Dipartimenti istituiti.

Le attività del Distretto vanno concentrate tendenzialmente in un'unica sede e, per il raggiungimento di tale scopo, dovranno essere tenuti presenti i seguenti principi:

- a) accessibilità delle strutture;
- b) completo utilizzo degli immobili di proprietà dell'Azienda con accelerazione dei lavori d'adeguamento delle strutture, di riconversione di strutture preesistenti (dando piena attuazione alle indicazioni contenute nella delibera di Giunta n. 446/96 approvata con decreto del Presidente della Regione n. 413/96) e di realizzazione di strutture nuove già finanziate e con graduale riduzione del ricorso al regime d'affitto;
- c) qualità dei locali in relazione alle prestazioni ed al comfort degli utenti.

#### 2.2.3. Direzione del Distretto

Il Direttore del Distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, l'integrazione fra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del Distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del Distretto. Il direttore del Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale 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 ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto. L'incarico di direttore del Distretto è attribuito dal direttore generale ad un dirigente medico dell'Azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure ad un medico convenzionato da almeno 10 anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

#### 2.2.4 Integrazione sociosanitaria

Una strategia finalizzata a promuovere e garantire l'integrazione tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale trova il presupposto nelle seguenti considerazioni:

- a) l'integrazione aggiunge valore all'assistenza sanitaria poiché consente di migliorarne l'efficacia, di svilupparne la continuità e di porre al centro del sistema sanitario il cittadino utente, in una visione multidimensionale del concetto di salute inteso come benessere fisico, psichico e sociale;
  - b) l'integrazione promuove la solidarietà e valorizza le risorse e gli investimenti di salute delle comunità locali;
  - c) l'integrazione valorizza diversi centri di responsabilità stimolando altresì sinergie sia al livello istituzionale (programmazione) che a livello organizzativo dell'Azienda e dei Comuni (assetto operativo);
  - d) la sede territoriale più appropriata per l'erogazione delle prestazioni integrate è il distretto.
- Il quadro epidemiologico delle patologie che confluiscono in un'area "sociale" (materno-infantile, anziani, disabili, handicap, tossicodipendenza, patologie in fase terminale, patologie psichiatriche) determina l'esigenza di privilegiare forme assistenziali multidisciplinari in modo particolare quando tali patologie evolvono con esiti invalidanti e cronico-degenerativi per cui il mantenimento dell'autonomia o comunque la permanenza nel proprio ambiente di vita assumono il significato di indicatori di "qualità della vita".

Il Distretto, fermo restando le erogazioni dei livelli essenziali d'assistenza, opera per il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel presente Piano sanitario in relazione anche a programmi definiti con i Comuni secondo modelli trasversali in cui confluiscono le diverse professionalità.

Il Distretto assicura altresì la continuità tra gli interventi del medico e del pediatra di base, della medicina specialistica e della medicina ospedaliera nonché tra gli aspetti preventivi, curativi e riabilitativi dell'assistenza sanitaria.

Il processo d'integrazione si realizza attraverso:

- la condivisione nell'ambito delle funzioni del Distretto delle risorse umane e strutturali;
- l'individuazione di obiettivi generali e specifici di soddisfacimento dei bisogni sanitari della

popolazione, nonché dei percorsi per il loro raggiungimento attraverso l'elaborazione di programmi operativi con l'identificazione dei relativi responsabili e dei risultati da raggiungere;

- l'individuazione del ruolo specifico e delle attività da svolgere, nonché delle risorse di personale da rendere disponibili al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi;
- la definizione e la creazione di interrelazioni funzionali tra tali attività;
- lo scambio di conoscenze tra operatori di diversa professionalità.

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi ed invalidanti di patologie congenite acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, 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.

#### 2.2.5. Personale dell'ex équipe pluridisciplinare, dei consorzi provinciali antitubercolari ed antitracomatosi e dei dispensari dermoceltici

Il personale delle ex équipes pluridisciplinari soppresse dal comma 14 dell'art. 55 della LR n.30/93, viene inquadrato nei Distretti e nei Dipartimenti che comprenderanno le funzioni degli ex settori di assistenza sanitaria di base ed è utilizzato prioritariamente per i compiti di prevenzione, cura e riabilitazione dell'handicap. Il personale medico delle soppresse équipes potrà essere inquadrato, a domanda, anche in un corrispondente posto di un presidio ospedaliero dell'AUSL d'appartenenza, in presenza delle seguenti condizioni:

- non necessità di personale della stessa qualifica e disciplina nelle unità operative distrettuali dell'Azienda;
- esistenza dell'unità operativa e del servizio nel presidio ospedaliero;
- vacanza del posto nell'organico del presidio ospedaliero, con corrispondente necessità di garanzia della operatività del servizio.

Il personale medico predetto che alla data del 30/6/98 si trovava ad operare, svolgendo attività documentata, nelle unità operative delle Aziende ospedaliere, verrà inquadrato, a domanda, nelle corrispondenti unità operative a condizione della esistenza del corrispondente posto in organico. Il personale dei pregressi consorzi provinciali anti-TBC, già inquadrato nelle piante organiche delle AUSL, deve essere impiegato prioritariamente nelle attività territoriali anche per la lotta alla tubercolosi.

Il personale dei dispensari dermoceltici e dei dispensari antitracomatosi, già inquadrato nelle piante organiche delle AUSL, dovrà essere assegnato ai servizi territoriali delle AUSL, con priorità nei compiti di medicina preventiva. Il personale medico proveniente da tali dispensari potrà essere assegnato, a domanda, ai presidi ospedalieri della AUSL, sulla base dei criteri indicati per il personale medico delle soppresse équipes pluridisciplinari.

### 2.3. IL PRESIDIO OSPEDALIERO

Il Presidio ospedaliero fornisce assistenza per tutte le patologie che richiedano prestazioni diagnostico -terapeutiche non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza a livello territoriale; può comprendere una o più strutture ospedaliere ed è da considerarsi quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

### 2.4. LA RETE TERRITORIALE

La rete territoriale del Servizio sanitario regionale è costituita dalle seguenti articolazioni:

- poliambulatori (centri sanitari);
- residenze sanitarie assistenziali;
- consultori familiari;
- assistenza domiciliare.

Fanno parte altresì della rete territoriale le strutture sanitarie non ospedaliere operanti nell'ambito del Distretto nonché le strutture private accreditate e già convenzionate.

Gli elementi della rete dovranno essere localmente integrati sia sul piano operativo sia attraverso opportuni percorsi a livello del Distretto.

Gli obiettivi prioritari della rete saranno l'integrazione e la qualificazione dell'assistenza, nonché la valutazione degli interventi effettuati.

I medici di base, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, i soggetti ex convenzionati esterni oggi preaccreditati costituiscono una risorsa del Servizio sanitario regionale.

Gli specialisti ex convenzionati e provvisoriamente accreditati partecipano in modo paritario, insieme alle altre componenti, ad erogare l'assistenza specialistica ambulatoriale sul territorio nell'ambito dei principi generali dell'accreditamento pubblico privato.

#### 2.4.1. Poliambulatori

I poliambulatori sono stati il luogo fisico d'erogazione delle prestazioni di 2° livello, con scarsissimi collegamenti sia con i medici di medicina generale che con i reparti ospedalieri. Nell'organizzazione di una rete territoriale di servizi essi sono identificati come punti nodali di grande rilievo, sede di prestazioni specialistiche, del tutto integrate con le altre figure professionali ed unità operative del Distretto o dei distretti che vi fanno riferimento.

Il numero, la tipologia e le ore delle attività specialistiche da fornire saranno concordate tra le differenti componenti istituzionali del Distretto sanitario e negoziate dal direttore del Distretto, in funzione delle risorse disponibili e dei livelli essenziali d'assistenza da garantire, con la direzione generale della AUSL.

Accanto a queste, in funzione delle professionalità presenti, delle esigenze della popolazione e dei dati epidemiologici saranno attivati servizi ambulatoriali collegati ai medici di medicina generale e alle unità operative ospedaliere ponendo in essere una rete di servizi che identificano il cittadino come il fulcro delle attività.

Per una migliore efficacia dell'intervento sanitario può essere attivato, a costi contenuti, un meccanismo d'aggiornamento periodico degli specialisti ambulatoriali e dei medici di medicina generale orientato alla condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici concordati che permettano percorsi facilitati alle esigenze dei pazienti e che, complessivamente, offrano un servizio migliore. Attività sicuramente da promuovere nel tempo, perché si riferiscono ad una patologia in aumento ed influiscono sulla qualità della vita sono i centri dedicati all'assistenza dei portatori di stomie intestinali, i centri di dialisi ad assistenza limitata.

La parola chiave per un miglioramento del servizio sanitario, in un sistema che rende disponibili sempre nuove tecnologie e nuovi farmaci ed in cui si debba razionalizzare l'uso delle risorse, è stata identificata nella "formazione permanente".

#### 2.4.2. Le residenze sanitarie assistenziali

La legge n. 67/88, il decreto del Ministro della sanità n. 321/89 ed il decreto del Presidente della Regione siciliana del 25 ottobre 1999 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 24 dicembre 1999) prescrivono una nuova tipologia di struttura sanitaria: la Residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani o per disabili che viene definita come una struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie assistenziali e di recupero a persone anziane non autosufficienti o a persone disabili. Il predetto D.P.R.S. del 25 ottobre 19/99 ha approvato gli standards funzionali e strutturali delle RSA ed ha istituito presso l'Assessorato regionale della sanità l'albo degli enti pubblici e privati che intendono concorrere alla gestione dell'attività socio-sanitaria erogata presso le RSA.

Esistono situazioni in cui per la persona anziana si verifica l'impossibilità di rimanere nel proprio domicilio e la contemporanea necessità di trattamenti sanitari continuativi. La RSA per anziani nasce come risposta a questi casi particolari, anche in considerazione della limitata consistenza e qualità dei servizi che attualmente vengono prestati a questa quota di popolazione.

Perché si determini la necessità del ricovero nella RSA occorre che l'anziano si trovi in condizione di non autonomia abitativo-sociale o sanitaria terapeutica.

Gli istituti per anziani autosufficienti e non, esistenti attualmente, offrono servizi di tipo

residenziale, presentano costi particolarmente elevati a fronte del reddito medio di larghe fasce della popolazione anziana e delle loro famiglie. Il fatto che per la RSA si possa parlare di nuova tipologia socio-assistenziale è testimoniato dai suoi criteri costruttivi. Essi sono infatti molto diversi da quelli tipici dell'ospedale e sono basati sulla contemporanea presenza di spazi per le attività sanitarie e per la socializzazione al fine di favorire il più possibile una vita attiva.

Le RSA devono essere strettamente integrate con gli altri servizi territoriali del Distretto e con le divisioni di lungodegenza e di geriatria o di post acuti di altra tipologia di cui peraltro le RSA consentono un'utilizzazione più selettiva. Più in generale le RSA devono essere coordinate con le restanti attività del territorio di pertinenza. In quelle rivolte agli anziani, il referente per le problematiche sanitarie è il medico di medicina generale di fiducia: su sua richiesta saranno attivate le prestazioni erogabili a livello territoriale.

Le funzioni di consulenza, verifica e valutazione saranno effettuate dall'unità valutativa geriatrica del Distretto di competenza.

#### 2.4.3 Consulteri familiari

Costituiscono le strutture cardine per la piena attuazione della legge 194/78. Dovrà essere attuato il completamento della rete consultoriale e l'eventuale potenziamento delle équipes consultoriali.

### 2.5. ASSISTENZA DOMICILIARE

La necessità strategica di realizzare un sistema avanzato di cure domiciliari deve diventare l'obiettivo preminente almeno nelle aree ad alta urbanizzazione in considerazione della necessità di razionalizzare e riqualificare la spesa proponendo servizi territoriali e domiciliari alternativi a quelli ospedalieri ed istituzionali.

Considerata l'attuale carenza di RSA e la complessità di riqualificazione e riconversione dei posti letto ospedalieri è necessario provvedere ad un programma domiciliare che possa offrire un'alternativa valida al ricovero.

Si considera premiante la tempestiva attivazione di servizi di cure domiciliari quali iniziative tese alla razionalizzazione e riqualificazione della spesa, in quanto tali servizi sono in grado di rispondere ad un ventaglio esteso di bisogni sanitari e socio-sanitari trattabili a domicilio, privilegiando gli interventi capaci di sostituire ricoveri o istituzionalizzazioni improprie o inopportune a copertura dei bisogni della grande cronicità, della terminalità e della riabilitazione intensiva post-acuta.

Resta inteso che la copertura di questa notevole area di bisogno richieda standards adeguati di servizio, copertura sanitaria sulle 24 ore per 365 giorni e capacità polispecialistica di intervento e gestione centralizzata dell'utente (case management), da affidare ad un nucleo operativo di gestione e coordinamento che si interfacci ed organizzi le diverse realtà e competenze professionali che sono in campo.

Di conseguenza saranno valutate con particolare interesse tutte quelle iniziative che ricerchino, attraverso protocolli d'intesa o convenzioni di programma, le migliori sinergie fra le Aziende territoriali, le Aziende ospedaliere, gli Enti locali, le associazioni no-profit, gli enti privati.

Dovrà essere realizzato un sistema domiciliare che, pur con un indubbio sforzo d'investimento iniziale, sia in grado di proporsi come tendenzialmente generatore di costi sostitutivi: riduzione di ricoveri impropri o inopportuni, riduzione o procrastinazione nel tempo del ricorso alle RSA, riduzione dei trattamenti post-acuti riabilitativi ospedalieri, riduzione delle recidive di ricovero nelle riacutizzazioni della grande cronicità, gestione domiciliare della fase terminale.

Il fulcro del nuovo modello organizzativo sarà il Distretto, parte integrante del modello di rete integrata di assistenza domiciliare, di cui faranno parte medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri professionali, soggetti del privato sociale, che garantiranno ai pazienti un'assistenza a domicilio continuativa e globale.

Per ciascun paziente verrà definito un piano personale di assistenza che, pur facendo riferimento alla figura del medico di medicina generale, comporterà il coinvolgimento e l'integrazione di molteplici professionalità.

Potranno essere individuati tre livelli d'intensità graduati sulla base dei bisogni di cure sanitarie del malato:

- assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria;

- assistenza domiciliare a media intensità sanitaria;
- assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria.

Fondamentale è poi considerato il ruolo dei familiari, per i quali si prevede anche la trasmissione di competenze atte a favorire un loro intervento autonomo.

Dovranno essere adottati strumenti di valutazione multidimensionale concordati con l'Unità di valutazione, per ottimizzare l'intervento individualizzato.

L'Unità di valutazione è il mezzo per realizzare l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari, come gruppo multidisciplinare facente capo alla rete integrata di assistenza domiciliare.

Gli standards assistenziali minimi tendenziali per assistito in media annuale sono i seguenti:

- 140 ore di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale
  - 100 ore di assistenza infermieristica
  - 50 ore di assistenza riabilitativa
- ore di consulenze medico-specialistiche e di altri operatori (es. psicologo, etc.)
  - altri servizi, secondo il bisogno.

#### 2.5.1. Ospedalizzazione domiciliare

L'Ospedalizzazione domiciliare ha una intensità sanitaria maggiore dell'assistenza domiciliare integrata prevalentemente di tipo specialistico e rappresenta il livello più elevato di intensità assistenziale.

Si applica in particolare ai seguenti pazienti:

- anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, dimessi precocemente;
- malati con grave compromissione generale per patologie di tipo evolutivo che richiederebbero ricoveri periodici per controlli e trattamenti speciali;
- pazienti che in seguito ad interventi mutilanti (laringectomizzati, colostomizzati, ecc) richiedono assistenza medica, rieducativa, psicologica, per il reinserimento socio-familiare;
  - malati in fase terminale.

Per quanto riguarda l'assistenza in favore dei soggetti affetti da malattie inguaribili, si prevede nel triennio di attuazione del P.S.R. la realizzazione degli interventi indicati nella legge regionale n. 26 del 1996.

Con successivi provvedimenti verranno identificati i criteri di accreditamento, nonché gli standard organizzativi e gli indicatori di efficacia degli interventi.

#### 2.5.2 Formazione e comunicazione

La Regione attiverà interventi nel campo della formazione e dell'aggiornamento del personale nell'ambito delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione a domicilio.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali dovranno mettere in atto strategie di comunicazione nei confronti della popolazione e degli operatori, mirate ad informare sull'esistenza, finalità e modalità di accesso alla rete stessa e verificarne l'efficacia.

### 2.6. MEDICINA E PEDIATRIA DI BASE, ODONTOIATRIA

L'obiettivo generale dell'assistenza sanitaria di base è fissato dal PSN e consiste nel promuovere la salute, mediante attività d'educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. In questo ambito il ruolo centrale spetta al medico di medicina generale e al pediatra di base che sono i gestori principali della salute degli assistiti e gli interlocutori delle strutture erogatrici di servizi.

La centralità riconosciuta alla medicina e alla pediatria di base deve essere armonizzata con una organizzazione che garantisca la libertà di scelta del medico da parte del singolo cittadino. A tal proposito nel rispetto dei diritti costituzionali, la Regione deve articolare il livello organizzativo per gruppi di comuni o distretti. Tale organizzazione spetta al Direttore generale della AUSL che deve operare le proprie scelte sulla base di diversi parametri quali l'omogeneità e la densità della popolazione, la viabilità e i collegamenti stradali.

L'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 229/99, mantiene alla competenza dello Stato la stipula delle convenzioni che regolano i rapporti tra SSN, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e fissa i principi cui esse devono uniformarsi. Pur essendo la materia contrattuale riservata al livello centrale, alle Regioni spetta la fissazione di obiettivi nell'ambito dell'applicazione delle norme; tali obiettivi per il periodo di

vigenza del Piano possono essere così identificati:

- 1) recuperare la posizione centrale di gestore principale della salute degli assistiti assicurando al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta il ritorno delle informazioni cliniche relative alle varie prestazioni cui il paziente si sottopone (visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, ecc.); la funzione di gestore principale della salute deve inoltre trovare concreta applicazione anche per le urgenze che non devono essere trasferite ai livelli successivi del SSR senza avere ricevuto il primo trattamento;
  - 2) sviluppare l'integrazione con gli altri servizi del Distretto sanitario, con specifico riferimento alla prevenzione primaria e secondaria, all'assistenza domiciliare, alla riabilitazione e all'educazione alla salute;
  - 3) realizzare programmi di formazione permanente applicando le moderne metodiche pedagogiche di gruppo;
  - 4) incentivare la diffusione di strumenti informatici tra i medici e i pediatri al fine di ricomporre le informazioni anche per il loro utilizzo epidemiologico;
  - 5) promuovere l'associazionismo tra i medici nel senso di stimolarne il lavoro comune, condividendo le risorse (spazi, strumenti informatici, personale, ecc.);
  - 6) promuovere appositi programmi di prevenzione e di assistenza nell'età evolutiva con particolare riguardo alle patologie otorinolaringoiatriche ed oculistiche.
- E' necessario altresì prevedere programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e di assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

### **3. LIVELLI DI ASSISTENZA**

#### **3. 1 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

Il Piano sanitario nazionale 1994-96 definiva livelli uniformi di assistenza quale garanzia ai cittadini di eguali opportunità di accesso e assicurazione di una soglia minima di domanda di prestazione sanitaria e individuava 6 livelli di assistenza:

- assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
  - assistenza sanitaria di base;
  - assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale;
    - assistenza ospedaliera;
- assistenza sanitaria, residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati;
  - attività di supporto all'organizzazione assistenziale.

Tale diversificazione non sempre si era dimostrata valida in relazione da una parte alla situazione strutturale ed organizzativa esistente nelle varie regioni e dall'altra alle modificazioni introdotte nella legislazione nazionale e al mutato contesto socioeconomico.

Per tali motivi nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 i livelli d'assistenza sono stati articolati in tre aree d'attività sostituendosi peraltro al concetto di livello uniforme quello di livello essenziale.

Sono definiti essenziali, infatti, i livelli dche in quanto necessari (per rispondere ai bisogni elementari di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute delle popolazioni) e appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze del cittadino, sia alle modalità dell'erogazione delle prestazioni) debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'interno delle attività, tenendo conto della differenza nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute: tale garanzia implica la riorganizzazione del sistema ed una riallocazione delle risorse attraverso un passaggio dalla cura alla prevenzione, dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

I livelli d'assistenza si individuano in tre macro aree:

- 1) assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
- 2) assistenza distrettuale;
- 3) assistenza ospedaliera.

Tale articolazione nasce dall'esigenza di valorizzare e potenziare le attività di prevenzione, anche se alcuni interventi di prevenzione primaria e secondaria sono svolti sia a livello distrettuale che ospedaliero al fine di ricomporre all'interno dell'assistenza distrettuale i tre livelli relativi all'assistenza di base: specialistica, semi-residenziale e territoriale, e residenziale a soggetti non

autosufficienti e lungodegenti stabilizzati tra loro fortemente integrati e correlati.

### 3.2. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

L'obiettivo di tale livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso mediante la profilassi delle malattie infettive e diffuse, la prevenzione dei rischi derivanti da malattie croniche degenerative di particolare rilevanza sociale, dalle malattie congenite e da quelle oncologiche, il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro, la profilassi veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie diffuse ed infettive e per la tutela della popolazione umana dalle antroppoziomosi e per la salvaguardia dell'ambiente, il controllo degli alimenti e delle bevande sia d'origine animale sia vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto, distribuzione e vendita degli stessi, la tutela dai rischi connessi con l'inquinamento ambientale.

Il livello è poi realizzato attraverso un complesso d'attività e prestazioni di prevenzione collettiva che trovano il proprio momento unitario nel Dipartimento di prevenzione.

### 3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

La identificazione di un unico livello d'assistenza territoriale da dover garantire ai cittadini nelle sue principali componenti rende più facile la identificazione degli obiettivi assistenziali da

#### FUNZIONI OPERATIVE

Funzione operativa Soglia operativa abitanti

Anatomia ed istologia patologica - Citodiagnostica 1/1.300.000

Fisica sanitaria 1/1.500.000

Immunoematologia e trasfusionale vedi Par. 5.6.11

Medicina nucleare 1/1.400.000

Terapia radiometabolica 1/2.500.000

Microbiologia 1/1.500.000

Neurofisiopatologia 1/1.400.000

Radioterapia vedi Par. 5.3.4

Neuroradiologia 1/1.700.000

Virologia 1/1.000.000

Cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica 1/1.000.000

Per le funzioni di medicina nucleare e di neurofisiopatologia potrà essere attivata una unità, in ambito provinciale, anche al di sotto della soglia operativa evidenziata in tabella.

#### NOTE:

*Microbiologia - Citodiagnostica:* Prioritariamente dovranno essere allocati nelle Aziende di riferimento Nazionale e nelle Aziende di Riferimento per l'Emergenza. Dovrà comunque essere garantito un servizio per provincia con obbligo di assicurare le prestazioni anche a favore degli altri presidi ospedalieri di AUSL presenti nel territorio provinciale.

*Virologia - Neurofisiopatologia:* Prioritariamente dovranno essere allocati nelle Aziende di Riferimento Nazionale e nelle Aziende di Riferimento per l'Emergenza di terzo livello.

*Fisica sanitaria:* In via prioritaria dovranno essere allocati nelle Aziende di Riferimento Nazionale.

*Terapia radiometabolica:* Dovranno essere allocati nelle Aziende di Riferimento Nazionale quale attività del relativo servizio di Medicina Nucleare e, ove già operanti, in aziende ospedaliere di riferimento regionale per l'emergenza.

