A.D. 1308
unipg
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PERUGIA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI
PERUGIA
PARTENZA
prot. n. 0012695 del 18/01/2022
classif. VII/12

Regione Umbria
Giunta Regionale
Direzione regionale Salute e Welfare
c.a. Direttore Dott. Massimo Braganti
direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

e, p.c. CAL Consiglio delle Autonomie Locali Regione Umbria
Presidente Dott. Andrea Romizi
cal@postacert.umbria.it

Comune di Perugia
Presidente Conferenza dei Sindaci
Dott. Andrea Romizi
comune.perugia@postacert.umbria.it

Comune di Terni
Presidente Conferenza dei Sindaci
Dott. Leonardo Latini
comune.terni@postacert.umbria.it

Oggetto: Riscontro Vs. Nota acquisita al Protocollo con il n. 291674 del 23 novembre 2021 recante "Piano Sanitario Regionale 2021-2025. Adempimenti conseguenti alla preadozione".

In ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 1, comma 13 del D.Lgs. n. 502/1992 e dall'articolo 13, comma 2 del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi Sociali, in riscontro alla Vs. Nota acquisita al Protocollo dello scrivente Ateneo con il n. 291674 del 23 novembre 2021, si trasmette in allegato alla presente il richiesto parere riferito al Piano Sanitario Regionale 2021-2025 di cui al D.R. n. 3 del 18 gennaio 2022.

Distinti saluti

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Anna Vivoli

IL PRORETTORE VICARIO
Prof. Fausto Elisei

Direzione Generale Piazza Università, 1 06123 Perugia Il Direttore Generale 075.585.2076- 5178 direzione.generale@unipg.it

A.D. 1308
unipg
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PERUGIA

DR

Oggetto
Piano Sanitario Regionale 2021-2025 – Parere ai sensi dell'art. 13, comma 2, della L.R. 11/2015.

Decreto Rettorale

Il Rettore

Visto il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, in particolare l'art. 1, comma 13;
Visto il D.P.C.M. 24 maggio 2001, in particolare l'art. 1, comma 2;
Vista la Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11, in particolare l'art. 13, comma 2;
Visto il vigente Protocollo generale d'intesa fra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia;
Vista la delibera della Giunta Regionale n. 1138 del 17 novembre 2021 avente ad oggetto "Piano Sanitario Regionale 2021-2025 – Preadozione";
Vista la nota della Direzione regionale Salute e Welfare, acquisita al prot. n. 291674 del 23 novembre 2021, con la quale è stata trasmessa la D.G.R. n. 1138 del 17.11.2021 sopra richiamata ai fini del rilascio da parte dell'Università degli Studi di Perugia del parere di cui al combinato disposto dell'art. 1, comma 13, del D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 13, comma 2, della L.R. 11/2015;
Condiviso il parere in merito espresso dal Consiglio del Dipartimento di Medicina e Chirurgia nella seduta del 13 gennaio 2022;
Rilevato che l'art. 13, comma 2, della L.R. 11/2015 dispone, tra l'altro, che il parere di competenza dell'Università sia reso entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta del medesimo e, ove non reso entro tale termine, lo stesso si intenda espresso in senso favorevole;
Considerata l'urgenza di fornire tempestivo riscontro alla richiesta di parere entro il suddetto termine, anche alla luce delle osservazioni in merito formulate dal Consiglio del Dipartimento di Medicina e Chirurgia con delibera del 13 gennaio 2022;
Visto l'art. 10, comma 3 lett. o., dello Statuto di Ateneo, che prevede la facoltà del Rettore, in casi straordinari di necessità ed urgenza, di adottare atti di competenza del Consiglio di Amministrazione e del Senato Accademico, sottoponendoli a ratifica degli organi nella seduta immediatamente successiva;

Ripartizione del Personale

Dirigente
Federica Nuzzi

Responsabile Ufficio
Anna Grazia Baldelli

Decreta

di formulare, con riferimento al Piano Sanitario Regionale 2021-2025, preadottato dalla Giunta Regionale con delibera n. 1138 del 17.11.2021, il parere ai sensi dell'art. 13,

A.D. 1308

unipg

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PERUGIA

comma 2, della L.R. 11/2015, nei termini di cui all'allegato al presente quale parte integrante e sostanziale dello stesso.
Il presente decreto, corredato del relativo Allegato, verrà sottoposto a ratifica del Senato Accademico e del Consiglio di Amministrazione nella prima seduta utile.

