

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 30 agosto 2002

Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

**Modalità di abbonamento e punti vendita:**

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685116/18.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito [www.regione.Lazio.it](http://www.regione.Lazio.it)

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico previa registrazione on-line.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

## Riproduzione anastatica

## PARTE I

### ATTI DEL CONSIGLIO REGIONALE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 31 luglio 2002, n. 114.

**Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR.**

## PARTE I

### ATTI DEL CONSIGLIO REGIONALE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 31 luglio 2002, n. 114.

**Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR.**

#### IL CONSIGLIO REGIONALE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 "Riordino della disciplina della materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" e successive modificazioni e integrazioni;

VISTI in particolare l'articolo 1 e 3, del Decreto Legislativo del 19 giugno 1999 n.229 come modificato dall'articolo 1 del Decreto Legislativo 7 giugno 2000, n.168, in base ai quali le Regioni adottano il Piano Sanitario Regionale quale "piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale";

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n.112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali, in attuazione del capo 1 della L.59 del 15/3/97 (art.2)";

VISTO il D.P.R. 23 luglio 1998 "Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998 – 2000";

VISTA la L.R. 6 agosto 1999 n.14;

VISTO il Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n.56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10, della legge 13 maggio 1999, n.133";

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n.328 "Legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTO il D.P.R.14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

VISTA la Legge 16 novembre 2001 n.405, "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria";

VISTA la L.R. 3 agosto 2001, n.16 "Misure urgenti e razionalizzazione della spesa sanitaria;

VISTA la propria deliberazione n.2034 del 21 dicembre 2001 recante le Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio;

VISTA la propria deliberazione n.1609 del 30 ottobre 2001 e successive modificazioni recante "Piano Regionale Sangue e Plasma triennio 2001-2003";

VISTA la propria deliberazione n.2035 del 21 dicembre 2001 relativa alla presa d'atto del documento "Proposta di indirizzi per la programmazione sanitaria regionale (PSR) per il triennio 2002-2004" che differiva l'approvazione definitiva della proposta di Piano Sanitario Regionale ai risultati della consultazione dei diversi soggetti interessati;

PRESO ATTO dell'avvenuta consultazione dei diversi soggetti interessati al processo programmatico ed alla sua attuazione, nonché degli Enti Locali, delle organizzazioni di tutela dei cittadini, delle forze sociali, delle società scientifiche, documentata dalla relazione in Allegato B, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO che i contributi emersi nel corso della consultazione coerenti con i principi, gli indirizzi strategici, le modalità di governo del sistema che la programmazione regionale in campo sanitario intende perseguire e con le priorità condivise dalla Giunta con la Deliberazione 2035/01 sono stati recepiti apportando integrazioni e modifiche al documento di "Indirizzi per la programmazione sanitaria regionale (PSR) per il triennio 2002-2004", come risultanti dal testo in allegato A che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

CONSIDERATO che il documento recante "Proposta di indirizzi per la programmazione sanitaria regionale (PSR) per il triennio 2002-2004" è stato presentato in data 4 giugno 2002 alla Conferenza permanente Regione-Autonomie locali;

RITENUTO pertanto, di procedere all'approvazione del documento così integrato di "Indirizzi per la programmazione sanitaria regionale per il triennio 2002-2004 (PSR)" dando mandato al competente Assessorato di inviare lo stesso alla Conferenza permanente Regione-Autonomie locali per il parere di cui all'art.20 della legge regionale 14/99;

## DELIBERA

Per le motivazioni esposti in premessa, che integralmente si richiamano::

1. di approvare, la proposta di “Indirizzi per la programmazione sanitaria regionale per il triennio 2002-2004 (PSR)” in allegato A che costituisce parte integrante della presente deliberazione;

2. dare mandato al competente Assessorato di inviare la stessa alla Conferenza permanente Regione-Autonomie locali per il parere di cui all'art.20 della legge regionale 14/99..

Posta ai voti la presente deliberazione è approvata a maggioranza

# **PIANO SANITARIO REGIONALE**

## **TRIENNIO 2002 – 2004\***

***giugno 2002***

---

\* Con il carattere "*Monotype corsiva*" sono riportate le modifiche/integrazioni.