*Neuroradiologia:* Dovrà essere previsto nei presidi dove è attiva la U.O. di Neurochirurgia.

*Cardiologia invasiva e diagnostica e terapeutica:* Collegata funzionalmente con la divisione di Cardiochirurgia per le attività di emodinamica e angioplastica.

## 4. RETE PER L'EMERGENZA E SERVIZIO "118"

### 4.1. RIFERIMENTI NORMATIVI

E' ben documentato che alcuni tipi di emergenza-urgenza sono assai frequenti e che interventi precoci ne riducono significativamente la mortalità e la invalidità residua. Esempi di questa duplice affermazione sono l'infarto del miocardio, del quale la trombolisi precoce ha cambiato la prognosi e i traumatismi in particolare quelli da incidenti stradali.

E' perciò necessario che il sistema sanitario disponga di una efficiente rete di emergenza che, nella

Regione siciliana, risulta parzialmente attivata ed inadeguatamente distribuita. Con il presente Piano si intende superarne le carenze con una strategia di interventi coordinati.

La normativa e gli atti ad oggi vigenti in materia sono:

- D.P.R. 27 marzo 1992;
- legge regionale n. 3 novembre 1993, n. 30, art. 36;
- legge regionale n. 30 del 1997, art. 39;
- linee guida ministeriali n. 1/1996 sul sistema di emergenza-urgenza;
- D.A. Sanità n. 21486/97 e circolare assessoriale n. 913/97 sull'attivazione del servizio di emergenza-urgenza "118" in via sperimentale;
- convenzione stipulata dalla Regione con la Croce Rossa Italiana nel 1998.

In atto l'organizzazione territoriale insiste su 4 bacini di utenza infraregionali così come disposto dalla legge regionale n. 30 del 1993 (Palermo-Trapani; Caltanissetta-Agrigento-Enna; Messina; Catania-Siracusa-Ragusa).

Si ritiene che ai fini di una migliore erogazione dell'assistenza i bacini territoriali debbano coincidere con le province.

Pertanto, dovendo adeguare la legge regionale n. 30 del 1993 alle disposizioni del decreto legislativo n. 229/99, in quell'occasione sarà opportuno prevedere una ridefinizione degli ambiti territoriali come sopra indicato.

#### 4.1.2. Definizione

Il sistema di emergenza - urgenza è l'insieme, organizzato e diretto, di attività, strutture e presidi pubblici e delle associazioni di volontariato, a supporto degli stessi, che, con compiti differenziati, assolve unitariamente alle funzioni di:

- intervento di soccorso, sul posto ove si verifica un evento di gravità rilevante, reale o supposta, per la salute di un soggetto;
- filtro, per le strutture di emergenza-urgenza ospedaliera, delle richieste di intervento non necessarie o altrimenti gestibili;
- messa in sicurezza del paziente e ripristino delle funzioni vitali compromesse nel minor tempo possibile.

Obiettivo primario delle attività di emergenza-urgenza è quello di garantire un intervento tempestivo ed adeguatamente qualificato che affronti i casi di:

- emergenza sanitaria, comportante la compromissione di una o più funzioni vitali, che richiede immediato intervento di valutazione e stabilizzazione delle medesime, la cui carenza determinerebbe in breve tempo la morte del paziente;
- urgenza, che determina la necessità di un intervento sanitario senza il quale sorge un rischio per la vita del paziente e/o danni permanenti.

#### 4.2. STRUTTURA DEL SISTEMA

In aderenza alle linee guida ministeriali n.1/1996 l'insieme delle strutture preposte agli interventi di emergenza-urgenza deve essere considerato un sistema complesso ed unitario, composto da:

- a) allarme sanitario, con numero telefonico unificato, diretto da una Centrale operativa (C.O.) con compiti di valutazione, filtro ed allertamento del sistema;
- b) una rete di mezzi di trasporto attrezzati in grado di garantire l'intervento di soccorso, di salvaguardia e stabilizzazione delle funzioni vitali compromesse, nonché il trasporto nel minor tempo possibile nel punto della Rete ospedaliera o territoriale adeguatamente qualificato ed attrezzato per affrontare e risolvere la situazione di urgenza e/o emergenza;
- c) una Rete ospedaliera e territoriale dotata di strutture dedicate al pronto soccorso, all'accettazione ed al successivo trattamento dello stato di emergenza-urgenza.

Il sistema di emergenza-urgenza è quindi costituito dall'insieme dei Dipartimenti di emergenza-urgenza che dovranno essere costituiti nelle Aziende USL e nelle Aziende ospedaliere e che saranno collegati con le rispettive C.O. di bacino.

Partecipano al sistema i medici dell'emergenza sanitaria territoriale cioè medici che, avendo superato il corso di formazione obbligatorio organizzato dall'Assessorato regionale della sanità per le attività di emergenza-urgenza, potranno operare sui mezzi di trasporto attrezzato e nelle strutture ospedaliere e territoriali del Dipartimento di emergenza-urgenza.

### 4.3. CENTRALE OPERATIVA

La Centrale operativa attraverso il numero telefonico unico "118" raccoglie tutte le richieste di intervento per urgenze e/o emergenze sanitarie provenienti da cittadini e dalle strutture sanitarie, garantisce gli interventi nell'ambito territoriale di competenza ed è collegata mediante linee radio, telefoniche e/o telematiche con i servizi sanitari del sistema di emergenza-urgenza sanitaria del territorio di competenza (Dipartimenti di emergenza, servizi di pronto soccorso, presidi territoriali per l'emergenza, guardia medica, etc.) e con le ambulanze e gli altri mezzi di soccorso.

Ogni Centrale operativa mantiene i collegamenti con le altre centrali e dovrà raccordarsi con la Protezione civile e con gli uffici preposti ai piani di intervento delle prefetture.

Ogni Centrale operativa dirige la rete dei trasporti sino alla presa in carico della situazione di emergenza-urgenza da parte della Rete ospedaliera.

Compito della Centrale operativa è anche il coordinamento delle attività connesse con il trasporto urgente di sangue nonché di quelle relative al prelievo e trapianto di organi.

#### 4.3.1. Modello organizzativo della Centrale operativa

La Centrale operativa attiva 24 ore su 24 si avvale di:

- 1) un responsabile medico ospedaliero, preferibilmente anestesista con comprovata esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza ed operante nella medesima area di emergenza;
- 2) personale infermieristico addestrato con documentata e comprovata esperienza nel settore dell'emergenza e dell'urgenza sanitaria;
- 3) medici di Centrale operativa dipendenti o convenzionati che abbiano superato il corso di formazione obbligatorio per l'emergenza sanitaria territoriale organizzato dall'Assessorato regionale della sanità; in mancanza di tali figure professionali potranno anche essere utilizzati medici incaricati nominativamente, anche a contratto, purchè in possesso di comprovata esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza sanitaria;
- 4) Per le funzioni ed attività di carattere non sanitario deve essere utilizzato prioritariamente il personale indicato dall'articolo 15 della legge regionale n. 27 del 1998 se ed in quanto compatibile ed adeguatamente formato per tali compiti.

I compiti del responsabile medico della Centrale operativa che deve assicurare la continuità organizzativa e gestionale sono:

- l'organizzazione generale del servizio su tutto il territorio di competenza;
- la definizione dei protocolli operativi;
- la gestione del personale.

Al personale infermieristico è affidata la responsabilità operativa della C.O. come da DPR del 27 marzo 1992, art. 4.

In particolare l'infermiere dovrà identificare il livello apparente di gravità dell'evento segnalato, la motivazione medica apparentemente dominante, la complessità organizzativa dell'intervento classificando la chiamata e la risposta secondo il sistema di qualificazione definito dal Ministero della sanità (DPR 15 maggio 1992). Qualora ravvisi la necessità di invio di un mezzo idoneo al trasporto di infermi o nel caso ritenga non necessario l'intervento o qualora la richiesta riguardi situazioni non previste dal protocollo interno, il predetto infermiere dovrà consultare immediatamente un medico di Centrale operativa. Quest'ultimo deve tenere sia i collegamenti con il medico a bordo del mezzo inviato, sia i collegamenti con i responsabili delle strutture ospedaliere situate nell'ambito dell'area di competenza della Centrale operativa.

La C.O. deve essere costantemente a conoscenza della disponibilità della rete di trasporto e di quella ospedaliera e della situazione dei servizi territoriali di guardia medica e della rete dei presidi territoriali di emergenza-urgenza in grado di assicurare prestazioni mediche adeguate; deve altresì essere a conoscenza, in tempo reale, della disponibilità dei posti letto di terapia intensiva ed alta specialità anche sui territori di competenza delle altre centrali operative, a tal fine tutte le centrali operative debbono essere fornite dei più avanzati e funzionali sistemi di collegamento.

Il servizio di emergenza-urgenza medica regionale si avvale, prioritariamente, dei mezzi di soccorso e del personale resi disponibili dalle AUSL regionale nonché del concorso di enti, associazioni e soggetti in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria prevista dalla legge.

#### 4.3.2. Modalità di funzionamento della Centrale operativa

La Centrale operativa attiva interventi di soccorso attraverso le seguenti tipologie di risposta:

- a) non necessità di intervento;
- b) fornitura di informazioni generali;
- c) coinvolgimento della guardia medica,
- d) coinvolgimento del medico convenzionato di base e/o del pediatra convenzionato;
- e) invio di autoambulanza;
- f) soccorso e trasporto assistito;
- g) soccorso con autoambulanza di rianimazione;
- h) intervento di eliambulanza.

La rete dei trasporti deve essere costituita in aderenza alle linee guida ministeriali n. 1/1996.

Il sistema regionale di elisoccorso costituisce uno strumento di fondamentale importanza per una ottimale gestione dell'emergenza in considerazione della complessità ed ampiezza del territorio regionale nonché della presenza di Isole minori.

Il sistema "118" è il momento fondamentale per l'uso razionale di tale servizio.

#### 4.4. LA RETE DEI TRASPORTI

La Rete dei trasporti è costituita, in aderenza alle linee guida ministeriali n.1/96, dalle ambulanze di trasporto dove non viene previsto il medico a bordo, il cui equipaggio è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere oppure da un autista soccorritore o volontario a bordo con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza; dalle ambulanze attrezzate nelle quali oltre l'autista soccorritore deve essere previsto un infermiere professionale e un medico esperto in emergenza sanitaria; dalle ambulanze di rianimazione nelle quali trovano posto l'infermiere professionale ed il medico anestesista-rianimatore.

Queste unità mobili di soccorso devono possedere i requisiti e le dotazioni di attrezzature e materiale previsti dalla vigente normativa e sono poste a disposizione e coordinate dalla Centrale operativa.

Il sistema regionale di elisoccorso è l'altro strumento di fondamentale importanza per una ottimale gestione dell'emergenza nella considerazione della complessità e grandezza della Regione nonché della presenza delle isole minori che devono essere raggiungibili in tempi brevi. Sono già costruite elisuperfici in vari ospedali e per il loro uso razionale diventa cruciale l'attivazione del Servizio 118, quale sistema unico di valutazione ed organizzazione dell'attività di soccorso nelle emergenze. Si prevede per il triennio di vigenza del presente PSR, il completamento delle elisuperfici con particolare riguardo agli ospedali della rete dell'emergenza e a quelle aree che presentino particolari problemi di viabilità, come le isole minori o le zone montane.

#### 4.5. I PRESIDII TERRITORIALI PER L'EMERGENZA-URGENZA (PTE).

Si prevede l'istituzione di una rete di presidi territoriali per l'emergenza (PTE). Tali presidi, attivi 24 ore su 24, hanno la funzione di effettuare interventi di primo soccorso che possono essere esaustivi o seguiti dall'avvio a strutture sanitarie in grado di effettuare interventi più complessi.

Al PTE dovrà essere assegnato personale medico esperto in pronto soccorso ivi compresi i medici dell'emergenza sanitaria che hanno superato l'apposito corso organizzato dall'Assessorato regionale della sanità e personale infermieristico in relazione alle necessità operative per ciascun turno.

Il PTE è dotato di ambulanze di trasporto, per tutti i casi in cui non sia necessaria la presenza del medico, mediante le quali effettuare il trasferimento al presidio ospedaliero più idoneo, mentre per tutte le situazioni in cui sia necessario il trasporto assistito ad un PO della rete di emergenza dovrà essere concordato, attraverso la CO, l'invio di un'ambulanza attrezzata per il trasporto assistito o l'invio dell'eliambulanza.

Il PTE effettua anche soccorsi domiciliari di emergenza per richiesta della CO con la quale deve essere direttamente collegato. Nelle aree sufficientemente vicine a presidi ospedalieri di AUSL e in cui non vengono istituiti dei PTE il servizio di soccorso domiciliare ha sede presso i servizi di urgenza ospedalieri ed è svolto dai medici della emergenza territoriale.

Tale soccorso domiciliare farà parte del servizio assistenziale di base offerto in ambito distrettuale e sarà coordinato all'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che operano sullo stesso territorio.

La sede più appropriata dei PTE è presso le strutture sanitarie del Distretto. Ove esistano ospedali

da riconvertire l'allocazione in essi dei PTE risponde a criteri di opportunità e di economicità.

I criteri generali per decidere la loro allocazione sono: la distanza dagli ospedali, lo stato della viabilità, le zone disagiate (area montana e/o isole minori) e la densità della popolazione residente. Al funzionamento dei PTE sono addetti i medici della emergenza territoriale che dovranno essere in condizione di:

- fare fronte, con tempestività, alle più frequenti emergenze medico-chirurgiche, ponendo in essere attività diagnostico-terapeutiche di primo soccorso;
- utilizzare un linguaggio comune e delle modalità operative concordate con gli operatori delle aree di emergenza, attraverso l'applicazione di protocolli operativi comuni.

#### 4.6. LA RETE OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA

Con le leggi regionali n. 34/95 e n. 39/95 sono stati individuati e classificati funzionalmente i presidi ospedalieri, costituenti la Rete ospedaliera regionale per l'emergenza, che pertanto sono stati individuati quali Aziende ospedaliere dotate di autonomia gestionale.

I rimanenti presidi ospedalieri fanno parte della rete di emergenza in quanto sedi di un servizio di urgenza di primo livello.

La componente ospedaliera della rete regionale per le emergenze si articola in 3 livelli di complessità crescente, come previsto dall'art. 36 della legge regionale n. 30/93, e cioè:

- servizi di urgenza di primo livello;
- dipartimenti di emergenza di secondo livello;
- dipartimenti di emergenza di terzo livello.

Il Dipartimento di emergenza e accettazione (D.E.A.) è concepito come Dipartimento in cui unità operative diverse trovano modo di integrarsi in un complesso unitario multifunzionale.

Per ragioni economiche e secondo le indicazioni fornite dall'art. 36 della legge regionale n. 30/93, tali unità operative devono essere in linea di massima già presenti nelle Aziende ospedaliere individuate come Aziende di riferimento regionale per l'emergenza di II e III livello.

Al funzionamento del Dipartimento è preposto il Comitato di cui all'articolo 17 del decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 229/99.

##### 4.6.1. Servizi di urgenza

In tutti i presidi ospedalieri di AUSL deve essere presente un servizio di urgenza operante in tutto l'arco delle 24 ore, che avrà una dotazione organica di sei unità mediche, oltre al personale parasanitario; esso costituisce un'unità operativa nell'ambito delle divisioni di medicina o di chirurgia (Unità operativa di pronto soccorso e medicina d'urgenza). Potrà essere utilizzato anche il personale medico proveniente dal servizio di guardia medica e passato al rapporto di impiego secondo le normative vigenti.

Oltre ai turni predetti di guardia attiva con presenza di almeno un medico dell'Unità operativa di pronto soccorso e medicina d'urgenza deve essere prevista la reperibilità medica, chirurgica, cardiologica e rianimatoria con personale che fa parte delle U.O del presidio ospedaliero.

L'organizzazione di cui sopra può essere, nei presidi strutturalmente più complessi, rafforzata con un doppio turno continuo (medico e chirurgico), con la pronta disponibilità delle guardie interne delle divisioni di cui è dotato l'ospedale e con la pronta disponibilità dei servizi diagnostico-terapeutici.

##### 4.6.2. Dipartimento di emergenza e accettazione di 2° livello

Il Dipartimento di emergenza di 2° livello deve garantire le funzioni di primo soccorso e accettazione, di osservazione breve, di rianimazione e deve pure assicurare interventi diagnostico terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini e trasfusionali.

Il DE dovrà comprendere l'area di osservazione che è una area di degenza nella quale devono essere previsti posti letto attrezzati per il trasferimento delle patologie ad alto rischio e per l'osservazione temporanea nella attesa di definizione diagnostica. In questa area la degenza non deve eccedere le 12-24 ore.

##### 4.6.3 Dipartimento di emergenza e accettazione di 3° livello

Nelle Aziende ospedaliere in cui esso è previsto verrà attivato un Dipartimento di emergenza di

terzo livello. Esso avrà le stesse caratteristiche di quello descritto al punto precedente, con l'aggiunta degli ulteriori presidi diagnostici e con il supporto delle divisioni altamente specializzate presenti in ospedale o in ospedali vicini (neurologia, emodialisi, camere iperbariche, neurochirurgia, cardiocirurgia).

In un sistema di emergenza organizzato sul territorio in modo organico e razionale è necessario il raggiungimento di un elevato livello di operatività attraverso la qualificazione di operatori sanitari accuratamente formati nelle metodiche di rianimazione ed assistenza delle funzioni vitali per la sopravvivenza. Compete, quindi, al Dipartimento di emergenza di 3° livello fornire agli operatori impegnati nell'emergenza le conoscenze basilari di supporto della vita mediante corsi di base, quali BLS (Basic Life Support) e corsi avanzati quali ACLS (Advanced Cardiac Life Support) ed ATLS (Advanced Trauma Life Support).

Tutti i Dipartimenti di emergenza e eccettazione ospedalieri, indipendentemente dal livello di specializzazione, dovranno prevedere al loro interno la "funzione di triage" come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento.

Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal responsabile del Dipartimento.

Questo personale sarà affiancato, in caso di necessità, da un medico. Il servizio garantirà l'opportuna priorità delle emergenze-urgenze che giungono in Pronto soccorso ed opererà a stretto contatto con "l'area filtro" dell'ospedale per lo smistamento dei problemi non a carattere di emergenza-urgenza.

## **5. GLI OBIETTIVI REGIONALI DI SALUTE**

### **5.1. OBIETTIVI GENERALI**

Il Piano sanitario regionale, sulla base delle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, ha come obiettivo la promozione alla salute. Tale scelta, inoltre, impone un'assunzione di responsabilità a livello individuale e collettivo e modificazioni culturali e strategiche volte all'elaborazione di politiche intersettoriali di promozione alla salute. Gli obiettivi che si intendono raggiungere in relazione anche alle necessità assistenziali ed epidemiologiche della Regione così si individuano:

- 1) promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
- 2) contrastare le principali patologie;
- 3) migliorare il contesto ambientale;
- 4) rafforzare la tutela dei soggetti deboli;
- 5) migliorare la sanità siciliana con riferimento ai livelli europei più avanzati.

Nei capitoli che seguono vengono individuate le azioni da privilegiare.

Le attività individuate nei progetti dovranno essere sottoposte dalla Regione a verifica annuale sul raggiungimento degli obiettivi allo scopo di procedere eventualmente ai necessari correttivi.

### **5.2. OBIETTIVO N. 1: PROMUOVERE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE**

Numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di modelli comportamentali e stili di vita positivi, socialmente condivisi. Con l'Obiettivo n. 1 il PSN 1998-2000 si 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 dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati, attraverso azioni concernenti:

- alimentazione;
  - fumo;
  - alcool;
  - attività fisica.

#### **5.2.1. Alimentazione**

Nell'ambito dei fattori in grado di aumentare la capacità individuale a controllare, mantenere e migliorare lo stato di salute, l'alimentazione riveste un ruolo fondamentale.

In particolare il conseguimento di alcuni standards nutrizionali raccomandati (Linee guida per una

sana alimentazione italiana dell'Istituto nazionale della nutrizione, 1997) appare in grado di determinare importanti riduzioni nell'incidenza e nella mortalità per patologie cardio e cerebrovascolari e per tumore del colon-retto, oltre che per numerose altre patologie (diabete, ipertensione, ecc...).

Analogamente la riduzione dell'obesità è un importante obiettivo di salute collegato all'alimentazione ed all'attività fisica.

In tale ottica appare necessario promuovere l'adozione di modelli alimentari tendenzialmente adeguati agli standard nutrizionali raccomandati dagli organismi scientifici. A tale scopo per migliorare il consumo alimentare dei giovani viene predisposto un progetto tendente a fornire ai giovani delle scuole elementari e medie attraverso l'attiva collaborazione degli insegnanti e delle famiglie (le quali devono per primi correggere eventuali errate abitudini alimentari), adeguate conoscenze nutrizionali ma anche motivazioni a sperimentare nuovi modelli di consumo alimentare consoni ad una corretta alimentazione. Inoltre in occasione del primo ciclo vaccinale dei neonati sarà attuata una indagine conoscitiva sull'alimentazione al seno o artificiale o mista praticata dalle mamme.

La metodologia da utilizzare sarà quella della comunicazione a due vie, attiva-partecipativa attraverso l'uso di questionari, diario alimentare (questionario sulle abitudini alimentari giornaliere), "semaforo alimentare", gruppi di discussione. In particolare verranno predisposti incontri a cadenze mensili inizialmente rivolti agli insegnanti a cui verrà proposto un questionario di attivazione attraverso il quale saranno indotti a prendere consapevolezza dei più grossolani errori alimentari e della facilità con cui possono essere rimossi con un minimo impegno. Successivamente verrà proposta la compilazione del diario e del "semaforo alimentare", delle schede di attivazione su colazione, pranzo e cena e su gruppi di alimenti. Incontri saranno predisposti altresì con i genitori a carattere informativo e con gli alunni. In tali incontri gli alunni verranno stimolati a prendere consapevolezza sul concetto di stare bene e sul ruolo importante rivestito dall'alimentazione nel mantenimento dello stato di salute. Una scheda informativa a carattere sia medico sia sociologico sarà proposta ai destinatari con lo scopo di far comprendere il valore nutrizionale dei vari alimenti e contemporaneamente ciò varrà a far riflettere sulle stimolazioni alimentari indotte dai mass-media, che in funzione dei rapporti alimentazione-salute, alimentazione-benessere, alimentazione-aspetto fisico, inducano a adottare acriticamente comportamenti dietetici in contrasto con i principi di una corretta alimentazione.

Il programma sopra indicato dovrà coinvolgere a vari livelli le figure professionali del medico igienista, dello psicologo, del sociologo, del pedagogo e del dietista. Al termine del programma dovrà essere effettuata dagli operatori una valutazione dei risultati raggiunti.

In tale campo, inoltre, dovrà essere effettuata un'attività di promozione della conoscenza, della provenienza e qualità dei prodotti alimentari e di verifica della correttezza delle informazioni ai consumatori nonché azioni di monitoraggio della ristorazione collettiva in particolare nei contesti lavorativi e di comunità e di incentivo alla diffusione di proposte alimentari dietetiche.

In tale contesto priorità assoluta sia per gli aspetti legati al controllo analitico propriamente detto, sia per le problematiche finanziarie che per la necessità di dare attuazione alle vigenti normative, deve essere data all'accreditamento degli ex Laboratori di igiene e profilassi, come previsto dal decreto legislativo n. 155/97.

#### 5.2.2. Fumo

Consolidate evidenze scientifiche dimostrano la relazione esistente tra abitudine al fumo di sigaretta e stato di salute. Il fumo di tabacco è il più importante fattore di rischio per numerose patologie neoplastiche e cronico degenerative per gli apparati polmonari e cardiovascolari alcune delle quali rappresentano le cause più frequenti di mortalità e morbilità.

