

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE SA/3  
Vallo della Lucania (SA)

PIANO ATTUATIVO LOCALE

**Bozza non corretta**

## ***INTRODUZIONE***

L'approvazione del Piano Sanitario Regionale per gli anni 2002/2004 costituisce un momento fondamentale per la programmazione sanitaria, soprattutto per la completezza che sarà possibile conferire ai vari interventi.

I problemi della sanità, e ancor più quelli della salute, si caratterizzano, come molte altre cose del nostro tempo, per la loro complessità. E' una complessità che si sconta su fronti diversi, dalla eziologia sino al sistema delle risposte sanitarie, dalla dimensione territoriale a quella economica, da quella dell'approccio culturale a quella della interazione dei sistemi.

Alla complessità si è data spesso una risposta, necessaria per molti versi, in termini di settorialità, mentre, più opportunamente, si sentiva il bisogno di ricondurre anche problemi specifici o, comunque particolari, ad una visione globale e compiuta.

Con il Piano Attuativo Locale (P.A.L.), sulla scia del servizio sanitario delineato nei piani sanitari nazionale e regionale, la pianificazione aziendale assume un rilievo più ampio ed una maggiore incisività nel garantire livelli di assistenza uniformi sull'intero territorio dell'Azienda e soprattutto nello stabilire un efficace rapporto tra la domanda di salute e la capacità di risposte con i mezzi disponibili.

Il processo di aziendalizzazione che sta interessando il Servizio Sanitario Nazionale è stato cercato, individuato, voluto con obiettivi ben precisi e cioè con l'intento di contenere e razionalizzare la spesa e di ottenere un prodotto qualitativamente migliore. I nuovi metodi di gestione devono così tener conto della necessità di misurare i risultati ottenuti col perseguimento di obiettivi concreti e di un ottimale rapporto costo-qualità del servizio reso.

La programmazione, intesa come elemento di pianificazione e guida dell'attività, diventa così non una attività aggiuntiva ma un metodo di lavoro dell'intera organizzazione. Occorre mettere in relazione le risorse finanziarie con gli obiettivi dell'azione da svolgere; le spese non sono più espresse in funzione del tipo di fattori impiegati (personale, beni e servizi) o in funzione delle attività svolte o delle strutture operanti (medicina di base, specialistica, ospedaliera, farmaceutica, ecc.) ma in rapporto a ciò che esce dall'attività (prestazioni o, meglio, tipo di bisogno da soddisfare), capacità di tener conto del futuro, capacità di valutare gli effetti rilevanti sull'intera organizzazione (cioè sugli altri settori di attività). Ora, mentre è certamente più semplice, anche se di non facile realizzazione, agire sui modelli che riguardano il primo obiettivo (contenimento e razionalizzazione della spesa) in virtù di una sempre più crescente presa di coscienza da parte degli operatori, del loro coinvolgimento nei processi di responsabilizzazione, nella ricerca continua di aggiornamento, certamente più difficile è il perseguimento del secondo obiettivo, quello del

miglioramento e controllo della qualità del servizio. La crescente sensibilità verso le problematiche inerenti la qualità dei servizi erogati dalle nostre strutture sanitarie impone la necessità di procedere a continue ricerche al fine di individuare linee guida per la definizione di modelli organizzativo-gestionali che permettano di perseguire un miglioramento qualitativo del servizio erogato, in sintonia con gli obiettivi nazionali e regionali. In pratica lo sforzo è quello di far coincidere la qualità percepita con quella che era nelle iniziali aspettative del cittadino. La continua collaborazione con gli Enti Locali e con le altre realtà istituzionali, sanitarie, sociali, pubbliche e private, con le associazioni di volontariato, costituisce, poi, una precondizione essenziale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, obiettivi che sono stabiliti nei limiti delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio del bilancio ma che privilegiano la qualità delle prestazioni riconvertendo risorse in una dinamica di maggiore efficienza e di oculato utilizzo di quanto assegnato dalla Regione Campania. Certo, l'Azienda Salerno 3, con il suo ultimo posto in tema di densità abitativa media (88,4 ab./Kmq) costituisce una peculiarità nel panorama delle Aziende Sanitarie della Regione. L'ampia superficie, infatti, costituita da zone di montagna, di collina, di pianura, con ampio litorale, con le sue caratteristiche intrinseche di difficoltà viaria, determina la necessità di un forte decentramento di servizi per poter garantire a tutti i cittadini, sparsi nell'ampio territorio, facilità di accesso almeno per i livelli essenziali di assistenza

Codesta missione però non è perseguibile con l'atomizzazione organizzativa rigida, costosa quanto scarsamente produttiva, ma con l'efficace uso di tecnologie informatiche e con il sapiente dosaggio di elementi soggettivi (operatori) ed oggettivi flessibili, di per sé capaci di rispondere dinamicamente alla domanda dei cittadini.

Il Piano deve rispondere a questa esigenza. Per costruirlo però è pregiudiziale l'analisi penetrante della realtà in cui si cala e dei bisogni che interpreta e che deve soddisfare.

## **1. LA REALTÀ GEOGRAFICA, SOCIO CULTURALE E DEMOGRAFICA**

**1.1** L'Azienda Sanitaria Locale SA/3 è stata costituita con D.P.G.R.C. n.12272 del 22.12.1994 e comprende il territorio delle ex UU.SS.LL. 57 (Polla), 58 (Rocccadaspide), 59 (Vallo della Lucania), 60 (Agropoli) e 61 (Sapri).

Essa ha sede legale in Vallo della Lucania e comprende 94 Comuni, per complessivi 273.670 abitanti su un territorio di 3080,4 Kmq che costituisce il 63% dell'intero territorio della provincia di Salerno.

Il territorio si dispiega tra monti e mare ; la costa che si affaccia sul Tirreno rappresenta un terzo dell'intera costa campana. Oltre il 50% dei Comuni hanno una popolazione inferiore ai 2.000 abitanti e soltanto 3 Comuni superano i 10.000 abitanti. L'agricoltura riveste ancora un ruolo primario tanto nell'economia che nella conservazione del paesaggio. Il turismo sta acquistando, però, un ruolo di primo piano, sia per le bellezze naturali della zona che per le sue ricche testimonianze storiche e culturali, tanto da vedere incluse le aree archeologiche di Paestum e Velia e la Certosa di Padula tra le zone patrimonio dell'umanità, protette dall'UNESCO.

**1.2** Sia la situazione geografico-sociale che la nuova vocazione turistica costituiscono elementi indicativi per una definizione della mappa dei servizi sanitari, mappa che deve, però, tener conto di due fenomeni sociali di notevole importanza quali l'immigrazione e lo stato di invecchiamento della popolazione. Nell'ASL SA/3, nell'anno 2000, secondo il dato ISTAT che probabilmente non rispecchia la realtà per la presenza di stranieri irregolari , il flusso migratorio è risultato negativo (-448 unità), pari allo 0,16% della popolazione rispetto allo 0,32% del corrispondente valore Regionale.

Gli stranieri regolari, iscritti nelle anagrafi comunali sono 1609, rappresentati per la maggior parte da extracomunitari; i dati però sono sottostimati per una quota pari almeno al 15 - 20% di stranieri irregolari. All'interno del territorio ASL la distribuzione di immigrati non è uniforme; la maggiore concentrazione si ha nelle zone a forte presenza di attività produttive, in particolare del settore agricolo. Infatti, il maggior numero di lavoratori immigrati si riscontra nei Distretti di Capaccio, Agropoli, Polla e Sala Consilina, che sono le zone dell'ASL a più alta concentrazione di attività agricole, artigianali e di servizio.

**1.3** Più importante risulta la problematica connessa con lo stato di invecchiamento della popolazione. I soggetti di età superiore ai 64 anni rappresentano il 20,7% della popolazione (56.850 unità) -(tabella I)

**TABELLA I**  
**Raffronto soggetti > 64 anni ASL SA/3/Campania/Italia**

	Maschi	Femmine	Totale	Tasso ‰
ASL SA/3	25.254	31.596	56.850	20,7
Campania	321.639	463.586	785225	14
Italia	4.121.450	5.890.596	10.012.046	17,4

Raffrontando i dati nazionali, della Regione Campania e dell' ASL SA/3 (tab.2), risulta che le persone anziane nella ASL SA/3 superano di circa il 50% la media regionale e del 20% la media nazionale.

Nell'ASL SA/3, l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione > 64 anni e popolazione < 15 anni) è pari al 138% (138 anziani ogni 100 soggetti inferiori a 15 anni). Il confronto con i dati regionali evidenzia una notevole differenza, risultando quest'indice quasi due volte superiore a quello regionale (70,9%), mentre minore è la differenza con i rilievi nazionali (Tabella II).

**TABELLA II**  
**Indice di vecchiaia nella ASL SA/3 - confronto con l'Italia e la Regione Campania**

ITALIA	Italia	Campania	A.S.L. SA/3
Indice di vecchiaia	119,4%	70,9%	137%

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è prevalentemente dovuto alla bassa natalità e ai flussi migratori di soggetti in grado di produrre reddito nelle regioni del centro e del nord dell'Italia.

**1.4** Il raffronto dei tassi di natalità evidenzia che nell'ASL SA/3 il numero di nati è pari a 9,3 x 1000, inferiore di 3.1 x 1000 abitanti rispetto al corrispondente valore regionale (12.4 x 1000) ed è quasi uguale al valore nazionale (9.4 x 1000).

Nel 2000 si è continuato a registrare un decremento del tasso natalità (0.5%) rispetto al 1999.

<b>TABELLA III - Nuovi nati per anno e tasso x 1000 abitanti</b>						
ANNI	95	96	97	98	99	00
Nuovi nati	2934	2765	2669	2674	2549	2479
Nati x 1000 ab.	10,7	10,1	9,8	9,8	9,3	8,8

La natalità viene valutata anche attraverso l'indice di fecondità totale, che esprime il numero medio di *figli per ogni donna in età feconda* in un determinato anno. Tale indice è inferiore al dato regionale ed è di poco superiore a quello nazionale (TABELLA IV).

<b>TABELLA IV</b>	
<b>Numero medio di figli per donna in età Feconda (15 – 49 anni)</b>	
ASL SA/3	1,3
Campania	1,5
Italia	1,2

**1.5** La mortalità generale, valutata nel periodo 1996-1998 (dati ISTAT) è inferiore sia al dato nazionale che a quello regionale. Nell'anno 1997, l'attesa di vita alla nascita ha raggiunto il valore di 76,3 anni per i maschi ed 82,4 anni per le femmine. La mortalità, dal 1995 al 2000, è andata lentamente e progressivamente riducendosi ( Tabella V).

<b>TABELLA V mortalità anni 1995-2000 ASL SA/3</b>						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Totale	2.468	2.423	2.594	2.569	2.420	2.495
Mortalità x 1000 ab .	9	8,9	9,5	9,4	8,9	8,8

Il saldo naturale (differenza tra nati vivi e soggetti morti) si è andato progressivamente riducendo negli anni, in netta controtendenza rispetto ai valori Regionali (TABELLA VI).

<b>TABELLA VI Saldo naturale per anno ASL SA/3</b>						
Anni	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nati	2.934	2.765	2.669	2.674	2.549	2.479
Morti	2.468	2.423	2.594	2.569	2.420	2.495
Saldo naturale	466	342	75	105	129	-16

**1.6** Le situazioni evidenziate e i fenomeni sociali indicati costituiscono elementi da tener presente in una pianificazione di interventi sanitari, sia per gli aspetti geografico-territoriali che per il maggior numero di patologie connesse con lo stato di invecchiamento della popolazione e sia per le condizioni di salute degli immigrati..

Sono elementi ai quali dare significato nel documento di riferimento programmatico anche per le scelte strategiche e di elaborazione della politica sanitaria e dei servizi. L'analisi dei bisogni di salute della popolazione dovrà condurre a definire le scelte relative ai problemi prioritari da affrontare e le linee di intervento intersettoriali con cui perseguire determinati traguardi di salute della popolazione.

Una corretta analisi, poi, della politica dei servizi dovrà definire le scelte relative al modello di organizzazione e alle relazioni tra i diversi livelli di programmazione previsti nel sistema regionale e in quello locale, in un'ottica di integrazione con i servizi sociali al fine di orientare l'offerta e il suo funzionamento verso la configurazione meglio capace di soddisfare le esigenze specifiche dei cittadini.

## **2. LA REALTÀ SANITARIA**

Il territorio dell'Azienda risulta attualmente diviso in 8 Distretti, in conformità della L.R. 3 novembre 1994, n.32 e delle successive determinate regionali (vedi schede allegate).

Il Piano Sanitario Regionale registra come le attuali dimensioni risentano del precedente indirizzo programmatico che vedeva nel distretto l'organizzazione periferica dell'Azienda, in aderenza prevalente alle caratteristiche geo-morfologiche del territorio ed alle dotazioni strutturali preesistenti.

Le linee guida per la emanazione dell'atto aziendale hanno però delineato la necessità di ricomporre gli ambiti territoriali secondo quanto previsto dal D.Lgs.229/99, in una dimensione riconoscibile quale punto ottimale di bilancio costo/beneficio tra domanda ed offerta.

Questa Azienda, nel rispetto del Piano Sanitario Regionale, è tenuta a procedere ad una riduzione del numero dei Distretti, attualmente in numero di otto, sempre nel principio della salvaguardia delle attività sanitarie e con implementazione delle attività amministrative, al fine di non arrecare pregiudizio alla popolazione. Tanto anche alla luce delle particolarità e della vastità del territorio, caratterizzato da difficoltà di collegamenti e di accesso, da carenze di infrastrutture, da popolazione eccessivamente sparsa ed anziana.

La situazione si riversa inevitabilmente sugli istituendi Distretti, derivanti dall'accorpamento delle attuali territorialità, e determina all'interno del Distretto, un incremento funzionale per garantire comunque possibilità di accesso ai servizi.

Al Distretto, peraltro, viene riconosciuto, nel Piano Sanitario Regionale, un ruolo centrale nell'ambito delle politiche sanitarie; un ruolo caratterizzato, nell'ambito del processo di aziendalizzazione, da principi di autonomia organizzativa, responsabilità sia cliniche che gestionali, attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto sanitario perciò deve essere l'ambito organizzativo territoriale per l'esercizio di attività e per l'erogazione di prestazioni di tutela e promozione della salute, di assistenza sanitaria, di assistenza socio-sanitaria, di integrazione con le altre risorse presenti nel territorio, in particolare con i servizi degli Enti locali, con la scuola, con i servizi di protezione civile, con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini e con i settori produttivi.

I Distretti devono garantire le prestazioni e le attività previste dalla vigente normativa nazionale e regionale, dimensionate ed organizzate in relazione alla specificità del territorio ed ai bisogni di salute della popolazione, secondo linee guida individuate per l'area gestionale territoriale.

Il modello di organizzazione sarà quindi basato sulla interdisciplinarietà ed integrazione funzionale delle équipes operative, costituite in funzione delle prestazioni da erogare nonché dei progetti e dei programmi di assistenza indicati nello specifico programma delle attività territoriali che saranno definite nel Piano Attuativo Locale.

## 2. 1 DISTRETTO SANITARIO n. 106 - CAPACCIO

Comuni: Capaccio, Trentinara, Albanella, Giungano e Monteforte Cilento.