## **Parte I - Principi e Governo del Sistema**

### **1.0 Lo scenario istituzionale**

### **2.0 I principi ed i vincoli**

- 2.1 La centralità della persona
- 2.2 L'equità
- 2.3 La promozione della salute
- 2.4 La qualità
- 2.5 La trasparenza e l'accessibilità dei dati
- 2.6 La sostenibilità economica

### **3.0 La funzione di tutela della salute**

- 3.1 Il potenziamento dell'attività di prevenzione
  - 3.1.1 Ambiente e sanità
- 3.2 La riqualificazione dell'assistenza ospedaliera
- 3.3 Lo sviluppo della rete di assistenza territoriale: il ruolo centrale del Distretto
- 3.4 L'assistenza farmaceutica
- 3.5 La riabilitazione
- 3.6 Medicine non convenzionali

### **4.0 Il governo del sistema e delle risorse**

- 4.1 I rapporti tra Regione ed Aziende sanitarie e l'atto aziendale
- 4.2 I rapporti tra Regione ed Università
- 4.3 Autorizzazione ed accreditamento istituzionale
- 4.4 Verifica di attuazione del Piano Sanitario Regionale
- 4.5 Il governo della spesa
  - 4.5.1 Le risorse disponibili nel triennio 2002-2004
  - 4.5.2 Il finanziamento delle Aziende sanitarie
  - 4.5.3 Il finanziamento delle funzioni assistenziali
  - 4.5.4 I Sistemi tariffari
  - 4.5.5 Il concordamento ed il piano strategico aziendale
  - 4.5.6 Il controllo di gestione ed il sistema budgetario
  - 4.5.7 Il budget di Distretto
  - 4.5.8 La politica degli investimenti ed il rinnovamento tecnologico
- 4.6 Il governo del personale
- 4.7 Ricerca, innovazione e sviluppo

## **Parte II - Strategie e Sfide**

### **1.0 Gli indirizzi strategici**

- 1.1 Partecipazione consapevole del cittadino
- 1.2 Contrasto alle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria
- 1.3 Promozione della qualità degli interventi sanitari
- 1.4 Appropriattezza ed efficacia degli interventi sanitari
- 1.5 Continuità ed integrazione dell'assistenza
- 1.6 Sistemi Informativi
- 1.7 Formazione ed aggiornamento professionale
  - 1.7.1 Educazione Continua in Medicina
  - 1.7.2 Le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative

### **2.0 Gli interventi e le azioni**

- 2.1 Gruppi di popolazione e soggetti deboli
  - 2.1.1 Salute materno-infantile
  - 2.1.2 Salute in età evolutiva
  - 2.1.3 Persone anziane
  - 2.1.4 Immigrati
  - 2.1.5 Persone disabili
    - 2.1.5.1 Persone con ipovisione
  - 2.1.6 Persone con disagio psichico
  - 2.1.7 Persone detenute
- 2.2 Patologie critiche
  - 2.2.1 Malattie del sistema circolatorio
    - 2.2.1.1 Cardiopatia ischemica e malattie del sistema vascolare periferico
    - 2.2.1.2 Malattie cerebrovascolari
  - 2.2.2 Tumori
  - 2.2.3 Malattie respiratorie croniche
    - 2.2.3.1 Broncopneumopatia cronica ostruttiva
    - 2.2.3.2 Asma bronchiale
  - 2.2.4 Insufficienza renale cronica
- 2.3 Problemi di salute specifici
  - 2.3.1 Diabete mellito
  - 2.3.2 Malattie infettive
    - 2.3.2.1 Le persone con malattia da HIV
  - 2.3.3 Malattia di Alzheimer
  - 2.3.4 Dipendenze
    - 2.3.4.1 Il tabagismo
    - 2.3.4.2 Tossicodipendenze
    - 2.3.4.3 Alcol dipendenze
  - 2.3.5 Trapianti d'organo
  - 2.3.6 Tutela igienico sanitaria degli alimenti e disturbi dell'alimentazione
  - 2.3.7 Sanità Pubblica Veterinaria

### **3.0 Le sfide prioritarie**

- 3.1 Emergenza
- 3.2 Tempi e liste d'attesa
- 3.3 Qualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare
- 3.4 Programmi di prevenzione
- 3.5 Evoluzione dell'ospedale per acuti

### ***Allegati***

**A. Lo stato di salute della popolazione**

**B. La descrizione dell'offerta**

**C. Osservazioni recepite a seguito delle consultazioni**



## **2.2.4 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA**

### **DEFINIZIONE DEL TEMA**

L'Insufficienza Renale Cronica (IRC) rappresenta un insieme eterogeneo di condizioni cliniche che vanno dalla compromissione permanente ma asintomatica della funzione renale ad una fase terminale di dipendenza totale da un trattamento sostitutivo, la dialisi, finalizzato a conseguire una efficace rimozione delle tossine uremiche e garantire un adeguato equilibrio elettrolitico.