A differenza dei fattori di rischio genetici e ambientali che non dipendono dalla volontà del singolo, il fumo è frutto di una scelta individuale spesso influenzata dal contesto sociale. I rischi aumentano in modo proporzionale al crescere del numero di sigarette fumate, ma appaiono parzialmente reversibili nel tempo (a 15 anni dalla data di interruzione del fumo i rischi di morte degli ex fumatori si avvicinano a quelli dei non fumatori).

I dati forniti dall'ISTAT indicano un trend in discesa essendosi assistito nell'ultimo decennio al forte

calo dei fumatori e marcatamente nei maschi: la percentuale degli ex fumatori è maggiore negli uomini che nelle donne; la riduzione di tale abitudine è omogeneamente distribuita tra le classi di età per quanto concerne gli uomini, mentre nelle donne si evidenzia nelle classi di età centrali (25-44 anni) un'ulteriore diffusione di tale abitudine. Anche tra i giovani, dal cui comportamento si delineano gli andamenti futuri del fenomeno, si assiste ad una diminuzione della prevalenza ed una tendenza a smettere prima.

La Sicilia sempre secondo i dati ISTAT nel periodo 1993 -1997 è passata dal quinto al nono posto fra le regioni nelle quali si registra il maggior numero di fumatori: infatti, la percentuale di fumatori nella popolazione oltre i 14 anni è scesa dal 26,6 al 24,1 %. Gli uomini fumano una media di 18 sigarette giornaliere mentre per le donne (che registrano una percentuale di fumatrici del 15,4 %) vi è una media di 12 sigarette quotidiane: ciò comporta globalmente una media di 16 sigarette fumate ogni giorno.

Obiettivo del triennio di vigenza del Piano deve essere quindi quello di ridurre la presenza di fumatori e la quantità di sigarette fumate riducendo sotto la soglia del 20% della popolazione oltre i 14 anni il numero dei fumatori e riducendo la media di consumo quotidiano in 10 sigarette fumate per gli uomini e in 7 sigarette fumate per le donne, con tendenza allo zero per le donne in stato di gravidanza. Inoltre la prevalenza dei fumatori di età compresa tra i 14 e i 17 anni non dovrà superare il 7% per i maschi ed il 3% per le femmine. A tal fine vengono individuate le seguenti opzioni specifiche da svolgere nel triennio:

- 1) rilevazione della prevalenza nei fumatori delle motivazioni psicologiche e sociali e del livello di conoscenza dei danni alla salute legati al tabagismo;
- 2) interventi di educazione sanitaria finalizzati ad illustrare le diverse motivazioni che spingono al fumo, i benefici a breve e a lungo termine legati alla sospensione, i meccanismi che ne determinano la dipendenza fisica e psicologica, i danni alla salute con particolare riferimento alla popolazione in età scolare selezionando rigorosamente gli interventi di cui è nota l'efficacia;
- 3) promozione di iniziative e campagne per far rispettare il divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro ribadendo anche la nocività del fumo passivo, a tal fine è fatto obbligo ai direttori generali ed ai direttori sanitari delle AUSL di garantire l'osservanza di tale divieto a partire specialmente dalle strutture del Servizio sanitario;
- 4) sostegno a tutte le iniziative volte a favorire la dissuefazione dal fumo;
- 5) vigilanza sulla corretta applicazione dei limiti alla pubblicità diretta e indiretta;
- 6) favorire gli interventi presso i reparti di ostetricia, consultori familiari e laboratori di analisi cliniche pubblici e privati per un'azione diretta sulle donne in gravidanza per sensibilizzarle e convincerle ad abbandonare la consuetudine del fumo in relazione ai danni che il fumo può causare non solo a loro ma soprattutto al nascituro.

### 5.2.3. Alcool

L'abuso di alcool è causa diretta di malattia e uno dei principali determinanti di incidenti. Gli effetti acuti dell'ingestione di quantità eccessive di alcool possono condurre ad un aumento del rischio di mortalità o morbosità per incidenti stradali e domestici e possono pregiudicare la sicurezza di condizioni e ambienti di lavoro. L'abuso cronico di alcool ha un ruolo eziologico diretto in alcune patologie specifiche (cirrosi alcoolica, sindrome feto-alcoolica, psicosi alcoolica, ecc.) e favorente in numerose altre.

Alla luce delle attuali evidenze scientifiche relative agli effetti di fattori biologici, genetici, ambientali e comportamentali e delle tendenze registrate nel corso degli ultimi anni in Italia (significativa riduzione dei consumi alcoolici procapite) appare opportuno orientare prioritariamente l'intervento di promozione della salute, verso i forti consumatori a più alto rischio. Il presente Piano sanitario regionale in linea con il P.S.N. si propone la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- la prevalenza dei consumatori di bevande alcooliche che eccedono i 40 grammi al giorno di alcool, per i maschi, ed i 20 grammi al giorno di alcool, per le donne, dovrà ridursi nel triennio 2000-2002 del 20%.
- la prevalenza dei consumatori di bevande alcooliche fuori pasto dovrà tendenzialmente ridursi del 30%.

Sono stati rilevati dall'ISTAT sul territorio nazionale seguenti valori nelle persone di 14 anni e più:

- bevono oltre 1/2 litro di vino al giorno: uomini 12,2% donne 11,8%
- bevono alcolici fuori pasto: uomini 35,3% donne 10,1%.

Sono indicate per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra le seguenti azioni specifiche, di prevenzione primaria e di promozione della moderazione dei consumi, che comprendono sia provvedimenti nazionali sia interventi regionali e locali:

- interventi di regolamentazione della pubblicità dei prodotti alcolici;
- misure di regolamentazione dell'informazione sul contenuto alcolico delle bevande con esplicito riferimento ai possibili effetti dannosi;
- azioni di controllo della qualità dei prodotti alcolici e di riduzione del grado alcolico delle bevande;
  - campagne di educazione sanitaria differenziate per i diversi gruppi di popolazione;
  - campagne mirate a controllare i consumi alcolici fra donne in gravidanza e a promuovere l'interruzione del consumo;
  - sostegno ad iniziative volte alla disassuefazione dall'alcool, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia;
    - misure fiscali volte a disincentivare il consumo di alcolici;
- misure volte a favorire il rispetto dei limiti di concentrazione ematica di alcool durante la guida;
- regolamentazione della vendita di alcool in coincidenza di manifestazioni sportive e culturali e nelle autostrade;
  - promozione di iniziative che limitano la vendita di bevande alcoliche ai minori.

Sono inoltre necessarie azioni mirate al miglioramento dell'assistenza dei soggetti alcool-dipendenti.

#### 5.2.4. Attività fisica

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei riguardi delle patologie cardio e cerebrovascolari, ma anche di quelle osteoarticolari e metaboliche.

Appare possibile prevedere il perseguimento dei seguenti obiettivi :

- la prevalenza di individui (giovani e adulti) che praticano regolarmente (almeno una volta la settimana) attività fisicosportiva nel tempo libero dovrà aumentare in media del 10% e comunque non meno del 10% fra gli anziani.

Sono stati rilevati dall'ISTAT i seguenti valori relativi alla pratica di attività fisico-sportiva una volta alla settimana o più:

- uomini 23,2 %;
- donne 13,3 %;
- uomini 15-19 anni 46,3 %;
- donne 15-19 anni 26,0 %;
- uomini 65 anni e più 4,2 %;
- donne 65 anni e più 1,1 %.

A tal fine possono essere indicate le seguenti azioni specifiche, da sviluppare attraverso piani aziendali:

- iniziative rivolte a promuovere attività fisica nella popolazione generale;
- campagne mirate specificamente a promuovere l'attività fisica fra gli anziani;
- coordinamento e sviluppo di iniziative da attivare con il coinvolgimento delle organizzazioni di settore per la promozione dell'attività fisica fra i giovani;
- attivazione di centri di medicina sportiva e di cardiologia dello sport di riferimento regionale.

### 5.3. OBIETTIVO N. 2: CONTRASTARE LE PRINCIPALI PATOLOGIE

#### 5.3.1. Malattie cardio e cerebrovascolari

Le patologie del sistema circolatorio sono responsabili del 44% dei decessi registrati in Italia nel 1993.

La mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari è in diminuzione nel periodo 1971-1993 mentre la morbilità appare in aumento.

Particolare attenzione meritano le differenze registrate nella incidenza e nella mortalità in relazione

alle diverse aree geografiche e condizioni socioeconomiche dei diversi gruppi di popolazione. I principali fattori di rischio riconosciuti a livello individuale e collettivo per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari sono l'abitudine al fumo di sigarette, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa. Tali fattori di rischio possono essere influenzati attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita già affrontati nell'Obiettivo n. 1 del Piano sanitario regionale. Quando la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio non è sufficiente, è necessario ricorrere ad un adeguato trattamento farmacologico dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia.

Le statistiche dell'ISTAT forniscono i seguenti tassi di mortalità per 10.000 abitanti di età compresa tra 45 e 74 anni:

- malattie ischemiche del cuore uomini 23,0;
- malattie ischemiche del cuore donne 7,0;
- malattie cerebrovascolari uomini 10,0;
- malattie cerebrovascolari donne 7,0.

Il presente PSR si propone di realizzare i seguenti obiettivi :

- riduzione della mortalità derivante da malattie ischemiche del cuore almeno del 10%.
- riduzione della mortalità derivante da malattie cerebrovascolari almeno del 10%.
- riduzione delle diseguaglianze in termini mortalità fra aree geografiche e fra gruppi sociali.
- miglioramento della qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari e del paziente affetto da patologie angiologiche invalidanti.

A tal fine, possono essere indicate le seguenti azioni da sviluppare a livello regionale e aziendale:

a) interventi finalizzati alla prevenzione primaria nella popolazione generale. Gli interventi dovranno essere focalizzati sui benefici derivanti dalla abolizione o dalla riduzione del fumo, dalla adozione di stili di vita caratterizzati da una sana alimentazione e da un aumento dell'attività fisica, dal perseguimento di livelli ottimali per quanto riguarda la colesterolemia e di pressione arteriosa.

Le azioni potranno avvalersi di campagne di educazione sanitaria e di sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il controllo dei fattori di rischio nella popolazione.

b) interventi finalizzati alla prevenzione secondaria negli individui a rischio. Gli interventi dovranno essere mirati alla diminuzione dei livelli dei fattori di rischio e alla prevenzione delle complicanze negli individui già affetti da una patologia cardiovascolare. Le azioni potranno essere finalizzate a:

- identificazione e assistenza differenziata dei soggetti ad alto rischio;
- produzione, diffusione e adozione di linee guida per l'assistenza ai soggetti ipertesi e ipercolesterolemici;
- attivazione di programmi di riabilitazione;

c) attivazione del Registro regionale per gli eventi coronarici e cardiovascolari maggiori.

### 5.3.2. Malattie infettive

Le malattie infettive rappresentano un rilevante problema di salute pubblica nonostante la disponibilità per molte di esse di efficaci interventi di prevenzione e di terapia. La lotta alle malattie infettive si realizza mediante:

- programmi di prevenzione con particolare riferimento alle vaccinazioni e alle educazione alla salute;
- potenziamento dei sistemi di sorveglianza per le malattie emergenti e riemergenti;
  - informatizzazione del sistema di notifiche;
- razionalizzazione e riorganizzazione della rete infettivologica nel contesto di ospedali generali;
- piena attivazione dei comitati di controllo delle infezioni ospedaliere, all'interno dei presidi ospedalieri, mediante l'assegnazione di specifiche responsabilità gestionali a personale qualificato e la definizione di politiche di intervento e di procedure scritte in accordo a linee guida internazionali.

Si identificano le seguenti aree prioritarie di intervento:

- 1) infezioni da HIV e patologie correlate: strategie di prevenzione e di adeguamento ad elevati standards assistenziali;
- 2) infezioni ospedaliere: sorveglianza, prevenzione e controllo mediante programmi che rappresentino criteri di accreditamento delle strutture;

- 3) tubercolosi: sorveglianza epidemiologica con particolare riferimento alle scuole, agli immigrati, ai tossicodipendenti ed agli immunodepressi, anche mediante il riutilizzo di personale medico proveniente dagli ex consorzi antitubercolari; diagnostica e trattamento nei reparti di broncopneumologia e malattie infettive;
- 4) antropozoonosi: interventi coordinati sia sugli animali sia sulla popolazione umana, in particolare contro la brucellosi e la febbre bottonosa del Mediterraneo;
- 5) patologie emergenti e riemergenti: interventi di sorveglianza e prevenzione con particolare riguardo alle malattie di importazione;
- 6) malattie dell'apparato digerente ad etiologia infettiva: monitoraggio, prevenzione, diagnostica e trattamento in particolare delle patologie di origine virale.  
Sono definiti i seguenti obiettivi specifici:
  - a) il virus della poliomielite dovrà essere eradicato in linea con quanto previsto dal PSN;
  - b) l'esito del trattamento dei casi di tubercolosi dovrà essere monitorato dimostrando che il trattamento farmacologico è stato completato in almeno l'85% dei casi diagnosticati;
  - c) l'incidenza delle infezioni ospedaliere dovrà ridursi di almeno il 25% con particolare riguardo ad infezioni delle vie urinarie, infezioni della ferita chirurgica, polmoniti postoperatorie o associate a ventilazione assistita ed infezioni associate a cateteri intravascolari.

#### 5.3.3. La prevenzione delle malattie infettive mediante vaccini.

La vaccinazione è un intervento di sanità pubblica con scarsa analogia con altri interventi sanitari, caratterizzata da ormai documentati rapporti rischio-beneficio e costo-beneficio nettamente a favore dell'intervento vaccinale.

Notevole, infatti, è il numero dei bambini sotto i cinque anni che si ammalano di malattie infettive, che potevano essere evitate da una vaccinazione già disponibile nel nostro Paese.

Con un corretto intervento vaccinale si ha un evidente risparmio delle giornate di degenza, dell'impiego di farmaci, delle giornate lavorative perse dai genitori nonché un miglioramento della qualità della vita dei soggetti ed il venire meno delle gravi complicazioni che spesso seguono tali malattie.

Fortunatamente i dati di copertura vaccinale migliorano rapidamente, quale risultato di impegni normativi e di migliorata attività preventiva, sia dei medici di sanità pubblica che dei medici di base; tuttavia parecchio ancora resta da fare se si vogliono raggiungere gli impegni minimi fissati dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Accanto a queste considerazioni ne va fatta un'altra per la vaccinazione antinfluenzale: infatti se la mancata prevenzione vaccinale nei bambini provoca prevalentemente morbosità, disagio nei genitori e costi aggiuntivi, nell'anziano provoca morti, incidenti cardiovascolari e ospedalizzazioni prolungate. Studi su coperture vaccinali dell'anziano dimostrano che soltanto un anziano su due riceve la vaccinazione antinfluenzale.

Sulla base di tali considerazioni è opportuno identificare linee strategiche da seguire e stabilire i seguenti obiettivi specifici nel campo delle vaccinazioni per la piena attuazione di quelle obbligatorie:

- raggiungimento della copertura vaccinale di almeno il 95% della popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per morbillo, rosolia, parotite, pertosse ed haemophilus influenzae;
- copertura vaccinale antinfluenzale di almeno il 75% della popolazione al di sopra dei 64 anni;
- vaccinazione antipneumococcica, antinfluenzale ed antiepatite A per le popolazioni a rischio;
- monitorare gli effetti indesiderati di tutte le vaccinazioni.

Gli obiettivi dovranno essere raggiunti al termine del presente Piano fissando i seguenti traguardi:

- 1° anno di vigenza del Piano: 80% per le vaccinazioni consigliate in età infantile e 50% per la vaccinazione antinfluenzale dell'anziano ed avvio della vaccinazione antipneumococcica;
- 2° anno di vigenza del Piano: dopo le verifiche dei risultati conseguiti nel primo anno raggiungimento del target 95% ed avvio in modo sistematico nei principali Comuni capoluogo della vaccinazione antinfluenzale associata nell'anziano con la vaccinazione antipneumococcica fissando come target il 75%;
- 3° anno di vigenza del Piano: mantenimento dei risultati conseguiti nel 2° anno.

Le modalità operative per raggiungere tali obiettivi sono:

- 1) sistemi rapidi di acquisto di vaccini da parte della AUSL;
- 2) ampia diffusione a mezzo mass-media, stampa, ecc., della gratuità e disponibilità della vaccinazione;
- 3) interazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di base per una maggiore penetrazione della vaccinazione nelle popolazioni bersaglio;
- 4) informatizzazione dei centri di vaccinazione;
- 5) formazione di Unità operative itineranti per centri di vaccinazione inferiore a 10.000 abitanti;
- 6) acquisizione in tempo reale e comunque non oltre i 45 giorni dalla nascita, da parte dei centri vaccinali, degli elenchi dei nuovi nati e della popolazione ultra sessantaquattrenne con aggiornamenti trimestrali;

Per l'emergenza brucellosi sarà attivato lo specifico progetto obiettivo che tenga conto del sistema di sorveglianza esistente per tale malattia.

Nel contesto degli obiettivi proposti particolare attenzione deve essere posta alla estensione dei programmi alla popolazione degli extracomunitari, a qualunque titolo presenti sul territorio.

Durante il periodo di vigenza del Piano si prevede una implementazione dell'attività di epidemiologia del Dipartimento di prevenzione mediante l'attivazione di strutture organizzative specifiche per quelle Aziende UU.SS.LL. che ancora non le hanno attivate. Inoltre, si prevede la realizzazione di un programma di formazione in epidemiologia di campo di un Dirigente medico di primo livello di ogni AUSL, mediante un programma di formazione concordato con il S.S.R. Infine, occorre mantenere e potenziare i sistemi di sorveglianza attualmente in funzione (brucellosi, meningite, malattia meningococcica, infezioni di *Haemophilus*, tubercolosi, etc.), con possibilità di trasmissione in tempo reale dei dati relativi utilizzando la rete telematica in corso di realizzazione. Elemento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi è l'informatizzazione del sistema di notifica delle malattie infettive e delle anagrafi vaccinali.

Soltanto la Regione siciliana non ha ancora informatizzato i flussi informativi delle malattie infettive e delle anagrafi vaccinali sebbene, già da alcuni anni, sono stati definiti i protocolli con l'I.S.S. per la realizzazione della rete del sistema informativo. Detto sistema informativo costituisce la base della rete informatica dell'istituendo Dipartimento di prevenzione che costituirà il sistema informativo della rete di prevenzione della Regione.

Nel corso del 1° anno di vigenza del presente PSR si prevede di procedere alla formazione degli operatori del S.S.R che opereranno sulla rete, nonché l'installazione e l'entrata in funzione della rete stessa.

Nel 2° e 3° anno si prevede il pieno utilizzo della rete stessa con estensione agli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione.

#### 5.3.4 Malattie oncologiche

In tema di malattie oncologiche, nella stesura del presente PSR si è tenuto conto di quanto contenuto nelle Linee guida del Ministero della sanità su indicazione della Commissione Oncologica Nazionale (C.O.N.). Deve essere posto un forte accento a:

- a) l'assoluta priorità di una azione programmata nell'assistenza (diagnosi e cura) delle malattie neoplastiche;
  - b) la particolare attenzione che bisogna rivolgere a quelle forme tumorali la cui incidenza è in continuo aumento;
  - c) il grave onere economico che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) deve sostenere, per le conseguenze sociali e familiari che le malattie oncologiche comportano (non ultimo le prestazioni sanitarie all'estero e negli altri ospedali italiani).
  - d) la necessità di dare concreta attuazione alle disposizioni contenute nella Legge regionale n.26/96 riguardanti l'assistenza ai malati affetti da patologia tumorale in fase avanzata e terminale.
- I dati sulla mortalità (190/100.000 abitanti) sono coerenti con quelli del Registro tumori di Ragusa che possono essere considerati rappresentativi della mortalità regionale; inoltre, lo studio epidemiologico ITACARE ha identificato nei dati del Registro siciliano i peggiori indici di sopravvivenza, specie per quei tumori in cui la diagnosi precoce ha una documentata efficacia. Nelle "Linee guida per l'oncologia", espresse dalla C.O.N. l'indice medio di posti letto per oncologia raccomandato è pari a 0,18/1000 ab.: tutto ciò si traduce in un fabbisogno teorico,

rapportato alla popolazione siciliana di circa 900 posti letto.

D'altra parte nel 1998 i ricoveri autorizzati fuori Regione dalla competente Commissione regionale preposta sono stati:

	Resto d'Italia	Estero	Totale ricoveri
Oncologia medica	1.086	536	1.622
Oncologia chirurgica	27	32	59
Totale ricoveri	1.113	568	1.681

La valutazione del dato riguardante la migrazione sanitaria per patologia oncologica evidenzia una domanda sanitaria essenzialmente rivolta verso l'oncologia medica mentre è verosimile un soddisfacimento della domanda di prestazioni chirurgiche da parte delle strutture ospedaliere dell'Isola. Altrettanto attendibile è la considerazione che i pazienti chirurgici vengono ricoverati ed operati in reparti diversi da quelli di oncologia chirurgica. Inoltre è da considerare il fatto che la gran parte dei pazienti oncologici che necessitano di terapia medica possono essere trattati in regime di "day hospital" e pertanto con un minore impegno dei posti letto il cui numero totale potrebbe quindi essere quindi ridotto rispetto ai 900 sopracitati.

In ogni caso, in linea con le raccomandazioni della C.O.N. recepite dal Ministero della sanità nel 1996, è indispensabile procedere ad un ottimale utilizzo e coordinamento di tutte le risorse professionali e strutturali esistenti mediante l'adozione di alcuni strumenti operativi quali i Dipartimenti.

Per un'organica pianificazione degli interventi in oncologia si rende necessaria l'osservazione e l'analisi dei dati epidemiologici sulle incidenze dei tumori in Sicilia con il potenziamento dell'Osservatorio epidemiologico regionale, del Registro Tumori di Ragusa e dei Registri d'organo già istituiti o da istituire almeno uno per provincia.

L'organizzazione in materia oncologica regionale si articola come segue:

a) Dipartimento oncologico di terzo livello.

In ciascun Dipartimento oncologico di terzo livello devono essere presenti le seguenti U.O.:

- oncologia medica;
- ematologia;
- strutture per il trattamento ad alte dosi ed eventuali unità di trapiantologia;
- radioterapia;
- farmacia cui afferisca anche l'U.Ma.C.A.(Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) ;
  - anatomia e citoistologia patologica;
- chirurgie ad indirizzo oncologico (ad esempio generale, toracica, O.R.L. e maxillofacciale, plastiche ricostruttive, urologica, ginecologica, ecc.);
  - patologia clinica speciale oncologica;
  - psicologia;
  - servizio sociale;
  - medicina fisica e riabilitazione;
  - endoscopie speciali;
  - medicina nucleare;
- diagnostica per immagini con eventuale sezione interventistica;
  - anestesia e rianimazione;
  - unità di cure palliative;
- laboratorio di biologia molecolare e di ricerca di base.

Per il trapianto di cellule staminali emopoietiche (allo ed autotrapianto) si fa riferimento a quanto raccomandato nell'allegato "C" della proposta tecnica della Commissione Oncologica Regionale.