Il Rettore
Prof. Maurizio Oliviero

(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa)

Ripartizione del Personale
Ufficio Rapporti convenzionali sanitari

Piazza Università, 1
05123 Perugia

0755852023 - 2169
ufficio.rapporticonvenzionali@unipg.it

Piano Sanitario Regionale 2021-2025

Parere in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 1, comma 13 del D.Lgs. n. 502/1992 e dall'articolo 13, comma 2 del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi Sociali dell'Università degli Studi di Perugia

Il PSR si fonda su un documento esterno, il Libro Bianco Sanità e Sociale 2019, una "fotografia" dell'esistente che è servita per analizzare le relative criticità e fissare il primo step da cui prendere le mosse per la stesura del nuovo PSR. Un gruppo di esperti esterni individuati dall'Assessorato, tra i quali alcuni professionisti umbri, ha contribuito a formulare proposte strategiche sulla base dei contenuti del Libro Bianco.

Il PSR si pone una serie di obiettivi ambiziosi, alcuni dei quali innovativi. In particolare, l'attenzione ai cambiamenti del sistema delle cure primarie in termini di ruolo pro-attivo dei MMG e Pediatri di Libera Scelta, riduzione del numero e ridefinizione del ruolo dei distretti sanitari, integrazione socio-sanitaria. Particolarmente interessante è l'enfasi sul ruolo della medicina digitale.

Accanto a queste, ed altre, aree di novità e di positivo sviluppo, si scorgono argomenti sui quali questo Dipartimento intende suggerire una riflessione più articolata, nell'ottica propositiva di contribuire alla migliore definizione di uno strumento così rilevante per la programmazione sanitaria dei prossimi anni nella nostra Regione.

Considerazioni sulla impostazione generale

a) Memorandum sulla Salute degli Umbri
Nel Febbraio 2020 la Presidente della Regione ed il Magnifico Rettore dell'Università hanno sottoscritto un "memorandum" che delinea in modo preciso una serie di iniziativa da intraprendersi, che porterebbero non solo ad un ruolo più attivo dell'Ateneo nella programmazione della ricerca e assistenza in Sanità, ma soprattutto costituisce la cornice nella quale inserire "a tutto tondo" una serie di iniziative di più vasto respiro per la Salute (non solo Sanità) dei cittadini umbri, che si fondano sul contributo unico che l'Ateneo è in grado di fornire al di là della componente immediatamente medica, per investire ambiti di sociologia, epidemiologia, sanità veterinaria ed ambientale, agricoltura, etc...
Tali linee programmatiche, e le conseguenti azioni, sono al momento assenti nel documento PSR.

b) Cabina di Regia
Viene proposta l'istituzione di una Cabina di Regia per il governo generale della attività sanitaria. Essa certamente rappresenta un passo importante nel garantire un opportuno raccordo tra decisioni di tipo politico e implementazione in azioni concrete. Fondamentale è anche il ruolo che potrebbe rivestire nell'assicurare una uniformità di percorsi e comportamenti tra le varie ASL e Aziende Ospedaliere.
Tuttavia, nella composizione proposta la Cabina di regia non prevede professionisti della Sanità "sul campo" (direttori sanitari, clinici esperti, etc.), né esponenti del mondo universitario. Inoltre, l'organismo che andrebbe a supportare importanti scelte della cabina di regia dal punto di vista degli investimenti e acquisti (C.Re.Va) sarebbe costituito unicamente da dirigenti regionali.
In questa composizione la governance risulta condizionata da una componente gestionale non sanitaria.

c) Gestione delle cronicità

Il PSR correttamente mette a fuoco la problematica dell'invecchiamento della popolazione, e del contestuale notevole aumento dei pazienti portatori di pluripatologie, quasi sempre di tipo cronico, ed identifica alcuni specifici percorsi di presa in carico. A questo riguardo, va rammentato che la Regione Umbria ha recentemente deliberato di recepire le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità. Tuttavia, le linee programmatiche, e le conseguenti azioni per implementare concretamente il Piano Cronicità deliberato dalla Regione sono al momento scarsamente dettagliate nel PSR.

d) Organizzazione della rete ospedaliera

A pagina 41 si legge: *"…. in conformità a quanto stabilito dalla Giunta regionale si è provveduto a coinvolgere alcuni professionisti con il mandato specifico, di formulare proposte di ridefinizione delle reti di patologia e di alcuni servizi clinici generali, per garantire la conformità ai parametri stabiliti dal DM 70/2015. Ciò consentirà di elaborare una revisione della rete ospedaliera regionale, che avrà come obiettivo quello di ridefinire la capacità delle strutture ospedaliere e rideterminarne la vocazione, al fine di assicurare un'elevata sicurezza e qualità nell'erogazione delle cure ai cittadini."*

Non è riportato quanto eventualmente elaborato da questi professionisti (né chi siano), per cui non è possibile valutare nel merito le possibili ricadute connesse alla proposta di revisione della rete ospedaliera, di cui non vengono forniti dettagli.