Le patologie che sono alla base della nefropatia e l'elevata frequenza di fattori comorbidi, insieme a caratteristiche demografiche peculiari come l'età avanzata, rendono l'IRC una malattia a forte impegno assistenziale non solo per i servizi nefro-dialitici, ma anche per quelli territoriali ed ospedalieri. Inoltre, accanto a bisogni specificatamente sanitari le persone con IRC richiedono da parte del SSR un forte impegno in attività riabilitative ad elevata integrazione socio-sanitaria.

### ***La dimensione del problema, le evidenze epidemiologiche e gli aspetti critici***

Mentre numerosi sono i dati relativi ai soggetti immessi in un programma di dialisi cronica, poche sono le evidenze sulla dimensione della IRC nella fase pre-dialitica. Studi condotti negli USA stimano che il rapporto fra IRC terminale e non terminale sia di 1 a 7. Applicando questi dati alla popolazione del Lazio si può valutare in circa 25.000 il numero di persone a rischio di progressione verso una forma terminale ed ha dimensioni numeriche molto più elevate la prevalenza di condizioni di rischio come, ad esempio, il diabete o l'ipertensione.

Molte delle informazioni epidemiologiche sulla malattia nel Lazio provengono dal Registro Dialisi. Al 31 dicembre del 2000 nella Regione erano attivi 79 centri dialisi: 39 pubblici, comprensivi di Centro Assistenza Limitata (CAL) e Unità di Dialisi (UDD), e 40 a gestione privata. La prevalenza delle persone in dialisi risulta in aumento, nel 1994 il tasso per milione di abitanti era di 540 e 692 nel 2000. Parte di questo incremento è sicuramente da attribuire ad una migliore copertura del sistema di notifica, ma non può essere escluso un effetto legato al miglioramento della sopravvivenza. La domanda riferita ai nuovi ingressi in dialisi (incidenti) rimane invece stabile con un tasso di incidenza nell'anno 2000 di 125 per milione. Si assiste ad un rapido cambiamento della struttura per età della popolazione in trattamento dialitico. Dal 1994 al 2000, la quota di persone con età superiore ai 74 anni è passata dal 13% al 25% fra i prevalenti e dal 17% al 27% fra gli incidenti. Questi risultati indicano un sostanziale cambiamento nella tipologia e complessità della domanda assistenziale che deve trovare risposte sempre più orientate ad interventi di tipo riabilitativo. La frequenza di trattamenti peritoneali rimane stabile dal 1994 al 2000, con un valore intorno al 3-4% fra i prevalenti ed al 6% fra gli incidenti. Se si calcola l'offerta di dialisi peritoneale solo fra le persone in trattamento presso centri pubblici, la percentuale sale all'8% fra i prevalenti e al 14-15% fra gli incidenti. Questi valori che rimangono ancora molto distanti dall'obiettivo del 30% di offerta di dialisi peritoneale previsto dal Piano regionale per la dialisi (DRG 619/98), suggeriscono la necessità di migliorare l'accesso alle diverse tecniche dialitiche. Permangono forti limiti nella pratica vaccinale per l'HBV. All'indagine del 31 dicembre 2000 il 19,8% dei soggetti ancora suscettibili all'infezione risultava non vaccinato; la frequenza di non vaccinati tra coloro entrati in dialisi nell'anno 2000 risultava pari al 42% senza mostrare alcun trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti. L'elevata frequenza dei non vaccinati fra gli incidenti indica come ancora sia carente la presa in carico da parte di centri nefrologici nel periodo pre-dialitico. Questo dato è confermato anche dall'elevata frequenza (23%) di pazienti che arrivano al trattamento senza un inquadramento diagnostico. La sopravvivenza dall'inizio della dialisi era dell' 87,2% ad un anno, 75,7% a due anni, 66,6% a tre anni, 58,1% a quattro anni e 50,7% a cinque anni. Questi risultati risultano in linea con quelli prodotti da altri registri nazionali ed europei.

### ***AREA DI INTERVENTO 1: Promuovere stili di vita favorevoli la salute ed una presa in carico precoce delle persone con Insufficienza Renale Cronica***

La fase di progressione verso la condizione di IRC rappresenta un periodo critico per il contrasto della progressione della malattia nonché per una adeguata preparazione della persona al trattamento sostitutivo. Interventi educativi, trattamenti terapeutici di provata efficacia ed una adeguata attività di coinvolgimento della persona e della sua famiglia devono realizzarsi attraverso la stretta collaborazione fra area delle cure primarie e secondarie.