Vengono individuati, se ed in quanto in possesso dei requisiti previsti dal PSR, come sedi di Dipartimento oncologico di terzo livello l'Ospedale "M. Ascoli" di Palermo e "S. Luigi e S. Currò" di Catania facenti parte di aziende di riferimento nazionale e di alta specializzazione, l'Azienda ospedaliera "Papardo" di Messina, le aziende ospedaliere policlinici universitari, l'azienda ospedaliera civile O.M.P.A. di Ragusa, l'Azienda ospedaliera "Sant'Elia" di Caltanissetta ed il Presidio ospedaliero "S. Vincenzo" di Taormina della AUSL n. 5 di Messina.

La prestazione sanitaria oncologica erogata da queste strutture sanitarie deve avere caratteristiche di

multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica, con possibilità di collaborazioni nel campo della ricerca e della formazione.

b) Dipartimento oncologico di secondo livello.

Fermo restando quanto già previsto dall'Assessorato regionale della sanità con proprie linee guida è opportuna l'istituzione di dipartimenti oncologici funzionali anche interaziendali a livello provinciale, secondo le modalità previste dalla legge regionale n. 25/96 che possano assicurare in modo coordinato ed uniforme l'erogazione delle prestazioni sia dal punto di vista della prevenzione delle patologie oncologiche che da quello diagnostico e terapeutico. Al fine di garantire standards assistenziali qualitativamente elevati e fornire prestazioni di alto contenuto specialistico ed evitare, nel contempo, una frammentazione delle risorse finanziarie a detrimento della efficacia degli interventi, è previsto per ciascun ambito provinciale almeno un Dipartimento oncologico di secondo livello. Nei dipartimenti che insistono su base provinciale o aree esposte all'insorgenza di neoplasie collegate a particolari rischi ambientali vanno previste adeguate forme di prevenzione, assistenza diagnostica e terapeutica.

Dovranno essere presenti nel Dipartimento oncologico di secondo livello le seguenti U.O.:

- oncologia medica;
- chirurgia generale ad indirizzo oncologico e chirurgie specialistiche, ove presenti;
  - anatomia e istologia patologica;
- radioterapia (attivabile con bacino di utenza interprovinciale),
  - unità di cure palliative.

E' opportuno che l'attivazione dei dipartimenti di secondo livello avvenga con gradualità e che gli eventuali nuovi posti letto di oncologia vengano istituiti sulla base delle esigenze assistenziali, di concerto tra i direttori generali e l'Assessorato regionale della sanità.

c) ambulatori di primo livello:

Gli ambulatori di oncologia medica sono affidati ad oncologi medici, coordinati ed inseriti nella organizzazione dipartimentale di secondo e terzo livello.

Analogamente per ciascun livello potranno organizzarsi le strutture private accreditate in possesso dei requisiti sopradescritti.

5.3.5. Cure palliative al malato oncologico in fase avanzata e terminale

Per una corretta gestione delle problematiche connesse all'assistenza dei pazienti che necessitano di cure palliative viene attuata una ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali, che permettono una presa in carico globale del paziente attraverso una rete di attività e servizi strettamente coordinati ed interconnessi.

Le cure palliative sono la cura attiva, globale e multidisciplinare dei pazienti affetti da malattia che non rispondono più a trattamenti specifici e di cui la morte è la diretta conseguenza.

Il controllo dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza.

Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

Nella Regione siciliana ogni anno muoiono a causa della sola malattia neoplastica circa 11.000 persone.

Nel quadro dell'azione programmata si prevede, nell'arco del triennio, l'attivazione a livello regionale, di una Rete di assistenza ai pazienti in fase avanzata e terminale, e la piena attuazione della legge regionale n. 26/96 con l'istituzione presso ogni Azienda territoriale di almeno una Unità di valutazione palliativa (UVP).

In ogni ambito provinciale dovrà essere realizzata una rete di assistenza ai pazienti in fase avanzata e terminale costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri sotto forma di Dipartimento interaziendale misto ospedale-territorio che operi in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale, presente nel contesto territoriale e nel rispetto della autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti.

La Rete si articolerà nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture dedicate alle cure palliative:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata;

- assistenza domiciliare specialistica;
- ricovero ospedaliero in regime di day-hospital;
- ricovero in strutture Hospice.

La Rete di assistenza dei pazienti terminali sarà coordinata da un Dirigente medico, con specifica esperienza e formazione in cure palliative, individuato tra quelli che già operano in servizi coinvolti nella Rete di assistenza ai pazienti terminali.

L'organizzazione della Rete di assistenza ai pazienti terminali deve prevedere una specifica fase operativa preposta alla valutazione e presa in carico del paziente ed alla formulazione di un piano terapeutico individualizzato.

All'interno dei Dipartimenti oncologici di terzo livello dovrà essere istituita una U.O. di cure palliative con posti letto "Hospice" e, in ogni caso, dovrà essere prevista una U.O. per ogni provincia.

L'obiettivo è di realizzare in una successiva fase un numero di posti letto pari a 1 p.l. ogni 20 mila abitanti.

Dovranno essere previste forme di collaborazione tra le strutture preposte e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale operanti nel settore specifico delle cure palliative.

Nel corso del triennio di vigenza del presente PSR si procederà a realizzare strategie di comunicazione nei confronti della popolazione e degli operatori mirate ad informare sulle finalità e modalità di accesso alla citata rete.

Dovranno essere attuati dalle Aziende territoriali e ospedaliere programmi di verifica e promozione della qualità dell'assistenza per la gestione del personale e per la formazione e aggiornamento dello stesso.

#### 5.3.6. La Commissione oncologica regionale (C.O.R.)

Fermo restando che competenza specifica della Commissione oncologica regionale è quella di assistere l'Assessore per la sanità nella programmazione ed organizzazione delle attività relative al settore oncologico e tenendo conto, tra l'altro, delle raccomandazioni formulate dalla C.O.N., si ritiene che la C.O.R. abbia anche il compito di valutare l'efficienza e l'efficacia della rete oncologica regionale.

Altre competenze da affidare alla C.O.R. sono:

- valutare, a livello di popolazione, incidenza e mortalità per cancro e sopravvivenza per specifiche patologie in relazione allo stato della malattia;
- fornire il supporto metodologico per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione;
  - valutare l'efficacia di programmi di screening per i tumori;
  - contribuire alla valutazione della qualità dell'assistenza oncologica e dell'esaustività dell'applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici a livello di popolazione;
  - contribuire alla organizzazione e valutazione dei sistemi informativi sanitari di rilevanza oncologica in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione.

Con successivo provvedimento, che verrà emanato dall'Assessorato regionale della sanità entro 60 giorni dalla pubblicazione del PSR, verrà stabilita la composizione della C.O.R. tenendo presente la necessità che la stessa dovrà essere una struttura flessibile della quale devono far parte esperti delle varie discipline ed unità operative impegnate in attività oncologiche, articolata in gruppi di lavoro eventualmente inclusivi di esperti esterni.

#### 5.3.7 Le strutture per il trattamento ad "Alte dosi"

Le strutture per il trattamento ad "Alte dosi" devono essere allocate nei dipartimenti di terzo livello in considerazione che tale metodica rappresenta al momento il sistema più avanzato per l'eradicazione delle neoplasie più chemiosensibili, tuttavia è possibile che siano allocate anche nei dipartimenti di secondo livello. La loro costituzione si rende necessaria e urgente in considerazione dei notevoli progressi che tale metodica ha avuto negli ultimi anni e dei risultati ottenuti in varie patologie, per cui è previsto che a tale procedura nell'immediato futuro siano indirizzati molti pazienti.

Obiettivi:

- fornire al paziente il trattamento ottimale per poter raggiungere la guarigione o un controllo a

lungo termine e quanto meno, un miglioramento della qualità della vita anche mediante cure palliative;

- il trattamento ed il controllo periodico ambulatoriale devono attuarsi indipendentemente da situazioni economiche, sociali, geografiche o da insufficienti attrezzature locali.

Nella situazione attuale di carenza di tali strutture, nell'ambito di rapporti dipartimentali interaziendali, potrebbe essere utilizzato l'apporto tecnologico delle divisioni di Ematologia che possono effettuare l'autotrapianto di midollo osseo o di cellule staminali da sangue periferico e che già adesso eseguono autotrapianti oltre che in emopatici anche in pazienti affetti da tumori solidi loro avviati dalle Unità operative di oncologia.

#### 5.3.8 Prevenzione primaria

Nel campo della prevenzione primaria, seppure qualche lodevole iniziativa sia stata condotta, non è mai stato previsto un piano organico di interventi. Priorità va data all'aggiornamento dei medici di medicina generale, con brevi corsi intensivi a livello regionale, ed all'educazione sanitaria e comportamentale della popolazione attraverso anche l'uso dei principali mezzi di informazione di massa.

Fra le tematiche, priorità va assegnata a:

- fumo di tabacco;
- correlazione dieta e cancro;
- prevenzione del rischio cancerogeno di tipo ambientale ed occupazionale;
- integrazione dietetica e/o farmacologica di sostanze naturali ad azione antitumorale (chemioprevenzione).

Si rinvia per tali tematiche a quanto esposto nel relativo capitolo.

#### 5.3.9 Prevenzione secondaria

Si demanderà ai Direttori generali della Aziende dislocate sul territorio una analisi delle strutture a livello locale al fine di identificare le attrezzature e le professionalità operanti in gruppi di lavoro negli ambulatori, consultori e divisioni presso cui eseguire le indagini di screening per i tumori per cui esiste una diagnosi precoce di documentata efficacia (cervico-carcinoma uterino, carcinoma della mammella, carcinoma del colon-retto, carcinoma della prostata, carcinoma del fegato) al fine di costituire in loco le unità funzionali che nel tempo potranno portare ad una razionalizzazione dei sistemi in uso, delle metodiche ed infine degli stessi interventi. Si raccomanda di utilizzare e fare riferimento alle linee guida già compilate dalla C.O.N.. A tal proposito, l'Assessorato regionale della sanità emanerà apposite direttive vincolanti, anche di carattere tecnico-organizzativo, per l'attuazione dei nuovi interventi in materia e per il raggiungimento della piena operatività di quelli già avviati. Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili per fornire alla popolazione una efficace prevenzione secondaria nei confronti delle patologie tumorali risultano essenziali:

- il coordinamento delle attività di reclutamento della popolazione "bersaglio";
- la codifica di modalità operative tecnico-diagnostiche concordate ai diversi livelli di intervento;
- la realizzazione di sistemi concordati di verifica e controllo di qualità.

In ogni caso, l'acquisizione delle risorse già attualmente disponibili potrebbe consentire di far accedere a screening organizzati in tempi brevi già in alcune province, una parte rilevante della popolazione all'interno di alcune fasce di età maggiormente a rischio per lesioni preneoplastiche e neoplastiche iniziali.

Ad esempio per lo screening del tumore della cervice e della mammella il modello applicativo di riferimento è quello derivato dai risultati del progetto finalizzato ACRO (Applicazione clinica di ricerca oncologica) condotto dal CNR e dall'Associazione italiana ricerca sul cancro, pubblicato nel 1996 ed al quale hanno preso parte anche gruppi di ricerca che operavano in ambito ospedaliero nella Regione.

Allo scopo di rendere più agevoli i programmi di prevenzione secondaria del tumore della mammella, si prevede la esenzione completa del ticket per tutti i controlli necessari nei cinque anni successivi all'intervento chirurgico.

#### 5.3.10. Formazione

Obiettivo formativo principale è il miglioramento della qualità degli interventi diagnosticoterapeutici e delle relazioni operatore-malato.

Nel corso del triennio 2000-2002 si procederà a:

- promuovere corsi di aggiornamento ed esperienze di formazione con particolare riferimento ai medici di medicina generale ed al personale infermieristico;
- inviare personale medico delle divisioni e servizi di oncologia della Regione, secondo una razionale programmazione, in centri italiani o esteri altamente specializzati in particolari procedure diagnostico-terapeutiche (alti dosaggi, trapianti di midollo, chirurgia, radioterapia, trattamenti antalgici e riabilitazione).

#### 5.3.11. Tutela della salute dei lavoratori

Nella nostra Regione oggi i servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro hanno risorse limitate o addirittura scarse a fronte di una situazione di rischio lavorativo particolarmente elevato.

L'entrata in vigore negli ultimi anni di numerose leggi che hanno dato attuazione alle direttive europee riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro (decreto legislativo n. 626/94, decreto legislativo n. 493/96, decreto legislativo n. 494/96, decreto legislativo n. 624/96, decreto legislativo n.645/96) ha determinato una sostanziale e profonda modifica della legislazione previgente.

L'intervento dei servizi delle AUSL per contribuire alla piena applicazione nella nostra Regione di quanto disposto dalla legislazione vigente costituisce una priorità nel triennio 2000-2002 ed a questo è legato il potenziamento del personale dei servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro.

E' opportuno che si modifichi anche il modo di lavorare dei servizi acquisendo una metodologia d'approccio alle problematiche basata sul lavoro per "piani mirati" come di seguito indicato.

#### 5.3.12. Strategia d'intervento ed obiettivi da raggiungere

Le priorità vengono individuate secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale 1998-2000 "Un patto di solidarietà per la salute", sulla base:

- della gravità delle situazioni di rischio;
- della diffusione delle situazioni di rischio per numero dei lavoratori e delle aziende interessate;
- della possibilità di individuare misure adeguate per la riduzione e l'eliminazione dei rischi presenti.

Pertanto vengono individuate le seguenti azioni da svolgersi nel triennio 2000-2002:

- piani mirati di prevenzione;
- monitoraggio sullo stato d'applicazione del decreto legislativo n. 626/94;
- sicurezza nelle strutture sanitarie.

Gli strumenti necessari per raggiungere gli obiettivi sotto descritti (per i quali bisognerà orientare le risorse come già avvenuto per il 1998 attraverso quanto previsto dall'art. 32 c.3 della legge finanziaria 1998) sono:

- attivazione dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro in ogni AUSL dotati di personale delle varie professionalità in grado di adempiere a tutti i compiti previsti dalle norme vigenti;
- attivazione delle funzioni ex ENPI ed ex ANCC in tutte le AUSL della Regione;
- attivazione di uno sportello per le attività d'informazione ed assistenza in ogni AUSL;
- strumentazione adeguata allo svolgimento dei compiti previsti dalle norme vigenti compresi i supporti informatici.

#### 5.3.13. Piani mirati

Si tratta d'interventi effettuati contemporaneamente in più luoghi di lavoro che presentano problemi simili.

Considerati i dati relativi alla situazione degli infortuni e malattie professionali in Sicilia, s'individuano i seguenti piani mirati di prevenzione a livello regionale da attuare nel triennio:

- piano mirato "prevenzione infortuni";
- piano mirato "rumore";
- piano mirato " salute e sicurezza in agricoltura".

Si ricorda che le attività specifiche attraverso le quali i servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro esercitano le funzioni loro assegnate di prevenzione e controllo sono

essenzialmente:

- la mappazione dei rischi e dei danni da lavoro;
- gli interventi nei luoghi di lavoro (interventi globali, mirati, piani mirati di prevenzione);
  - il controllo preventivo dei nuovi insediamenti;
  - il coordinamento ed il controllo degli accertamenti sanitari;
- la formazione degli operatori e l'educazione alla salute e alla sicurezza dei lavoratori.

#### 5.3.14. Piano mirato "Prevenzione infortuni"

Prioritariamente interessato, a causa del rilevante fenomeno infortunistico presente, deve essere il comparto dell'edilizia. In esso i Servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro dovranno provvedere, nell'ambito dell'organizzazione delle attività, ad effettuare i controlli e le verifiche del rispetto della normativa vigente in materia d'igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Per tale motivo si promuove un sistematico intervento preventivo per addivenire ad un miglioramento delle condizioni di sicurezza e d'igiene nel settore edile. L'esperienza e le conoscenze acquisite dagli operatori dei servizi in questi anni hanno messo in risalto gli enormi limiti ed i ritardi nell'affermarsi di una cultura della prevenzione e della sicurezza sia tra gli imprenditori edili che tra i lavoratori del comparto, così che spesso non vengono adottate le necessarie misure di protezione e di sicurezza. Per consentire interventi uniformi ed equilibrati si pone alla base del presente piano lo studio delle condizioni specifiche del rischio nel comparto con particolare riferimento alle seguenti:

- mancanza di protezione contro le cadute da luoghi elevati o inadeguatezza delle stesse;
  - impianto elettrico non idoneo a proteggere dai contatti diretti e indiretti;
    - inidoneità dei mezzi di sollevamento;
    - macchinari di cantiere privi delle previste protezioni;
- sostanze manipolate e rischi chimico-fisici (oli disarmanti, bitume, amianto, rumore, ecc.);
  - mancata adozione dei dispositivi di protezione personale per gli addetti.

I due aspetti fondamentali che devono caratterizzare la valutazione delle attività di prevenzione descritte risultano:

- la trasformazione concreta delle situazioni a rischio;
- la realizzazione di condizioni di lavoro accettabili.

Al primo aspetto fanno riferimento alcuni indicatori diretti ed indiretti del mutamento avvenuto delle condizioni di rischio e dei requisiti di sicurezza:

- diminuzione del numero dei cantieri che non ottemperano alle norme di legge ed alle prescrizioni dell'organo di vigilanza;
  - diminuzione del numero dei cantieri che presentano "gravi" carenze (ponteggi non a norma, impianti elettrici non protetti macchine di cantiere prive di sicurezza);
- diminuzione del numero d'infortuni gravi; riduzione degli indici di frequenza e di gravità degli infortuni.

Al secondo aspetto appartengono indicatori che esprimono le modificazioni di comportamento, quali:

- aumento della percentuale dei lavoratori che adottano regolarmente i mezzi di protezione personale;
- migliore attenzione ed accuratezza nell'igiene personale in rapporto alle caratteristiche del luogo di lavoro;
  - richiesta di maggiori informazioni da parte dei lavoratori o degli imprenditori;
- superamento di una visione conflittuale tra modifiche delle condizioni di rischio e produttività in cantiere;
  - invio di piani di sicurezza ben dettagliati con analisi del rischio specifico e mirati alle reali condizioni di rischio presenti in cantiere;
    - maggiore disponibilità ad attuare i miglioramenti richiesti.

#### 5.3.15. Piano mirato "Rumore"

L'individuazione di tale rischio deriva dall'alto numero d'ipoacusie professionali rilevate nella nostra Regione.

Le attività di prevenzione specifiche che dovranno caratterizzare il piano mirato nel triennio sono le

seguenti:

a) Mappazione

Dovranno essere acquisite e raccolte in modo omogeneo e organizzato, informazioni dettagliate riguardanti:

- il livello e le caratteristiche del rischio;
- i danni uditivi accertati in riferimento all'esposizione;
- le soluzioni proposte dal servizio e adottate dalle aziende.

b) Interventi nei luoghi di lavoro

I comparti nei quali si dovrà prioritariamente effettuare attività di conoscenza, valutazione e trasformazione del rischio sono:

- comparto metalmeccanico;
- comparto della lavorazione del legno;
- comparto della lavorazione del marmo e laterizi.

Gli interventi dovranno essere improntati ad una attività di vigilanza mirata, qualificata e diffusa nel territorio; essa va programmata sulla base delle indicazioni emergenti dalla prima fase di mappatura e dovrà essenzialmente essere svolta su tre piani:

- indagini a campione;
- aggregazione massima dei dati ottenuti con adozione di strumenti di rilevamento omogenei;
- ampia diffusione e socializzazione dei risultati.

c) Controllo dei nuovi insediamenti

Indicazioni puntuali da fornire all'atto dell'insediamento d'aziende destinate a contenere lavorazioni rumorose: valutazione dei progetti e ipotesi d'adeguamenti tecnici in riferimento alla normativa vigente e alle soluzioni tecniche suggerite.

d) Sorveglianza sanitaria ed indagini epidemiologiche:

- adozione di rigidi protocolli sanitari;
- programmazione del controllo di almeno il 10% delle ditte e del 20% dei soggetti esposti;
- realizzazione di indagini epidemiologiche longitudinali in popolazioni esposte dei comparti a rischio significativi.

e) Formazione ed educazione

Privilegiare, nei confronti degli utenti, iniziative formative e d'educazione alla salute e alla sicurezza riguardanti le soluzioni prevenzionistiche più adeguate ed i metodi corretti per la gestione e l'utilizzo di protezioni individuali e collettive.

5.3.16. Piano mirato " Salute e sicurezza in agricoltura "

Il settore agricoltura rappresenta uno dei settori trainanti dal punto di vista economico in Sicilia, con un alto numero d'addetti e con la presenza di numerosi fattori di rischio; per le caratteristiche dell'impresa agricola siciliana risulta non privo di difficoltà applicare le norme che si applicano nel settore industriale o artigianale stante anche l'assenza di una normativa specifica a livello nazionale.

Le attività che dovranno caratterizzare il piano sono:

- la mappatura delle aziende con più di cinque operai fissi o stagionali (già prevista dalla circolare regionale n. 547/90);
- formazione ed informazione dei lavoratori agricoli relativamente ai rischi infortuni e pesticidi;
  - controlli sanitari per gruppi a rischio;
- corsi per agricoltori che richiedono il patentino per l'acquisto di presidi sanitari per l'agricoltura.

Gli aspetti fondamentali che devono caratterizzare la valutazione delle attività di prevenzione in agricoltura sono:

- la trasformazione concreta delle situazioni a rischio;
- la realizzazione di condizioni di lavoro accettabili.

Gli indicatori da utilizzare per valutare i risultati raggiunti sono:

- diminuzione delle imprese che non ottemperano alle norme di legge ed alle prescrizioni dell'organo di vigilanza;
- diminuzione del numero d'infortuni gravi: riduzione degli indici di frequenza e gravità;
- aumento del numero d'aziende che si sottopongono a verifica dell'organo di vigilanza dei protocolli sanitari;

- numero di richieste d'informazioni da parte dei lavoratori e/o delle imprese agricole.

#### 5.3.17. Monitoraggio sullo stato d'applicazione del decreto legislativo n. 626/94

Per tale attività da svolgersi nel triennio si fa riferimento al documento "Linee guida per il monitoraggio e controllo sull'applicazione del decreto legislativo n. 626/94" a cura del Coordinamento tecnico per la prevenzione degli Assessorati della sanità delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano approvato dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e Province autonome il 9 ottobre 1997.

#### 5.3.18. Sicurezza nelle strutture sanitarie

La sicurezza nelle strutture sanitarie sia pubbliche che private rappresenta uno degli obiettivi di salute fondamentali individuato anche a livello nazionale.

Bisognerà che i servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro provvedano a sviluppare sia azioni preventive d'informazione ed assistenza finalizzate al miglioramento della qualità della sicurezza in tali strutture in tutti i suoi vari aspetti (impiantistica, prevenzione incendi, ecc.) sia l'attività di vigilanza nell'applicazione della normativa in vigore.

#### 5.3.19. Altre patologie di particolare rilievo sociale

Oltre alle aree di intervento già indicate nei paragrafi precedenti, altre condizioni morbose rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale. Per alcune condizioni morbose sono già disponibili, o in via di definizione, provvedimenti normativi e documenti di indirizzo di carattere generale volti a precisare, per ciascun ambito, gli obiettivi da raggiungere, gli obiettivi da privilegiare e le indicazioni di carattere organizzativo. Ci si riferisce in particolare a:

- diabete mellito, patologia per la quale è necessario il continuo miglioramento e la costante verifica della qualità dell'assistenza così come previsto nel Piano sanitario nazionale. Nell'ambito della programmazione sanitaria, anche in relazione alla normativa esistente in tema di prevenzione e cura (legge n. 115/1987) si ritiene necessario istituire un centro regionale di diabetologia pediatrica per ogni bacino di utenza infra-regionale, anche in forma non autonoma;
  - fibrosi cistica (interventi di prevenzione e cura, legge n. 548/1993);
- errori metabolici congeniti e morbo celiaco (assistenza sanitaria integrativa D.M. 1 luglio 1982). Meritano specifica attenzione in quanto importanti cause di invalidità altre condizioni morbose:
  - malattie reumatiche croniche soprattutto nelle forme gravi che colpiscono l'età giovanile ed adulta;
  - malattie allergiche, specialmente in età pediatrica nelle forme respiratorie;
  - malattie dell'apparato cardiorespiratorio con particolare riguardo all'asma bronchiale ed alla bronchite cronica;
  - malattie del sistema nervoso centrale, sia acute che cronico-degenerative;
- nefropatie, soprattutto nelle forme che esistono in insufficienza renale con conseguente necessità di emodialisi o di dialisi peritoneale;
- disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia nervosa, con particolare riferimento alla prevenzione ed ai tipi di assistenza;
  - malattie dell'apparato digerente, specificatamente nelle forme croniche ed in particolare le epatopatie di origine virale.