Inoltre, non vi è menzione chiara delle Aziende Ospedaliere Integrate Ospedale-Università, argomento evidentemente di grande rilevanza nella programmazione delle strategie assistenziali nel medio periodo.

Infine, come anche più appresso commentato, *ridefinizione delle reti di patologia e di alcuni servizi clinici generali,* che ovviamente ha un grande impatto nella organizzazione e nel funzionamento della Sanità regionale, è solo un enunciato, senza specifiche descrizioni.

e) Ruolo dell'Università

Poco definito è il contributo dell'Università allo sviluppo delle varie attività che investono la Salute. Oltre a quanto previsto nel già richiamato Memorandum, vi sono altre importanti attività che in tutta evidenza già ricadono nella mission dell'Ateneo, e dalle quali ovviamente essa non può essere esclusa, sia per motivazioni istituzionali che per ovvi motivi di competenze professionali.

Una evidente lacuna si riferisce alle attività di ricerca in campo biomedico, sia clinico che anche traslazionale, in cui non è esplicitato alcun coinvolgimento dell'Ateneo.

Altro punto da rimarcare è la previsione di poter stipulare convenzioni con Atenei extra-Regione per la frequenza di Medici in Formazione Specialistica in disciplina attualmente non presenti nell'Ateneo Perugino.
È ovviamente comprensibile che il SSR abbia necessità in questo senso, che possono andare oltre la attuale offerta formativa dell'Ateneo Perugino. Tuttavia, sembra certamente più efficiente, oltre che rispettoso del Memorandum, considerare la possibilità che la Regione intervenga favorendo l'istituzione di nuove Scuole di Specializzazione o il potenziamento di quelle esistenti all'interno dell'Università di Perugia, operando quindi in modo sinergico, e non alternativo, all'Università.

Con atti deliberativi regionali è stato statuito di dare vita ad una Biobanca di valenza regionale, per la quale sono già stati ottenuti finanziamenti, che rappresenta un imprescindibile salto di qualità in ambito di assistenza e di ricerca clinica. Tuttavia, nella corrente versione del PSR manca menzione della Biobanca.

f) Medicina Digitale

Lo sviluppo del ruolo dell'intelligenza artificiale rappresenta una parte interessante del PSR. Questo risponde alla indubbia necessità di sviluppare strumenti di IA come parte integrante di diverse componenti degli interventi sanitari, in particolare nello sviluppo di modelli di controllo delle patologie croniche, esigenza riconosciuta a livello nazionale con una linea di finanziamento del PNRR dedicata allo sviluppo dell'IA in Sanità. Tuttavia la trattazione e il ruolo dedicato all'IA risulta demandato a "gruppi di professionisti" non meglio definiti o a documenti esterni con taglio burocratico gestionale e non sanitario. Inoltre, il tema della sanità digitale è affrontato prescindendo dalla considerazione che tali nuovi strumenti dovrebbero interagire con una classe di professionisti in larga misura non familiare e non formata all'uso dell'IA in sanità e senza prospettare una interazione tra professionisti della sanità e professionisti dell'IT. Una tale interazione appare fondamentale non solo per la fase di sviluppo di sistemi adeguati all'organizzazione del SSR umbro ma assume una tale rilevanza da dover essere mantenuta nel tempo per assicurarne il mantenimento e lo sviluppo.

Considerazioni Specifiche

Patologie Croniche

Il modello per il controllo delle patologie croniche prevede un interessante sforzo per trasformare il sistema delle cure primarie in qualcosa assimilabile ad un "ospedale diffuso", in grado di assicurare interventi di prevenzione e cura per lunghi periodi, mediante il concorso delle persone (comunità, pazienti, persone impegnate nell'assistenza) e di diverse figure professionali anche non cliniche e in luoghi diversi (domicilio, ambulatorio, ospedale), non concentrati in un'unica struttura altamente organizzata come l'ospedale di elevata specialità.