**Obiettivo 1.1**

Identificazione e "presa in carico" precoce delle persone con fattori di rischio di IRC e con IRC, al fine di garantire una maggiore efficacia nel controllo della IRC, ritardare la progressione della malattia, preservare migliori condizioni nutrizionali e cardiovascolari e promuovere il coinvolgimento informato della persona nella gestione della patologia.

**AREA DI INTERVENTO 2: Promuovere la qualità dell'assistenza dialitica**

Nonostante i considerevoli progressi conseguiti nelle tecniche di dialisi e nella sopravvivenza e qualità della vita delle persone in trattamento dialitico non è stata ancora sviluppata nella nostra Regione una attività sistematica di valutazione della qualità ed efficacia dei trattamenti, soprattutto per la mancanza di sensibili indicatori di esito. Vanno, quindi, promosse, sviluppando ulteriormente i contenuti informati presenti nel Registro Dialisi, attività di revisione dell'assistenza dialitica allo scopo di individuare aree/aspetti critici suscettibili di un ulteriore miglioramento. Va sottolineato che qualsiasi attività valutativa dovrà vedere il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei servizi, degli operatori e degli utenti, utilizzando principalmente un approccio di valutazione fra "pari". Inoltre, la variabilità dei quadri clinici, le loro peculiarità evolutive, e le caratteristiche individuali dei pazienti rendono necessario un approccio personalizzato nella scelta tra le molteplici tecniche e i numerosi materiali disponibili: tale approccio non può, in quest'ambito, che essere prerogativa delle singole unità operative.

**Obiettivo 2.1**

Definizione di un sistema di indicatori per la valutazione dell'assistenza dialitica.

**AREA DI INTERVENTO 3: Contrastare le complicanze e la disabilità associate alla Insufficienza Renale Cronica**

L'IRC, specificatamente nella fase terminale, è associata a numerose complicanze legate alla malattia di base o al trattamento dialitico. La presenza di condizioni cliniche complesse e di situazioni caratterizzate da una forte compromissione delle funzioni fisiche e psichiche, determinano bisogni di tipo sanitario e sociale a cui il SSR deve rispondere con interventi orientati da una logica di tipo riabilitativo.

**Obiettivo 3.1**

Promuovere la qualità dell'assistenza generale ai pazienti con IRC terminale al fine di ridurre morbilità, mortalità, ospedalizzazione e migliorarne la qualità della vita.

**AREA DI INTERVENTO 4: Ottimizzare e razionalizzare le risorse disponibili per il trattamento del paziente con malattie del rene e delle vie urinarie.**

In molte patologie renali esiste un confine labile tra competenze nefrologiche e di altre discipline. Il mancato coordinamento tra diverse aree contigue determina effetti di frammentazione e moltiplicazione degli interventi a causa del mancato coordinamento funzionale tra gli operatori con conseguente spreco di risorse, aumento dei carichi di lavoro e soprattutto con disagi e rischi per i malati. I dati epidemiologici provenienti dal registro dialisi indicano, riguardo all'offerta di dialisi ambulatoriale, la presenza di alcune aree critiche che necessitano di interventi di programmazione, come ad esempio la scarsa offerta di dialisi peritoneale e la presenza di un eccessivo numero di posti dialisi dedicati a persone HBsAg positive.

**Obiettivo 4.1**

Identificazione di aree omogenee per il trattamento delle malattie del rene e delle vie urinarie.

**Obiettivo 4.2**

Valutazione del bisogno di dialisi peritoneale e programmazione dell'offerta.

**Obiettivo 4.3**

Programmazione dell'offerta di dialisi cronica ai pazienti HBsAg positivi.