A questo proposito data l'oggettiva carenza di Unità operative che riguardano le malattie dell'apparato digerente e vista l'alta prevalenza di epatopatie croniche di origine virale nella nostra Regione, si ritiene necessario prevedere l'istituzione di Unità operative di gastroenterologia in numero di almeno una per ogni bacino di utenza.

Nel quadro delle patologie di rilevanza sociale, va inoltre considerata con particolare attenzione la fascia di popolazione di portatori di handicap (cui si riferiscono specifiche disposizioni: legge n. 104/1992, legge n. 423/1993).

Si tratta di soggetti destinati a convivere con una limitazione spesso rilevante della propria autonomia funzionale ed esposti al rischio di possibili ulteriori involuzioni, da contrastare con interventi di prevenzione di secondo e terzo livello.

Va osservato inoltre come l'intero ambito di malattie di rilevanza sociale si caratterizzi in funzione dell'importanza che assumono gli interventi di carattere preventivo, soprattutto quelli diretti a

modificare comportamenti e stili di vita, interventi di riabilitazione ed interventi di integrazione socio-sanitaria così come previsto nel Piano sanitario nazionale.

Tenuto conto degli studi epidemiologici che mettono in evidenza che la epilessia interessa tra lo 0,7 e l'1% della popolazione e che di conseguenza, in Sicilia, il fenomeno interessa circa 40.000 persone, è necessario che venga istituito, in via sperimentale, per il periodo di vigenza del presente Piano un centro di riferimento per le province di Palermo, Catania e Messina.

Nel quadro delle patologie di particolare rilievo sociale va considerata con attenzione i soggetti affetti da talassemia.

In Sicilia, dove già esistono strutture specializzate nonché un centro di riferimento regionale per la diagnosi e terapia fetale delle emoglobinopatie, nell'ambito del vigente piano andranno potenziate le attività di prevenzione, di assistenza e cura (anche in regime di day hospital) nonché quella di ricerca clinico scientifica.

#### 5.4. OBIETTIVO N. 3: MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE

La tutela dell'ambiente passa attraverso la salvaguardia degli elementi che lo compongono. Sotto quest'ottica il monitoraggio delle acque e dell'aria, come pure il controllo delle modalità di smaltimento dei rifiuti urbani e speciali nelle varie fasi del processo, rappresenta un punto qualificante per qualsiasi programma che si prefigga la tutela della salute in ragione dei rischi connessi al degrado ambientale.

Primo passo necessario è rappresentato dall'acquisizione delle informazioni in atto distribuite tra vari enti pubblici coinvolti a diverso titolo nell'iter procedurale autorizzativo: si rende quindi indispensabile il collegamento tramite sistema informatico per il censimento e l'archiviazione dei dati relativi a corsi d'acqua, invasi naturali ed artificiali, sorgenti, acque di balneazione, così come discariche autorizzate, depuratori, sistemi di smaltimento di rifiuti provenienti da attività produttive.

Si potrà procedere quindi all'elaborazione ed attuazione di piani di bonifica ambientale che scaturiranno dall'attività sinergica dei diversi enti coinvolti.

##### 5.4.1. Aria

Il miglioramento della qualità dell'aria atmosferica nelle aree industriali ed urbane, considerata la notevole variabilità d'inquinanti aerodispersi che possono avere refluenze sui cicli di produzione agricola e specificamente sugli alimenti, sullo stato di conservazione dei beni architettonici ecc. è un obiettivo riconosciuto qualificante e previsto dai Piani regionali di sviluppo economico e sociale. Il Piano regionale di risanamento e tutela della qualità dell'aria, previsto dagli artt. 3 e 4 del D.P.R.

24 maggio 1988, n. 203, e che, in analogia a quello nazionale, dovrebbe essere predisposto dall'Assessorato regionale del territorio e dell'ambiente di concerto con l'Assessorato regionale della sanità, si propone come strumento di studio, programmazione, coordinamento e controllo delle attività umane che danno luogo ad emissioni in atmosfera; attraverso il Piano verrà costruita la politica della qualità dell'aria e nello stesso tempo verranno inquadrare tutte le azioni relative all'inquinamento atmosferico, da quelle normative a quelle gestionali.

Con riferimento all'intero territorio regionale dovranno essere operate tre diverse tipologie d'intervento:

A) Monitoraggio di laboratorio dei principali parametri della qualità dell'aria. Andrà periodicamente effettuata una verifica in ogni singola provincia della capacità effettiva di rilevamento dei diversi parametri di laboratorio, indice d'inquinamento dell'aria. Particolare attenzione andrà rivolta alla modalità di comunicazione dei flussi informativi, tra gli enti istituzionalmente competenti nella materia con l'obiettivo di velocizzare l'acquisizione dei dati e l'adozione degli opportuni provvedimenti.

Andranno sviluppati, con riferimento alle specifiche realtà locali per ogni ambito provinciale, appositi programmi che consentano di monitorare a periodicità predefinita non superiore al trimestre:

- i valori dei singoli inquinanti seguiti;
- la valutazione degli stessi mediante opportuni modelli logico-matematici;
- lo studio tecnico dei punti d'emissione;
- la valutazione epidemiologica dell'ipotetico rischio;
- andrà periodicamente aggiornata l'indagine tendente alla identificazione dei gruppi a rischio o

suscettibili, mediante indagini campionarie e la rilevazione degli eventuali rischi presenti in ogni provincia.

Specifici studi epidemiologici mirati alla popolazione esposta andranno curate per le aree industriali di Siracusa, Gela e Milazzo.

B) Interventi tendenti al contenimento dell'inquinamento atmosferico derivante dal traffico automobilistico. Andranno sviluppati con periodicità annuale per ogni ambito comunale appositi programmi finalizzati al miglioramento della qualità dell'aria in ambito urbano, relativamente ad eventuali specifici problemi individuati nel precedente punto 1, in riferimento al problema del traffico veicolare. Le linee d'azione di tali programmi dovranno puntare su:

- ridisegnare le direttrici principali del traffico proteggendo zone ad alta densità abitativa, centri storici e monumenti di particolare pregio storico-artistico-culturale;
  - proporre interventi strutturali sui servizi di trasporto pubblico;
  - programmare periodici sistemi di controllo e trattamento delle emissioni, con specifico riferimento all'efficienza della combustione, opportunamente procedurizzati e verificabili in maniera semplice ed immediata mediante sistema tipo "bollino blu" ed analoghi;
- introdurre quando è il caso sistemi sofisticati di gestione del traffico in tempo reale a cominciare dall'utilizzo di "semafori intelligenti";
- sviluppare periodiche campagne d'informazione per sensibilizzare i cittadini sull'uso corretto dei mezzi di trasporto e per incidere in maniera efficace alla rimodulazione dei comportamenti.

C) Interventi per il contenimento dell'inquinamento atmosferico da cause industriali. Nelle zone laddove sono presenti insediamenti industriali significativi e laddove inquinamenti d'origine diversa da quella veicolare determinano in qualunque modo presenza non irrilevante d'inquinanti in atmosfera, anche se per periodi limitati dell'anno, vanno predisposti appositi programmi operativi annuali di concerto con le strutture istituzionalmente deputate, aventi le seguenti caratteristiche:

- piani di risanamento della qualità dell'aria nelle zone in cui è necessario ridurre le emissioni in atmosfera derivanti dalle diverse tipologie di sorgenti;
- piani di conversione di zone in cui è necessario limitare o prevenire l'incremento delle emissioni in atmosfera;
- programma di riduzione di specifici inquinanti con riferimento alle sorgenti, agli impianti ed ai processi di lavorazione interessati.

#### 5.4.2. Acqua

Per quanto riguarda le acque destinate al consumo umano si ritiene necessario il monitoraggio delle fonti d'approvvigionamento, che includa il controllo del rispetto delle aree di salvaguardia e l'acquisizione delle informazioni sulle reti di distribuzione dell'acqua potabile alla comunità.

Ciò sarà realizzato attraverso:

- l'aggiornamento del censimento delle fonti d'approvvigionamento idrico (sorgenti falde, corsi d'acqua superficiali) nonché degli scarichi nei corpi idrici superficiali;
- una mirata attività di sorveglianza delle fonti d'approvvigionamento idrico (sorgenti, falde, corsi d'acqua superficiali) nonché degli scarichi nei corpi idrici superficiali;
  - archivio informatizzato dei dati relativi alle reti idriche degli acquedotti;
  - controllo dell'efficacia dei sistemi di depurazione delle acque reflue.

#### 5.4.3. Rifiuti

Relativamente alle problematiche ambientali determinate dallo smaltimento dei rifiuti gli obiettivi identificati sono:

- promozione d'iniziative finalizzate alla riduzione della quota non riciclabile dei rifiuti solidi urbani e alla incentivazione della raccolta differenziata;
  - ottimizzazione delle fasi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti solidi urbani;
  - verifica della conformità degli impianti di smaltimento dei rifiuti speciali;
- ottimizzazione delle modalità di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti provenienti da attività di demolizione d'amianto;
  - verifica della conformità degli impianti di smaltimento dell'amianto contenuto nei materiali cementizi e nei macchinari obsoleti.

Gli strumenti per raggiungere le suddette finalità saranno:

- controllo della idoneità dei mezzi di trasporto dei rifiuti solidi urbani;
  - censimento delle discariche autorizzate;
  - controllo della idoneità delle discariche autorizzate;
  - censimento delle discariche non autorizzate;
- censimento dei sistemi di smaltimento dei rifiuti derivanti dalle attività produttive prevalenti nel territorio;
- controllo della idoneità dei sistemi di smaltimento dei rifiuti derivanti dalle attività produttive prevalenti nel territorio.

#### 5.4.4. Amianto

Il problema amianto costituisce elemento qualificante del risanamento del contesto ambientale. Al fine di operare una razionale programmazione degli interventi di vigilanza e controllo e per la valutazione della correttezza delle modalità di smaltimento e di bonifica dei materiali contenenti amianto, si ritiene necessario costituire presso ciascuna AUSL un Registro degli edifici con presenza d'amianto, da sottoporre a controlli periodici ed eventualmente ad interventi di risanamento o bonifica.

Si procederà quindi al censimento delle possibili sorgenti di rischio da amianto:

- edifici pubblici, locali aperti al pubblico o d'utilizzazione collettiva e edifici di civile abitazione,
  - aziende che hanno utilizzato o utilizzano amianto nei loro impianti o cieli produttivi: per il controllo delle condizioni di salubrità ambientale e di sicurezza per i lavoratori,
  - aziende che operano nelle attività di smaltimento e bonifica dell'amianto: per la verifica ed il controllo delle modalità e dei siti di smaltimento.

Per la corretta attuazione dei piani di lavoro individuati si rende indispensabile la programmazione di specifici corsi di formazione professionale del personale.

#### 5.4.5. Radiazioni ionizzanti

Sempre più frequentemente vengono segnalate situazioni di rischio per la popolazione derivanti da un carente controllo delle sorgenti radioattive, sia per quanto riguarda la loro introduzione nel territorio nazionale che per la loro gestione.

Essendo la Sicilia una regione di frontiera sia rispetto al Medio Oriente che all'Africa, il controllo dei materiali importati (soprattutto alimenti e rottami metallici) riveste una importanza prioritaria. Tali controlli vanno effettuati all'ingresso nella Unione Europea ed è chiaro che se si stabilisce una differente capacità di controllo alle frontiere, quelle più deboli divengono approdi favoriti nell'importazione di materiale pericoloso.

Di conseguenza il controllo della radioattività ambientale va potenziato ed esteso capillarmente sul territorio siciliano, anche alla luce delle velleità nucleari dei paesi in via di sviluppo. Cosicché il monitoraggio alle nostre latitudini è quello che permette di rivelare precocemente l'insorgere di situazioni d'allarme.

A tutt'oggi non è attivato un piano regionale di controllo né nel corso delle normali attività, né in caso di situazioni d'emergenza; una esperienza quasi decennale indica che è necessario puntare al decentramento dei controlli a livello provinciale, mediante la realizzazione di una rete d'unità operative che in sede decentrata eseguano controlli routinari della radioattività ambientale ed interventi straordinari in caso d'emergenza distinguendo tali attività dalle funzioni di coordinamento e d'indirizzo della Regione.

#### 5.4.6. Monitoraggio del gas radon in ambienti "indoor"

Il gas radon si genera dai bacini uraniferi ed è presente a grandi concentrazioni nelle miniere ma anche nelle abitazioni costruite con tufo o con materiale vulcanico scarsamente aerate. Essendo questo tipo d'abitazioni molto diffuso nella nostra regione ne deriva la conseguente necessità di monitorare il radon presente.

A livello regionale dovrà essere effettuata una indagine, da attuare suddividendo il territorio in fasce di adeguate dimensioni ove posizionare rivelatori di radon short-term nei siti a maggiore rischio quali le aree vulcaniche e i piani bassi delle abitazioni realizzate con materiali vulcanici e tufacei.

Nelle aree dove verranno riscontrati valori significativamente più elevati rispetto alla media, la misurazione dovrà essere ripetuta con dosimetri long-term.

Strumenti d'attuazione saranno specifici corsi d'aggiornamento professionale per gli operatori oltre

alla dotazione alle Aziende sanitarie della specifica strumentazione tecnica.

#### 5.4.7. Radiazioni non ionizzanti

Le apparecchiature emittenti radiazioni non ionizzanti (RNI) esistono da decenni sia nelle applicazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche, che nelle telecomunicazioni e a scopi industriali.

Recentemente la diffusione della telefonia mobile ha esteso in maniera esponenziale le antenne sorgenti di RNI in zone ad alta densità di popolazione e, quindi, il rischio per la popolazione.

La lunga assenza di una normativa che ponesse limiti quantitativi ai valori del campo elettromagnetico ha inevitabilmente favorito la diffusione d'antenne anche a distanze critiche da luoghi occupati dalla popolazione, senza che vi fosse alla base uno studio epidemiologico fondato e validato da procedure universalmente accertate.

Già la telefonia mobile a 900 MHz (GSM e TACS) ha portato alla installazione di stazioni radio base e di antenne, ricetrasmittenti in numero tale da assicurare un servizio capillare e di buona qualità. Il recente allargamento alla banda a 1800 MHz (DCS) sta aumentando ulteriormente il numero d'emittenti, atteso che la rete prevista per tale frequenza avrà un passo di poche centinaia di metri.

Ovviamente, il campo a 1800 MHz si andrà a sommare all'esistente; inoltre, le distribuzioni di campo elettromagnetico a tale frequenza sono attualmente note solo sulla base di studi teorici e d'installazioni modello e non risultano da misure su installazioni reali, visto che esse sono ancora in fase autorizzativa.

E' chiaro che l'estendersi delle autorizzazioni deve procedere di pari passo con un potenziamento del controllo ambientale e sanitario.

Sul piano operativo possiamo distinguere due fasi:

- innanzitutto occorre predisporre una mappatura dell'inquinamento elettromagnetico esistente, al fine di individuare eventuali siti già a rischio;
- valutato poi l'impatto ambientale delle antenne in fase d'installazione e concessa una autorizzazione temporanea, si procederà ad una mappatura in presenza delle nuove antenne, rilevando i conseguenti incrementi di rischio per la popolazione. In caso di riscontro favorevole, le autorizzazioni potranno divenire definitive.

#### 5.4.8. Inquinamento elettromagnetico generato da elettrodotti

E' in fase di definitiva approvazione parlamentare, la normativa che stabilisce i limiti delle condizioni di rischio per la popolazione derivante da impianti con stazioni elettriche e conduttori.

Tale normativa imporrà precise distanze di rispetto degli impianti in funzione della loro tensione. Compito delle Aziende sanitarie sarà verificare immediatamente la sussistenza dei requisiti stabiliti dalla legge per gli impianti già installati al fine di procedere ad eventuali operazioni di risanamento.

Analogamente, l'operazione di bonifica dovrà essere condotta per le stazioni radio-base della telefonia, cellulare.

Quanto sopra imporrà la programmazione della verifica della sussistenza dei suddetti requisiti per tutti gli impianti esistenti consistente sia in una verifica strumentale dei valori di campo esistenti nelle aree a rischio che in una verifica delle condizioni previste all'atto delle autorizzazioni già rilasciate.

#### 5.4.9. Rete regionale di controllo

La necessità di azioni capillari ed uniformi nell'ambito della tutela ambientale pongono in primo piano la necessità della realizzazione di una rete d'unità operative che in sede decentrata eseguano controlli routinari sui differenti parametri relativi alla radioattività ambientale, che sia nel contempo in grado di effettuare eventuali interventi straordinari in caso d'emergenza distinguendo tali attività dalle funzioni di coordinamento e d'indirizzo a livello regionale.

#### 5.4.10. Attivazione dello sportello unico

In coerenza ai criteri del Piano sanitario nazionale e del presente Piano sanitario regionale ai fini di garantire l'accessibilità ai servizi sarà attivato sia a livello centrale sia a livello periferico uno sportello del Dipartimento di prevenzione.

### 5.5. OBIETTIVO N. 4: RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI

#### 5.5.1. Tutela materno-infantile

L'area d'intervento materno-infantile, intesa nella sua accezione più ampia di tutela della salute della

donna in età fertile e della popolazione in età pediatrica, è stata tra quelle che maggiormente hanno sofferto della mancanza di una organica programmazione. E' questo uno dei settori nei quali l'assenza di coordinamento delle attività sanitarie e di queste con le attività sociali si traduce in una serie di prevedibili eventi negativi.

#### 5.5.2. Il Dipartimento materno-infantile

Il Dipartimento materno infantile è la struttura tecnica identificata in ogni Azienda USL per il raggiungimento degli obiettivi del PSN 1998-2000 e dal presente Piano sanitario regionale per l'area materno-infantile. Il D.I.M.I. integra organizzativamente tutte le Unità operative ospedaliere e le U.O. territoriali coinvolte nella salvaguardia della salute delle donne in età fertile e dei soggetti in età pediatrica inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva. Le singole U.O. mantengono la loro collocazione all'interno delle strutture operative previste dal presente PSR, dal decreto legislativo n. 502/92 come modificato dal decreto legislativo n. 229/99.

Sono da prevedere forme di collaborazione fra aziende per coordinare i relativi programmi dell'area materno-infantile. L'organizzazione e le attività del D.I.M.I. vanno coordinate con l'emanando "Progetto obiettivo materno-infantile nazionale" già esitato dal Consiglio Superiore di sanità.

Considerata la variabilità delle dimensioni territoriali, della numerosità della popolazione residente e della sua distribuzione sul territorio, le Direzioni generali delle AUSL definiranno il numero dei dipartimenti più opportuno in funzione delle risorse umane disponibili e della richiesta di assistenza.

Per quanto attiene all'attività dei consultori, si procederà all'adeguamento della rete ed a una riqualificazione delle attività svolte, alla attuazione dei corsi di formazione permanente per la conduzione di specifici programmi di prevenzione dedicati alla educazione alla salute degli adolescenti e della famiglia per una maternità e paternità responsabile. Un programma specifico potrà essere realizzato nelle aree in cui questo abbia particolare rilevanza sulla base dei dati elaborati annualmente dal sistema di sorveglianza regionale dell'IVG.

E' necessario, per una responsabile contraccezione, attivare o potenziare l'integrazione tra l'attività dei consultori, servizi IVG e i servizi sociali del Comune.

Per la promozione dell'attività dei consultori e per rispondere ad un bisogno dell'utenza, si prevede che ogni consultorio istituisca uno "spazio" adolescenti appositamente dedicato con esclusività d'accesso preferibilmente pomeridiano.

Inoltre, poiché, di fatto, non esiste alcuna struttura territoriale specificatamente deputata a fornire assistenza alle famiglie e ai minori sottoposti ai maltrattamenti e ad abuso, è necessario individuare percorsi che rendano il consultorio naturale terminale di questa problematica in collaborazione con i servizi di psicologia, neuropsichiatria infantile ed i servizi sociali del Comune.

Tali obiettivi saranno raggiunti anche attraverso:

- l'integrazione dei servizi consultoriali con le altre componenti del dipartimento materno infantile, con particolare riguardo alle azioni di presa in carico globale del paziente e della famiglia, assicurando la continuità della assistenza dal momento della dimissione fino al raggiungimento ed al mantenimento del più alto grado di autonomia possibile;
- la promozione nell'ambito dei servizi consultoriali di azioni volte alla prevenzione ed alla individuazione precoce del disagio giovanile in ambito scolastico, familiare e relazionale, anche in riferimento ad abusi, maltrattamenti e sfruttamento sessuale.

#### 5.5.3. Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici da raggiungere nel triennio sono:

- la riduzione della mortalità perinatale a livelli tendenzialmente vicini ai migliori livelli europei;
- il miglioramento della funzionalità dei servizi di diagnosi prenatale, ponendoli in condizione di potere rispondere, almeno, al 90% del fabbisogno stimato;
- un percorso nascita adeguato sotto il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico, secondo le specifiche previsioni contenute nel Progetto obiettivo materno infantile nazionale approvato dal Consiglio superiore di sanità;
- la promozione della salute del neonato e la diagnosi precoce delle anomalie congenite e delle malattie genetiche e/o rare come chiave di volta per la prevenzione degli handicap;
- il ricovero quando necessario deve preferibilmente avvenire in strutture idonee all'età dei minori e non in strutture dedicate agli adulti; deve altresì essere predisposto tutto quanto è necessario per lo

svago, per la formazione e per la continuità dei rapporti con la famiglia;

- la promozione della salute della donna con interventi volti alla diagnosi tempestiva della patologia neoplastica (tumori del collo dell'utero e della mammella, per cui è documentata l'efficacia d'interventi di screening) e della osteoporosi in menopausa; particolare attenzione dovrà essere rivolta, sia per la rilevanza anche nella vita di relazione, sia per la frequenza sempre più in aumento (visto il prolungarsi dell'età media della donna), alle problematiche uro-ginecologiche.

- la piena attuazione della legge n. 194/78.

Tali obiettivi potranno essere raggiunti attraverso la realizzazione di una serie di programmi d'intervento le cui priorità saranno identificate dai D.I.M.I. in funzione delle necessità della popolazione, delle strutture e professionalità esistenti e della loro capacità operativa.

Per il raggiungimento degli obiettivi si indicano quali interventi prioritari:

- il rispetto della dignità e dei diritti della donna del bambino e della coppia, della soggettività culturale e psicofisica della persona utente;
- la programmazione degli interventi assistenziale e dei servizi in relazione alla eterogeneità della domanda proveniente dall'utenza (corsi diversificati di preparazione al parto, attività ambulatoriale ostetrica per le gravidanze in normale evoluzione, consulenza genetica);
- l'umanizzazione dell'assistenza e l' adeguamento degli ambienti; in tale spirito, i reparti verranno strutturati in modo da garantire ambienti singoli confortevoli, la presenza dei partner durante il travaglio ed il parto e il "rooming in" (compresenza del neonato nella stessa stanza con la madre).