Popolazione residente: 30.719

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio: Capaccio</b> Chirurgia Generale Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Medicina dello Sport, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia – Ginecologia, O.R.L., Psichiatria, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia, Neuropsichiatria Infantile, Urologia, Pediatria	<b>Studi Radiologici:</b> Staccioli–Albanella Natella-Capaccio.  <b>Centri di Riabil. Tipo A:</b> Staccioli–Albanella Natella-Capaccio.  <b>Lab. analisi</b> Rago-Capaccio Nuova Alba –Albanella  <b>Centro di dialisi</b> Dialcenter-Capaccio
<b>Consultori Familiari:</b> Capaccio	
<b>SAUT :</b> Capaccio	
<b>Presidi di Continuità Assistenziale:</b> Albanella, Capaccio, Monteforte Cilento,	
<b>R.S.A.</b>	
<b>N. medici MMG = 23</b>	
<b>N. Pediatri di Lib. Scelta = 4</b>	
<b>N. Medici Cont. Assist. = 12</b>	
<b>N. Medici SAUT = 14</b>	
<b>N. 1 punto prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.2 DISTRETTO SANITARIO n° 108 - AGROPOLI

Comuni: Agropoli, Castellabate, Cicerale, Laureana Cilento, Lustra C., Montecorice, Ogliastro C., Perdifumo, Prignano C., Rutino, Serramezzana, Torchiara,

Popolazione residente: 41.752

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatori: Agropoli e Castellabate</b> Allergologia, Chirurgia Generale, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Medicina dello Sport, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia – Ginecologia, O.R.L., Neurologia, Nefrologia, Psichiatria, Urologia, Pediatria, Odontostomatologia	<b>Studio Radiologico</b> Malzoni- Agropoli  <b>Centri di Riab. Ex art. 26</b> Malzoni-Agropoli CRM-Agropoli.  <b>Laboratori Analisi</b> Alto Cilento-Torchiara Biodiagnostico-Agropoli Polidiagnostico-Agropoli Gatto-Agropoli Biomedica-Castellabate Piccirillo-Castellabate  <b>Centri Dialisi</b> Malzoni-Agropoli Dialisi Cilento-Castellabate
<b>Centro Diurno Psichiatrico</b>	<b>Casa di cura “Malzoni”</b>
<b>Consultori Familiari:</b> Agropoli, S. Maria C/t, Mercato Cilento.	
<b>SAUT:</b> S. Maria di Castellabate-Acciaroli	
<b>Presidi di Continuità Assistenz.:</b> Agropoli, Montecorice, Perdifumo, S: Mauro C., Torchiara.	
<b>N. medici MMG = 37</b>	
<b>N. Pediatri di Lib. Scelta = 5</b>	
<b>N. Medici Cont. Assist. = 24</b>	
<b>N. Medici SAUT = 11</b>	
<b>N. 1 punto prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.3 DISTRETTO SANITARIO N° 107 - ROCCADASPIDE

Comuni: Roccadaspide, Aquara, Bellosguardo, Castel San Lorenzo, Castelcivita, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Laurino, Ottati, Piaggine, Roscigno, Sant'Angelo a Fasanella, Sacco, Valle dell'Angelo.

Popolazione residente: 26.253

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione Diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio:</b> Roccadaspide Cardiologia, Pneumologia, Ortopedia, Fisiatria, Riab. Tipo A, Oculistica, Neurologia, Geriatria, O.R.L., Urologia, Nefrologia, Diabetologia, Endocrinologia, Ostetricia-Ginecologia, Pediatria.	<b>Studi Radiologici</b> Stacciali - Roccadaspide  <b>Centri di Riabilitazione tipo A</b> Stacciali - Roccadaspide  <b>Centri di Riabilit. ex art 26</b> I.P.R.Ha.- Roccadaspide Ortokinesis - Piaggine  <b>Laboratorio di Analisi</b> Inglese - Roccadaspide. Biochimica - Roccadaspide. LED - Roccadaspide.
<b>Specialistica territoriale:</b> <b>Oculistica:</b> Bellosguardo e Piaggine <b>Geriatria:</b> Piaggine – Castecivita e Bellosguardo	
<b>Consultori Familiari:</b> Roccadaspide	
<b>Centro Diurno Psichiatrico</b> <b>SIR Roccadaspide</b> <b>RSA Laurino</b>	
SAUT: Piaggine, Bellosguardo.	
<b>Presidi di Continuità Assistenz:</b> Aquara, Castel San Lorenzo, Castelcivita, Corleto Monforte, Laurino, Roscigno, Sant'Angelo a Fasanella, Roccadaspide.	
<b>Presidio Ospedaliero</b>	
<b>N° Medici di MMG = 25</b>	
<b>N° Pediatri di Libera Scelta = 3</b>	
<b>N° Medici di Continuità Assistenz. = 32</b>	
<b>N. Medici SAUT = 16</b>	
<b>N. 9 punti prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.4 DISTRETTO SANITARIO 109 - VALLO DELLA LUCANIA

Comuni: Ascea, Campora, Cannalonga, Casalvelino, Castelnuovo C.to, Ceraso, Cuccaro Vetere, Futani, Gioi, Laurito, Magliano Vetere., Moio della Civitella, Montano Antilia, Novi Velia, Omignano, Orria, Perito, Salento, San Mauro la Bruca, Sessa C.to, Stella C.to, Stio, Pollica, Vallo della Lucania.

Popolazione residente: 51.345

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione Diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio: Vallo Della Lucania</b> Cardiologia, Pneumologia, Ortopedia, Fisiatria, Oculistica, Neurologia, O.R.L., Urologia, Diabetologia, Endocrinologia, Ostetricia-Ginecologia, Pediatria, Chir. Gen., Neuropsichiatria Infantile, Cardiologia, Dermatologia. Riabilitazione tipo A ed ex art. 26.	<b>Riabilitazione tipo A</b> FKT Cil.-Vallo Della Lucania  <b>Centri di Riabilitaz. ex art. 26</b> FKT Cil.-Vallo Della Lucania Medica-R – Vallo Medica Sud- Castelnuvo Cilento  <b>Laboratorio di Analisi</b> D’Arena- Vallo Della Lucania. Schiavo-Vallo Della Lucania  <p style="text-align: center;"><b><u>Emo</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>dialisi</u></b></p> Meridial – Vallo della Lucania
<b>Laboratorio Analisi e Radiologia</b>	
<b>Centro di Riabilitazione</b>	
<b>R.S.A. Vallo Della Lucania</b>	
<b>Centro Diurno Psichiatrico</b>	
<b>Consultori Familiari:</b> Vallo – Omignano-Pollica-Stio-Laurito.	
<b>SAUT:</b> Ascea.-Gioi	
<b>Presidi di Continuità Assistenziale:</b> Casalvelino,Futani, Gioi C., Laureto, Montano A., Orria, Perito, Pollica, Salento, Sessa C., Stio C., Vallo della Lucania.	
<b>Presidio Ospedaliero</b>	<b>Casa di Cura “Cobellis”.</b>
<b>N° Medici di MMG = 41</b>	
<b>N° Pediatri di Libera Scelta = 8</b>	
<b>N° Medici di Continuità Assistenziale = 48</b>	
<b>N. Medici SAUT = 11</b>	
<b>N. 14 punti prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.5 DISTRETTO SANITARIO 110 - CAMEROTA

Comuni: Camerota, Celle di Bulgheria, Centola, Pisciotta.

Popolazione residente: 17.328

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione Diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio: Camerata - Palinuro</b> Cardiologia, Pneumologia, Oculistica, Diabetologia, Ostetricia-Ginecologia, Dermatologia. Psichiatria	<b>Laboratorio di Analisi</b> Biocenter-Camerota
<b>Consultori Familiari:</b> Palinuro, Pisciotta.	
<b>SAUT:</b> Camerota	
<b>Presidi di Continuità Assistenziale:</b> Celle di Bulgheria, Camerota Pisciotta	
<b>N° Medici di MMG = 13</b>	
<b>N° Pediatri di Libera Scelta = 3</b>	
<b>N° Medici di Continuità Assistenziale = 12</b>	
<b>N. Medici SAUT = 11</b>	
<b>N. 5 punti prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.6 DISTRETTO SANITARIO 111 - SAPRI

Comuni: Sapri, Alfano, Cataletto Spartano, Caselle in Pittari, Ispani, Morigerati, Roccagloriosa, Rofrano, San Giovanni a Piro, Santa Marina, Torraca, Torre Orsaia, Tortorella, Vibonati.

Popolazione residente: 33.198

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione Diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio: Sapri e Torre Orsaia</b> Cardiologia, Fisiatria, Oculistica, Neurologia, O.R.L., Ginecologia, Diabetologia, Endocrinologia, Chir. Gen., Dermatologia. Medicina dello Sport, Odontoiatria, Oncologia.	<b>Riabilitazione tipo A</b> Natella – Sapri  <b>Centri di Riabilitaz. ex art. 26</b> Istituto Juventus - Vibonati
<b>Centro Riabilitazione tipo A – Sapri</b>  <b>Centro di Dialisi P.O. – Sapri</b>	<b>Laboratorio di Analisi</b> Giffoni – Policastro San Vito – Sapri Biocenter – Sapri Salus – Sapri Cammarosano – Sapri  <b>Radiologia</b> Natella – Sapri  <b>Odontoiatra</b> Tripodi – Sapri  <b>Centro di Dialisi</b> Tirreno - Sapri
<b>Cardiologia:</b> Policastro	
<b>Presidio Ospedaliero – Sapri</b>	
<b>SIR Torre Orsaia</b>	
<b>Centro Diurno Psichiatrico</b>	
<b>Consultori Familiari.:</b> Sapri – Torre Orsaia	
<b>SAUT:</b> Policastro	
<b>Presidi di Continuità Assistenziale:</b> Sapri, Morigerati, Caselle in Pittari, Casaletto Spartano, San Giovanni a Piro, Torre Orsaia, Roccagloriosa, Rofrano,	
<b>N° Medici di MMG = 18</b>	
<b>N° Pediatri di Libera Scelta = 3</b>	
<b>N° Medici di Continuità Assistenziale = 32</b>	
<b>N. Medici SAUT = 12</b>	
<b>N. 12 punti prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.7 DISTRETTO SANITARIO 112 - POLLA

Comuni: Polla, Atena Lucana, Auletta, Caggiano, Pertosa, Petina, Salvitella, San Pietro al Tanagro, San Rufo, Sant'Arzenio, Teggiano.

Popolazione residente: 30.941

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione Diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio: Polla</b> Cardiologia, Fisiatria, Oculistica, Neurologia, O.R.L., Endocrinologia, Dermatologia, Ortopedia, Scienza della Alimentazione, Urologia.  <b>Centro Riabilitazione ex art. 26 – Sant'Arzenio</b>  <b>Centro di Dialisi P.O. – Polla</b>	<b>Centro di Dialisi</b> Dianoval – Polla  <b>Radiologia</b> Stabile-Polla
<b>Presidio Ospedaliero – Polla e Sant'Arzenio</b>	
<b>Centro Diurno Psichiatrico – S.I.R. – R.S.A.</b>	
<b>Consultori Familiari:</b> Teggiano, Polla	
<b>SAUT:</b> Reggiano	
<b>Presidi di Continuità Assistenziale:</b> Auletta, Petina, San Pietro al Tanagro, San Rufo	
<b>N° Medici di MMG = 24</b>	
<b>N° Pediatri di Libera Scelta = 3</b>	
<b>N° Medici di Continuità Assistenziale = 16</b>	
<b>N. Medici SAUT = 10</b>	
<b>N. 8 punti prelievi per esami ematochimici</b>	

## 2.8 DISTRETTO SANITARIO 113 – SALA CONSILINA

Comuni: Sala C., Buonabitacolo, Casalbuono, Monte S. Giacomo, Montesano S/M, Padula, Sanza, Sassano.

Popolazione residente: 40.646

### STRUTTURE OPERATIVE

Gestione Diretta	Provvisoriamente accreditate
<b>Poliambulatorio: Sala C. e Padula</b> Cardiologia, Fisiatria, Oculistica, Neurologia, O.R.L., Endocrinologia, Dermatologia, Ortopedia, Urologia, Odontoiatria, Psichiatria, Medicina dello Sport, Medicina Interna, Gastroenterologia, Diabetologia, Ostetricia-Ginecologia.  <b>Radiologia-Sala C.</b>	<b>Centro di Dialisi</b> Nephronet – Montesano S/M  <b>Laboratori di Analisi</b> Petrone-Sala Consilina Minerva-Sala Consilina Biotest-Sala Consilina.  <b>Centri di Riab, ex art. 26</b> Opera Giov. Juv.- Sala Consilina Cron-Montesano S/M.
<b>Dermatologia ed Endocrinologia:</b> Monte s. Giacomo <b>Ortopedia ed Endocrinologia:</b> Sanza	
<b>Consultori Famil.:</b> Sala C., Padula.	<b>Terme I.A.M.A.</b> Montesano S/M
<b>SAUT:</b> Padula	
<b>Presidi di Continuità Assistenziale:</b> Buonabitacolo, Montesano S/M, Padula, Sala C., Sassano.	
<b>N° Medici di MMG = 30</b>	
<b>N° Pediatri di Libera Scelta = 5</b>	
<b>N° Medici di Continuità Assistenziale = 26</b>	
<b>N. Medici SAUT = 12</b>	
<b>N. 7 punti prelievi per esami ematochimici</b>	

## **2.9 RETE OSPEDALIERA**

La rete ospedaliera del territorio di competenza dell'Azienda risulta disegnata dalla legge regionale n.2 del 1998 di approvazione del Piano Sanitario Ospedaliero :

- il Presidio Ospedaliero San Luca di Vallo della Lucania, Individuato quale D.E.A. di II livello, con servizio di emergenza 118 e relativa centrale operativa;
- il Presidio Ospedaliero L.Curto con i plessi di Polla e sant'Arsenio, individuato quale D.E.A. di I livello;
- il Presidio Ospedaliero dell'Immacolata di Sapri, individuato quale P.S.A.
- il Presidio Ospedaliero di Roccaspede, individuato quale P.S.A.
- il presidio Ospedaliero di Agropoli, individuato quale P.S.A.
- le Case di Cura provvisoriamente accreditate: Cobellis di Vallo della Lucania e Malzoni di Agropoli

oooooooooooooooooooo

Secondo il Piano Ospedaliero i posti letto disponibili per i presidi pubblici sono n.1053, cui vanno aggiunti n.161 posti letto delle case di cura provvisoriamente accreditate da valutare agli effetti dello standard al 50%.

L'indice del rapporto posti letto a popolazione è pari a 4,12 per 1000 abitanti, compatibile con lo standard nazionale.

I presidi, così come disegnati nel Piano Ospedaliero, sono organizzati per discipline per lo più di base, tranne il Presidio Ospedaliero di Vallo della Lucania che ha anche discipline medio-alte dovendosi configurare lo steso quale DEA di 2° livello ed il Presidio di Polla – Sant'Arsenio che ha anche discipline di .....

Configurato quale DEA di I° livello. Anche se le discipline allocate nei vari presidi sembrano ripetitive, invero esse costituiscono l'articolazione sul territorio di uno standard generale per ciascuna disciplina tale da soddisfare la domanda nelle specialità nei territori di afferenza.