Oltre al commento già esposto circa la necessità di una implementazione concreta del Piano Cronicità, si segnala un aspetto specifico importante perché la proposta possa avere effettiva ed efficace attuazione: l'idea che la realizzazione del modello ricada in larga misura su MMG e Pediatri di Libera Scelta, opportunamente dotati di *app* per accedere agli esami diagnostici e del supporto logistico gestionale delle COT, prospettato nel Piano rappresenta una evoluzione del rapporto medico-paziente facilitato dal supporto della COT e alleviato dal punto di vista dell'incontro fisico in presenza grazie agli strumenti informatici. Tuttavia, una potenziale criticità è rappresentata dal prevedere scontato che i medici riescano a modificare autonomamente e con facilità il loro modo di operare, adeguandosi e garantendo un livello più avanzato di complessità assistenziale per le cure territoriali (introduzione e monitoraggio di linee guida, adozione di atteggiamenti proattivi, diagnosi precoce delle patologie, verifica degli interventi degli specialisti e di altre figure professionali, attivazione programmata dei servizi ospedalieri, prevenzione a livello di comunità). Questo problema è stato colto anche dagli estensori del Piano, che a pag. 47 scrivono "*Al fine di attuare il modello assistenziale predetto si richiede ai professionisti ed al Sistema nel suo complesso un radicale cambio di passo*". Ma non vengono delineate le strategie per implementare e favorire il "cambio di passo".

Sembra necessario prevedere una progressiva gradualità temporale dell'implementazione di questi percorsi, preceduta e accompagnata da adeguata formazione degli operatori.

Assistenza Territoriale

La proposta di riduzione del numero dei Distretti da 12 a 5, pur andando nel verso di una auspicata semplificazione burocratico-amministrativa, rende maggiore la distanza anche fisica tra le comunità, le persone, e il distretto. La potenziale riduzione del controllo territoriale delle patologie croniche che ne consegue potrebbe nella pratica andare in realtà nella direzione opposta rispetto alla realizzazione di un capillare sistema delle cure primarie, laddove i modelli moderni suggeriscono invece una relazione di integrazione.

Reti Cliniche

Certamente la moderna impostazione dell'organizzazione sanitaria si sta evolvendo nel senso di privilegiare le Reti per specifiche patologie di particolare rilievo, ed il Piano va in questa direzione anche prevedendo l'organizzazione in ospedali di riferimento "*hub*", cui gli ospedali di livello inferiore ("*spoke*") dovrebbero fare confluire la casistica per specifiche patologie.

Manca un riferimento a successive elaborazioni delle reti cliniche rispetto al dettato del DM790/2015 quale ad esempio la "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" del 2018, e Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale del 2019.

Manca inoltre tra gli obiettivi delle Reti cliniche il contributo all'equità di accesso ai servizi.

In attesa della definizione delle aziende ospedaliere Integrate Ospedale-Università, si sottolinea la necessità di centralizzare alcune attività, in Primis il trattamento delle patologie tempo-dipendenti ma anche di alcune attività chirurgiche oncologiche e /o complesse, al fine di garantire le migliori condizioni di appropriatezza, efficacia e sicurezza per il paziente.

Salute Mentale

La salute mentale in senso ampio è un problema la cui rilevanza era difficile da sottovalutare prima della pandemia, risulta in tutta evidenza in queste fasi pandemiche e con ogni probabilità emergerà come tema da affrontare nel prossimo futuro, ma è scarsamente considerata nella bozza di PSR.

Formazione

La profonda riqualificazione dell'offerta formativa prevista tra le priorità del Memorandum avrebbe potuto rappresentare un punto di grande sinergia con l'Università di Perugia, e di ampliamento degli schemi del tradizionale rapporto tra Università e SSR, in una direzione suggerita anche dalle indicazioni nazionali al rafforzamento del rapporto tra formazione universitaria e servizi territoriali sia per i corsi di laurea sia per le scuole di specializzazione.

L'"attuazione del Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane già previsto dalla D.G.R. n. 1170/2018" che pure vede tra le sue finalità un obiettivo generico "favorire uno scambio continuo tra Università e tutti gli altri Attori coinvolti nel sistema formativo regionale (Aziende, Consorzio SUAP) per garantire un progetto comune di formazione e per dare coerenza,

circolarità e sinergia tra formazione di base e formazione continua delle professioni sanitarie; "(pagina 22) appare una scelta meno ambiziosa e con minore prospettiva di successo.