Per quanto sopra può prevedersi la necessità di fornire un'accurata informazione alla donna sugli argomenti in precedenza riportati; tale informazione va svolta sia nelle scuole che negli ambienti di lavoro.

Altro punto qualificante è costituito dall'avvio di un controllo e monitoraggio sull'incidenza dei parti operatori rispetto ai parti spontanei. La conoscenza di questi dati, che pongono la Sicilia al di sopra della media nazionale per quanto riguarda i parti operatori, deve spingere ad una accurata valutazione delle motivazioni che ad essi sottende. Andrà pertanto potenziato, nel rispetto della dignità della donna e nella scrupolosa osservanza delle indicazioni mediche, un accurato controllo di qualità specifico sulla questione.

Andrà, infine, favorito l'approfondimento di un ulteriore qualificazione dell'arte e della scienza ostetrica.

Inoltre, occorrerà procedere a:

a) Razionalizzazione delle U.O. di ostetricia, di pediatria, e di terapia intensiva neonatale.

Si prevedono tre livelli di assistenza a seconda della complessità dell'intervento necessario ed in rapporto ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici posseduti dalle singole U.O.

Le U.O. di terzo livello fanno parte di Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie e IRCCS in grado di garantire per la madre e per il neonato le massime competenze diagnostico-terapeutiche a livello subspecialistico.

In caso di particolare attrazione di casistica da parte delle U.O. chirurgiche subspecialistiche dovrà essere adeguata la dotazione dei posti letto.

Valutazioni particolari dovranno essere fatte nel caso che la U.O. sia centro di riferimento di gravide e neonati HIV positivi.

I criteri di distribuzione, gli standards qualitativi e le funzioni delle stesse sono dettagliatamente previste dal "Progetto obiettivo materno-infantile nazionale già esitato dal Consiglio superiore di sanità.

In considerazione della disomogenea e talora anomala distribuzione territoriale delle U.O., oltre al collegamento funzionale delle stesse con la rete regionale di emergenza, deve essere realizzato un servizio di trasporto neonatale.

A tale scopo, il Governo regionale provvederà con apposito atto ad identificare i bacini di utenza che debbono afferire alle singole unità di terapia intensiva neonatale (terzo livello di assistenza).

Deve essere prioritariamente favorito comunque il trasporto "in utero".

b) Potenziamento dell'attività dei centri di diagnosi prenatale della Regione con particolare riferimento alle sedi di Palermo Catania e Messina. Accanto al potenziamento delle strutture sono d'importanza cruciale le campagne d'informazione che conducano alla identificazione delle coppie a

rischio e l'offerta di consulenza genetica qualificata con particolare riferimento alla talassemia, sindrome di Down, fibrosi cistica e malattia di Duchenne. Particolare attenzione deve essere altresì riservata alle patologie congenite d'organo, quali le malattie cardiovascolari per la loro incidenza e peculiarità. Per quanto riguarda la talassemia, è già ben avviato un programma di prevenzione e di diagnosi prenatale che ha condotto alla riduzione di più dell'80% della natalità dei soggetti affetti da morbo di Cooley. La Regione siciliana, in base alle evidenze epidemiologiche, individua i centri per la diagnosi prenatale e ne controlla periodicamente la qualità delle attività. I centri di diagnosi prenatale per garantire adeguati e completi interventi diagnostici (malformazioni connatali, aberrazioni cromosomiche, malattie geneticamente trasmesse, infezioni ecc.) e di consulenza genetica, trattamenti medici e chirurgici di alta specializzazione ai neonati affetti attraverso la programmazione del parto e attraverso idonea assistenza alla gestante, sia sotto il profilo medico che psicologico, assicurano:

- servizio di diagnostica ecografica di elevato livello qualitativo;
- prestazioni diagnostiche invasive prenatali (amniocentesi e/o tecniche alternative).

Devono altresì funzionalmente essere collegati con:

- laboratorio di anal

#### 6.6. EDUCAZIONE ALLA SALUTE

L'educazione alla salute è compito di tutti i segmenti del sistema sanitario regionale ed è strumento indispensabile:

- per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie;
  - per soddisfare il diritto dei cittadini all'informazione
- per una più efficace utilizzazione dei servizi sanitari, anche con riferimento alla qualità delle prestazioni;
- per sviluppare negli individui e nelle famiglie capacità di partecipare efficacemente alle proprie cure, sia ospedaliere che ambulatoriali o domiciliari.

Nell'attività di educazione alla salute il volontariato, secondo quanto stabilito dalla legge regionale n. 7 giugno 1994, n. 22, integra l'intervento pubblico.

L'approccio all'educazione a salute deve essere di carattere multidisciplinare, interessando varie professionalità sia del campo sociale, psicologico e pedagogico che di quello medico e sanitario, come indica l'art. 15 della legge regionale n.30/93. Si tratta infatti di un ambito nel quale confluiscono e al quale partecipano, tendenzialmente, tutte le figure presenti nel SSR.

L'attività di educazione alla salute costituisce pertanto funzione indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi del Piano sanitario regionale.

##### 6.6.1. Assetto organizzativo

L'organizzazione dell'attività di educazione alla salute del territorio della Regione siciliana si articola in:

- Unità operative dei distretti delle Aziende USL e delle aziende ospedaliere (U.O.E.S.);
    - Comitati di educazione alla salute delle Aziende USL e di Distretto;
    - Unità operative per l'educazione alla salute aziendali (U.O.E.S.A.).
- 1) Unità operative distrettuali e ospedaliere di educazione alla salute.

Le Unità operative di educazione alla salute corrispondono agli Uffici di educazione alla salute delle ex UU.SS.LL. e delle Unità operative ospedaliere di cui alla disposizioni assessoriali precedenti. Esse si configurano come strutture operative.

2) Comitati di educazione alla salute delle Aziende USL e di Distretto.

Entro sei mesi dall'approvazione del piano sanitario regionale i direttori generali delle aziende USL istituiscono i COES in tutto il territorio della regione, sia su base aziendale che su base distrettuale, ove non siano stati già istituiti.

3) Unità operative aziendali

Presso ogni Azienda USL della Regione siciliana è istituita una Unità operativa per l'educazione alla salute aziendale (U.O.E.S.A.) che coincide, laddove già istituita, con l'attività per l'educazione alla salute provinciale o centrale istituita ai sensi dell'art. 15 della legge regionale n. 30/93. Tale attività aziendale è posta alle dirette dipendenze del Direttore sanitario ed è parte integrante dello staff aziendale; svolge le seguenti funzioni:

- rapporti esterni con enti, istituzioni e aziende di livello provinciale, regionale ed extra regionale e, in particolare, con il mondo scolastico, pubblico e privato, e le comunità residenziali;
  - raccordo tecnico operativo tra i singoli distretti e la Direzione sanitaria;
- individuazione, in raccordo con le U.O. di Distretto, delle iniziative di interesse comune a più distretti;
  - elaborazione, in raccordo con le U.O. di Distretto, di indirizzi programmatici e linee guida metodologiche in tema di educazione alla salute;
    - rapporti con gli uffici di staff della direzione aziendale.

Tra l'U.O.E.S.A. e le U.O.E.S. distrettuali non si instaura alcun rapporto gerarchico, poiché queste ultime dipendono dal Direttore di distretto.

Dal punto di vista operativo, sarà istituito presso l'Assessorato regionale della sanità un tavolo di concertazione tra Assessorato della sanità e rappresentanti delle Aziende sanitarie al fine di monitorare ed ottimizzare gli interventi di educazione alla salute sul territorio.

## **7. LE RISORSE**

### **7.1. LA SPESA SANITARIA NELLA REGIONE SICILIANA**

#### **7.1.1. Il finanziamento dei livelli di assistenza**

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha ridefinito i livelli uniformi di assistenza e la conseguente riclassificazione delle attività e delle prestazioni in esse comprese. La conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 18 febbraio 2000, ha approvato il riparto del F.S.N. 2000 di parte corrente, attribuendo alle regioni per il finanziamento dei livelli di assistenza la somma di lire 114.600 miliardi che è stata ripartita tra i livelli di assistenza, come segue:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5,0%	L. 555.730 mld
2. Assistenza distrettuale	49,0%	L. 556.154 mld
3. Assistenza ospedaliera	46,0%	L. 552.716 mld
<i>Totale</i>	100,0%	L. 114.600 mld

Il finanziamento tende anche a contenere la spesa ospedaliera, attribuendo maggiori risorse all'attività distrettuale. Il finanziamento per l'assistenza distrettuale viene ripartito per la spesa farmaceutica, per l'assistenza specialistica, per l'assistenza agli anziani per la medicina generale e altra assistenza e residuale. Nei paragrafi del presente PSR ad essi dedicati è stato già approfondito il contenuto di ciascun livello per l'assistenza sanitaria.

Contestualmente la conferenza Stato-Regioni ha approvato anche il riparto del F.S.N. 2000 di parte corrente, attribuendo alla Regione siciliana la seguente quota:

Importo complessivo quota	L. 9.717,327 mld
- Mobilità sanitaria	L. 374,384 mld
- Entrate proprie stimate delle Aziende sanitarie	L. 240,307 mld
	L. 9.614,691 mld

Quota netta assegnata L. 9.102,636 mld

Il contributo della Regione al finanziamento della quota di cui sopra è stato determinato dal comma 143 della legge 23 dicembre 1996, n.662 nella misura del 42,50%, conseguentemente la quota netta per l'esercizio 2000 a carico della nostra Regione è di lire 3.970,759 miliardi (42,50% di 9.717,327 - 374,384).

Inoltre applicando alla quota di Fondo sanitario la percentuale di incremento annuale prevista dal PSN, pari al 3%, può desumersi la quota di Fondo che sarà attribuita alla Regione nel triennio di

	2000	2001	2002
Quota attribuita	9.717,237	10.008,847	10.309,112
- Mobilità sanitaria	- 374,384	- 374,384	- 374,384
- Entrate proprie stimate	- 240,307	- 240,307	- 240,307
Quota netta attribuita	9.102,636	9.394,156	9.694,421

Si sono mantenuti costanti i valori relativi alla mobilità sanitaria poiché uno degli obiettivi che si intende perseguire riguarda il contenimento della spesa per prestazioni sanitarie erogate a cittadini rese in strutture extra-Regione.

Nel 1999 la Regione ha ripartito le risorse con l'obiettivo di raggiungere, con gradualità ed

equilibrio, comunque, entro il 2002, le percentuali di riparto sopra indicate. Nella tabella 1 si sintetizzano i dati percentuali.

Tabella 1

*Livelli di assistenza sanitaria 2000-2002 per la Regione siciliana e percentuali di riparto della quota di Fondo*

Descrizione Livello	2000	2001	2002
Assistenza sanit. collettiva in ambienti di vita e di lavoro	5%	5%	5%
Assistenza distrettuale	44%	46%	48%
Assistenza ospedaliera	51%	49%	47%

Nel corso del triennio 2000-2002 nella distribuzione delle risorse per i livelli di assistenza, bisognerà tenere conto dei risultati che questa Regione dovrà conseguire, a seguito della politica sanitaria. Ad esempio, premesso che uno degli obiettivi che si intende perseguire è la riduzione della mobilità sanitaria verso altre Regioni, questo Assessorato dovrà tenere conto degli eventuali recuperi di risorse che si possono realizzare e reinvestire in quei settori ritenuti strategici.

Pertanto i dati di cui sopra devono essere intesi come il livello di partenza. Per dotare la programmazione sanitaria regionale di estrema concretezza si ritiene di fondamentale importanza che l'Assessorato della sanità predisponga, entro la fine di ogni anno, previa verifica dei risultati raggiunti, il piano di azione per il periodo successivo. In termini più specifici si dovrà procedere a:

1. Rilevare gli indicatori che evidenziano le risorse impiegate e i risultati ottenuti;
2. Valutare i risultati ottenuti;
3. Predisporre le eventuali azioni correttive per:
  - la verifica dei programmi;
  - la modificazione delle azioni strategiche;
  - la revisione dei budget.

Tali meccanismi tuttavia potranno essere attivati a condizione che si pervenga ad un efficace sistema informativo così come esplicitato nell'apposito paragrafo 6.1 del presente Piano sanitario. Per quanto riguarda le modalità di riparto alle Aziende dei fondi, il P.S.N. 1998-2000 stabilisce che le "Regioni provvedono a ripartire fra le Aziende unità sanitarie locali il fondo sanitario regionale (al netto delle quote accantonate allo scopo di finanziare programmi speciali e progetti di rilievo regionale e al netto delle somme destinate al funzionamento di attività gestite direttamente dall'Assessorato regionale ai sensi della normativa regionale vigente) sulla base di criteri congruenti con quelli utilizzati per l'allocazione delle risorse a livello nazionale".

Il piano di riparto del Fondo sanitario nazionale, già menzionato nella premessa di questo capitolo, prevede il finanziamento delle Aziende UU.SS.LL. sulla base della quota capitaria (fondo disponibile per abitante).

L'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92, così come modificato dal citato decreto legislativo n. 229/99 recante norme in ordine agli "accordi contrattuali", prevede che le Aziende UU.SS.LL. definiscano accordi contrattuali con le strutture pubbliche o private erogatrici di prestazioni sanitarie, prevedendo altresì i contenuti dei suddetti atti.

Da tutta la normativa sopra richiamata discende che la Regione assegnerà direttamente l'intera quota capitaria alle Aziende UU.SS.LL., le quali attiveranno tutte le procedure necessarie per pervenire entro l'inizio di ciascun anno alla definizione della contrattazione con tutte le strutture sanitarie pubbliche e/o private, comprese quindi anche le Aziende ospedaliere e le Aziende ospedaliero-universitarie.

Tuttavia l'attuale struttura della Rete ospedaliera siciliana non permette l'applicazione immediata di tale modello di finanziamento senza alcuni correttivi.

Infatti l'attività ospedaliera è rilevante nelle 17 Aziende ospedaliere e nelle Aziende ospedaliero-universitarie. In tali strutture è stato prodotto il 58% circa del fatturato per le attività di ricovero nel 1998 eseguite in Sicilia (corrispondente al 58,31% dei ricoveri ovvero 641.348 ricoveri su un totale di 1.099.721).

La numerosità delle Aziende ospedaliere da un lato e la concentrazione in esse dell'attività ospedaliera, dall'altro, impongono che nel primo anno di vigenza del presente Piano debba essere

riposto il modello di finanziamento attuale.

Sarà cura della Regione costituire le basi, nel primo anno di vigenza del PSR, affinché nel periodo successivo possa transitarsi ad un sistema di finanziamento basato esclusivamente sulla quota capitaria assegnate alle Aziende UU.SS.LL..

Da quanto sopra discende che solo per l'anno 2000 la quota di finanziamento calcolata sulla base della quota capitaria venga assegnata alle Aziende UU.SS.LL. decurtando alle stesse la quota da assegnare, tenuto conto della programmazione regionale e dell'attività sanitaria erogata, alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliero-universitarie. All'Ospedale classificato "Buccheri La Ferla" di Palermo, all'I.R.C.C.S. "Oasi Maria S.ma" di Troina (EN) ed alle case di cura che svolgono alta specialità e che hanno erogato nell'anno precedente prestazioni in favore di assistiti residenti, per almeno il 30% fuori dalla provincia in cui la stessa struttura è ubicata, ferme restando le competenze, nei confronti dei predetti enti, da parte delle Aziende UU.SS.LL., competenti per territorio, relativamente ai controlli sanitari e finanziari.

Dal 2001, la quota di finanziamento sarà calcolata sulla base della quota capitaria, pesata tenendo conto delle previsioni del presente Piano e delle disposizioni legislative nazionali e regionali, e sarà assegnata interamente alle Aziende UUSLL che attiveranno la contrattazione di cui sopra.

La Regione sarà la "stanza di compensazione" delle Aziende Sanitarie e degli enti sopra individuati, pertanto effettuerà i finanziamenti, mensilmente per cassa, sulla base della politica sanitaria che le Aziende Unità Sanitarie Locali effettueranno e sulla base degli atti programmatori delle Regione siciliana.

7.1.2. La trasformazione del sistema sanitario: gli strumenti per la gestione e il controllo della spesa sanitaria.

L'attività di programmazione non può prescindere da una valutazione dei risultati raggiunti nel corso dell'ultimo biennio. In altri termini i criteri, in ordine ai nuovi strumenti per la gestione e controllo della spesa sanitaria, previsti dalla legge delega n. 421/92 e fissati con i decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 e successivamente dal decreto legislativo n. 229/99, sono stati attuati da questa Regione attraverso l'adozione di alcuni provvedimenti che hanno realizzato i profili ordinamentali su cui basare le scelte strategiche per il triennio di vigenza del Piano.

Tuttavia ancora lungo è il percorso da compiere per il completamento della trasformazione gestionale del sistema. Infatti a fronte delle attività che si sono realizzate occorre portare a termine le attività avviate e stimolare l'adozione dei nuovi strumenti gestionali trattati nei seguenti paragrafi. Non appare superfluo sottolineare che l'introduzione a regime dei nuovi strumenti di gestione, ma ancor di più della diffusione della cultura che sottende a tali strumenti, deve essere intesa come indispensabile o meglio strumentale al raggiungimento degli obiettivi strategici del presente Piano sanitario regionale.

Come sopra detto il finanziamento della spesa sanitaria ha subito una svolta con l'introduzione dei meccanismi del decreto l.vo n. 502/92 già citato. Si ritiene che l'individuazione dei meccanismi operativi per il controllo della spesa sanitaria non possano prescindere dall'analisi della composizione dinamica della stessa.

Infatti l'evoluzione quali-quantitativa della spesa è fortemente influenzata dalle scelte delle modalità di finanziamento operate dalla Regione. In altri termini si è riscontrata nelle Aziende sanitarie l'esistenza di comportamenti reattivi che hanno provocato effetti non desiderati.

Per le considerazioni sopra espresse si ritiene che il controllo della spesa debba essere effettuato tenendo presente che l'adozione dei meccanismi di controllo provocherà senz'altro la modificazione dei comportamenti che, se ispirati alla logica di massimizzazione del risultato finanziario senza alcuna identificazione degli obiettivi di salute, potrebbero provocare a loro volta il fallimento degli obiettivi di programmazione.

Per quanto sopra esposto si sintetizzano i modelli di finanziamento utilizzati dalla Regione e si individuano i relativi meccanismi di controllo più opportuni.

I modelli di finanziamento fino ad ora utilizzati dalla Regione possono ricondursi a due modalità in relazione al tipo di attività sanitaria (ospedaliera o non ospedaliera) che si è inteso finanziare, come di seguito specificato:

- Il finanziamento per le attività extra-ospedaliere è stato determinato sulla base della quota

capitaria per il numero di abitanti.

Tale modello di finanziamento dovrebbe orientare l'A.U.S.L. a massimizzare il rapporto costo efficacia delle prestazioni erogate.

Conseguentemente è necessario individuare meccanismi di orientamento dell'utenza verso servizi alternativi al ricovero.

- Per l'attività ospedaliera il finanziamento è stato assegnato prevalentemente sulla base della quantificazione finanziaria dell'attività svolta (DRG o altre tariffe).

Tale modello di finanziamento è finalizzato ad orientare l'Azienda sanitaria a fornire nell'ambito di un insieme predeterminato di prestazioni, opportunamente contrattate con la Regione, la migliore offerta di service. In altri termini, per mera astrazione teorica, attraverso la libera scelta del paziente, sarà lo stesso mercato a selezionare le strutture qualitativamente di grado più elevato.

Tuttavia tale modello di finanziamento, attuato senza la contrattazione delle prestazioni ed a tariffe uguali per tutte le strutture, ha provocato la proliferazione delle prestazioni (più si produce più si fattura alla Regione).

Conseguentemente diventa indispensabile:

- individuare i bisogni sanitari che si devono soddisfare e conseguentemente l'insieme di prestazioni che occorre erogare;
  - definire i tetti di spesa per le singole strutture pubbliche e private;
  - definire il mix delle prestazioni a livello regionale.

Operando nei modi sopra detti si eviterà il proliferare delle prestazioni e si orienterà l'utenza verso modi di cura con rapporto efficacia /costo quanto più alto possibile.

Invero la logica di finanziamento del Servizio sanitario individuato nel nuovo Piano sanitario nazionale prevede l'attribuzione di una quota capitaria "pesata" alle Aziende UU.SS.LL, conseguentemente il Direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale contratterà con tutti gli erogatori di sanità pubblici e privati (quindi comprendendo anche le Aziende ospedaliere) le prestazioni sanitarie da acquisire.

Dalle considerazioni sopra espresse appare evidente che gli obiettivi della programmazione regionale potranno essere realizzati superando le attuali problematiche in ordine alla limitata efficacia del sistema informativo regionale già rilevate nel paragrafo 6.1.

Infatti gli strumenti attualmente disponibili per effettuare le scelte di politica sanitaria sono di per se stessi insufficienti a rappresentare in maniera chiara la dinamica della spesa e conseguentemente non utili per la predisposizione dei meccanismi di controllo.

Da quanto sopra discende l'imprescindibilità della creazione di un sistema informativo efficace.

Operando in tal senso si potranno ottenere le informazioni attualmente mancanti per il governo della spesa sanitaria.

In conclusione il ruolo strategicamente rilevante per la politica sanitaria è assunto da:

- l'efficacia del sistema informativo;
- la diffusione della cultura che sottende ai nuovi strumenti gestionali.

Le considerazioni preliminari sopra espresse intendono definire gli ambiti entro i quali occorre predisporre i meccanismi di controllo e riqualificazione della spesa sanitaria. Pertanto i meccanismi di controllo devono essere differenziati in ordine al tipo di spesa che si intende monitorare.

In particolare esclusivamente sotto il profilo degli strumenti di gestione è opportuno realizzare:

1. Lo sviluppo di una forte azione formativa su tutti i livelli con particolare riferimento a:

- acquisizione da parte di tutto il personale della "Cultura aziendale" e dei nuovi strumenti introdotti nella gestione delle Aziende sanitarie (controllo di gestione, centri di costo, budget, DRGs etc.);

- creazione e sviluppo delle unità operative dipartimentali ospedaliere e territoriali;
- creazione e sviluppo delle unità di assistenza per la ospedalizzazione a domicilio;
- creazione e sviluppo delle unità diagnostico-terapeutiche integrate ospedale-territorio;
  - condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici concordati.

2. Lo sviluppo dei nuovi strumenti per un efficace sistema di pianificazione e controllo di gestione delle Aziende sanitarie con particolare riferimento a:

- l'introduzione della metodica del budget sia nella gestione delle spese ospedaliere sia nella

gestione delle spese del territorio (con particolare attenzione all'introduzione del budget ai medici prescrittori come previsto dalla nuova Convenzione di medicina generale);

- avvio della contabilità economica-patrimoniale;
- l'attivazione in tutte le Aziende sanitarie della contabilità per centri di costo;
  - lo sviluppo dell'osservatorio prezzi;
  - l'attivazione dell'osservatorio delle tecnologie.

3. La modifica del sistema di remunerazione degli episodi di ricovero secondo la tariffa regionale con particolare riferimento a:

- differenziare la remunerazione delle prestazioni in relazione alla complessità della struttura ospitante;
- incentivare il ricorso al Day hospital e al ricovero breve attraverso la modifica delle tariffe previste;
- ridefinire la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza.