E' errato poter considerare fotocopie ospedali che per la quantità dei posti letto per ciascuna disciplina, non raggiungono né possono raggiungere (tranne che non siano mono-specialistici) lo standard complessivo dei posti letto per le specialità considerate, rispetto all'intera popolazione dell'Asl Sa/3.

.....supporto all'intera popolazione dell'ASL, è di n° 130 pp.II..

La distribuzione dei posti per i vari Presidi (40+40+20+20+10 = 130 pp.ll.) non è da interpretarsi come ripetitività o, peggio, come fotocopia ....., ma come risposta decentrata e necessaria al bisogno dei cittadini territorialmente.

Comunque la situazione ospedaliera, così come prospettata dal Piano vigente, sarà oggetto di rivisitazione alla luce del Piano Ospedaliero Regionale.

In quella sede si provvederà vieppiù a razionalizzare sia le strutture che l'assistenza ospedaliera, anche per rapportare le discipline alle effettive esigenze che intanto si manifestano dinamicamente all'interno dell'ASL SA/3.

Il cenno alla situazione ospedaliera nella prospettiva del Piano territoriale è dovuto alla considerazione primaria che alla tutela della salute sul territorio, al di là della specificità propria di alcune funzioni, concorrono tutte le strutture sanitarie di qualsivoglia livello e configurazione; che anzi, trattandosi di salute, il concorso è ancor più esteso, coinvolgendo anche funzioni non tipicamente sanitarie.

Solo in tal modo è possibile garantire l'omnicomprensività delle prestazioni che si esige in un contesto civile.

### **3. LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

Come già evidenziato, la ASL SA/3 è una delle ASL della Regione Campania e dell'Italia con la più alta popolazione di soggetti anziani > di 64 anni, che rappresentano il 20,7% della popolazione residente.

Tale circostanza determina una prevalenza di malattie connesse con l'età e, quindi, la necessità di interventi diretti e mirati.

#### **3.1 MORTALITA' PER CAUSE**

Nell'ASL SA/3 ogni anno muoiono circa 2.500 persone residenti. I tassi standardizzati di mortalità generale sono inferiori al dato provinciale, regionale e nazionale.(Tabella VII)

Nell'ASL SA/3 le cause più frequenti di morte, per grandi gruppi, dovute in ordine di incidenza a malattie dell'apparato cardiovascolare e a tumori, tra i quali prevalgono i tumori polmonari, i tumori del colon, i tumori fegato e vescica.

I dati in controtendenza rispetto all'andamento della mortalità in Italia ed in Campania, sono la maggior incidenza per mille abitanti di morti per insufficienza renale e diabete mellito.

**TABELLA VII Mortalità Standardizzata (dati per 100.000 residenti)**

<b>MASCHI 0-74 ANNI</b>	<b>ASL SA 3</b>	<b>SALERNO</b>	<b>CAMPANIA</b>	<b>ITALIA</b>
TUMORI	92,5	112,9	133,6	129,5
IMA	28	32,3	34,5	28,5
DISTURBI CIRCOLATORI ENCEFALO	21	24,1	25,2	18,3
ALTRE M.C.V.	49,3	53,9	61,2	47,9
MCV	98,3	110,3	120,9	94,7
TUTTE LE CAUSE	315,7	351	394	345,1

<b>MASCHI OLTRE 74 ANNI</b>	<b>ASL SA 3</b>	<b>SALERNO</b>	<b>CAMPANIA</b>	<b>ITALIA</b>
TUMORI	1465	1889	2109,1	2306,8
IMA	446,2	536,5	603,8	606,3
DISTURBI CIRCOLATORI ENCEFALO	1743,4	1761,8	1889,8	1425,2
ALTRE M.C.V.	2803,8	2830,5	3076,1	3004,7
MCV	4993,4	5128,8	5569,7	5036,2
TUTTE LE CAUSE	9173,1	9980,4	10742,1	10266,6

<b>FEMMINE 0-74 ANNI</b>	<b>ASL SA 3</b>	<b>SALERNO</b>	<b>CAMPANIA</b>	<b>ITALIA</b>
TUMORI	55,5	63,3	71,3	71
IMA	7,7	7,6	9,6	7,6
DISTURBI CIRCOLATORI ENCEFALO	13,5	14,4	16,4	11,5
ALTRE M.C.V.	21,1	26	32	21,7
MCV	42,3	48	58	40,8
TUTTE LE CAUSE	156,4	179,3	202,1	170,1

<b>FEMMINE OLTRE 74 ANNI</b>	<b>ASL SA 3</b>	<b>SALERNO</b>	<b>CAMPANIA</b>	<b>ITALIA</b>
TUMORI	768,9	868,5	982,5	1146,9
IMA	291,5	367,7	386,3	375
DISTURBI CIRCOLATORI ENCEFALO	1615,3	1746,2	1286,6	1245,1
ALTRE M.C.V.	2382,2	2666	2922,3	2517,6
MCV	4289	4779,9	4595,2	4137,7
TUTTE LE CAUSE	6908,9	7765,7	8293,2	7313,2

Fonte: Dati ISTAT, anni 1996-98, elaborati da Prometeo

### **3.2 MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

Diverse indagini epidemiologiche condotte dal Dipartimento Cardiovascolare della ASL SA 3 e dalla Università La Sapienza di Roma hanno dimostrato che anche in un'area rurale quale quella della ASL SA 3 hanno larga diffusione comportamenti alimentari nei quali prevale il consumo di grassi alimentari, lontani dal modello della Dieta Mediterranea.

Le stesse ricerche hanno posto in evidenza abitudini di vita e lavorative caratterizzate dalla preoccupante prevalenza di fumatori, sedentarietà e consumo di alcool oltre che una rilevante diffusione dei principali fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, iperfibrinogenemia).

Le cause principali di mortalità sono rappresentate, come a livello regionale e nazionale, dalle malattie dell'apparato cardiovascolare e neoplastiche.

La mortalità per IMA in entrambi i sessi, eccezion fatta per le femmine di età inferiore ai 74 anni, ha valori inferiori sia al dato nazionale che regionale. La mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo in entrambi i sessi, al di sotto dei 74 anni nelle femmine e nei maschi oltre i 74 anni è superiore al dato nazionale ed inferiore al dato regionale, mentre nelle femmine oltre i 74 anni è superiore sia al dato nazionale che regionale.

Questi dati trovano corrispondenza nei risultati dell'indagine di cardiologia preventiva condotta a Stio Cilento negli anni 1992-1998.

Nei cinque anni di follow-up dei 716 soggetti arruolati nello studio ne sono deceduti 26, rispettivamente 15 maschi (57,6%) e 11 femmine (42,4%) (p=n.s.).

Il 73,1% dei decessi – rispettivamente il 66,7% nei maschi e l'81,8% nelle femmine - è dovuto a malattie dell'apparato cardiovascolare.

Il 15,3% dei decessi – rispettivamente il 20% nei maschi e il 8% nelle femmine - è dovuto a tumori.

Le malattie renali e respiratorie incidono rispettivamente sul totale della mortalità per il 3,8%. La mortalità per malattie cardiovascolari, ischemiche e neoplastiche è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e renale è da ascrivere tutta al sesso maschile. La mortalità generale e cardiovascolare aumenta con l'età e ad eccezione della classe di età 80 – 89 anni è maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

Un aspetto particolare della valutazione dello stato di salute di una popolazione è la valutazione della cosiddetta "mortalità evitabile". Questo indicatore è dimensionato

partendo da una serie di eventi sentinella e si basa sulle cause di morte che si sarebbero potute prevenire con i mezzi diagnostici, preventivi e curativi oggi disponibili.

La ASL Salerno 3 presenta un mortalità evitabile totale inferiore sia alla media regionale che nazionale. La mortalità evitabile per malattie cardiovascolari è inferiore al dato regionale ma superiore al dato nazionale. .

D'altro canto la popolazione della ASL Salerno 3 presenta un'età media alla morte superiore sia al dato regionale che a quello nazionale.

La morbilità generale e cardiovascolare è stata analizzata partendo dalle ospedalizzazioni verificatesi nell'anno 2000 nei presidi ospedalieri che insistono sul territorio dell'ASL Salerno 3.

Nel 2000 si sono verificati 53348 ricoveri, 9640 dei quali dimessi con DRG cardiovascolari. L'analisi dei dimessi per classe di età evidenzia come le ospedalizzazioni in generale e quelle legate a DRG cardiovascolari siano prevalenti a partire dai 50 anni di età, con una flessione oltre gli 80 anni.

I tassi di ospedalizzazione per classe di età chiariscono meglio il ruolo crescente che l'età ha nel determinare il ricorso alle strutture ospedaliere

Sia i ricoveri totali che quelli per cause cardiovascolari hanno un caratteristico andamento ascendente con il progredire della classe di età.

Le patologie per le quali il ricorso alla ospedalizzazione avviene sono rappresentate dalla cardiopatia ischemica, dall'insufficienza cerebrovascolari, dalla ipertensione arteriosa , dallo scompenso cardiaco e dalle aritmie.

Come per i dati di mortalità anche per la morbilità vi è una sostanziale corrispondenza tra i dati relativi alla morbilità ospedaliera con quella della popolazione generale, così come registrata nello studio di Stio Cilento. Infatti il 53,6% della popolazione di Stio Cilento, rispettivamente il 48,2 % dei maschi ed il 57,7% delle femmine, soffre di malattia cardiovascolare, il 4,8 %, il 3,3 % dei maschi ed il 5,8 % delle femmine, di affezioni dell'apparato respiratorio, il 2,5%, lo 05% dei maschi e il 4,3% delle femmine, di affezioni endocrine, il 2,3%, il 3,7% dei maschi e l'1,3% delle femmine , di malattie dell'apparato urogenitale, lo 0,9%, lo 0% dei maschi l'1,5% delle femmine di malattie del sangue. Il 14,3%, il 16,4% dei maschi ed il 12,8% delle femmine, soffre di iperglicemia e/o Diabete Mellito. La prevalenza di malattia cardiovascolare aumenta con l'età. e, ad eccezione delle classi di età 40-49 e 50-59, è maggiore nel sesso maschile rispetto alla popolazione femminile. Il 38,5%, rispettivamente il 32,1% dei maschi ed il 43,1% delle femmine, è affetto da ipertensione arteriosa.

L'8,6%, rispettivamente il 10% dei maschi ed il 7,4% delle femmine è affetto da cardiopatia ischemica. L'1%, rispettivamente l' 1,7% dei maschi ed lo 0,5% delle femmine, ha un'anamnesi positiva per infarto miocardico pregresso. L'1,9 %, rispettivamente il 3,1%% dei maschi e l'1% delle femmine, soffre di insufficienza cerebrovascolare. Un altro dato da sottolineare è il ritardo della ospedalizzazione dei pazienti colpiti da Sindrome Coronarica Acuta. Dall'analisi dei Tempi precoronarici registrati presso le UTIC dei Presidi della ASL SA 3 nell'anno 1999 risulta che il tempo precoronarico medio è alto ed appare condizionato dalla ubicazione del presidio sanitario di accoglienza, dalla località in cui si verifica l'attacco cardiaco, dal sesso e dall'età del soggetto ( è più alto nelle femmine rispetto ai maschi, e negli anziani rispetto ai soggetti più giovani)

### **3.3 TUMORI**

Dalle indagini di tipo epidemiologico condotte dal Dipartimento delle Discipline Mediche e dal Dipartimento di Prevenzione risulta che i tassi di mortalità per i tumori in particolare, risultano più bassi rispetto ai valori nazionali e regionali, si osserva che dal 1996 al 2000 le morti per tumore nell'ASL SA/3 sono aumentate del 9,2% (499 nel 1996; 545 nel 2000). Nell'anno 2000 le morti per tumore hanno fatto registrare un incremento di 3 casi nei maschi rispetto al 1996, mentre nel sesso femminile per le stesse cause, si è avuto un incremento di 43 unità (Tabella VIII). Nella tabella IX sono riportati in ordine di frequenza, le cause di morte per tumore e per organo/apparato in Campania e nell'ASL SA/3 divisi per sesso.

**TABELLA VIII Mortalità per Tumore ASL SA 3**

Decessi Per Tumori	Anno 1996	Anno 2000
Stomaco	15,43	12,49
Colon-retto-ano	26,37	25,71
Fegato	8,05	12,85
Trachea-bronchi- polmone	35,89	39,67
Utero	2,93	1,10
Vescica	9,89	11,02
Mammella	12,82	16,53
Pancreas	5,13	8,45
Prostata	10,63	11,38
Encefalo	5,13	2,57
Rene	2,20	3,30
Leucemie	4,77	4,40
Melanoma	0,74	0
Ovaio	2,19	2,93
<b>Totali</b>	<b>182,78</b>	<b>200,23</b>

**TABELLA IX Frequenza tra le cause di morte dei diversi tipi di tumore**

Campania Maschi	ASL SA/3 Maschi	<b>Ordine</b>	Campania Femmine	ASL SA/3 Femmine
Trachea,bronchi Polmone	Trachea,bronchi Polmone	<b>1</b>	Mammella	Mammella*
Colon - retto – ano	Colon - retto – ano	<b>2</b>	Colon - retto – ano	Colon - retto – ano
Prostata	Prostata	<b>3</b>	Trachea, bronchi, polmone	Trachea, bronchi, polmone
Stomaco	Vescica	<b>4</b>	Stomaco	Stomaco
Vescica	Fegato	<b>5</b>	Utero	Fegato
Fegato	Stomaco	<b>6</b>	Ovaio	Pancreas
Leucemie	Pancreas	<b>7</b>	Leucemie	Ovaio
Pancreas	Rene	<b>8</b>	Pancreas	Leucemie
Encefalo	Leucemie	<b>9</b>	Fegato	Utero
Rene	Encefalo	<b>10</b>	Encefalo	Encefalo

Il 61,36 % dei decessi per tumore della mammella riguardano soggetti con età maggiore di 69 anni e solo il 13,63 % riguardano soggetti di età inferiore ai 50 anni

### **3.4 DIABETE MELLITO**

Nella indagine epidemiologica condotta a Stio Cilento dal Dipartimento Cardiovascolare dell'ASL SA 3 la prevalenza di iperglicemia (glicemia  $\geq$  126 mg/dl) nella popolazione generale è dello 8,1 %, rispettivamente del 5% nelle femmine e del 10,4% nei maschi. La prevalenza di Diabete mellito e/o iperglicemia è del 14,3%, rispettivamente del 16,4% nei maschi e del 10 % nelle femmine ( $p=0,08$ ). L'11,3%, rispettivamente il 12% dei maschi e l'8,4% delle femmine, ha anamnesi positiva per Diabete Mellito. La prevalenza di iperglicemia e/o Diabete Mellito, ad eccezione delle classi età 40-49 e 80-89 anni, è maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Nei maschi la prevalenza di iperglicemia e/o Diabete mellito, bassa nelle prime decadi di età, cresce bruscamente nella classe 50-59 anni per poi tendere a diminuire con l'età. Nelle femmine la prevalenza di iperglicemia e/o Diabete, bassa fino ai 39 anni, si impenna nella classe di età 40-49 anni, diminuisce nella classe 50-59 anni, per poi tendere a salire lentamente con l'aumentare dell'età. La popolazione di Stio Cilento presenta prevalenza di iperglicemia (Glicemia  $\geq$  120 mg /dl) maggiore rispetto a quella della popolazione considerata nel Progetto RIFLE, che ha reclutato una popolazione indicativa del dato nazionale.