Valutazione dei Professionisti

Si prospetta *"...un nuovo modello di accreditamento e valutazione professionale basato sulla capacità operativa dei singoli professionisti valutabile sulla base del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.). Ciò varrà prevalentemente per i ruoli apicali delle strutture, siano esse a direzione ospedaliera che universitaria, derivanti da specifico protocollo d'intesa, a cui è demandata la funzione di organizzazione e programmazione dell'attività della relativa struttura. La non aderenza a tali parametri, dopo due anni dal conferimento dell'incarico, comporterà un'azione di attenta valutazione e verifica tra il mandato conferito e l'esito dell'attività svolta con l'assunzione delle conseguenti azioni finalizzate al rientro nei suddetti parametri"* (Pagina 41).

Va precisato che gli indicatori del PNE sono uno strumento importante, ma che è stato sviluppato e viene applicato dalle Agenzie governative e Enti di Ricerca Sanitaria per il monitoraggio delle Strutture Ospedaliere, non di singoli professionisti, e neanche di figure mediche apicali. E' infatti del tutto evidente che i professionisti non possono essere chiamati a rispondere, addirittura a pena di conseguenze sul loro incarico, di carenze organizzative nel percorso assistenziale che sono da rintracciarsi a carico dell'Ospedale (es: sale operatorie, disponibilità di attrezzature, posti-letto), o addirittura del SSR nel suo complesso (es: assistenza territoriale, organizzazione del 118).

Capitolo Profilo di salute

Il *Profilo di salute* della popolazione umbra in 6 pagine affronta i temi: contesto demografico e socio-economico, stato di salute (1 pagina), infortuni (1,5 pagine), i fattori di rischio comportamentali, i programmi di popolazione, la sicurezza alimentare. La sezione sullo Stato di salute dovrebbe costituire una base informativa per l'intero piano ma per estensione e contenuti risulta la più carente. Questa sezione è eminentemente descrittiva e non si capisce né quale sia il criterio adottato per definire i temi e le informazioni riportate né quello adottato per l'estensione delle sezioni. Non vi è bibliografia di riferimento, non si utilizzano grafici (né tabelle) per illustrare i dati e gli strumenti tecnici utilizzati per descrivere i fenomeni comprendono solo numeri assoluti, ranghi e percentuali. La sezione infortuni, anche se il titolo dovrebbe essere Infortuni e malattie professionali, è più avanzata e tra virgolette cita il "tasso standardizzato di infortunio ogni 1.000 occupati". Manca un'analisi dell'andamento temporale dei fenomeni rilevanti e la caratterizzazione territoriale nei casi di disomogeneità. L'analisi epidemiologica non distingue patologie cardio e cerebrovascolari. Per alcune patologie si fa riferimento a fattori di rischio sebbene a questi sia dedicata poi una sezione separata. Nessun riferimento a fenomeni rilevanti quali patologie rare, salute materno infantile, patologia mentale, salvo poi trovarne cenno nella sezione intitolata Infortuni. Ne emerge un quadro sommario e parziale punteggiato di buone notizie quali la bassa mortalità evitabile e il funzionamento degli screening ma del tutto privo di prospettiva e incapace di fornire un quadro della dimensione dei problemi.

"In Umbria si registrano, per il 2019, circa 6.400 nuove diagnosi di tumore maligno." Pagina 9
Dato che il registro tumori è fermo al 2016 ed è in fase di riavvio si tratta di una stima –cioè di un dato ottenuto come predizione dagli anni disponibili- e non di un dato registrato. La mancanza delle fonti qui come altrove non aiuta.

Difficile comprendere dal punto di vista classificatorio perché la sezione Infortuni comprenda, in aggiunta ad alcuni dati sulle malattie professionali, la seguente miscellanea:
"Circa l'8% degli adulti di età 18-69 anni riferisce sintomi depressivi, valori tra i più elevati a livello nazionale, anche se nel tempo (dal 2012) si osserva una chiara tendenza alla riduzione di tale indice. Sono più colpiti gli anziani, le donne, le persone socialmente più svantaggiate, chi non possiede un lavoro regolare, chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica e chi vive da solo. Conseguentemente il consumo di farmaci antidepressivi risulta tra i più elevati a livello nazionale. Per quanto riguarda la salute materno-infantile in Umbria il maggior rischio di controlli tardivi (prima visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione) è associato alla giovane età (< 20 anni), all'essere straniera o con scolarità medio-bassa. Sotto la media nazionale la percentuale di parti con taglio cesareo (22,1%). In netta riduzione negli ultimi anni, e al di sotto dei valori medi nazionali, risulta, in Umbria, il consumo di antibiotici." Pagina 10

La sezione dedicata ai programmi di popolazione (cioè gli screening oncologici e le vaccinazioni) non contiene dati ma solo affermazioni qualitative come migliore / peggiore.