<b>Obiettivo</b>	<b>Azione</b>	<b>Attore</b>
1.1	Elaborazione e diffusione di LG cliniche ed organizzative rivolte ai MMG, internisti, cardiologi e diabetologi sulla identificazione precoce della IRC e sulle modalità di invio ai servizi nefro-dialitici.	Regione, ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Elaborazione e diffusione di LG cliniche rivolte ai MMG sulle strategie di contrasto della progressione della IRC e di controllo delle complicazioni dell'uremia, con particolare riferimento al trattamento dell'anemia, delle malattie cardiovascolari, delle alterazioni ossee e del controllo dello stato nutrizionale.	Regione, ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Elaborazione e diffusione di un opuscolo sugli stili di vita favorevoli la salute rivolto agli assistiti dei MMG con fattori di rischio di IRC.	Regione, ASL, MMG.
1.1	Valutazione da parte del MMG della funzionalità renale di tutti gli assistiti con una familiarità di malattia renale, diabete e ipertensione.	ASL, MMG.
1.1	Corsi di formazione per i MMG con il coinvolgimento dei centri di riferimento di nefrologia e dialisi.	Regione, ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Realizzazione di un coordinamento tra MMG e nefrologo volto a garantire la continuità del programma assistenziale.	ASL, MMG, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
1.1	Interventi educativi e di sostegno psicologico rivolti alla persona candidata alla dialisi.	
1.1	Organizzare un SI basato su di una rete di MMG per la valutazione della prevalenza e la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche della IRC non terminale.	ASL, MMG.
2.1	Realizzazione a livello di ASL di progetti obiettivi sulla dialisi peritoneale e sulle tecniche alternative emodialitiche	ASL, MMG, U.O. di nefrologia e dialisi.
2.1	Fornitura gratuita dei farmaci e dei prodotti aproteici atti a mantenere la funzionalità renale nei pazienti con I.R.C.	Regione, ASL
2.1	Realizzare un sistema di presa in carico dei casi a più alta complessità assistenziale presso i centri di riferimento.	ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
2.1	Promuovere a livello di ASL campagne vaccinali contro l'HBV per tutti i pazienti suscettibili.	ASL, centro di riferimento di nefrologia e dialisi.
2.1	Realizzare un sistema di valutazione dei centri dialisi basato su indicatori di adeguatezza della dose dialitica e di frequenza di eventi "sfavorevoli" associati alla IRC.	Regione, centro di riferimento di nefrologia e centro di dialisi.
3.1	Realizzazione di una rete regionale di reparti di degenza nefrologica, con annessi posti per trattamento dialitico, dimensionata rispetto ai bisogni assistenziali.	Regione, ASL
3.1	Individuare nelle U.O. di nefrologia e dialisi un medico referente per quanto attiene la problematica degli accessi vascolari.	Regione, ASL e U.O. nefrologia e dialisi
3.1	Promuovere la comunicazione fra centro dialisi e reparto di degenza in caso di ricovero.	Centro dialisi, reparto di degenza.
3.1	Promuovere la comunicazione fra MMG e centro di dialisi nella gestione di patologie associate alla IRC.	Centro dialisi, MMG.

Segue

3.1	Realizzazione di una rete di collegamento fra centro dialisi, MMG, servizi territoriali sanitari e sociali per i pazienti con disabilità fisica e psichica o che vivono in condizioni di particolare svantaggio sociale.	Centro dialisi, Distretto, servizi sociali.
3.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio di eventi avversi.	Regione
4.1	Realizzazione di una rete di ambulatori nefrologici funzionalmente collegati ai reparti di ricovero ospedaliero ed ai centri dialisi accreditati.	ASL, U.O. di Nefrologia e Dialisi
4.2	Estensione ai centri di dialisi accreditati della possibilità di gestire programmi di dialisi peritoneale.	Regione, Aziende sanitarie
4.3	Definizione del numero di posti dialisi dedicati ai pazienti HBsAg positivi	Regione, Aziende sanitarie

**AREA DI INTERVENTO 3: realizzare l'attività di formazione permanente dei soggetti che operano nell'ambito dei problemi alcol correlati**

La formazione permanente degli operatori del Servizio Pubblico e non si rende necessaria per la costante evoluzione a livello internazionale delle strategie diagnostiche e terapeutiche-riabilitative dell'alcoldipendenza e delle PAC. Lo scopo della formazione permanente, in collaborazione con CRR, sarà quello di:

1. orientare gli operatori della rete territoriale del Servizio pubblico per l'alcoldipendenza verso modelli diagnostici e di inquadramento omogenei, tali da garantire livelli di assistenza uniformi e degli standard minimi validi su tutto il territorio comunale;
2. favorire lo sviluppo di una maggiore "coscienza" epidemiologica al fine di giungere all'attuazione sia di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno nel territorio, che di verifica dei risultati;
3. stimolare gli operatori all'applicazione di metodologie di intervento differenziato nello spirito che è proprio di una équipe multidisciplinare, con la collaborazione del CRR;
4. favorire un lavoro di rete che faciliti e coordini le attività che sono proprie del servizio pubblico e delle associazioni private e del privato sociale (PS).