La mortalità per diabete mellito nell'ASL SA/3 risulta inferiore ai dati regionali mentre è superiore a quella nazionale.

La mortalità per diabete mellito dal 1996 al 2000 nell'ASL SA/3 è aumentata di circa il 15% mostrando, alla pari dei valori regionali, un trend in costante aumento.

### **3.5 CIRROSI EPATICA**

Mentre in Italia negli ultimi decenni si è osservato un decremento della mortalità per cirrosi epatica, nella regione Campania, al contrario, la mortalità è aumentata.

Anche i ricoveri relativi al DRG 202 (cirrosi epatica ed epatite alcolica) in Campania sono maggiori che nel resto d'Italia.

Nell'ASL SA/3 i ricoveri per cirrosi epatica ed epatite alcolica nell'anno 2000 sono stati dello 0,80% rispetto a tutti i ricoveri contro l'1,02% della Campania ed allo 0,67% fatto registrare in Italia.

La maggiore mortalità per cirrosi è da mettere in rapporto ad una maggiore incidenza delle epatiti virali ed al maggiore consumo di bevande alcoliche rispetto al resto d'Italia; tale ultima causa rappresenta anche un "abitudine culturale" abbastanza diffusa.

La vaccinazione di massa contro l'epatite B, l'intensificarsi delle campagne di prevenzione delle malattie a trasmissione siero-ematica e la lotta all'alcolismo determineranno in futuro una drastica riduzione dell'incidenza di questa affezione.

### **3.6 MALATTIE INFETTIVE**

Le malattie infettive diffuse rappresentano un rilevante problema di Sanità Pubblica. Le notifiche di malattie infettive relative agli anni 1996 – 2000 sono indicate nella Tabella X.

Il dato grezzo permette di osservare la netta diminuzione negli anni dei casi di Epatiti Virali, da mettere in rapporto alla campagna vaccinale antiepatite B e alle campagne di informazioni sulla prevenzione delle malattie infettive a trasmissione parenterale.

Per quanto riguarda l'Epatite B, inoltre, nessun caso è stato segnalato in bambini o adolescenti a dimostrazione della efficacia della vaccinazione.

Anche i casi di Morbillo sono risultati in costante diminuzione negli anni, a motivo della vaccinazione per tale malattia.

Tuttavia rimangono elevati i casi di brucellosi umana in rapporto alla elevata incidenza di tale malattia nel patrimonio zootecnico della ASL.

### 3.7 LE MALATTIE RENALI

L'insufficienza renale cronica costituisce l'evoluzione di numerose affezioni (Malattie dell'apparato cardiovascolare, diabete, neoplasie etc.). La popolazione dialitica dell'ASL SA 3 all'agosto del 2002 è pari a 208 pazienti. Tra le neoplasie dell'apparato genitourinario le più frequenti nel triennio 1999-2001 sono state quella della vescica, seguite dalle neoplasie della prostata, dei reni e dei testicoli. La popolazione nefrologica che ha effettuato un trapianto renale e che viene seguita dalle strutture dell'ASL SA 3 è pari a 40 soggetti.

**TABELLA X ASL SA/3: Denunce di Malattie Infettive**

	casi per anno				
	1996	1997	1998	1999	2000
blenorragia	2	0	0	0	0
brucellosi	24	52	30	48	25
diarrea inf	9	2	1	0	0
epatite A	6	9	10	2	4
epatite B	18	14	13	5	6
epatite NANB	4	4	0	2	4
epatite virale non spec.	0	0	1	0	0
febbre tifoide	20	15	15	9	17
leishmaniosi viscerale	1	0	0	2	1
leptosirosi	0	1	0	0	0
mening. Meningococcica	2	0	0	0	0
meningo-encef. Virale	2	6	4	4	3
morbillo	120	508	0	1	1
paratifo B	0	0	0	0	0
parotite epidemica	112	25	59	406	90
pertosse	13	17	35	17	17
rickettsiosi	7	8	11	11	8
rosolia	99	212	2	51	0
salmonellosi non tifoidea	37	26	13	25	29
scarlattina	7	7	5	5	2
sifilide	0	1	1	0	1
tubercolosi	6	14	26	8	2
varicella	153	249	282	202	211
totale	642	1170	508	798	421

### **3.8 MALATTIE ODONTOSTOMATOLOGICHE**

La salute dei denti, oltre che come fatto estetico con influenza sullo stato psichico del soggetto, ha una fondamentale importanza sia come organo masticatorio che come spia di patologie generali.

#### **Obiettivi**

-ridurre al minimo gli interventi terapeutici attraverso programmi di educazione alla salute.

#### **Azione**

-campagne di educazione sanitaria per la prevenzione della carie e delle malattie paradontali, attraverso idonei comportamenti e stili di vita.

-includere nella visita medica scolastica il rilievo della situazione dentaria e di eventuali patologie paradontali, con invio dei casi sospetti o accertati allo specialista odontoiatrico.

### **3.9 LA SALUTE NELLE DIVERSE FASI DELLA VITA**

Il Piano Sanitario Nazionale ed il Piano Sanitario Regionale pone particolare attenzione alle problematiche dell'area materno infantile e degli anziani.

L'analisi dei tassi di mortalità standardizzati relativi agli anni 1996-1998 mostrano come l'ASL SA 3 abbia tassi di mortalità standardizzati inferiori sia al dato nazionale che regionale e provinciale. Per contro l'ASL SA 3 presenta tassi standardizzati di mortalità 0-4 anni e di mortalità infantile superiori sia al dato nazionale che regionale.

La mortalità cardiovascolare per la classe di età 0-4 anni ha valori inferiori al dato nazionale e di poco superiori al livello regionale

La ASL SA 3 presenta tassi di mortalità 0-4 per malformazioni congenite superiore alla media nazionale e regionale.

I tassi di mortalità per condizioni morbose di origine perinatale registrati nella ASL SA 3 sono superiori al dato regionale e nazionale.

L'analisi della composizione della popolazione della ASL SA 3 mostra come sia rilevante la quota di popolazione anziana

L'indice di vecchiaia, (popolazione residente > 64 anni/popolazione < 15 anni x 100) è superiore sia alla media regionale che nazionale.

L'indice di dipendenza (popolazione con oltre 65 anni e con meno di 15 anni/popolazione compresa tra i 15 ed 64 anni x 100) è superiore sia alla media regionale che nazionale.

A giugno 2000 la popolazione oltre i 64 anni è passata dal 18,5% del 1997 al 20,7% con una rilevante quota - 9,1% - di soggetti oltre i 74 anni, facendo registrare quindi quote di popolazione anziana superiore al dato nazionale.

Il contesto demografico della vasta area meridionale della Campania, identificata dalla ASL SA 3, mostra dunque una situazione nella quale la crescente longevità della popolazione pone rilevanti problemi in tema di società e sanità, problemi tipici dei paesi occidentali alle soglie del terzo millennio

In due ampi studi condotti dal Dipartimento Cardiovascolare della ASL SA 3 e dalla Università La Sapienza dell'università di Roma si è evidenziato come anche nella popolazione anziana i fattori di rischio cardiovascolare hanno una larga diffusione e come le patologie prevalenti siano rappresentate dalle malattie cardiovascolari, dalla cardiopatia ischemica, dalla ipertensione arteriosa, dallo Scompensamento Cardiaco, dalla insufficienza cerebrovascolare e dal Diabete Mellito.

### **3.10 INFORTUNI SUL LAVORO**

L'INAIL, nel rapporto annuale, evidenzia per la nostra Regione un basso tasso occupazionale e l'esistenza di una quota di lavoro non regolare, dato riscontrabile anche nella realtà dell'A.S.L. SA/3.

Di conseguenza il numero d'infortuni denunciati è più basso dei casi attesi. Nell'anno 2000 gli infortuni denunciati nella nostra A.S.L. sono stati 203 di cui 5 mortali, rispetto ai 131 infortuni con 6 decessi dell'anno 1999. L'analisi degli infortuni, avvenuti nel 2000 nell'ASL SA 3, per settore di attività dimostra come 28,57 degli infortuni siano avvenuti nel settore industriale, il 20,20 nel settore edile, il 17,7 nel terziario, il 14,78 nel settore agricolo ed il 18,72 in settori non specificati. Le malattie professionali notificate all'ASL sono state solo 3. La scarsa attendibilità dei dati è da mettere in relazione ad un mancato scambio di dati con l'INAIL.

#### **Obiettivi**

- costituzione di una banca dati in collaborazione con l'INAIL e con le commissioni collegiali ASL;
- riduzione della frequenza delle patologie croniche da lavoro.

#### **Azioni**

- favorire l'integrazione tra ASL – INAIL – INPS ed all'interno dell'ASL tra le varie strutture deputate alla valutazione dello stato di salute dei lavoratori;
- informazione/formazione di tutti gli attori della prevenzione.

#### **Indicatori**

- incidenza delle malattie professionali.

### ***3.11 INCIDENTI STRADALI***

La mortalità per incidenti stradali nella nostra Regione costituisce la seconda causa di morte. Nell'ASL SA/3 nell'anno 1994 hanno perso la vita per incidenti stradali 9 maschi e 4 femmine con un tasso per 100.000 abitanti di 4,76, rispetto al 5,60 della Provincia di Salerno ed al 13,5 in ambito nazionale

#### **4. FINALITÀ ED OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE**

La promozione della salute è l'asse centrale della strategia proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

E' il processo che mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla; attraverso investimenti e azioni agisce sui determinanti della salute con l'obiettivo di aumentare la speranza di salute e di ridurre le iniquità.

Il miglioramento dei livelli di salute si basa su alcuni prerequisiti fondamentali tra cui la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse necessarie, la giustizia sociale e l'equità.

Alcuni di tali prerequisiti non afferiscono alle responsabilità del settore sanitario, ma piuttosto a fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali, biologici; altri, invece, possono essere oggetto di attenta riflessione, per sviluppare, nell'interesse della salute, azioni coordinate a:

- Costruire una politica pubblica per la salute
- Creare ambienti favorevoli
- Dare forza all'azione della comunità
- Sviluppare le abilità personali
- Riorientare i servizi sanitari.

Il Piano Attuativo Locale, tenendo, quindi, conto della prospettata realtà geografica, sociale, economica e sanitaria del territorio, intende perseguire le finalità e gli obiettivi che l'OMS, lo Stato e la Regione hanno individuato, definendo interventi mirati a specifiche problematiche di salute della popolazione, individuando i problemi e le aree di intervento per i quali, su scala aziendale, intende agire prioritariamente, specificando i traguardi di salute che si intendono perseguire ed indicando le scelte strategiche relative agli strumenti e ai percorsi di azione con cui si attualizzano gli interventi.

L'assetto organizzativo generale del sistema servizi (tipo, natura, volume, distribuzione, relazioni) sarà adeguato agli indirizzi definiti, nell'obiettivo di facilitare il raggiungimento delle finalità individuate.

Viene elaborato così un piano di azioni che rappresenta lo strumento di programmazione operativa che sostanzia la funzione di committenza e l'impegno a garantire i livelli essenziali di assistenza e il rispetto dei vincoli economico-finanziari previsti dalla programmazione regionale. Vengono specificati gli standard di servizio (tipo, volume, distribuzione, qualità) con cui contribuire al raggiungimento degli obiettivi e vengono definiti i partner con i quali assicurare alla popolazione di riferimento prestazioni e servizi

di qualità nell'ambito di una sussidiarietà orizzontale definita da precisi contratti di fornitura.

L'Azienda ASL intende perseguire i valori propri del Servizio Sanitario pubblico finalizzato a garantire e tutelare il diritto alla salute dei cittadini. La difesa e lo sviluppo di questo obiettivo fondamentale si esprime nel rispetto dei seguenti principi:

- campagne di sensibilizzazione in ordine ai corretti comportamenti e stili di vita per la salute, con intento di ridurre la mortalità prematura, la morbosità e la disabilità che si possono prevenire con comportamenti di vita più sani;
- attenzione particolare alle condizioni ambientali e alle sue componenti, in una logica di mantenimento della salubrità del contesto di vita;
- predisposizione di progetti per contrastare le particolari patologie, attraverso le strutture Dipartimentali dell'Azienda;
- migliorare l'organizzazione e la gestione di aree prioritarie e/o critiche;
- miglioramento (adeguamento e ampliamento) delle strutture;
- miglioramento continuo delle competenze tecnico professionali, del servizio fornito, del grado di soddisfazione degli utenti;
- l'efficienza, intesa quale razionale utilizzo delle risorse;
- l'adeguamento del patrimonio tecnico-strutturale e l'innovazione tramite l'introduzione di nuove tecnologie sanitarie;
- l'integrazione territoriale e sociale, con la ricerca di relazioni durature e dinamiche con la comunità sociale, economica e scientifica;
- la comunicazione efficace, quale strumento determinante sia nell'attuazione degli interventi di educazione e di promozione alla salute sia per consentire la corretta visibilità dell'azione aziendale;
- la componente etica dell'agire quotidiano degli operatori dei servizi sanitari, principio che richiama la responsabilità di far coesistere efficienza, rigore e appropriatezza entro un modello di assistenza sanitaria attenta alla persona e ai suoi problemi.

Si studieranno le scelte più adeguate nell'utilizzazione delle risorse diagnostiche e terapeutiche, in un'ottica di efficacia e appropriatezza. I riferimenti specifici riguardano la definizione e l'applicazione condivisa, soprattutto con i medici di medicina generale, di percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali integrati. Rientrano in questa area anche le decisioni assistenziali circa le modalità di erogazione della prestazione al livello assistenziale più opportuno (Ospedale – territorio – domicilio), in un'ottica di gradualità nell'intensità delle cure avvalendosi di tipologie di offerta diversificate.

Tale obiettivo comporterà il potenziamento delle attività territoriali, sia quelle di livello primario che specialistico, razionalizzando la domanda e creando i presupposti per una efficace gestione del percorso assistenziale. Tale attività dovrà essere supportata da uno sviluppo del sistema di prenotazione e dall'attivazione in varie zone, da esercitarsi attraverso l'operatività del distretto, di punti di informazione unica per l'accoglienza e per l'orientamento dell'utente.

Tutto ciò dovrà portare ad un miglioramento della qualità dei servizi, sia di quella percepita dal singolo utente personalizzando il servizio e costruendo un rapporto fiduciario attraverso una maggiore considerazione dei bisogni soggettivi, sia introducendo nel sistema principi e metodi che garantiscano la conformità delle prestazioni alle specifiche di qualità richieste/promesse, sia recuperando un equilibrio gestionale attraverso il governo efficace/efficiente dei processi anche per quanto riguarda l'acquisizione di beni e servizi esterni, appalti di lavori ed opere.

Il recupero delle compatibilità economiche non sarà un contenimento indiscriminato delle spese o dei costi; occorre accrescere, invece, la razionalità nell'impiego delle risorse eliminando gli sprechi, laddove esistano, e attuando una programmazione rigorosa degli approvvigionamenti, delle scorte, della risorsa "personale", basata sulla individuazione delle necessità e delle priorità, una ricerca delle soluzioni più vantaggiose sia sotto il profilo qualitativo che economico. Il pareggio di bilancio non rappresenta un obiettivo programmatico ma un vincolo da cui le azioni di sviluppo dei servizi non possono prescindere.