Dato che manca una bibliografia le affermazioni quantitative e qualitative rimangono prive di riferimento

*"da caratterizzare come luogo di elezione per la cura della acuzie, anziché come luogo inappropriato alla gestione della cronicità, **in grado di rispondere a necessità di gestione di quadri clinici complessi e/o di interventi chirurgici di alta specializzazione, di alta complessità e richiedenti approcci multidisciplinari**" pagina 29*
In realtà l'ospedale non è solo il luogo di trattamento dei quadri acuti ma invertendo il paradigma il luogo in *grado di rispondere a necessità di gestione di quadri clinici complessi e/o di interventi chirurgici di alta specializzazione, di alta complessità e richiedenti approcci multidisciplinari* che possono accedere in fase di acuzie o peggio in emergenza o in modo programmato, modalità che dovrebbe assumere un ruolo importante se non preminente in presenza di un sistema efficace di gestione delle cure primarie

"Tale modello organizzativo rappresenta una vera e propria rivoluzione dell'attività del MMG che passa da una medicina di pura attesa ad una medicina di iniziativa, secondo il modello del Chronic Care Model, con una gestione attiva ed organizzata delle patologie croniche." (pagina 29)
Se da un lato è innegabile il ruolo importante che un modello di controllo della patologia cronica tende ad assegnare al Medico di Medicina Generale, l'identificazione del *Chronic Care Model* con i MMG rappresenta un errore. Anzi un ostacolo alla realizzazione del modello.

"*revisione della distribuzione geografica e numerosità dei Distretti, che prevede la riduzione dagli attuali 12 ai futuri 5, è stato realizzato attraverso un'attenta analisi degli indici demografici di ogni territorio, delle loro caratteristiche morfologiche ed orografiche, tenendo conto della capillarità delle vie di comunicazione, della presenza di strutture di assistenza sia primaria, che ospedaliera, nonché dei punti di primo soccorso, al fine di concepire il miglior scenario possibile per la valorizzazione dei territori, senza però incorrere in complesse operazioni di ingegneria istituzionale*" pagina 31
I numerosi criteri sono enumerati ma non elencati. Di fatto si opera un accentramento e una riduzione in un sistema che dovrebbe compensare l'analoga operazione realizzata per l'assistenza ospedaliera, garantendo che l'accentramento delle strutture di ricovero non si traduca in barriere geografiche, socio-economiche e di altra natura all'accesso agli interventi di prevenzione secondaria, diagnosi e cura.

"*...recupero del **ruolo del MMG e PLS quale responsabile clinico del paziente**" pagina 34*
Richiederebbe la caratterizzazione storica di questa perduta età dell'oro e cosa si intenda con responsabile clinico del paziente, persona dotata di autonomia e arbitrio; dato che le parole "clinico" e "paziente" potrebbero essere interpretate come in contrasto quanto affermato su prevenzione ed "*empowerment*", il coinvolgimento attivo e consapevole delle persone nella gestione della patologia cronica ma anche un miglioramento delle capacità di evitare l'insorgenza di tali patologie grazie ad un miglior controllo dei determinanti. Per inciso si assimilano spesso i PLS ai MMG ma i primi sono assai meno coinvolti nella presa in carico di patologie croniche.

"- Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno." pagina 35
Andrebbe scritto in modo comprensibile. Si intende che clinici o gruppi di professionisti afferenti alle CdC e altro utilizzano strumenti di "*e-health*" e telemedicina per la gestione dei pazienti in

assistenza domiciliare e allo stesso tempo la COT provvede alla prenotazione di esami e altre attività, e che gli strumenti utilizzati possono attivare i professionisti segnalando un bisogno decodificato?

"la responsabilità della COT hub è affidata ai Coordinatori di distretto con (eventuale) rotazione annuale previa valutazione dell'attività svolta (pagina 35)". Da quanto sopra sembrava potersi evincere che il Coordinatore dei Distretti fosse unico.