Incontri di informazione/sensibilizzazione sulle PAC potrebbero "a domanda" essere proposti ad altri soggetti pubblici e privati che per particolari situazioni ambientali possono svolgere un ruolo importante in termini di prevenzione e di sorveglianza epidemiologica del fenomeno (insegnanti, forze dell'ordine, personale degli istituti di pena, operatori del mondo del lavoro, associazioni professionali o di categoria, MMG, i militari, etc.).

**Obiettivo 3.1**

Predisporre ed attuare piani di formazione/sensibilizzazione degli operatori pubblici, del Privato Sociale e del volontariato sulle PAC.

**2.3.5 TRAPIANTI D'ORGANO**

**DEFINIZIONE DEL TEMA**

Il trapianto d'organo rappresenta il trattamento di scelta per le persone affette da grave ed irreversibile insufficienza di organo, sia in termini di aspettativa che di qualità di vita. Il sistema sanitario, pertanto, deve assicurare alle persone idonee la possibilità di accedere a questa tipologia di trattamento.

Nel Lazio il numero di trapianti effettuati nella popolazione residente risulta inadeguato rispetto alla domanda, determinando un aumento continuo del numero delle persone in lista d'attesa. D'altra parte è sempre più difficile per questi pazienti avere un trapianto in altre Regioni o in altri Stati della Comunità Europea. L'orientamento dei Paesi della Comunità Europea, infatti, è quello di avere pazienti candidati al trapianto di organo iscritti in una sola lista di attesa nazionale. Per quanto riguarda l'Italia, le recenti LG emanate dal Centro nazionale trapianti raccomandano che persone idonee al trapianto di rene siano iscritte in Italia in non più di due centri di trapianto. L'unica possibilità concreta, pertanto, che hanno i pazienti del Lazio di essere sottoposti a trapianto è che si abbia nella nostra Regione un significativo aumento delle donazioni.

Le principali cause che hanno finora impedito un incremento del numero dei trapianti sono:

- lo scarso numero degli ospedali della Regione, quasi esclusivamente dell'area metropolitana, che partecipano al reperimento dei potenziali donatori di organi e tessuti;
- l'estrema variabilità del numero di diagnosi di morti encefaliche diagnosticate negli Istituti di ricovero a parità di tipologia e complessità dei pazienti assistiti;
- le gravi carenze nell'organizzazione intra-ospedaliera del processo che comprende l'identificazione del potenziale donatore, l'accertamento della morte, il mantenimento clinico, i rapporti con i familiari e, quindi, la donazione ed il prelievo degli organi e dei tessuti;
- la mancata formazione dei MMG;
- la mancata informazione della popolazione sulle tematiche relative alla donazione degli organi dopo la morte.

Nel 1998 la G.R. (deliberazione n. 1437) ha istituito presso il "Centro di coordinamento trapianti con annesso laboratorio di tipizzazione tissutale" dell'Università "Tor Vergata", il Centro Regionale di Riferimento per i

Trapianti del Lazio (CRRT) che ha compiti di coordinare l'attività di reperimento dei potenziali donatori, di gestire le liste di attesa, di eseguire i test immunologici pre-trapianto e di attuare la formazione del personale sanitario sulla donazione, il prelievo ed il trapianto degli organi e tessuti.

La riorganizzazione dell'attività di trapianto è stata definita a livello nazionale dalla legge n. 91/99, "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti". Questa legge, tra l'altro, prevede la nomina dei coordinatori locali per ciascuna ASL, che nel Lazio sono stati nominati da tutti i Direttori Generali entro la fine del 2000; è stata così attivata formalmente in ogni ospedale la figura del "coordinatore locale", per ottimizzare il processo della donazione ed il prelievo degli organi che, in precedenza, avveniva in modo episodico e sulla base di iniziative individuali. Questo processo è, tuttavia, ancora molto carente nella sua attuazione in quanto, nella quasi totalità degli ospedali il coordinatore locale solo marginalmente si è dedicato a tale attività, e gli ospedali non hanno ancora un'organizzazione intraospedaliera destinata alla gestione ed all'ottimizzazione dell'intero processo che porta all'effettiva utilizzazione dell'organo e tessuto donato.

Nel Lazio sebbene si sia registrato un incremento delle attività di prelievo degli organi ed il numero di donatori utilizzati per milione di abitante (p.m.a.) sia salito dal valore di 6,8 p.m.a. del 2000 a quello di 12,1 donatori p.m.a. del 30/09/2001, tuttavia esso è ancora lontano da quanto registrato dalla media nazionale (16,3) e da Regioni Centro-Nord che hanno valori superiori a 26 donatori p.m.a.