## **5. GLI OBIETTIVI DI SALUTE. INTERVENTI E STRATEGIE**

In linea con il Piano Sanitario Nazionale e con quello Regionale, quali obiettivi di carattere generale, senza dubbio determinanti per le condizioni generali di salute, l'Azienda intende promuovere campagne di sensibilizzazione, di informazione e di formazione, sui comportamenti e stili di vita, al fine di ridurre i fattori di rischio con particolare riferimento a gruppi particolari (fumatori) o a situazioni sociali più svantaggiate (immigrati, anziani, disabili, ecc.).

Lo “Stato di Salute” inteso come stato di benessere psicofisico dell’individuo e non solo assenza di malattia, dipende, infatti, da numerosi fattori, alcuni immodificabili (congeniti, sesso, invecchiamento), altri modificabili, che non risentono di influenze individuali, correlati alla situazione economico – politica internazionale, nazionale e locale (lavoro, reddito familiare) e da comportamenti individuali.

L’obiettivo della programmazione aziendale è quello di ridurre la mortalità, morbosità e disabilità di numerose malattie che possono essere prevenute attraverso più sani comportamenti e stili di vita, con maggior riguardo verso i soggetti più svantaggiati dal punto di vista socio – economico e sanitario.

### **5.1 Gli alimenti .**

Anche se i dati di mortalità e morbilità per le malattie connesse alla alimentazione, nell'ASL SA/3, hanno un'incidenza inferiore ai dati nazionali e regionali campani, occorre intensificare l'attività nello specifico settore al fine di garantire la qualità degli alimenti ammessi al consumo ed attuare interventi di educazione alla salute per recuperare e mantenere un modello alimentare "mediterraneo".

#### **Obiettivi Specifici:**

- attivazione del settore Nutrizione nell'ambito del S.I.A.N.;
- intensificazione dei controlli su tutta la filiera alimentare;
- attuazione di programmi di educazione alimentare, in particolare nell'ambito scolastico;
- garantire la salubrità e commestibilità dei funghi epigei, in conformità degli obiettivi regionali.

#### **Azioni**

- implementare i controlli nel settore alimentare, dalla produzione alla somministrazione, in particolare per gli alimenti cosiddetti "geneticamente modificati";
- formare gli operatori del settore alimentare;
- approntare linee guida per l'alimentazione di soggetti appartenenti alle "fasce deboli" e per le comunità (in collaborazione con gli altri Dipartimenti);
- definire programmi di educazione alimentare, al fine di evitare comportamenti nocivi alla salute.

## **5.2.IL FUMO**

I morti per cancro del polmone (trachea, bronchi e polmone) nella nostra ASL risultano inferiori ai corrispondenti valori nazionali e regionali campani.

I dati sulla morbilità per malattie respiratorie dovute al fumo dimostrano una bassa incidenza rispetto ai corrispondenti valori regionali e nazionali.

### **Obiettivi specifici**

1. a breve termine:

- indagine a campione sull'uso del fumo, stratificata per età (<15 anni; > 14 anni).

2. a medio e lungo termine:

- prevalenza di fumatori non superiore al 20% degli uomini e al 10 % delle donne;

- riduzione della prevalenza di fumatori tra gli adolescenti;

- ridurre allo zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza e in allattamento.

### **Azioni**

- controlli per l'attuazione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro, nelle scuole e negli uffici pubblici in generale;

- interventi di educazione alla salute, in particolare della popolazione scolastica, degli operatori sanitari e del personale sanitario territoriale (MMG, Pediatri di Libera Scelta, Medici del Dipartimento di Prevenzione) e del sesso femminile, in considerazione che i dati epidemiologici mostrano una tendenza in aumento del fumo nelle donne.

### **5.3. ALCOOL**

L'abuso di alcool ha conseguenze dirette sulla salute, in quanto, l'abuso cronico, provoca l'insorgenza di importanti patologie (cirrosi epatica, psicosi alcolica, ecc.); l'alcolismo, inoltre, è una delle maggiori cause negli incidenti e negli atti di violenza, compromettendo la capacità delle persone di affrontare la vita quotidiana.

In Italia, nel periodo dal 1995 al 1997, si è avuto un minimo aumento in percentuale di soggetti dediti al consumo di alcool, rispetto ai dati regionali campani che mostrano un trend in preoccupante aumento, riducendo, negli stessi anni, il gap con i dati nazionali; inoltre, nella nostra Regione, nel corso degli anni, è andato sempre più aumentando il consumo di birra e, in percentuale, i soggetti che ne fanno uso sono più numerosi rispetto alla media nazionale.

L'incidenza di patologie correlate al consumo di alcolici, il ricorso ai servizi socio-sanitari per tali patologie, le violenze domestiche e l'aumento della mortalità per incidenti stradali causati da stati di ubriachezza caratterizzano questo fenomeno come un vero e proprio problema sociale.

Nell'ASL SA/3 il fenomeno non risulta particolarmente forte.

#### **Obiettivi specifici**

##### 1. a breve termine:

- conoscenza dell'entità del fenomeno nella realtà dell'ASL SA/3, nei soggetti fino a 14 anni e da 15 anni in su.

##### 2. a medio termine;

- ridurre del 20% la prevalenza dei consumatori che eccedono i 40 grammi/die di alcol per i maschi e i 20grammi/die per le femmine;
- ridurre del 30% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori dei pasti;
- campagne informative, in collaborazione con i servizi SERT e i Distretti, al fine di conseguire ritardo dell'età di avvio al consumo di alcolici da parte dei giovani.

#### **Azioni**

- indagine campionaria per conoscere l'incidenza del fenomeno;
- informazione sui danni biologici e sociali alcool-correlati, attraverso campagne pubblicitarie e di educazione sanitaria che vedano coinvolte operatori socio-sanitari ASL specificamente formati a tale scopo, associazioni di volontariato, MMG, istituzioni scolastiche e le associazioni dei consumatori.

## **5.4 L'ATTIVITÀ FISICA**

L'attività fisica è in grado di offrire protezione nei riguardi delle malattie vascolari, osteoarticolari e metaboliche. I dati della Regione Campania dimostrano una bassa percentuale di soggetti che praticano attività sportiva.

### **Obiettivi specifici**

- conoscere la reale situazione nell'ASL SA/3;
- attuare interventi di informazione sugli effetti positivi sulla salute dell'attività fisica;
- rimodulare l'organizzazione della medicina dello sport sul territorio, al fine di garantire la tutela della salute nelle attività sportive.

### **Azioni**

- formazione/informazione sulle problematiche connesse alle attività sportive, in particolare dei soggetti a rischio (bambini ed anziani), con la collaborazione di altre strutture ASL (Dipartimento Materno Infantile, delle Discipline Mediche, Cardiovascolare e Neuro Ortopediatrico);
- coinvolgimento di Enti territoriali (Comune - Provincia - Scuole), dei MMG e delle organizzazioni del settore sportivo, provvedendo ad attivare:
- protocolli di intesa con il CONI, Provveditorato agli Studi e Direzioni Scolastiche per la promozione dell'attività fisica;
- protocolli di intesa con la FISD (Federazione Italiana Sport Disabili) per l'avviamento del disabile all'attività sportiva;
- attivazione di un sistema di controllo per la lotta all'uso di farmaci dopanti.

## **5.5 L'AMBIENTE**

La tutela dell'ambiente parte dalla considerazione che l'inquinamento atmosferico, il mancato controllo delle acque potabili, la mancanza di organicità di verifiche ambientali in ordine alle radiazioni, costituiscono fattori di rischio per la salute, sia per il ruolo che sembrano giocare nella eziologia di alcuni tumori, sia per la dimostrata correlazione esistente fra le componenti inquinanti ed alcune patologie.

Il mantenimento dello stato di salute della popolazione deriva anche dall'entità e dal tipo di inquinamento ambientale e, quindi, anche all'efficacia dei mezzi e/o interventi messi in opera; si rende necessario, pertanto, l'intervento in sinergia di varie Istituzioni e/o Enti, con l'interessamento di diverse competenze e di molteplici risorse, oltre a quelle strettamente sanitarie.

Allo scopo di realizzare un intervento efficace ed efficiente tra tutti i soggetti interessati, il Dipartimento di Prevenzione dovrà raccordarsi con l'Ente Regione, con l'ARPAC (per le competenze tecniche), con l'Ente Provincia (per le competenze amministrative), e con altri Enti presenti sul territorio per lo scambio reciproco di dati, fermo restando le competenze previste dalla normativa vigente che affida alle AA.SS.LL. la tutela della salute dall'azione degli inquinanti ambientali.

Perciò, l'Azienda intende procedere ad un programma di attività, d'intesa con gli Enti Locali e, in casi specifici, con la Comunità del Parco del Cilento, per un sostanziale mantenimento o miglioramento delle condizioni ambientali di una zona tra le più belle d'Italia, dove il vivere deve accompagnarsi con la visione di ambienti sani.

### **5.5.1 ARIA**

Con l'istituzione dell'ARPAC, le competenze in materia ambientale sono passate alla citata agenzia, anche se l'ASL partecipa ai comitati tecnici al fine di definire le strategie per la salvaguardia della salute umana.

#### **Obiettivi specifici**

- riduzione delle fonti inquinanti attraverso l'uso appropriato delle fonti energetiche per riscaldamento;
- mappatura sulla presenza di amianto sul territorio.

#### **Azioni**

- campagne di educazione sull'uso corretto delle fonti energetiche e sulle alternative meno inquinanti e rinnovabili;
- censimento sulla presenza di materiali contenenti amianto sul territorio e relativi pareri sulle modalità di trattamento (conservazione senza e con trattamento, bonifica).

### **5.5.2.Acqua**

La preservazione dell'acqua dall'inquinamento è stato da sempre uno dei principali obiettivi dell'Igiene Pubblica.

Il termine acqua va inteso nell'accezione ampia del termine, ovvero al suo complessivo ciclo biologico.

Da ciò scaturisce che gli interventi di prevenzione vanno indirizzati sia all'acqua potabile che alle acque reflue. Nella nostra ASL quasi tutti i comuni sono dotati di impianti di depurazione e tutti sono approvvigionati con acqua potabile.

#### **Obiettivi specifici**

- prevenire e ridurre l'inquinamento delle acque.

#### **Azioni**

- monitoraggio dalla captazione delle acque agli effluenti dei depuratori fognari (D.Lgs. 152/99);
- incremento dei campionamenti delle acque di mare;
- sorveglianza sugli stabilimenti termominerali.

### **5.5.3. Radiazioni**

L'esposizione a radiazioni costituisce una problematica rilevante nel campo della Sanità Pubblica, in quanto correlabile alla comparsa di tumori.

Le radiazioni, da un punto di vista fisico, si distinguono in radiazioni ionizzanti e radiazioni non ionizzanti.

I principali problemi connessi all'esposizione a tali radiazioni :

- la presenza di Gas Radon negli ambienti di vita e di lavoro dovuta a materiali da costruzione;
- l'utilizzo di macchine a sorgenti radiogene in ambito sanitario.
- i campi elettrici e magnetici di bassa frequenza (ELF) prodotti da elettrodomestici ed elettrodotti;
- i campi elettrici e magnetici di alta frequenza prodotti da antenne radiobase per la telefonia cellulare e per le trasmissioni televisive.

#### **Obiettivi specifici**

- attività di informazione sui danni da radiazioni;
- attività di informazione sui rischi connessi all'uso di elettrodomestici e telefonini;
- controllo, in collaborazione con l'ARPAC, dell'intensità dei campi elettrici e magnetici sul territorio.

#### **Azioni**

La materia risulta disciplinata, tra l'altro, dal D.Lgs. 230/95 e successive modifiche ed integrazioni e dal D.Lgs. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni.

Per le problematiche connesse al RADON si sta provvedendo, a livello nazionale, ad una prima campagna di monitoraggio del Gas negli spazi confinati.

Non appena disponibili i dati, si procederà a campagne di informazione delle popolazioni allo scopo di far conoscere la reale situazione della nostra zona e degli interventi atti a ridurre la concentrazione.

Saranno comunque attuate iniziative per:

- informazione sugli effetti a lungo termine delle radiazioni non ionizzanti e sulle modalità di prevenzione del rischio;
- campagne pubblicitarie sui rischi da radiazioni non ionizzanti in ambienti domestici;
- informazione al fine di prevenire i danni connessi agli U.V. da esposizione solare.



#### **5.5.4. Rifiuti**

Il problema rifiuti nella nostra Regione ed anche nella nostra ASL è vissuto come emergenza dovuta a numerosi fattori.

Questo comparto è tra quelli che deve trovare integrazioni tra Regione, ARPAC, ASL ed Enti Locali al fine di garantire la tutela del territorio e di conseguenza della salute degli esseri viventi.

A tal fine, si proseguirà nell'attività di vigilanza sul territorio, fornendo il supporto tecnico alle strutture centrali regionali per fronteggiare lo stato di emergenza.

## **5.6. MALATTIE CARDIO E CEREBROVASCOLARI**

### **OBIETTIVI**

Il Piano Sanitario Regionale individua per la lotta alle malattie cardiovascolari i seguenti obiettivi prioritari:

a) Riduzione della mortalità per malattie ischemiche del cuore ed in particolare per infarto acuto del miocardio. L'ASL SA 3 presenta tassi di mortalità per infarto miocardico, ad eccezione delle femmine con età inferiore ai 74 anni, inferiori sia al dato regionale che nazionale. Tuttavia rimangono ancora elevati i tempi precoronarici dei pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, cosa che condiziona una quota importante di pazienti che non possono praticare terapia ripercussiva.

b) Riduzione della mortalità e disabilità per malattie cerebrovascolari, avvicinando i valori della ASL SA 3 a quelli nazionali. La mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo in entrambi i sessi, al di sotto dei 74 anni e nei maschi oltre i 74 anni è superiore al dato nazionale ed inferiore al dato regionale mentre nelle femmine oltre i 74 anni ed è superiore sia al dato nazionale che regionale.

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

Nella ASL SA 3 la età media della popolazione, la diffusione della cardiopatia ischemica e della ipertensione arteriosa condizionano la presenza di una quota importante di pazienti con scompenso cardiaco

e) riduzione mortalità e disabilità in pazienti cardiopatici congeniti adulti.

### **AZIONI**

A tal fine, secondo le indicazioni del PSR, vengono indicate le seguenti azioni:

#### ***a) interventi finalizzati alla prevenzione nella popolazione generale***

1)Sviluppare iniziative di cardiologia preventiva tese:

- a promuovere stili di vita e comportamenti che favoriscano lo stato di salute ed a contrastare la diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare (abitudine al fumo, stili e abitudini di vita ed alimentari non corretti, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, etc)

- la corretta implementazione della terapia anticoagulante valutata in considerazione del rapporto rischio-beneficio nel singolo paziente; il controllo dell'ipercolesterolemia e del diabete mellito;

- elaborare analisi epidemiologiche mirate allo studio delle relazioni tra le abitudini voluttuarie, quelle alimentari cardiopatia ed ictus cerebrale

- la realizzazione di programmi di educazione sanitaria rivolti, principalmente, agli studenti della scuole di ogni ordine e grado ed alle rispettive famiglie.
- sviluppare iniziative di informazione ed educazione “ socio-sanitaria” per i pazienti affetti da cardiopatie congenite che informi, tra l’altro, sull’idoneità lavorativa e fisico-sportiva e sulla possibilità di affrontare gravidanze e/o altre procedure chirurgiche extra-cardiache;
- iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari rivolte, in particolare, ai Medici di Medicina Generale

2) il ricorso al trattamento delle stenosi carotidee (chirurgica o mediante “stent”) in base alle indicazioni poste dai numerosi trial randomizzati e controllati riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale;

3) Emanazione di specifiche linee di indirizzo aziendali per le cerebrovasculopatia sulla scorta delle indicazioni regionali, tenendo conto delle linee-guida (SPREAD) elaborate dalla Comunità Scientifica Nazionale.