Obiettivo/Finalità

" *Promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero con l'obiettivo di raggiungere un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e nel contempo l'integrazione tra la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali, rendendo più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali declinata alla luce della normativa vigente (DM 70/2015) relativamente ai livelli gerarchici delle strutture ospedaliere, ai bacini d'utenza per l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi e dei volumi d'attività per l'adeguatezza degli esiti." Pagina 39*

"Va pertanto migliorata l'organizzazione complessiva dell'ospedale per garantire la rapida consulenza specialistica o l'esecuzione di esami diagnostici richiesti dal P.S. ai fini di un'efficace, efficiente e tempestiva gestione del percorso. Vanno quindi potenziati gli strumenti informativi volti ad accelerare il percorso diagnostico/consulenziale e ad individuare in tempo reale la disponibilità di posti letto presso le unità operative di degenza coeve con la complessità del caso. In considerazione dell'eccessivo/improprio accesso al P.S. di codici bianchi dovranno essere previsti, per tali condizioni, percorsi differenziati ..." pagina 42

Molte indicazioni generiche su quello che va fatto che prescindono da una descrizione di quanto si fa, delle risorse disponibili e di quanto sarebbe necessario per introdurre le modifiche elencate. Anche considerando il riferimento al Libro Bianco dove alcune attività e strutture sono effettivamente descritte, quanto proposto nel PS si limita, talvolta, ad una dichiarazione di intenti. In che tempi? Con quali risorse? Perché si è scelto questa proposta e quali sono gli obiettivi misurabili che si vogliono conseguire?

Il paziente non urgente programmabile

"Per i pazienti non in condizioni critiche si assume come modello organizzativo quello della rete delle strutture ospedaliere quali luoghi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che in un'ottica di appropriatezza e sicurezza, assicurano, all'interno del percorso di cura, procedure/interventi e prestazioni che richiedono competenze e tecnologie specifiche, tali da garantire al paziente un percorso che si struttura all'interno della rete stessa. In questo percorso l'ospedale viene attivato come nodo della rete (pagina 43)".

Questo riferimento esclusivo all'assistenza ospedaliera appare in palese contrasto con quanto enunciato all'esordio del paragrafo sulle reti in cui si poneva l'obiettivo di un minor ricorso al regime di ricovero ospedaliero. Anche in questa sezione colpisce la fede nella parola modelli e la convinzione che scrivere che il tale intervento o la tale procedura sarà fatto meglio di prima poi si tradurrà in reale miglioramento senza chiarire come, da chi e con quali risorse rispetto ai diversi problemi di salute e interventi questo meglio sarà realizzato.

Inoltre, si esprimono dubbi sulla connotazione delle strutture ospedaliere come luogo di prevenzione; al più si suggerisce di riformulare dove realizzare anche attività di prevenzione.

"Non secondaria sarà la rimodulazione della rete riabilitativa particolarmente per le alte specialità (pagina 44)".
Appare necessario illustrare tale rimodulazione nel Piano Sanitario Regionale.
"...Sarà pertanto necessario ridefinire il ruolo dell'ospedale e del territorio nella presa in carico del paziente nelle sue varie fasi di malattia garantendo setting assistenziali appropriati al quadro clinico attuale, assicurando una condivisione delle informazioni e dei protocolli di gestione assistenziale che evitino soluzioni di continuità nel percorso di cura. Sempre maggiore sarà la necessità di implementare una medicina di iniziativa a livello territoriale con un ruolo pro attivo verso l'anticipazione delle necessità assistenziali, inviando il paziente a percorsi di ricovero specifici, evitando accessi urgenti ed impropri al P.S. con ricoveri urgenti magari in ambiti assistenziali non congrui. La necessità, pertanto, di far fronte ad una tipologia di "acuzie programmata", tipica delle condizioni croniche instabili soggette a frequenti fasi di riacutizzazione, richiede un ripensamento del modello di assistenza ospedaliera meglio commisurato a tale tipologia di utenti. In riferimento a questo target di pazienti diventa necessario introdurre in ospedale modelli organizzativi in cui gli stessi possano essere presi in carico anticipatamente in una determinata area di ricovero (nella fase iniziale di instabilità/riacutizzazione), programmando una presa in carico prima che il paziente sia instabile e acuto, anticipando accessi impropri al PS. Presupposto a tale modello organizzativo è che il livello ospedaliero e territoriale possano condividere tutte le informazioni ed i protocolli necessari alla comune gestione del caso in una relazione bidirezionale tra i professionisti..."
"Obiettivo di tale modello di ridefinizione operativa funzionale delle strutture ospedaliera nella gestione del paziente cronico instabile, è la definizione di protocolli condivisi ospedalieri ed extra-ospedalieri per la gestione dei pazienti cronici condivisa tra MMG, specialisti e distretto, nonché la definizione e realizzazione di modalità operative di supporto degli specialisti ospedalieri ai medici del territorio (consulenze, telerefertazione, tele consulenze)." Pagina 46
Concettualmente sembra condivisibile l'orientamento, rispetto ad una piena realizzazione del modello territoriale di controllo delle patologie croniche, ad una attivazione programmata degli interventi che richiedono il regime di ricovero o comunque l'esecuzione in ambiente ospedaliero ma tutti questi "sarà" e "si dovrà" si scontrano con la individuazione di un sistema delle cure territoriali affidato al MMG/PLS che per cause indefinite dovranno operare in modo molto diverso da quanto fatto finora e assumeranno improvvisamente il ruolo (con il supporto della COT ovviamente) di perno del servizio sanitario, tanto da non affidarsi allo specialista e all'ospedale ma all'opposto determinarne l'attività agendo da responsabili clinici del paziente. Come se non avessimo alle spalle decenni di investimento prevalente sull'assistenza ospedaliera e una storica preminenza dello specialista ospedaliero nel determinare le traiettorie assistenziali per le specifiche patologie di sua competenza. Senza specificazione di come tale copernicana rivoluzione dovrà avvenire, è difficile nutrire una ragionevole fiducia che essa avverrà.