Al 30 giugno 2001 un totale di 1.389 pazienti risultava iscritto nei diversi Programmi di Trapianto afferenti alla Lista Unica Regionale gestita dal CRRT; il 91% (1.269) di questa lista era rappresentato da pazienti in attesa per trapianto di rene e di questi il 53,5% erano persone non residenti nel Lazio.

Nel corso dell'anno 2000 sono stati realizzati presso i centri di trapianto della Regione 192 trapianti di organo, di cui 99 trapianti di rene (72 riferiti a residenti), 68 trapianti di fegato e 24 trapianti di cuore e/o polmone a fronte rispettivamente di 1.244 pazienti che risultavano alla fine dell'anno ancora in lista per trapianto di rene, 84 per trapianto di fegato e 42 per trapianto di cuore e/o polmone.

***AREA DI INTERVENTO 1: Aumentare il livello di conoscenze sull'offerta di trapianto, sulla attività di donazione e sugli esiti di salute delle persone con un trapianto d'organo***

***Obiettivo 1.1***

Confrontare le informazioni del centro regionale per i trapianti con i dati epidemiologici delle persone in lista di attesa e valutare la corrispondenza tra idoneità al trapianto riferita dai centri specialistici per il trattamento della insufficienza d'organo e l'iscrizione in liste di attesa.

***Obiettivo 1.2***

Attivare ed aggiornare presso il centro di riferimento regionale per i trapianti il registro regionale dei soggetti deceduti con lesioni cerebrali.

***Obiettivo 1.3***

Valutare la sopravvivenza dell'organo e della persona in coorti di persone trapiantate.

***AREA DI INTERVENTO 2: Il processo di valutazione dell'idoneità al trapianto, l'equità alle liste di attesa e la gestione della fase pre-trapianto***

***Obiettivo 2.1***

Promuovere azioni che favoriscano una tempestiva valutazione dell'idoneità al trapianto e di iscrizione nella lista di attesa, specialmente nei gruppi con minori risorse culturali e sociali.

***Obiettivo 2.2***

Favorire l'integrazione fra area delle cure primarie, secondarie e terziarie nella gestione delle persone candidate al trapianto.

**AREA DI INTERVENTO 3: Incremento della disponibilità di organi e dei tessuti destinati a trapianto****Obiettivo 3.1**

Incrementare il numero delle donazioni di organi e tessuti.

**Obiettivo 3.2**

Ottimizzare l'utilizzo degli organi e dei tessuti.

**Obiettivo 3.3**

Organizzare e migliorare i servizi intraospedalieri destinati al reperimento degli organi e all'effettuazione dell'intervento di trapianto.

**AREA DI INTERVENTO 4: Promuovere la salute delle persone trapiantate****Obiettivo 4.1**

Favorire l'integrazione fra area delle cure primarie, secondarie e terziarie nella gestione delle persone con un trattamento di trapianto.

Obiettivo	Azione	Attore
1.1	Integrazione delle informazioni del CRRT e del Registro Dialisi per la descrizione epidemiologica delle persone in lista di attesa e la valutazione della corrispondenza fra idoneità al trapianto riferita dai centri dialisi ed iscrizione in lista di attesa.	Regione, CRRT
1.2	Attivare e aggiornare in collaborazione con il CRRT il Registro Regionale dei soggetti deceduti con lesioni cerebrali.	Regione, CRRT, Istituti di ricovero
1.3	Produzione di coorti di soggetti trapiantati.	Regione
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione della idoneità al trapianto nella fase iniziale di insorgenza della indicazioni cliniche al trapianto d'organo.</li> <li>• Identificazione e superamento delle barriere socio-culturali che possono determinare diseguglianze nell'accesso alle liste di attesa.</li> </ul>	Centro specialistico per il trattamento della patologia d'organo, Centro di trapianto
2.2	Realizzazione di un progetto integrato fra Centro di Trapianto, Centro specialistico per la patologia d'organo e MMG per la gestione delle persone candidate al trapianto.	Centro di trapianto, Centro specialistico, MMG, CRRT
2.1, 3.1	Campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini ed agli operatori sanitari promosse dal CRRT, nell'ambito di un progetto di educazione alla salute.	Coordinatori locali delle Aziende sanitarie, CRRT
3.1	Azione programmata sulla donazione e prelievo di organi e tessuti rivolta agli operatori coinvolti nel processo della donazione/prelievo.	CRRT, coordinatore locale, operatori coinvolti nel processo della donazione/prelievo
3.1	Promozione di campagne regionali di informazione rivolte alla solidarietà con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei pazienti, attraverso opuscoli informativi.	Regione, CRRT, Aziende sanitarie, coordinatore locale
3.1	Progetto integrato di formazione permanente CRRT-ASL (Coordinatori locali)-MMG, che renda il MMG protagonista dell'informazione per le famiglie sul tema delle donazioni e dei trapianti.	Regione, CRRT, Aziende sanitarie, coordinatore locale, MMG