***b) interventi finalizzati alla prevenzione negli individui a rischio***

1) Migliorare l’identificazione ed il trattamento degli individui a maggior rischio cardiovascolare garantendo la necessaria continua terapeutica realizzando idonee strategie di dimissione protetta e di monitoraggio;

2) migliorare l’accessibilità agli interventi di riabilitazione con l’attivazione della riabilitazione cardiologica intensiva e garantire la continuità assistenziale in collegamento con i successivi interventi riabilitativi dei livelli intermedio ed estensivo, in un rapporto integrato Ospedale-Territorio.

***c) interventi finalizzati al miglioramento dell’efficienza ed efficacia organizzativa***

1) migliorare l’accessibilità alle cure intensive iniziali attraverso nuovi modelli organizzativi dell’emergenza cardiologia con l’intento di:

- ridurre l’accesso alle UTIC entro limiti utili per praticare idonee terapie (riperfusion, controllo e trattamento delle aritmie, controllo e trattamento dello scompenso urgenze cardiologiche etc.), assicurando l’indirizzo del cardiovascolopatico acuto presso la struttura di pronto soccorso più idonea al caso realizzando idonei collegamenti funzionali tra servizi territoriali, centrale operativa e presidi cardiologici ospedalieri di vario livello operativo così da dare a ciascuna emergenza cardiologia una risposta tempestiva e calibrata alla sua gravità e complessità e non congestionare i centri ospedalieri di terzo livello con

patologie croniche o comunque non abbisognevole di alta tecnologia, da riservare invece quanto più possibile agli acuti;

- stabilire idonei percorsi diagnostici e terapeutici per i pazienti colpiti da patologia ischemica ed aritmica implementando idonei collegamenti, anche telematici, tra i presidi dell'ASL, la Centrale operativa del 118 e le strutture di Cardiologia ed aritmologia invasiva dell'Ospedale San Luca di Vallo della Lucania

- stabilire idonee forme di collegamento tra il Dipartimento Cardiovascolare dell'ASL SA 3 e le strutture ospedaliere di rilievo nazionale ed universitario per il trattamento e d il prosieguo diagnostico-terapeutico dei casi più complessi e con il Centro Regionale di Riferimento altamente specialistico per la diagnosi e Cura dei pazienti con Cardiopatie congenite in età adulta;

2) per quanto riguarda l'ictus, favorire il precoce ricovero, possibilmente in unità specializzate, dei pazienti con sospetto ictus onde facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate quali la rivascolarizzazione farmacologica o chirurgica delle forme ischemiche e gli opportuni interventi neurochirurgici nelle forme emorragiche, in modo mantenere almeno stabili gli attuali livelli di mortalità per patologie cerebrovascolari, Organizzando sulla scorta delle indicazioni regionali una idonea rete di "Stroke unit", funzionalmente collegate tra di loro e con la Centrale Operativa del 118

3) istituire un Centro Aziendale di Riferimento per i registri di particolari patologie cardiache e cerebrovascolari e relative procedure diagnostiche di alto livello e/o atti terapeutici speciali per il monitoraggio epidemiologico e degli stessi atti diagnostico-terapeutici In particolare si identificano le seguenti patologie per le quali progressivamente si provvederà alla istituzione del Registro Aziendale per :

- Sindromi Coronariche Acute

- Scompenso Cardiaco

- Cerebrovasculopatie

- Principali disturbi del ritmo Cardiaco

- Procedure ed interventi di cardiologia invasiva, interventistica, aritmologia invasiva ed interventistica, cardiocirurgia e trapianto

- Morte improvvisa

- Cardiopatie Congenite

4) organizzare la riabilitazione cardiologica e la Riabilitazione neurologica, nei limiti delle disposizioni regionali e secondo le indicazioni del Piano Regionale Ospedaliero

5) attivare, nei limiti delle disposizioni regionali e secondo le indicazioni del Piano Regionale Ospedaliero, la struttura di Chirurgia Vascolare presso l'ospedale San Luca di Vallo della Lucania

## 5.7 TUMORI

Dal 1996 al 2000 le morti per tumore nell'ASL SA/3 sono aumentate del 9,3% (499 nel 1996; 545 nel 2000) anche se, in generale, i tassi di mortalità per tali cause risultano più bassi rispetto ai valori nazionali e regionali. Nell'anno 2000 le morti per tumore hanno fatto registrare un incremento di 3 casi nei maschi rispetto al 1996, mentre nel sesso femminile cause, si è avuto un incremento di 43 unità.

I problemi collegati alla malattia neoplastica sono di ordine sanitario (prevenzione, cura e riabilitazione) e sociale.

I tumori in questa ASL costituiscono la seconda causa di morte e colpiscono prevalentemente la popolazione anziana; infatti più del 70% dei casi di tumore si riscontra al di sopra dei 65 anni. Le sedi più colpite sono il polmone, il colon, la mammella, il fegato, lo stomaco, la prostata. Tra i principali determinanti della salute di una popolazione, anche nel caso dei tumori, occorre ricordare i fattori sociali, economici e culturali che condizionano le diverse forme di neoplasie tra la popolazione. Gli aspetti più rilevanti del problema sono: la riduzione dell'incidenza delle neoplasie, la diagnosi precoce, una maggiore percentuale di paziente guariti ed infine una migliore qualità di vita nei pazienti in cui non è possibile pensare ad una guarigione della malattia.

Per poter raggiungere gli obiettivi sopra riportati si dovrà agire a diversi livelli: prevenzione primaria, diagnosi precoce, miglioramento dei trattamenti, miglioramento dell'integrazione dei servizi assistenziali ospedale-territorio, avvio dell'unità di cure palliative.

Parlare di **PREVENZIONE PRIMARIA** in oncologia significa mettere in atto strategie che abbiano come obiettivo la riduzione o l'abolizione dell'esposizione a sostanze potenzialmente oncogenetiche. Le sostanze potenzialmente cancerogene di cui si hanno sufficienti evidenze sono: il fumo di sigarette, i raggi ultravioletti, gli idrocarburi, l'asbesto, il radon, l'assunzione di alcool. Molto più problematico è il rapporto tra tumori e alimentazione. Si stima che solo il 5-15% di tutti i tumori sia correlato ad alterazioni genetiche eredo-familiari, per cui circa il 65-85% dei tumori potrebbe essere prevenuto con i cambiamenti degli stili di vita e ambientali. Anche l'infezione da H.pylori è considerata causa importante del carcinoma dello stomaco.

È questo il settore in cui le risorse sinergiche messe in campo dai diversi attori coinvolti nella realizzazione del Piano Attuativo Locale possono dare i benefici maggiori sulla salute di tutti i cittadini.

In particolare per quanto attiene alla informazione/educazione dei cittadini, un ruolo preminente ed importante dovrà essere dato dagli enti locali, dalle scuole di ogni ordine e grado, dalla stampa, dalle imprese e dalle associazioni no-profit, nonché dagli operatori sanitari e dalle strutture sanitarie dedicate. Le azioni sinergiche dei diversi attori coinvolti nel Piano saranno rivolte alla promozione di un *sano stile di vita*.

#### **DIAGNOSI PRECOCE E SCREENING**

Da diversi anni sono stati avviati in questa Azienda Sanitaria gli screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella, coinvolgendo tutte le donne residenti rispettivamente nelle fasce di età 25-64 anni e 50-69 anni, e sono in atto due studi pilota per lo screening dei tumori del colon-retto e del melanoma.

Anche in questo caso la sinergia tra i diversi attori del Piano Attuativo (Enti Locali, Imprese, Associazioni, Medici di Base, Azienda Sanitaria) è fondamentale per poter creare le condizioni finalizzate a facilitare la partecipazione ai programmi di screening delle lavoratrici, di chi ha difficoltà di trasporto, di chi vive in aree disagiate, ed alla promozione e mantenimento di campagne informative. Nel periodo di vigenza del Piano si ritiene di implementare gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella, del collo dell'utero, del colon-retto e del melanoma

#### **OBIETTIVI**

- migliorare l'adesione agli screening soprattutto nelle aree a più bassa adesione, raggiungendo: almeno il 50% della popolazione target per la prevenzione del tumore della mammella; almeno l'85% della popolazione target per la prevenzione del tumore del collo dell'utero; la popolazione a maggior rischio per tumori del colon-retto e melanoma;
- recupero dei soggetti che sfuggono alla prima chiamata;
- attuare controlli di qualità in tutte le fasi del processo diagnostico ed assistenziale;
- assicurare la sorveglianza epidemiologica del programma, monitorandolo con indicatori di processo e di risultato;
- Istituzione del Registro Aziendale dei Tumori e raccordo con i Registri Tumori e con il Centro Regionale di Prevenzione Oncologica;
- attuare campagne di informazione per gli operatori sanitari e la popolazione;
- garantire la continuità del percorso assistenziale per le donne che necessitano di approfondimenti diagnostici e di interventi terapeutici;
- rispetto dei tempi di attesa della refertazione.

## **Indicatori**

- percentuale di adesione della popolazione target;
- monitoraggio dei tempi di attesa dei referti;
- verifica della qualità dei percorsi assistenziali.

## ***UNITA' DI CURE PALLIATIVE***

Nei pazienti affetti da neoplasia in fase terminale, in cui non è più possibile attuare trattamenti terapeutici per la risoluzione della malattia o un aumento della sopravvivenza, occorre garantire interventi in grado di migliorare la qualità della vita o comunque dare *sollievo alla sofferenza*.

Tali tipi di interventi costituiscono le cosiddette Cure Palliative, con le quali, attraverso azioni sinergiche socio-sanitarie, si cerca di garantire una migliore qualità di vita in termini fisici, psichici e sociali., indipendentemente dal luogo di azione (domiciliare o strutture residenziali).Anche in questo caso gli interventi sinergici tra ASL, Enti Territoriali, Associazioni, Medici di Base, è un elemento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi.

## ***OBIETTIVI***

- Attivazione di Unità di Cure Palliative e di Hospice;
- formazione del personale socio-sanitario;
- elaborazione di percorsi clinico-organizzativi.

## **AZIONI**

- Realizzazione di campagne di educazione sanitaria volte sviluppare nella popolazione la conoscenza dei fattori di rischio per lo sviluppo delle neoplasie con particolare riguardo all'abitudine al fumo di sigaretta, alle abitudini alimentari, all'adozione di corretti stili di vita e al miglioramento del contesto ambientale
- Potenziamento degli strumenti di registrazione dei tumori incidenti nella popolazione e degli studi epidemiologici sulla sopravvivenza anche attraverso l'impiego di tecnologie informatiche (Registro Aziendale Tumori).
- Potenziamento delle azioni di screening oncologico
- Miglioramento dell'offerta di presidi pubblici di oncologia medica, radioterapia e di Hospice secondo le indicazioni regionali
- Istituire posti per cure palliative ed hospice presso il Presidio di Agropoli.

## **5.8 DIABETE MELLITO**

### **AZIONI**

- campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini ed agli operatori
- screening per la diagnosi precoce da attuarsi su tutto il territorio aziendale e specialmente nelle prime classi scolastiche
- potenziamento delle attività dei Centri antidiabetici
- istituzione del Registro Aziendale del Diabete Mellito e relative Complicanze ( amputazioni di arti e del ricorso alla dialisi).

## **5.9 CIRROSI EPATICA**

### **OBIETTIVI**

- Diminuire i fattori di rischio di esposizione al virus dell'epatite B e C.
- Ridurre il consumo di alcool.
- Migliorare la tempestività nella diagnosi e nella terapia delle complicanze della cirrosi epatica
- Potenziare la cultura della donazione di organo.

### **AZIONI**

- Sorveglianza sul rispetto dell'obbligo alla vaccinazione anti-epatite B.
- Promozione della vaccinazione anti-epatite B nelle fasce delle popolazioni a rischio (tossicodipendenti, dializzati, politrasfusi, personale sanitario).
- Sorveglianza e controllo delle infezioni da virus epatitici che si sviluppano in ambienti sanitari ,attraverso una verifica della adozione scrupolosa di comportamenti che riducano al minimo il rischio di contagio ,sia degli operatori che degli utenti.
- Adozione di protocolli standard per la sterilizzazione di materiali e procedure utilizzate in campo sanitario.
- Informazione sui danni derivanti dal consumo di alcool.
- Promozione di linee-guida e protocolli per la diagnosi precoce della cirrosi epatica e delle sue complicanze.
- Promozione di campagne di sensibilizzazione per la donazione di organi.

## **5.10 MALATTIE INFETTIVE**

### **5.10.1 MALATTIE INFETTIVE A TRASMISSIONE ORO-FECALE E/O ALIMENTARE**

Le malattie infettive a trasmissione oro-fecale rappresentano ancora oggi un rilevante problema di sanità pubblica. I dati epidemiologici in questa asl hanno permesso di osservare che nella maggior parte dei casi le predette infezioni si verificano per non corretti comportamenti igienici nell'ambito domestico, essendo rari i casi notificati di infezioni in comunità e/o nella ristorazione pubblica.

#### **OBIETTIVI**

- riduzione dell'incidenza delle malattie infettive trasmesse con gli alimenti.

#### **AZIONI**

- intensificazione dei controlli sulla filiera alimentare, in particolare nella fase di produzione e preparazione;
- campagne di educazione per la corretta manipolazione, preparazione e conservazione degli alimenti, in particolare in ambito domestico;
- formazione degli operatori addetti al settore alimentare.

### **5.10.2 MALATTIE A TRASMISSIONE PARENTERALE**

#### **OBIETTIVI**

- riduzione dell'incidenza delle predette malattie;
- potenziamento del sistema di sorveglianza.
- Attuazione del progetto AIDS 2002/2004

#### **AZIONI**

- intensificazione della campagna di vaccinazione Antiepatite B ed interventi di comprovata efficacia nei soggetti a rischio (ad es. evitare o limitare i comportamenti a rischio);
- attività di counseling diretta a soggetti a rischio e loro partners, attraverso la istituzione di gruppi interdisciplinari (MMG, Dipartimenti di Prevenzione, Scienze Mediche, Materno-Infantile, Salute Mentale, SERT), a livello distrettuale ed ospedaliero;

- collaborazione con le direzioni delle strutture sanitarie ASL per programmi di prevenzione delle malattie a trasmissione sieromeatica diretti a tutto il personale di assistenza.

### **5.10.3 ZOONOSI**

#### **OBIETTIVO**

- riduzione dell'incidenza delle zoonosi;

#### **AZIONI**

- indagini epidemiologiche in stretta collaborazione tra Area Medica e Veterinaria;
- lotta ai principali vettori/serbatoi di infezione con il potenziamento dell'Unità di Disinfezione.

### **5.10.4 TUBERCOLOSI**

L'incidenza dei casi di tubercolosi negli ultimi anni mostra un trend in aumento, da mettere in rapporto ai flussi migratori di extracomunitari da paesi in cui la malattia è endemica.