4. La programmazione contrattata con i direttori generali delle Aziende sanitarie. La pianificazione: I piani triennali.

5. Lo sviluppo del ruolo strategico dell'attività sanitaria di base con particolare riferimento a:

- Il rispetto di tetti di spesa programmati;
- la trattativa decentrata a livello regionale e aziendale;
- la gestione della convenzione a livello aziendale;
- la sperimentazione di forme di associativismo medico;
  - budget e incentivi;
  - orientamento e qualificazione della spesa.

I predetti punti saranno approfonditi nei paragrafi successivi.

7.1.3. Lo sviluppo di una forte azione formativa su tutti i livelli

E' stato già rilevato il ruolo fondamentale che la formazione assume in questa fase della programmazione regionale. Infatti un'adeguata azione formativa permetterà il superamento delle resistenze culturali all'utilizzo dei nuovi strumenti gestionali.

Inoltre attraverso percorsi di formazione potranno essere realizzate le integrazioni tra figure professionali diverse per l'ottenimento di maggiori sinergie.

La formazione deve essere permanentemente rivolta alla integrazione delle differenti figure professionali nell'ambito di tutte le attività.

7.1.4. Lo sviluppo dei nuovi strumenti per un efficace sistema di pianificazione e controllo di gestione delle aziende sanitarie

Nelle considerazioni preliminari di questo capitolo si è rilevato che la Regione ha già iniziato il processo di adeguamento degli strumenti previsti dalla riforma per il controllo e per la gestione delle risorse nel settore della sanità.

Si è rilevata inoltre l'esigenza di portare a termine le attività avviate e stimolare l'adozione dei nuovi meccanismi operativi per il controllo di gestione a livello aziendale. In altri termini si ritiene di dover realizzare nel corso del triennio di vigenza del Piano sanitario regionale una forte opera di formazione che crei l'integrazione tra figure professionali diverse e favorisca l'introduzione dei nuovi strumenti di gestione.

La formazione e la struttura del sistema informativo dovrà essere in grado di supportare la progettazione/gestione dei meccanismi operativi di:

- pianificazione strategica;
- controllo di gestione.

Non appare superfluo sottolineare come i due sistemi risultano interconnessi, nel senso che il controllo di gestione definito sulla base degli obiettivi della pianificazione ne costituisce il momento di verifica in corso di svolgimento. Invero una volta definiti gli obiettivi della pianificazione essi tendono ad assumersi come imm modificabili nel breve periodo e il controllo di gestione tende a verificare che le linee di azione strategica siano compatibili e quindi idonee al raggiungimento degli obiettivi fissati. Naturalmente ciò non esclude che gli obiettivi della pianificazione possano essere modificati, ma tale modifica, proprio per la natura peculiare delle Aziende sanitarie profondamente diverse dalle Aziende di produzione, deve essere riferita al medio

lungo periodo (3/5 anni).

Da quanto sopra discende che il controllo di gestione non deve essere inteso come un meccanismo a posteriori, bensì come meccanismo che fornisce verifiche periodiche sul raggiungimento degli obiettivi attraverso il confronto con determinati standards di controllo.

Non appare superfluo ricordare che detti standards non devono essere confusi con gli obiettivi della pianificazione strategica, ma trattasi di indicatori (in gran parte di processo) che documentano il raggiungimento degli obiettivi intermedi.

Nei paragrafi che seguono verranno descritte le azioni da realizzare nel triennio di vigenza del P.S.R., avendo cura di fissare per ogni strumento gestionale il sistema di obiettivi intermedi e finali che si intendono perseguire.

Inoltre il controllo di gestione si avvale di strumenti e tecniche che dovranno essere standardizzate, con apposite linee guida a livello regionale per consentire una uniformità di indirizzo. La standardizzazione sarà effettuata per agevolare l'approccio metodologico e il confronto dei risultati, rispettando la peculiare realtà organizzativa di ogni singola azienda.

In questa sede si individuano come strumenti minimi da dover attuare per il controllo di gestione: il budget, la contabilità analitica per centri di costo, l'osservatorio prezzi e l'osservatorio delle tecnologie.

#### 7.1.5. Metodica del budget per il controllo di gestione

Questa Regione, nell'intento di razionalizzare l'impiego delle risorse e accrescere l'efficacia e l'efficienza della gestione aziendale, ha individuato nel sistema del budget un valido strumento per il controllo della gestione aziendale. Il budget deve essere inteso come un insieme di obiettivi da perseguire a fronte di determinate risorse assegnate; alle risorse e agli obiettivi corrispondono responsabilità chiaramente assegnate.

La scelta si è ritenuta opportuna poichè si è rilevata la diffusa condivisione a livello regionale di tale metodica. Tuttavia si ribadisce, ancora una volta, che importanti sforzi devono essere ancora compiuti per la formazione del personale per una maggiore condivisione degli strumenti gestionali. Si ritiene infatti che il successo dell'applicazione della metodica dipende proprio dalla condivisione che la stessa riscontra.

Il budget generale di Azienda deve consentire di poter valutare ed interpretare con anticipo le cause dei risultati d'esercizio per porre in essere gli interventi correttivi e/o integrativi. Tale valutazione deve essere supportata da un'analisi degli scostamenti tra i valori dei parametri obiettivi (standard di controllo) e i corrispondenti valori programmati.

Nelle Aziende unità sanitarie locali il budget generale dovrà essere articolato in più budget in relazione alle strutture fondamentali che compongono la stessa Azienda, e quindi, in relazione alle responsabilità delle stesse di erogare/produrre le prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza.

Per quanto riguarda il budget delle Aziende ospedaliere il punto di riferimento fondamentale è costituito dal piano annuale delle prestazioni. A tal proposito occorre richiamare gli sforzi che devono ancora essere compiuti per la regolamentazione, a livello regionale, della programmazione dei volumi di attività di ricovero e di attività specialistica e diagnostica. I volumi programmati di attività dovranno essere coerenti con il piano annuale delle prestazioni concordato.

Con successive linee guida dell'Assessorato regionale della sanità verranno definite le tappe metodologiche per pervenire alla costruzione di un efficace sistema di budget. In questa sede appare sufficiente anticipare alcune considerazioni di carattere generale.

Il sistema del budget si compone come segue:

1) Budget generale che è articolato in:

- budget economico, che indica in analisi le attività e i costi;
- budget finanziario che indica in analisi i flussi di entrata e di spesa;
- budget patrimoniale che indica in analisi le fonti di finanziamento e gli impieghi.

2) Budget delle strutture che, articolato come il budget generale, individua per ogni struttura fondamentale dell'Azienda il volume di attività e le modalità d'impiego dei fattori di produzione.

3) Budget dei centri di responsabilità che, articolato come il budget generale, individua per ogni centro di responsabilità i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate.

Ogni centro di responsabilità sarà responsabilizzato in relazione alle leve da esso direttamente

controllabili ponendo attenzione altresì alle interdipendenze e corresponsabilità gestionali. Ad esempio la responsabilizzazione del Distretto sanitario sarà fundamentalmente incentrata sui volumi di attività e prestazioni da assicurare ai cittadini ed erogate dallo stesso Distretto, dagli altri centri produttivi interni e dalle strutture accreditate.

Da quanto sopra consegue che la metodica proposta non può che essere quella del budget contrattato dal centro di responsabilità, fondato su programmi di attività formulati considerando espliciti obiettivi d'intervento relativi a variabili critiche controllabili da centri di responsabilità nel quale vengono attuate azioni di miglioramento dell'efficienza e/o dell'efficacia aziendale.

Da quanto sopra consegue che, considerate le peculiari realtà organizzative di ogni singola azienda sanitaria, nella costruzione del budget deve ottenersi il massimo coordinamento e la convergenza degli obiettivi perseguiti per il mantenimento della unitarietà gestionale. Per i livelli di contrattazione si fa riferimento a quanto contenuto nei precedenti capitoli.

Si sottolinea che da parte dell'organo centrale non può e non deve essere definito rigidamente il contenuto degli schemi di budget sia a causa del rischio di scarsa aderenza agli schemi organizzativi dell'azienda e alle conseguenti effettive responsabilità gestionali sia perchè gli interventi migliorativi posti in essere non sempre possono essere definiti puntualmente e altrettanto precisamente misurabili se non calati nello specifico contesto organizzativo.

7.1.6. L'attivazione in tutte le Aziende sanitarie della contabilità per centri di costo Com'è noto il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, così come modificato dal decreto legislativo n. 517/93 e dal decreto legislativo n. 229/99, definisce il nuovo assetto normativo del Sistema sanitario nazionale. Le norme che riguardano il patrimonio e la contabilità vengono ridefinite all'art. 5. Tale articolo prevede in particolare: "l'adozione della contabilità analitica, avente la finalità di supportare le attività di controllo di gestione, con separata rilevazione delle attività degli eventuali presidi ospedalieri."

In altri termini, si è voluto introdurre nelle aziende sanitarie una metodologia e uno strumento tecnico di rilevazione delle informazioni economiche in grado di quantificare e di qualificare le risorse produttive utilizzate dalle diverse unità operative all'interno delle stesse aziende.

Invero, il sistema di rilevazione dei centri di costo è stato sperimentato già con il vecchio (e ancora utilizzato) sistema di contabilità finanziaria. In questo contesto il sistema di rilevazione, in grado di fornire informazioni di tipo economico, costituiva il necessario completamento alle informazioni finanziarie disponibili grazie al sistema di contabilità pubblica per una più articolata azione di "indirizzo e di governo" della gestione aziendale.

La legge regionale n. 8 del 17 marzo 2000, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 20 marzo 2000, prevede dal 1° gennaio 2001 l'introduzione nelle Aziende sanitarie della contabilità economico patrimoniale e il controllo di gestione. Nel nuovo contesto, appena definito, il sistema di contabilità per centri di costo assume pertanto carattere essenziale e imprescindibile.

Infatti l'adozione di un efficace sistema di controllo di gestione può effettuarsi a condizione che sia concretamente possibile rilevare e misurare economicamente le risorse che vengono utilizzate nel processo di produzione dei servizi erogati dalle Aziende sanitarie.

L'Assessorato regionale della sanità ha ormai concluso la fase sperimentale avviata nel 1996 con l'emanazione delle prime linee guida. Successivamente con provvedimento del 20 febbraio 1997 sono stati comunicati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie i primi risultati della fase sperimentale.

Con decreto assessoriale n. 24469 del 28 gennaio 1998 sono state emanate, tra l'altro, linee guida sulla contabilità analitica per centri di costo.

Pertanto alla luce delle nuove norme che regolamenteranno i sistemi di rilevazione dei fatti aziendali e considerato che oggi l'attivazione dei centri di costo nelle Aziende Sanitarie non è più rinviabile, nel corso del triennio di vigenza del presente PSR si dovrà procedere per ogni Azienda a:

1. Strutturare il piano dei centri di costo sulla base di:
  - criteri individuati dall'Assessorato;
  - caratteristiche organizzative dell'Azienda.
2. Individuare gli elementi di costo (fattori della produzione).

3. Riprogettare le procedure gestionali di rilevazione.

4. Definire il sistema di reporting.

In considerazione che con il citato decreto assessoriale del 28 gennaio 1998 sono state emanate, tra l'altro, linee guida sui principi contabili e criteri di valutazione delle voci di bilancio dovranno essere definite, inoltre:

- le norme per l'adozione del nuovo sistema contabile con esplicito riferimento ai principi del Codice civile così come modificati dal decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127;
- le norme per l'adozione del sistema di rilevazione per centri di costo.

7.1.7. Lo sviluppo dell'Osservatorio regionale sui prezzi dei beni e dei servizi e l'attivazione dell'Osservatorio regionale delle tecnologie

Le leggi finanziarie nazionali succedutesi negli ultimi anni hanno previsto l'attivazione da parte delle Regioni di Osservatori di controllo dei prezzi dei beni e servizi con particolare attenzione al materiale diagnostico, ai farmaci e alle attrezzature. In particolare la legge n. 662/96 ha previsto all'art. 1, comma 30, l'attivazione dell'Osservatorio centrale degli acquisti e dei prezzi per l'analisi, la programmazione e il controllo.

Con circolare n. 100/SCPS/09.5661 del 6 maggio 1997 il Ministero della sanità ha comunicato di aver individuato un programma operativo per la realizzazione dell'Osservatorio. In sintesi il Ministero individua due modelli e ne propone, in questa fase di avvio, l'utilizzo integrato. I due modelli individuati sono:

- l'Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie realizzato e gestito dalla Regione Friuli Venezia Giulia;
- l'Osservatorio regionale prezzi della Regione Emilia Romagna,

Nel documento si evincono, altresì, i principi con cui dovranno essere formulate le linee strategiche per l'istituzione dell'Osservatorio:

- percezione dei vantaggi conseguibili dall'istituzione dell'osservatorio su tutti i Livelli: Aziendale - Regionale - Statale.
- approccio di tipo processuale: definizione degli obiettivi - sviluppo della metodologia - monitoraggio e valutazione dei risultati.

Invero l'Assessorato regionale della sanità ha già emanato le Direttive per la realizzazione dell'Osservatorio Regionale sui prezzi dei beni e dei servizi. In detto documento si evince che gli obiettivi del sistema sono:

- mettere a disposizione della funzione acquisti dell'Azienda sanitaria uno strumento per governare adeguatamente l'aggregato di spesa per beni e servizi che rappresenta senza dubbio un'entità economica rilevante;
- disporre a livello regionale di una visione globale dell'andamento della spesa per le tipologie più critiche di beni e servizi;
- fornire, alle stesse aziende, un quadro completo sull'orientamento della spesa per le tipologie di beni e servizi monitorate.

Inoltre il citato documento della Regione mette in evidenza come il sistema dell'Osservatorio regionale dei prezzi, adattandosi perfettamente al nuovo assetto istituzionale del Servizio Sanitario caratterizzato dalla costituzione delle Aziende Sanitarie dotate di autonomia gestionale e funzionale correlata alla responsabilità sui risultati ottenuti, mette a disposizione tutte le informazioni che concorrono alla formazione dei prezzi.

La metodologia adottata, già da allora, è quella contenuta nel modello della Regione Emilia Romagna, a cui fa riferimento la nota del Ministero. Il modello dell'Emilia Romagna, regione capofila tra le sei che si sono consorziate per la realizzazione di un Osservatorio prezzi con spettro di monitoraggio ultraregionale, prevede il controllo di 720 unità su un totale di oltre 26.000 unità di prodotti generalmente acquistati dalle Aziende sanitarie. Infatti si è rilevato che questi 720 prodotti costituiscono il 60% della spesa.

Attualmente la Banca dati nazionale è in grado di monitorare 14 prodotti. Tuttavia questa Regione, oltre ai suddetti prodotti, ha ottenuto la rilevazione dei dati per altri 16 unità, portando la Banca dati regionale ad un totale di 30 prodotti monitorati.

Dalle considerazioni espresse in ordine al ruolo strategico dell'Osservatorio dei prezzi per la

gestione della spesa sanitaria, il raggiungimento, nel corso del triennio di vigenza del Piano, della completa rilevazione dei 720 prodotti diviene risultato imprescindibile.

La Regione, pertanto, dovrà attivare tutte le procedure necessarie, non escluso un sistema di sanzioni amministrative per le Aziende inadempienti, per:

- 1) definire entro il 31 dicembre 2000 il monitoraggio completo di 120 prodotti sul campione totale dei 720 sopraccitati;
- 2) definire entro il 31 giugno 2001 il monitoraggio completo di 470 prodotti sul campione totale;
- 3) definire entro il 31 giugno 2002 il monitoraggio completo dei 720 prodotti del campione totale;
- 4) attivare un informatore periodico che consenta la divulgazione dei dati rilevati.

Per quanto riguarda l'Osservatorio delle tecnologie la Regione sta partecipando al programma speciale di sperimentazione ex art. 12, comma 2, lettera B, decreto legislativo n. 502/92 avviato nel corso del 1997 dal Ministero della sanità.

Questo programma prevede una stretta collaborazione con la Regione Friuli Venezia Giulia che è stata individuata quale Regione capofila per tale sperimentazione e potrà portare alla realizzazione di una rete di acquisizione di informazioni che consentirà di aggiornare e rendere disponibili a tutte le strutture sanitarie informazioni tecnico-economiche dettagliate sulle tecnologie biomediche disponibili sul mercato nazionale.

I risultati attesi del progetto sono:

- razionalizzare le procedure per l'inventariazione delle apparecchiature biomediche;
- rendere disponibili strumenti per la determinazione dei costi connessi con l'utilizzo delle tecnologie;
- rendere disponibili strumenti per il calcolo degli ammortamenti delle apparecchiature biomediche e la corretta imputazione a bilancio;
- rendere disponibili strumenti uniformi per la predisposizione di capitoli speciali per l'acquisizione di tecnologie biomediche;
- rendere disponibili riferimenti di prezzo per una corretta pianificazione della spesa;
- rendere disponibili strumenti di codifica per l'avvio di meccanismi di monitoraggio della spesa in materiale di consumo.

La disponibilità di un meccanismo uniforme per la raccolta ed il confronto dei dati sulla presenza di tecnologie, nonché la possibilità di avvio di programmi per il monitoraggio degli investimenti e della spesa corrente in tecnologie unitamente alla disponibilità di strumenti per la pianificazione e la ripartizione sugli investimenti attivando anche meccanismi di acquisizione di tecnologie su scala più ampia costituiscono gli obiettivi della Regione da raggiungere nel corso della sperimentazione.

#### 7.1.8. La modifica del sistema di remunerazione degli episodi di ricovero secondo la tariffa regionale

La quantificazione del finanziamento viene effettuata, dal 1° gennaio 1995, secondo il sistema "a tariffazione delle prestazioni di ricovero". Tale sistema prevede per le strutture accreditate al S.S.N. la remunerazione degli episodi di ricoveri secondo una tariffa predeterminata. In altri termini ad ogni singolo episodio di ricovero, rilevabile dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), viene attribuito un peso economico per la propria valorizzazione.

La Regione siciliana con decreto assessoriale n. 17273 del 7 novembre 1995, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n.69 del 2 dicembre 1995, ha determinato il valore da attribuire ad ogni singolo episodio di ricovero (peso 1 uguale a lire 4.403.000) utilizzando i pesi relativi pubblicati con il D.M. Sanità 15 aprile 1994, che evidenziano il rapporto fra il costo medio dello specifico D.R.G. ed il costo medio del caso medio.

Il nuovo sistema di finanziamento, ispirato a meccanismi premianti i livelli, i volumi e la qualità delle prestazioni erogate nei confronti dell'utenza, deve essere riconsiderato alla luce dei risultati verificati.

A tale riguardo giova rammentare come nella determinazione della tariffa isorisorse ROD (Raggruppamento omogeneo di diagnosi) sia implicita una iniquità di fondo e ciò in quanto la tariffa individuata rappresenta la mediana dei costi riscontrabili nel trattamento di patologie fra loro apparentate giacché non tutti i casi ricadenti nel medesimo raggruppamento si posizionano nel medesimo versante della curva gaussiana di distribuzione.

Risulta intuitivo sulla base della precedente premessa che la posizione nella rete regionale di un ospedale può portare la struttura ad assorbire sistematicamente un particolare livello di patologie a maggiore criticità nell'ambito dello stesso raggruppamento.

Di converso le strutture ospedaliere di maggiore richiamo si troveranno ad operare frequentemente con patologie il cui trattamento risulterà più oneroso rispetto alla tariffa fissata che rappresenta la media di un ampio ventaglio.

Tale evenienza in realtà si riscontra anche nelle categorie isorisorse per DRG classificati con complicanze con sorprendenti risvolti risultanti dall'utilizzo del "software Grouper" che traduce obiettivamente le codifiche SDO ICD9 CM in DRG.

E' opportuno inoltre sottolineare come il Ministero della sanità nella definizione delle linee guida per la determinazione delle tariffe a livello regionale abbia affrontato la problematica della misurazione della complessità della casistica trattata e della valutazione della complessità funzionale dei Presidi ospedalieri. Le considerazioni espresse nel sopraddetto documento, infatti, lasciano intendere che per ogni singolo istituto di cura la complessità della casistica trattata e sensibilmente correlata con la presenza ed il rilievo di Reparti e servizi di alta specializzazione nonché con la disponibilità e con l'utilizzo di grandi apparecchiature.

Appare palese come dal complessivo "service-mix" di cui è dotata una Azienda ospedaliera dipende gran parte del volume complessivo di risorse economiche impiegate nel trattamento di episodi di ricovero per patologie uguali, e pertanto si riconosceranno diversi costi a seconda del Presidio ospitante.

A tale ultimo riguardo occorre rammentare come tale aspetto era stato già evidenziato in precedenza dal D.M. 15 Aprile 94 che, "a fronte di comprovate attività istituzionali di ricerca e di didattica o di servizi obbligatori individuati dalla programmazione sanitaria, consentiva alle regioni l'incremento del "Costo standard di produzione di una quota percentuale proporzionale ai costi attribuiti a tali attività".

E' evidente che due differenti tipologie di Presidio esprimono una differente offerta di prestazioni sanitarie cui corrispondono esigenze e bisogni sanitari differenti.

Il sistema di classificazione non valuta direttamente la severità dell'episodio. Di conseguenza può accadere che due pazienti con eguale DRG possano di fatto comportare differente assorbimento di risorse.

Esiste una sorta di "selezione naturale" dei pazienti che afferiscono verso il Presidio ospedaliero che risponde meglio alla esigenza assistenziale e ciò comporta, confrontando un ospedale con un altro, una non uniforme complessità dei casi da trattare all'interno dello stesso DRG.

Tali considerazioni sono state confermate con il citato D.M. Sanità 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera" nella misura in cui prevede la differenziazione delle tariffe in relazione alle tipologie di erogatori individuati sulla base della complessità della casistica trattata, della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate.

Dalle superiori considerazioni discende la conseguenza di sostenere ulteriormente lo sviluppo delle attività e/o strutture come segue:

- strutture ove sono attive specialità rilevanti e strategicamente importanti in relazione ai contenuti del presente Piano sanitario;
- ospedali volti ad assorbire patologie significativamente più impegnative nell'ambito degli stessi raggruppamenti omogenei;
  - ospedali con livello di service-mix particolarmente alto e che pertanto erogando un maggior numero di servizi diagnostico-terapeutici nei confronti delle medesime patologie sopportano più elevati costi di conduzione;
  - presenza di funzioni peculiari in rapporto all'assorbimento di risorse.

Per le considerazioni sopra espresse occorre ridefinire il sistema delle tariffe regionali come segue:

- 1) differenziare la remunerazione delle prestazioni in relazione alla complessità della struttura ospitante;
- 2) incentivare il ricorso al Day Hospital attraverso la modifica delle tariffe previste (day hospital oncologici, talassemici etc.);

3) ridefinire la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza.

#### 7.1.9. Lo sviluppo del ruolo strategico dell'attività sanitaria di base

In questo contesto, un ruolo strategico in tale processo di contenimento e riqualificazione della spesa è senz'altro da attribuirsi alla funzione del medico di medicina generale e al pediatria di libera scelta. Si ritiene in particolare che bisogna superare l'attuale situazione di isolamento che ha caratterizzato il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Occorre, quindi, recuperare la funzione della medicina di base di prevenzione, diagnosi e cura facendo leva sulla professionalità di tali medici, agevolando la diffusione dei nuovi meccanismi, formazione e organizzazione che la nuova convenzione prevede.