*segue*

3.1	Costituzione in ciascun Istituto sede di DEA di I e II livello di un gruppo di sostegno multidisciplinare per i familiari dei donatori sottoposti a prelievo di organi.	Aziende sanitarie, coordinatore locale, CRRT
3.2	Ottimizzazione del processo di valutazione dell'idoneità degli organi.	CRRT, coordinatore locale
3.3	Azione programmata per le attività di trapianto attraverso l'applicazione di procedure assistenziali e percorsi diagnostici e terapeutici comuni a ciascun centro.	CRRT, Centro di trapianto
4.1	Realizzazione di un progetto integrato fra Centro di Trapianto, Centro specialistico per la patologia d'organo e MMG per la gestione delle "persone trapiantate".	Centro di Trapianto, Centro specialistico, MMG

### **2.3.6 TUTELA IGIENICO SANITARIA DEGLI ALIMENTI E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

#### **DEFINIZIONE DEL TEMA**

I recenti, profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli, hanno determinato, per un crescente numero di individui, la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando mense aziendali, mense scolastiche, fast food e ristorazione pubblica. Nonostante il miglioramento generalizzato degli standard igienici, le patologie di origine alimentare continuano a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica sia per gli aspetti connessi alla loro diffusione, sia per le conseguenze economico-sociali da esse derivanti.

Il 9,1% della popolazione italiana al di sopra dei 17 anni infatti risulta obeso (Istat 1998) e, in particolare, le risultanze di un recente studio epidemiologico, condotto negli anni 1998-1999, sulla popolazione scolastica di III elementare, nella Regione Lazio, hanno evidenziato una prevalenza del 33% di soggetti in soprappeso ed obesi. Inoltre si deve considerare la correlazione tra abitudini alimentari e rischio per patologie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, neoplasie dell'apparato digerente.

Tutto ciò sottolinea l'importanza sempre maggiore della tutela igienico sanitaria degli alimenti e di una idonea prevenzione nutrizionale, sia per garantire la sicurezza dei prodotti in tutte le filiere alimentari, sia per assicurare un'adeguata prevenzione delle diverse patologie di origine nutrizionale.

Gli obiettivi fondamentali della Sanità Pubblica riguardano la promozione di stili di vita salutari, tra i quali rivestono primaria importanza i comportamenti alimentari. Infatti, la tutela della salute può avvenire, in quest'ambito, mediante l'applicazione di idonee misure preventive sulle filiere alimentari, dalla produzione primaria al consumatore finale degli alimenti, verificando la loro rispondenza agli standard nutrizionali. Infine la sicurezza e la salubrità di un prodotto alimentare sono dei prerequisiti di qualità, elemento indispensabile per ottenere il consenso del consumatore e, conseguentemente, per conquistare il mercato.

La tutela della salute dei consumatori, si realizza mediante tutti quei controlli atti a garantire la sicurezza igienica e la salubrità dei prodotti alimentari, quali:

- verifica preliminare alla realizzazione e/o attivazione e/o modifica delle imprese di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e vendita degli stessi;
- controllo ufficiale sui prodotti alimentari e sui requisiti delle imprese di cui sopra;
- sorveglianza e relative indagini sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare;
- tutela delle acque destinate al consumo umano;
- sorveglianza sulla commercializzazione ed utilizzo dei prodotti fitosanitari;
- prevenzione delle intossicazioni da funghi;
- attività di informazione ed educazione sanitaria in materia di igiene alimentare.

La prevenzione delle patologie di origine nutrizionale, necessita della pianificazione e la realizzazione di interventi di igiene nutrizionale:

- raccolta mirata dei dati epidemiologici (mortalità, morbosità);
- rilievi sui consumi e sulle abitudini alimentari nonché sullo stato nutrizionale per gruppi di popolazione;



*obiettivo 2.1 prodotti aproteici Vedi anche legge n. 2 del 6 febbraio 2003*

*obiettivo 3.1 medico referente accessi vascolari vedi circolare 53031 del 27 maggio 2003*

*obiettivo 4.3 vedi delibera giunta regionale 242 2006*