La scarsa cultura sanitaria ed in molti casi la clandestinità rendono difficile il contatto con gli immigrati, per cui solo raramente si riescono ad effettuare le indagini epidemiologiche e gli interventi di profilassi.

#### **OBIETTIVI**

- riduzione del numero di "casi" e "contatti di caso" che sfuggono al controllo epidemiologico e/o che non completano la terapia antimicrobica;

#### **AZIONI**

- indagini epidemiologiche dei casi e dei contatti di caso, con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato presenti nel territorio;
- attivazione di una unità mobile di Prevenzione (camper attrezzato per prelievi e colloqui con personale medico, infermieristico e assistenti sociali), da effettuarsi in collaborazione con i Dipartimenti già previsti per le malattie a trasmissione parenterale, con le Associazioni di Volontariato e dei Lavoratori presenti sul territorio .

### **5.10.5 INFEZIONI NOSOCOMIALI**

Le infezioni acquisite in ospedale, ancora oggi, nonostante la disponibilità di numerosi ed efficaci presidi preventivi e terapeutici e le migliorate condizioni strutturali ed alberghiere degli ospedali, rappresentano un rilevante problema sanitario e sociale.

Le infezioni ospedaliere sono infezioni che insorgono durante il ricovero in Ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso, e che non erano clinicamente manifeste all'atto del ricovero.

Tenuto conto che il 5% dei soggetti durante il ricovero va incontro ad infezioni ospedaliere, e che i ricoveri nei Presidi Ospedalieri dell'ASL SA/3, sono stati 34.915 nell'anno 2000, la previsione del numero di soggetti con Infezioni Ospedaliere è di 1.746 .

Considerato che per ogni soggetto con infezione ospedaliera la degenza media aumenta di sette giorni, le giornate di degenza previste aumentano a 12.220 .

#### **OBIETTIVI**

- Riduzione delle infezioni ospedaliere, con particolare riguardo alle Infezioni (del tratto urinario, della ferita chirurgica, delle polmoniti post operatorie o associate a ventilazione assistita; delle infezioni associate a cateteri intravascolari)

#### **AZIONI**

- piena attuazione della normativa vigente (circ. min. n. 52/85 e 8/88; DPR 13/9/88);
- implementazione del sistema di controllo delle infezioni ospedaliere, già istituito nei vari Presidi, con particolare riguardo alla formazione degli operatori addetti alla sorveglianza;
- attuazione del prontuario degli antibiotici;

### **5.10.6 PREVENZIONE MEDIANTE VACCINI**

#### **OBIETTIVI**

- rimodulazione dell'intera attività vaccinale
- campagne di sensibilizzazione della popolazione, sull'utilità delle vaccinazioni;
- impegno dei Servizi Sociali ASL per il recupero dei bambini che sfuggono alle vaccinazioni;
- offerta attiva ai bambini a rischio della vaccinazione antipneumococcica;

- introduzione nella schedula vaccinale ASL, nell'anno 2003, dell'anti-haemophilus Influentiae tipo B e, per i bambini a rischio, della vaccinazione antimeningococcica.

#### **AZIONI**

- ottimizzare l'attività vaccinale
- attivare "strategie di recupero" di soggetti non vaccinati alle scadenze previste, tramite i Servizi Sociali ASL e tramite la prosecuzione di campagne di sensibilizzazione già iniziate;
- sensibilizzare e coinvolgere i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta per una attiva collaborazione con l'ASL per raggiungere gli obiettivi di coperture vaccinali individuati dal PSN, nonché per una puntuale notifica dei casi di malattie infettive, al fine di avere dati epidemiologici per l'attivazione di strategie preventive e terapeutiche;
- intensificare la vigilanza su reazioni avverse da vaccino;
- valutare l'impatto economico dei programmi vaccinali.

## ***5.11.PREVENZIONE DELLA CARIE DENTALE E DELLE MALATTIE PARODONTALI***

### **OBIETTIVI**

- ridurre al minimo gli interventi terapeutici attraverso programmi di educazione alla salute.

### **AZIONI**

- campagne di educazione sanitaria per la prevenzione della carie e delle malattie parodontali, attraverso idonei comportamenti e stili di vita.
- includere nella visita medica scolastica, il rilievo della situazione dentaria e di eventuali patologie parodontali, con invio dei casi accertati o sospetti allo specialista odontoiatrico distrettuale.

## ***5.12 INFORTUNI SUL LAVORO***

### **OBIETTIVI**

- Riduzione della frequenza degli infortuni in tutti i settori produttivi.

### **AZIONI**

- Campagne informative per la prevenzione;
- Potenziamento del sistema informativo locale e collegamento con le istituzioni territoriali del settore lavoro (INAIL - Ispettorato del Lavoro - Confederazione di settore - ISPESL - ecc.);
- Azioni coordinate con le altre istituzioni di vigilanza presenti sul territorio;
- Azioni di supporto alle strutture sanitarie ospedaliere ed extra ospedaliere, in materia di tutela dei lavoratori e della collettività, dai rischi sanitari negli ambienti di vita e di lavoro. Rientrano in questo campo un più efficace flusso informativo da parte dei PP.OO. e dei sanitari territoriali (MMG - Pediatri di Base - continuità Assistenziale) sia per quanto riguarda gli infortuni all'interno delle strutture che al di fuori delle stesse.

### ***INDICATORI***

- Numero di infortuni sul lavoro;
- Mortalità correlata agli stessi.

### **5.1.3 INCIDENTI STRADALI**

#### **OBIETTIVI**

- Riduzione del 20% della mortalità da incidente stradale;
- Riduzione almeno del 20% dei ricoveri per incidente stradale e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero;
- Riduzione almeno del 10% di inabilità permanente conseguenti ad incidenti stradali.

#### **AZIONI**

- Implementazione dei reports dai punti di pronto soccorso/emergenza del territorio;
- Campagna di sensibilizzazione sull'uso del casco e delle cinture di sicurezza (peraltro già avviata);
- Promozione di campagne informative/formative nelle scuole per una guida sicura, avvalendosi della collaborazione degli organismi territoriali con competenze nel campo dell'educazione e della vigilanza.

## ***5.14 INCIDENTI DOMESTICI***

### **OBIETTIVI**

- Diminuzione del numero di infortuni domestici, in particolare degli anziani.

### **AZIONI**

- Sviluppare campagne di informazione e di formazione per diminuire i rischi negli ambienti confinati;
- Implementare il sistema di sorveglianza epidemiologica attraverso un maggiore coinvolgimento degli operatori socio-sanitari presenti sul territorio.

## **5.15 MALATTIE PROFESSIONALI**

### **OBIETTIVI**

- Costituzione di una banca dati con la collaborazione dell'INAIL e delle commissioni collegiali ASL;
- riduzione della frequenza delle patologie croniche da lavoro.

### **AZIONI**

- Favorire l'integrazione tra ASL - INAIL - INPS ed all'interno dell'ASL tra le varie strutture deputate alla valutazione dello stato di salute dei lavoratori;
- Informazione/formazione di tutti gli attori della prevenzione

### **INDICATORI**

- Incidenza delle malattie professionali.

### **5.16 TOSSICODIPENDENZE**

I dati epidemiologici-statistici dell'anno 2001 nella ASL SA/3 evidenziano che gli Utenti SER.T. sono 439 (Morti per overdose o suicidio N° 0; Positività HIV n° 9; Positività per HCV n° 110; Positività per HBV n° 97)

L'incidenza maggiore è compresa tra 20 e 39 anni di età ; il maggior numero di casi è presente nella fascia costiera. La prevalenza di soggetti tossicodipendenti nell'ASL SA/3 è di 16,3 / 10.000 abitanti ed è inferiore al dato della Regione Campania ( 21,4/10.000) ed al dato nazionale ( 24/10.000 ). Le sostanze più usate sono eroina, cannabinoidi, cocaina, alcool.

#### **OBIETTIVI**

- Attivare e migliorare i sistemi di sorveglianza epidemiologica dei fenomeni legati all'uso ed abuso di sostanze stupefacenti e di alcool , specie delle fasce giovani della popolazione .
- Migliorare e potenziare la capacità dei Servizi di prevenire, diagnosticare precocemente e trattare le patologie legate all'abuso di sostanze stupefacenti e di alcool .

#### **AZIONI**

- Articolazione dell'attività dei SER.T caratterizzati da una forte integrazione tra le diverse professionalità che operano al loro interno , privilegiando il lavoro di équipe.
- Potenziamento dei programmi di prevenzione delle malattie infettive a trasmissione ematica e sessuale, anche tramite campagne di informazione rivolte principalmente ai giovani ; si intende operare nelle scuole e nei luoghi di aggregazione giovanile (discoteche ,pub , strade, ecc.) potenziando fortemente le Unità di strada, in stretta collaborazione con i Servizi sociali degli Enti ,i Dipartimenti Aziendali
- Creazione di percorsi preferenziali ospedalieri per i soggetti tossicodipendenti, ed adozione di protocolli comuni tra i SER.T. ed i restanti Servizi dell'ASL, specie per le patologie psichiatriche.
- Campagne di informazione sui danni da fumo di sigarette, rivolte specialmente ai giovani .
- Attivazione di Centri “ nicotineprive”
- Istituzione di Centri alcoologici , dotati ognuno di posti letto in ragione di 1 / 100.000 abitanti .
- Potenziamento , anche ai fini del miglioramento della qualità dei servizi , dei percorsi formativi del personale , dei SER.T. e della psichiatria.
- Collegamento in rete dei SER.T. , ed inserimento nella rete informatica aziendale.

## **5.17 SALUTE MENTALE**

### **OBIETTIVI**

- Costituire un sistema integrato di strutture, presidi, operatori e di referenti territoriali e sociali, con l'intento di programmare, promuovere, attuare, coordinare e verificare le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti
- Formare gli operatori, per rispondere più efficacemente al bisogno di tutela della salute mentale della popolazione.

### **AZIONI**

- **ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE** : l' Azienda Sanitaria, al fine di raggiungere l'obiettivo di tutela della salute mentale, e garantire livelli uniformi di assistenza per tale tutela, ha istituito il **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**, che opererà di concerto con la Direzione dei Distretti e degli altri Dipartimenti Aziendali.

Si intende, nel periodo di vigenza del Piano, realizzare concretamente l' organizzazione Dipartimentale.

- **STRUTTURE RESIDENZIALI** : potenziare le Strutture esistenti, anche con il fine di accogliere i pazienti attualmente ospiti in Strutture site fuori ASL e/o fuori Regione

-**TUTELA SALUTE MENTALE NELL'ETA' EVOLUTIVA** : AMPLiamento dei Centri di Informazione e Consulto ( C.I.C. ) a livello distrettuale, operando principalmente nelle scuole, di concerto con il Dipartimento Materno-Infantile ed i SER.T.

- **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE** : attuazione della prevenzione attraverso i C.I.C. ed apposite campagne informative ed educative; intensificazione dei trattamenti riabilitativi di psicoterapia,specie in gruppo; istituzione di attività ospedaliere specifiche correlate.

- **TUTELA SALUTE MENTALE NEGLI IMMIGRATI** : Ricerca dei casi con la collaborazione del volontariato ed i Servizi Sociali, anche attraverso le Unità di strada già previste per i SER.T.

- **QUALIFICAZIONE DEGLI OPERATORI** : attraverso corsi mirati, ed intensificando il lavoro di gruppo.

- **REINSERIMENTO SOCIALE** : si opererà di concerto con gli Enti locali, i Servizi sociali, il Volontariato e le famiglie, anche attraverso i Patti Territoriali ed appositi protocolli d'intesa. Le famiglie saranno aiutate, potenziando e migliorando l'accoglienza dei pazienti nei Centri Diurni per il postacuto e mettendo in essere azioni integrate famiglia-paziente-Servizi sanitari-Servizi sociali .

### **5.18 STRANIERI ED IMMIGRATI**

Gli immigrati iscritti nelle liste anagrafiche dei comuni dell'ASL sono 1609, mentre nell'anagrafe dell'ASL sono 1028, di cui 271 con codice STP ).

Gli immigrati sono distribuiti principalmente sulla fascia costiera, ed in particolare sul territorio dei Distretti di Capaccio ed Agropoli, dove più facili sono le occasioni di lavoro; infatti gli immigrati sono utilizzati principalmente in agricoltura e nel terziario .

La presenza di immigrati nell'ASL è pari al 3,05 % degli immigrati in Regione Campania, anche se è da immaginare una presenza maggiore dovuta ad immigrati clandestini non registrati in STP; sulla scorta dei dati presunti regionali tale presenza è pari al 17,62 % degli immigrati registrati, per cui il numero totale presunto dovrebbe essere di 1953 immigrati. Tale presenza, sia pur contenuta, ha fatto sviluppare negli operatori dei Distretti maggiormente interessati una grande sensibilità e disponibilità nei riguardi degli stranieri immigrati .

#### **OBIETTIVI**

- Facilitare l'accesso ai Servizi sanitari dell'ASL
- Implementare l'integrazione socio-sanitaria
- Implementare l'attività di prevenzione
- Facilitare le cure

#### **AZIONI**

- Intensificazione dell'azione sanitaria che si dovrà estrinsecare in atti sanitari e sociali attraverso la integrazione socio-sanitaria ed i patti territoriali.
- Implementazione delle attività delle Unità da strada, già previste per i SER.T. , che dovranno agire con particolare attenzione nelle aree critiche della popolazione immigrata ( dipendenza, prostituzione, detenzione ).
- Intensificazione della collaborazione con le associazioni di volontariato, al fine di intervenire per la prevenzione delle malattie infettive, specie di quelle a trasmissione sessuale, e delle patologie oncologiche; si agirà di concerto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta intensificando l'azione vaccinale
- Distribuzione gratuita dei farmaci antitubercolari agli immigrati affetti da tbc , e dei chemioterapici per coloro che hanno avuto contatto stretto con gli stessi; idem per i farmaci antiretrovirali per l'infezione da HIV . La distribuzione avverrà tramite le farmacie distrettuali ed ospedaliere

## 5.19 RIABILITAZIONE

Nell'ASL SA/3 i pazienti trattati per Riabilitazione nell'anno 2001 sono stati 2218.

Le maggiori patologie trattate sono state i deficit da accidenti vascolari ed i deficit sensoriali.

Le fasi dell'intervento riabilitativo consistono in:

- **fase della prevenzione** del danno secondario e delle conseguenti menomazioni; l'intervento riabilitativo deve essere inserito nel protocollo terapeutico di ogni malattia potenzialmente in grado di curare disabilità già nella fase acuta della stessa;
- **fase della riabilitazione intensiva**; l'intervento riabilitativo si inserisce nella fase dell'immediata post-acuzie della malattia, laddove esso può influire sui processi biologici che sottendono il recupero contenendo e/o riducendo la disabilità;
- **fase della riabilitazione estensiva**; è la fase di completamento del processo di recupero dove viene completato l'intervento riabilitativo con modalità non intensive;
- **fase di mantenimento** e/o prevenzione della progressione della disabilità; sic caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi abitualmente integrati con l'attività di riabilitazione sociale.