Nel paragrafo 3.2.3. LA MEDICINA DI INIZIATIVA TERRITORIALE sussiste una grande confusione tra la presa in carico di un paziente con patologia cronica ("monomorbido") e le ampie finalità della medicina di iniziativa; questa confusione è in parte giustificata dalla letteratura relativa ai modelli di controllo delle patologie croniche e da alcune proposte iniziali (stratificazione della popolazione in base alle patologie e agli interventi sanitari) volte a compensare l'ambito di realizzazione del sistema delle cure primarie che comunque si realizza in un quadro di relazione tra

persone e servizio sanitario, specialmente tra persone e MMG/PLS. Il sistema delle cure primarie e la parte di tale sistema che si rivolge al controllo della patologia cronica privilegia strutturalmente l'intervento di tipo clinico e quindi trova maggiori difficoltà nella realizzazione di interventi di prevenzione (primaria, ambientale) e nel coinvolgimento ampio delle persone (incluse quelle che si rivolgono meno al MMG e al SS in genere). Il modello di controllo delle patologie croniche si presta ad una presa in carico della patologia (e qui l'elemento proattivo è meno rilevante rispetto all'adozione di PDTA) quale quello descritto in dettaglio alle pagine 46 e 47. Il modello diviene proattivo quando si rivolge alla diagnosi tempestiva o presintomatica di malattie o condizioni di premalattia che poi vengono adeguatamente prese in carico (ipertensione, dislipidemia, diabete o pre diabete) in modo da scongiurarne l'evoluzione sfavorevole. In genere prevalgono gli interventi clinici (ad esempio controllo farmacologico dell'ipertensione o della dislipidemia) e di prevenzione secondaria rispetto ad interventi di prevenzione primaria che si basano per lo più sul *counseling* (corretta alimentazione, non fumare). L'aspetto proattivo o di iniziativa nella gestione del malato cronico con diagnosi appare di rilevanza minore.

"MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono figure chiave per la prevenzione e promozione della salute, per favorire l'health literacy e l'empowerment dei cittadini e per contrastare le disuguaglianze;" pagina 52
Tale assunto non trova attuazione attraverso interventi strutturati di provata efficacia previsti nel Piano Sanitario Regionale.

"Capitolo fondamentale sarà l'organizzazione della rete delle cure palliative dell'età pediatrica che inizierà da una valutazione dei bisogni con un censimento della popolazione pediatrica affetta da patologie inguaribili (che necessitano di almeno un device e/o ausilio per la ventilazione, per la deambulazione o per la nutrizione), nonché una valutazione di tutte le patologie rare presenti nel registro regionale con il fine di individuare tutte quelle patologie attualmente definite non guaribili e che necessitano di accedere al percorso delle Cure Palliative Pediatriche" pagina 56
Non si capisce perché tutte le cose sono da realizzare separatamente, in altra sede. Perché non riportare qui i dati contenuti nel registro delle patologie rare e fornire una conseguente descrizione delle risorse e delle dimensioni della rete che viene a priori ritenuta fondamentale?

In ragione di quanto sopra esposto, acquisito altresì al riguardo il parere del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, è parere di questo Ateneo che il Piano Sanitario Regionale 2021-2025 richieda una sostanziale revisione.