Per la realizzazione di quanto appena affermato, ed alla luce delle considerazioni espresse nel relativo paragrafo 2.6 del presente Piano, sarà necessaria l'introduzione di nuovi strumenti per la gestione del rapporto tra le Aziende sanitarie/Medici di base/utenti del S.S.R. come:

- 1) Il budget: l'applicazione del sistema del Budget ai medici di medicina generale non limita l'attenzione al problema finanziario, bensì stimola verso la negoziazione e la condivisione degli obiettivi, la responsabilizzazione sui risultati etc.
- 2) L'associativismo medico: nell'arco del triennio si dovranno attivare modelli organizzativi che propendono verso l'associativismo che siano in grado di realizzare:
  - collaborazione tra medici specialisti e medici generici ;
  - ottimizzare il rapporto costo/efficacia delle prestazioni;
  - continuità assistenziale.
- 3) Gli incentivi: gli incentivi in particolare dovranno essere individuati sulla base del modello organizzativo con il quale vorrà organizzarsi il sistema dei medici di medicina generale. In particolare si ritiene che incentivi potranno essere erogati sotto forma di:
  - formazione e qualificazione professionale;
  - tecnologie e attrezzature.

Gli incentivi, qualunque sia la natura, dovranno essere condivisibili, accettabili e correlati con raggiungimento di livelli superiori di efficacia sanitaria.

#### 7.1.10. La spesa ospedaliera: contenimento e riqualificazione

Gli obiettivi della Regione in tale ambito sono duplici, ma non antitetici: riqualificazione e contenimento.

La riqualificazione potrà effettuarsi attraverso il potenziamento di quelle strutture che erogano prestazioni di maggiore complessità e che possono garantire le prestazioni di maggiore rilevanza. In altri termini sarà necessario finanziare le attività e/o strutture strategicamente rilevanti.

Inoltre il processo di contenimento e riqualificazione della spesa sanitaria nei modi sopra detti è attuabile attraverso il potenziamento delle strutture sanitarie di base e lo sviluppo dei nuovi strumenti di gestione. Tali obiettivi, per le considerazioni espresse in ordine all'assistenza sanitaria territoriale, divengono obiettivi strategici per agevolare il raggiungimento degli obiettivi posti sul versante ospedaliero.

In altri termini attraverso il potenziamento e la valorizzazione delle strutture sanitarie del territorio, nonché con lo sviluppo delle attività ospedaliera rivolte all'assistenza domiciliare, si potranno ridurre i ricoveri e gli accessi alle strutture definiti presumibilmente impropri nel presente PSR. Il contenimento, altresì, potrà effettuarsi attraverso l'adozione e lo sviluppo degli strumenti e delle tecniche gestionali sviluppate nel precedente paragrafo. Si ritiene comunque che l'opera di contenimento della spesa non deve penalizzare le strutture sanitarie sia pubbliche che private che effettuano prestazioni con un certo livello di complessità.

Si ritiene pertanto che nel corso del triennio 2000-2002 si dovrà procedere ad attivare meccanismi volti a:

- 1) potenziare le strutture che erogano prestazioni sanitarie di maggiore complessità e le strutture che nel triennio di vigenza della delibera di Giunta regionale n. 446 del 30 dicembre 1996 abbiano registrato volumi di attività, rapporti costi beneficio e/o indicatori di utilizzo più vantaggiosi rispetto ad analoghi presidi o che siano ubicate in comuni classificati zona sismica di prima categoria.
- 2) ridurre i ricoveri impropri attraverso il potenziamento delle strutture sanitarie di base e l'assistenza domiciliare;

- 3) incentivare il ricorso al day hospital;
- 4) razionalizzare il ricorso alle strutture di pronto soccorso e alle strutture sanitarie in genere ai sensi del decreto legislativo n. 124/98;
- 5) incentivare il "One day surgery" (ricovero per non più di 24 ore compreso il pernottamento) mediante remunerazione secondo tariffa intera.

#### 7.1.11. La spesa del territorio: contenimento e riqualificazione

Si è rilevata, dai dati desunti dall'analisi dell'attività sanitaria ospedaliera, la notevole incidenza dei ricoveri verosimilmente "impropri", ossia di quei ricoveri trattabili con un'adeguata assistenza domiciliare e/o territoriale. Appare evidente che la causa del fenomeno è proprio la bassa efficacia di una rete assistenziale domiciliare e semidomiciliare integrata.

Inoltre l'attuale legislazione impone il mantenimento entro i limiti di spesa stabiliti dalla legge finanziaria la spesa farmaceutica, la specialistica ambulatoriale e altre prestazioni sanitarie in convenzione. Tale tendenza al contenimento sarà presumibilmente ribadita nei prossimi anni (cfr. gli obiettivi di politica economica del Documento di programmazione economica finanziaria e della relazione del Governatore della Banca d'Italia del 31 maggio 1999).

Pertanto, occorrerà individuare meccanismi di controllo e di relativo contenimento delle spese sopra citate, anche ai sensi delle disposizioni contenute in ordine alla "contrattazione" e delle varie norme contenute nelle leggi finanziarie dello Stato.

In termini più specifici questa Regione individuerà meccanismi per l'attribuzione dei tetti di spesa per singola struttura sanitaria pubblica e privata erogatrice delle prestazioni, tenendo anche conto delle prestazioni che si intendono acquistare.

Occorrerà attivare, nel rispetto dei limiti di spesa stabiliti, la "contrattazione" dei piani annuali preventivi delle prestazioni sanitarie erogabili nelle strutture pubbliche e private determinandone le quantità e la tipologia delle stesse.

#### 7.1.12. Il finanziamento degli obiettivi strategici del Piano sanitario regionale 2000-2002

In conformità a quanto stabilito dall'art. 66 della legge regionale 1 settembre 1993, n. 25, così come sostituito dall'art. 54 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, una quota pari all'uno per cento del FSR di parte corrente deve essere assegnata alle attività a destinazione vincolata individuate dal presente Piano, che costituiscono gli obiettivi strategici della programmazione sanitaria regionale. Dalle considerazioni espresse nei precedenti capitoli del presente PSR si possono rilevare le attività che si ritengono strategicamente rilevanti e pertanto necessitano di particolari forme di finanziamento aggiuntivo. Nella tabella seguente vengono sintetizzate dette attività.

#### 7.1.13. Fondo di riserva

Ai sensi del punto 9 dell'art. 66 della legge regionale n. 30/93 è previsto un accantonamento del 2% del F.S.R. disponibile per spese impreviste e per la compensazione dovuta per la mobilità finanziaria relativa alle prestazioni sanitarie erogate a cittadini residenti in altre province o in altre aziende sanitarie.

*Assegnazione e priorità per la ripartizione fondi ex art. 54, legge regionale n. 30/93*

### N. DESCRIZIONE OBIETTIVO Priorità

#### 1 SISTEMA INFORMATIVO E SISTEMA DI VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI A

##### 2 FORMAZIONE: B

- 2.1. Acquisizione della "Cultura aziendale" da parte di tutto il personale ai nuovi strumenti introdotti nella gestione delle Aziende sanitarie (Centri di costo, Budget, DRGs etc.)
- 2.2. Creazione e sviluppo delle unità operative dipartimentali ospedaliere e territoriali e di prevenzione
- 2.3. Creazione e sviluppo delle unità di assistenza per la ospedalizzazione a domicilio
- 2.4. Creazione e sviluppo delle unità diagnostico terapeutiche integrate ospedale-territorio;
- 2.5. Condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici concordati

##### 2.6 Formazione addetti Servizio 118

#### 3 ALTRI INTERVENTI: C

- 3.1 Interventi per pazienti affetti dal morbo di Alzheimer

- 3.2 Interventi di carattere socio sanitario
  - 3.2.1 Interventi per anziani
  - 3.2.2 Promozione dell'A.D.I.
  - 3.2.3 Attivazione delle R.S.A. (anche attraverso l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 20, legge n. 67/88)
    - 3.2.4 Attivazione di strutture Hospice
    - 3.2.5 Interventi in favore dell'handicap e dei disabili
  - 3.3. Lotta alle malattie neoplastiche:
    - 3.3.1. Promozione attivazione della ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata ai malati in fase avanzata e terminale
    - 3.3.2. Attività di prevenzione indirizzata alla diagnosi precoce del tumore della mammella e dell'utero
      - 3.3.3 Prevenzione indirizzata ai "gruppi a rischio"
  - 3.4. Potenziamento della donazione degli organi
  - 3.5. Prevenzione ed educazione alla salute:
    - 3.5.1. Profilassi delle malattie infettive e diffuse secondo quanto individuato nel presente PSR, e prevenzione delle malattie metaboliche congenite
      - 3.5.2. Lotta alle infezioni da H.I.V.
      - 3.5.3. Profilassi veterinaria delle zoonosi
      - 3.5.4. Tutela della salute dei lavoratori
    - 3.6 Lotta alle malattie cardiovascolari congenite ed acquisite
      - 3.7 Riabilitazione e handicap:
        - 3.7.1 Creazioni centri per gravi
    - 3.7.2. Riorganizzazione ospedaliera dei servizi e delle degenze di riabilitazione alla luce degli standard della legge n. 626/94 e succ. modificazioni.
  - 3.8 Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Dalla tabella precedente si evincono altresì le priorità che questa Regione ha attribuito per il raggiungimento degli obiettivi. Le tre priorità (A, B, C) assegnate intendono definire, altresì, la proporzionalità che occorrerà realizzare nella attribuzione dei relativi fondi.

Si sottolinea, inoltre, che per gli obiettivi riguardanti "altre attività" indicate con lettera "C" la priorità delle sottoripartizioni sarà stabilita in funzione della tipologia dell'Azienda, del territorio afferente e della concreta realizzabilità.

Per la realizzazione di quanto sopra i Direttori generali delle Aziende sanitarie dovranno predisporre entro il 30 novembre 2000, piani triennali a verifica annuale che:

- tengano conto degli obiettivi sopra definiti;
- definiscano le azioni strategiche da attuare per il raggiungimento degli obiettivi;
- individuino le fasi attraverso le quali si svilupperanno le azioni strategiche;
- individuino per ogni fase gli obiettivi che si dovranno raggiungere, anche ai fini del monitoraggio dell'intero progetto;
- individuino dettagliatamente le risorse da utilizzare per il finanziamento del progetto.

La Regione, sulla base delle iniziative pervenute, procederà a:

- esaminare le iniziative pervenute;
- valutare quali progetti realizzare sulla base del rapporto costo/efficacia;
- monitorare il raggiungimento degli obiettivi parziali sopra definiti;
- individuare meccanismi di riorientamento in ipotesi di non raggiungimento degli obiettivi.

## **8. I PERCORSI DI AVVICINAMENTO AL MODELLO ORGANIZZATIVO DEFINITO DAL PSR**

Al fine di dare concreta attuazione alle linee programmatiche del presente Piano si individuano di seguito, in relazione ad alcune problematiche particolarmente rilevanti, i percorsi utili per la più immediata realizzazione degli obiettivi delineati.

### **8.1. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE**

Nel quadro complessivo degli obiettivi da perseguire, ai fini di una corretta programmazione delle attività sanitarie e del miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini, è propedeutica ed

imprescindibile l'attività di rilevazione ed elaborazione dei dati epidemiologici. L'Osservatorio epidemiologico regionale deve pertanto essere potenziato con personale dipendente dalla Regione affinché venga tempestivamente garantito il monitoraggio delle patologie. In tale ottica, nel triennio di vigenza del presente Piano, si deve incrementare adeguatamente il livello di informatizzazione e di innovazione tecnologica di tutto il Servizio sanitario regionale.

#### 8.2. ISOLE MINORI E ZONE SVANTAGGIATE

Per le isole minori e per le zone svantaggiate (da individuare con decreto assessoriale) si programmano le seguenti iniziative atte a migliorare l'assistenza sanitaria:

- a) attivazione di aree subdistrettuali coincidenti con tali realtà geografiche;
- b) il programma delle attività territoriali dei distretti che comprendono le zone di cui sopra dovrà prevedere specifiche indicazioni al fine di dare pratica attuazione a quanto previsto dal presente PSR con particolare riferimento all'assistenza sanitaria di base e specialistica;
- c) destinazione, da parte della Regione, di fondi aggiuntivi per la realizzazione degli obiettivi del PSR riguardo alle isole minori ed alle zone svantaggiate;
- d) la Rete di emergenza del servizio 118 dovrà prevedere specifiche modalità per la gestione dell'emergenza urgenza nelle zone di cui in premessa;
- e) potenziamento del personale del SSR operante in tali aree geografiche;
- f) in sede di ripartizione del Fondo sanitario regionale l'Assessorato regionale della sanità attribuirà alle Aziende USL, per gli abitanti residenti nelle zone sopra indicate, un peso maggiore.

#### 8.3. CENTRO PER LA DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE "VILLA DELLE GINESTRE"

Nell'ambito di una razionalizzazione dell'assistenza per medullosemi, con particolare riguardo all'utilizzazione della struttura sanitaria "Villa delle Ginestre" di Palermo, l'Assessore per la sanità provvederà, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente PSR., ad istituire un gruppo di lavoro all'interno del quale sia assicurata un'adeguata rappresentanza all'associazione dei pazienti e dei familiari, alla società scientifica di medicina fisica e riabilitativa, nonché all'AUSL n. 6. Tale gruppo di lavoro dovrà esitare una proposta operativa entro sessanta giorni dall'insediamento.

#### 8.4. BISOGNI FORMATIVI

Al fine di ottimizzare la formazione di base (diploma universitario) del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, sarà istituito presso l'Assessorato regionale della sanità un gruppo di lavoro tecnico incaricato di rilevare i bisogni formativi in ambito regionale. L'Assessorato regionale della sanità individuerà, ove necessario, le nuove sedi formative ubicate nei bacini definiti dalla legge regionale n. 30/93 e anche nelle aziende territoriali e sempre che siano in possesso dei requisiti previsti dal decreto assessoriale 11 luglio 1997 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 31 ottobre 1997) e dal D.M. 24 luglio 1996.

#### 8.5. CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Nelle more che venga dato corso a quanto previsto dal decreto legislativo n. 229/99, è istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Essa avrà il compito di fornire contributi propositivi ed esprimere valutazioni sugli atti della programmazione regionale, nonché sulle esigenze e sull'andamento della attività sanitaria. Tale Conferenza è presieduta dall'Assessore regionale per la sanità ed è composta almeno da un rappresentante dell'Unione province siciliane, dai presidenti delle conferenze dei sindaci o, in mancanza, dai sindaci dei capoluogo, da nove direttori generali, di cui almeno sei direttori generali di Aziende USL dal vice presidente del Consiglio regionale della sanità e dai direttori dell'Assessorato regionale della sanità e dal presidente dell'ANCI Sicilia.

#### 8.6. INTEGRAZIONE TRA POLITICHE AMBIENTALI E SANITARIE

La Regione siciliana individua le modalità ed i livelli di integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipula di accordi di programma e convenzioni tra le Aziende USL, le Aziende ospedaliere e l'istituenda ARPA, con particolare riguardo all'attività di sorveglianza epidemiologica e di sorveglianza del rischio.

#### 8.7. PRESIDIO RIABILITATIVO "E. ALBANESE"

1. Con riferimento a quanto indicato nel paragrafo 5.6.1 per quanto riguarda la riabilitazione per patologie ortopediche, neurologiche, polimalformative e cronico degenerative, nell'area

metropolitana di Palermo il presidio ospedaliero Enrico Albanese, già identificato come polo riabilitativo (delibera di Giunta di Governo n. 446/96) è deputato a svolgere tali attività dotandosi degli strumenti necessari. L'Azienda USL di competenza provvederà all'eventuale formazione del personale in considerazione della peculiarità dell'assistenza da erogare.

#### 8.8. OSSERVATORIO REGIONALE SUI LIVELLI DI ASSISTENZA

L'Assessore regionale per la sanità provvederà ad attivare, entro 180 giorni dall'emanazione del presente Piano, un Osservatorio regionale al fine di monitorare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza nelle strutture sanitarie.

#### 8.9. CENTRO UNIFICATO DELLE PRENOTAZIONI

Per facilitare l'accesso dell'utenza, con particolare riferimento all'esecuzione di esami altamente innovativi o per i quali vi siano lunghe liste di attesa, l'Assessorato regionale della sanità, entro 12 mesi dall'emanazione del presente Piano, predisporrà, nei quattro bacini di utenza un Centro unificato delle prenotazioni. Tale sistema centralizzato, attivabile telefonicamente o telematicamente, assicura un notevole miglioramento dei servizi consentendo una notevole riduzione del disagio per l'utenza.

#### 8.10. TESSERA SANITARIA INFORMATICA

Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e per razionalizzare i flussi informativi e di spesa, l'Assessorato regionale della sanità si impegna a realizzare, entro 12 mesi dall'emanazione del presente Piano, la "Tessera sanitaria informatica" (vedi decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124 e legge 27 dicembre 1997, n. 449) e l'automazione del pagamento del ticket.

#### 8.11. TELEMEDICINA

La telemedicina rappresenta la nuova frontiera tecnologica della medicina.

Le sperimentazioni e le applicazioni effettuate in questi ultimi anni hanno rafforzato la consapevolezza che essa può fornire un utile sostegno alla medicina, anche specialistica ed emergenziale, innalzando il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria nei confronti del cittadino.

Tuttavia è necessario colmare il gap esistente, ancora oggi, tra il livello della ricerca-sperimentazione e quello organizzativo-gestionale ed applicativo, di competenza, quest'ultimo, più strettamente istituzionale.

Le aree tematiche su cui indirizzare prioritariamente l'elaborazione di proposte applicative riguardano:

- 1) il supporto alle attività di urgenza ed emergenza sanitaria;
- 2) il supporto agli interventi di assistenza domiciliare ed ospedalizzazione domiciliare;
- 3) il supporto alle attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- 4) il supporto alle attività di rete indispensabili per garantire tempestività ed appropriatezza nella diagnosi e terapia delle malattie rare;
- 5) il supporto alle attività di teleconsulto e di emergenza per le isole minori.

Al fine di superare l'approccio sperimentale e consentire una rapida adozione su scala ordinaria degli strumenti della telemedicina, si ritiene prioritaria la definizione della:

- a) Regolazione, normazione e standardizzazione delle procedure e degli strumenti.
- b) Aspetti medico-legali.
- c) Formazione degli operatori e delle conoscenze già disponibili.
- d) Nuovi modelli di organizzazione del lavoro.
- e) Nuovi approcci alla relazione medico-paziente e operatori-utenti.

#### 8.12. MEDICI DI GUARDIA MEDICA E MEDICINA DEI SERVIZI

I medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo n. 229/99 addetti alle attività di guardia medica e medicina dei servizi, i quali alla data del 31/12/1998 risultavano titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati, a domanda, nel ruolo sanitario nei limiti dei posti delle dotazioni organiche e previo giudizio di idoneità. A tal fine le Aziende USL, entro 90 giorni dall'emanazione del presente Piano, dovranno rideterminare le dotazioni organiche sulla scorta dei carichi di lavoro, considerando anche i posti in atto ricoperti dai medici della medicina dei servizi. La Regione siciliana deve altresì individuare, entro 180 giorni dall'emanazione del presente Piano, le aree dell'emergenza e della medicina dei servizi che, al fine del miglioramento

dei servizi stessi, richiedano l'instaurarsi di un rapporto di impiego.

#### 8.13. COMMISSIONE REGIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

Entro 180 giorni dall'emanazione del presente Piano l'Assessorato regionale della sanità istituisce la Commissione regionale per la formazione continua prevedendo la presenza di rappresentanti della Federazione regionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, di rappresentanti delle tre Università della Regione e delle Società scientifiche e di due rappresentanti dell'Assessorato regionale della sanità nonché di rappresentanti delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione. Essa è presieduta dall'Assessore regionale della sanità o suo delegato. La commissione recepisce le indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua, elabora gli obiettivi di formazione di specifico rilievo regionale e garantisce il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

#### 8.14. RUOLI NOMINATIVI REGIONALI DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ha portato a compimento il processo di aziendalizzazione, attribuendo "autonomia imprenditoriale" alle aziende sanitarie ponendo in capo al Direttore generale la loro organizzazione interna, inclusa la gestione delle risorse umane. Questo comporta la necessità di rivedere la normativa afferente ai ruoli nominativi regionali, che in base alla nuova legislazione assumono mero carattere ricognitivo, ai fini programmatori, per l'analisi del fabbisogno per specifiche figure professionali e specializzazioni mediche, nonché per la definizione dei programmi di formazione permanente e di aggiornamento.

A questi fini, i Direttori generali delle Aziende sanitarie dovranno trasmettere annualmente all'Assessorato regionale della sanità gli elenchi nominativi del personale inquadrato o comunque formalmente in carico all'Azienda, secondo le specificazioni e le modalità che saranno precisate con separato atto.

#### 8.15. UFFICIO DI COORDINAMENTO DELL'ATTIVITÀ DISTRETTUALE

Entro 180 giorni dall'emanazione del presente PSR, l'Assessorato regionale della sanità disciplinerà con circolare attuativa la composizione dell'Ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale, prevedendo la presenza di rappresentanti dei medici di base, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati interni e degli specialisti in atto provvisoriamente accreditati.

#### 8.16. IMPEGNO A RIDETERMINARE LA RETE OSPEDALIERA

Entro 90 giorni dall'emanazione del presente Piano il Governo della Regione è impegnato a rivedere la delibera n. 446/96 al fine di rideterminare la Rete ospedaliera regionale tenendo conto delle prescrizioni contenute nella legislazione vigente e, in particolare, del decreto legislativo n. 229/99, prevedendo l'adeguata programmazione dei posti letto nella Regione.

#### 8.17. DETERMINAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Appare prioritario assicurare un corretto equilibrio tra il soddisfacimento delle attese dell'utenza in tema di qualità delle prestazioni sanitarie erogate ed il contenimento della spesa sanitaria. Si rende pertanto opportuna l'individuazione di un'adeguata metodologia per la determinazione delle piante organiche delle unità operative ospedaliere e territoriali al fine di assicurare l'omogeneità assistenziale nell'intera Regione ed evitare inutili sprechi. La rilevazione dei carichi di lavoro deve essere realizzata per unità operative ed avverrà nel rispetto della legislazione nazionale vigente attraverso l'utilizzo di una metodologia unica per tutto il territorio regionale.

L'Assessorato regionale della sanità, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, stabilirà criteri uniformi per la rilevazione dei carichi di lavoro nelle strutture ospedaliere su tutto il territorio regionale.

Qualora l'unità operativa partecipi per almeno il 20 o il 40 per cento su base annua all'attività di emergenza, l'organico per il ruolo sanitario viene incrementato rispettivamente del 30 o 60 per cento. Gli standards di personale previsti per le U.O. dalla vigente normativa saranno modificati sulla scorta della rilevazione dei carichi funzionali di lavoro.

Il modello di erogazione dell'assistenza territoriale attraverso settori e servizi è stato superato dall'introduzione dei distretti e dei dipartimenti previsti dal D. Lvo 229/99. In considerazione di ciò l'Assessorato regionale della sanità entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano

stabilirà criteri e parametri uniformi per la rilevazione dei carichi di lavoro delle strutture territoriali.

#### 8.18. IMPEGNO AD INTEGRARE LA LEGISLAZIONE SANITARIA VIGENTE

Entro 180 giorni dall'emanazione del presente Piano, il Governo della Regione è impegnato a predisporre tutti i disegni di legge necessari per integrare la legislazione regionale vigente rispetto ai contenuti del presente Piano.

(2000.21.1120)

[Torna al Sommario](#)

FRANCESCO CASTALDI: Direttore responsabile  
Redattore

MARIA LA MARTINA:

**Ufficio legislativo e legale della Regione Siciliana**  
*Gazzetta Ufficiale della Regione*  
Stampa della Tipografia Pezzino & F.-Palermo  
Ideazione grafica e programmi di [Michele Arcadipane](#)

[Torna al menu](#)