A tali fasi del processo riabilitativo corrispondono diversi livelli organizzativi che vanno a costituire una rete di servizi riabilitativi:

- strutture ospedaliere con degenza a ciclo continuo o diurno
- strutture extraospedaliere residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

Secondo tale modello concettuale ed organizzativo, l'attività di riabilitazione deve essere prevista già nella prima fase d'insorgenza della patologia disabilitante. Ed in questo contesto essa è tanto più efficace quanto più tempestiva ed intensiva.

Il quadro normativo attuale distribuisce la funzione riabilitativa in più strutture operative (materno-infantile, medicina di base, riabilitazione, anziani) senza peraltro prevedere alcun collegamento tra esse, con enorme frammentazione e dispersione di risorse. Il progetto riabilitativo al contrario coinvolge, nella razionalizzazione, una pluralità di risorse sanitarie e non e si avvale di professionalità diversificate afferenti da vari comparti (sanitario, sociale, scolastico, formativo-professionale, ecc.) e necessita di una regia unitaria che garantisca la continuità del percorso nei diversi luoghi e nelle differenti fasi in cui esso si compie, evitando inutili duplicazioni e triplicazioni delle risorse da impegnare.

Infatti gli interventi riabilitativi sono presenti in diverse attività del S.S.N. e con diversa intensità:

- nelle attività di prevenzione della disabilità del settore materno-infantile,

- nelle attività di riabilitazione psichiatrica dei DD.SS. mentali,
- nelle attività di prevenzione della disabilità e di assistenza integrata agli anziani,
- nelle attività riabilitative dei servizi di riabilitazione.

#### **OBIETTIVI**

- Organizzare tutte le attività di riabilitazione, sia ospedaliere che extraospedaliere, in un modello che collega, coordinandole, tutte le attività creando percorsi riabilitativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficacia ed appropriatezza.
- Ridurre le patologie a più alto rischio di disabilità.
- Migliorare le autonomie funzionali dei disabili, anche in relazione alla vita familiare e sociale.
- Assicurare le prestazioni riabilitative su tutto il territorio dell'ASL
- Implementare la riabilitazione intensiva ospedaliera
- Umanizzare i servizi di riabilitazione
- Sviluppare e a un tempo qualificare l'assistenza riabilitativa domiciliare.

#### **AZIONI**

- Attivazione dell'offerta di posti letto dedicati in presidi ospedalieri anche al fine di ridurre la migrazione fuori Asl e/o fuori Regione.
- Realizzazione di campagne di informazione rivolte alla popolazione
- Realizzazione di RR.SS.AA. e di Centri diurni secondo gli standards regionali
- Creazione di Centri di riabilitazione a gestione ASL, con conseguenziale redistribuzione sul territorio dei Centri di riabilitazione in provvisorio accreditamento;
- Implementazione dell'integrazione socio-sanitaria anche attraverso i patti territoriali
- Ottimizzazione delle attività riabilitative ambulatoriali ed in day hospital
- Predisposizione di protocolli valutativi e di intervento riabilitativo per l'omogeneizzazione e l'elevazione degli standard di trattamento.
- Valutazione e verifica continua della qualità delle prestazioni fornite.
- Qualificazione e incremento dei centri riabilitativi con idrokinesiterapia

## **5.20 SALUTE NELLE FASI DELLA VITA**

### **5.20.1.TUTELA MATERNO INFANTILE.**

#### **OBIETTIVI**

- ridurre la mortalità perinatale ed infantile
  - ridurre il numero dei tagli cesarei
  - ridurre i ricoveri pediatrici impropri
  - ottimizzare l'attività nell'area materno infantile secondo le indicazioni del PSR

#### **AZIONI.**

- Interventi preventivi, diagnostici e terapeutici appropriati ed unificati predisponendo linee guida condivise e realizzate sui principi della Medicina Basata sull'Evidenza ed inerenti tanto la ginecologia-ostetricia che la pediatria. In questa direzione saranno potenziati i servizi ospedalieri a ciclo diurno, i servizi territoriali per quanto concerne il primo livello, il collegamento (anche informatico) fra P.O., Distretto e medico di M.G. e P.L.S.
- Gestione della gravidanza con l'attivazione di corsi di preparazione alla nascita in tutte le sedi degli attuali Distretti. Tali corsi, peraltro già in parte attivati, prevedono anche il momento neonatologico, la promozione dell'allattamento al seno, la partoanalgesia, la riabilitazione perineale. In quest'ottica si procederà alla ristrutturazione ambientale dei punti nascita ospedalieri tendendo a creare le "case parto" che rappresentano il gold standard dell'assistenza, ed all'acquisizione per il territorio del supporto tecnico ( ecografi ) per una diagnostica prenatale appropriata.
- Attivazione in tempi brevi di una Unità operativa di Patologia Neonatale e Terapia Intensiva Neonatale nella ASL per garantire accessi per il parto alla sede più sicura, per evitare fughe e trasferimenti impropri, per ridurre il tasso di mortalità perinatale .
- Valorizzare il ruolo del Pediatra di famiglia, razionalizzando l'ospedalizzazione in età pediatrica, prevedendo anche un controllo sull'appropriatezza della stessa.
- Potenziamento del progetto, già in atto, di Promozione e Tutela della Salute degli Adolescenti (DRG n.9975/97) , integrando i servizi sanitari materno infantili con quelli socio-assistenziali anche per la raccolta di informazioni e segnalazioni su maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori, nonché per la loro prevenzione con programmi integrati verso gli operatori e la famiglia.
- Garantire interventi di formazione ed aggiornamento per il personale al fine anche di migliorare l'umanizzazione dei ricoveri.

## **5.20.2 TUTELA DEGLI ANZIANI**

### **OBIETTIVI**

- Promuovere la qualità della vita degli anziani, mantenendo e/o recuperando l'autosufficienza.
- Favorire la domiciliarità degli interventi ,garantendo in caso di necessità la ospedalizzazione .
- Attuare la D.G.R.C. n° 5744/2000 “Potenziamento dell’assistenza domiciliare all’anziano fragile ed attivazione della rete di assistenza geriatrica.

### **AZIONI**

- Attivazione del Dipartimento delle Fasce Deboli
- Attuazione della D.G.R.C. n° 5744/2000 , attraverso l’affidamento dei servizi ad un partner privato con il compito di erogare le cure domiciliari agli anziani e di sviluppare tecnologie telematiche per organizzare e gestire la rete dei servizi , nonché il rapporto con gli anziani stessi (Telemedicina ).
- Attuazione dell’ A.D.I., dell’ A.D.I. ad alta intensità, palliativa, respiratoria, nutrizionale, pediatrica. Attuazione Dimissioni protette.
- Adeguamento del numero di posti letto delle UU.OO. Geriatriche ospedaliere secondo le prescrizioni regionali
- Promozione della formazione e dell’aggiornamento degli operatori
- Implementazione dell’integrazione socio-sanitaria, anche attraverso i patti territoriali ed il volontariato.
- Attivazione R.S.A. in Vallo, in Capaccio, in Torraca e costruzione nuove R.S.A. in Sala Consilina ed Agropoli.

## **5.21 TRAPIANTI**

### **OBIETTIVI**

- Gli obiettivi da raggiungere saranno quelli determinati dalla Regione Campania su indicazione dell'Alto Comitato per i Trapianti. In particolare vi è l'obiettivo di incrementare le donazioni di organi.

### **AZIONI**

- Promozione delle attività già esistenti di informazione;
- attività di formazione degli operatori e delle figure professionali coinvolte nel processo di donazione, sotto la guida del Coordinatore locale;
- potenziamento dei Centri di Rianimazione;
- aumento degli accertamenti di morte cerebrale;
- promozione dell'attività di assistenza e supporto ai familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento.

## ***5.22 PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE GENETICHE E DELLE PATOLOGIE RARE.***

### **OBIETTIVI**

- Formazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo in modo da offrire attività di counseling a livello territoriale in accordo con i Dipartimenti Materno-Infantile, Neuro-Orto-traumatologico e laboratori di Genetica.
- Potenziamento delle strutture per le diagnosi prenatale e neonatale, affinché le diagnosi siano tempestive ed appropriate, anche avvalendosi di convenzioni con Centri di elevata specializzazione per la citogenetica e la genetica di laboratorio.
- Attenta sorveglianza epidemiologica;
- Supporto sociale alle famiglie.

### **5.23 DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

#### **OBIETTIVI:**

- informazione/formazione della popolazione giovanile per una corretta alimentazione;
- istituzione di centri per la prevenzione ed il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare;
- individuazione precoce di soggetti a rischio del comportamento alimentare ed attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria;
- interventi di prevenzione terziaria attraverso metodi di riabilitazione nutrizionale, psicologiche e psichiatrica.

#### **AZIONI**

- formazione del personale sanitario attraverso attività didattiche ed addestramento pratico da effettuarsi presso centri di alta specializzazione;
- coinvolgimento delle famiglie e delle associazioni di volontariato;
- collegamento funzionale tra le diverse articolazioni dell'Azienda con strutture regionali specializzate/Aziende Policlinici Universitarie.

## **5.24 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA**

### **OBIETTIVI**

intensificazione della lotta alle malattie infettive e diffuse del bestiame prevedendo nel triennio 2002/2004:

- la bonifica sanitaria degli allevamenti da TBC, BRC e LEB, al fine di raggiungere il 100% del patrimonio zootecnico (obiettivo regionale);
- intensificazione della lotta al randagismo;
- educazione sanitaria per una corretta alimentazione e formazione - informazione degli operatori commerciali del settore (in collaborazione con il SIAN);
- controllo ai fini della registrazione di tutti gli allevamenti (DPR 54/97), con lo scopo finale di migliorare la qualità degli alimenti e per la tutela del benessere animale;
- informazione-formazione degli allevatori per migliorare le produzioni;
- attuazione del piano di controllo dei residui nelle carni e della farmaco-sorveglianza;
- tutela del benessere animale;
- controlli sulla riproduzione animale.

### **AZIONI**

- ottimizzare la organizzazione dell' assistenza veterinaria riorganizzandoli Dipartimento di Prevenzione così come indicato dal presente Piano

## **5.25 GLI INTERVENTI SULLE STRUTTURE**

A seguito dell'entrata in vigore delle Leggi Regionali N°2/94 e n°32/94 si è reso necessario da parte della Regione Campania riordinare l'originario piano di investimento per adeguarlo alle indicazioni contenute nelle leggi regionali. Con deliberazione n.4448 del 1/8/1995 è stata assegnata alla Azienda Sanitaria Locale Salerno 3 la somma di £.86.624 milioni, da utilizzare per gli interventi di ristrutturazione degli ospedali e per il territorio con riferimento alla normativa di cui alla legge 11/3/1988 n°67, art.20. Si è provveduto, così, nel corso di questi anni, a lavori riguardanti:

- La ristrutturazione e l'adeguamento dell'Ospedale di Vallo della Lucania;
- La ristrutturazione e l'adeguamento dell'Ospedale di Polla;
- La ristrutturazione e l'adeguamento dell'Ospedale di Roccaspide;
- Il completamento dell'Ospedale di Agropoli;
- La ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento dell'Ospedale di Sapri;
- L'adeguamento del Centro di Riabilitazione di Vallo della Lucania;
- L'adeguamento dell'ambulatorio veterinario di Vallo della Lucania;
- La ristrutturazione e l'adeguamento del Poliambulatorio di Vallo della Lucania;
- La costruzione della R.S.A. di Vallo della Lucania;
- La costruzione del SAUT di Pollica;
- La costruzione del SAUT di Gioi;
- La costruzione del SAUT di Bellosguardo;
- La costruzione del SAUT di Piaggine;
- La costruzione della RSA di Capaccio;
- La costruzione del SAUT di Centola;
- La costruzione del SAUT di Casaletto Spartano;
- La costruzione della RSA di Torraca;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Policastro;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Morigerati;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Sicili;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Casaletto Spartano;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Villamare;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Roccagloriosa;
- La ristrutturazione dell'ambulatorio di Padula;

- L'adeguamento della RSA di S.Arsenio;
- La costruzione del Poliambulatorio di Sala Consilina;
- La costruzione del SAUT di Castellabate;
- La costruzione del SAUT di Teggiano.

Nell'ambito delle attività programmatiche in merito al miglioramento e al potenziamento delle strutture, l'Azienda ha già in corso la seconda e terza triennalità di finanziamento, per la realizzazione dei seguenti progetti:

- Completamento DEA II livello - Vallo della Lucania Euro 8.934.704,35
- Completamento DEA I livello - Polla Euro 5.164.568,99
- Completamento PSA Roccadaspide Euro 1.910.890,52
- Completamento PSA Agropoli Euro 6.972.168,13
- Completamento PSA Sapri Euro 5.112.923,30
- RSA Sala Consilina Euro 2.065.827,60
- RSA Agropoli Euro 2065.827,60
- Distretto Sanitario Capaccio Euro 3.563.552,60
- Distretto Sanitario Roccadaspide Euro 1.136.205,17
- Distretto Sanitario Polla Euro 1.291.142,24
- Distretto Sanitario Vallo della Lucania Euro 1.660.408,94
- Distretto Sanitario Sapri euro 1.105.217,76
- Sede Azienda Sanitaria Vallo della Lucania euro 2.873.049,72

## **5.26 MIGLIORAMENTO CONTINUO ED EFFICIENZA DELLE PRESTAZIONI FORNITE**

Volontà esplicita dell'Azienda è porre i bisogni dell'utenza al centro delle proprie strategie, indirizzando le scelte di politica sanitaria alla garanzia di qualità dei servizi e delle prestazioni nei confronti degli utenti. In questa visione il miglioramento degli aspetti di comfort e di relazione associati all'assistenza e, soprattutto, la soddisfazione delle necessità presenti e potenziali del cittadino, costituiscono aspetti che devono orientare tutto il sistema di erogazione dei servizi, in modo da renderlo confacente ai reali bisogni di salute degli utenti.

Gli strumenti idonei per sviluppare comportamenti funzionali alla qualità saranno rappresentati:

- da un sistema informativo, per potenziare la capacità di pianificazione, programmazione e controllo;
- dal processo di Formazione, per accrescere le abilità necessarie al miglioramento continuo della qualità;
- da un sistema premiante o sanzionatorio, inteso come strumento di controllo direzionale, finalizzato alla assunzione da parte di tutti gli operatori di comportamenti orientati alla efficienza e alla qualità;
- dalla partecipazione all'accreditamento istituzionale, quale mezzo per l'incremento e la promozione diffusa della qualità progressiva.
- dalla realizzazione del piano di investimenti tecnologici ed immobiliari previsti dalla programmazione regionale ed aziendale
- dall'adozione di tutte le misure necessarie per la sicurezza nei luoghi di lavoro;
- dallo sviluppo del sistema di informazione e la realizzazione di un programma di Formazione anche con riferimento all'E.C.M.;
- dall'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro del personale anche quale elementi di valorizzazione della professionalità, della responsabilità, della produttività;
- dalla riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sociali e sanitarie;
- dal miglioramento dei sistemi di accesso e di prenotazione delle prestazioni (CUP);
- dalla ridefinizione della Carta dei servizi;
- dal miglioramento del saldo delle compensazioni mediante la riduzione della mobilità passiva e l'aumento della capacità attrattiva dei presidi e dei servizi locali con ottimizzazione delle attività sanitarie aziendali territoriali ed ospedaliere..

## **5.27 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

Nell'ASL SA/3 è stato istituito il Coordinamento dei servizi socio-sanitari, già individuato nell'Atto Aziendale approvato con delibera n.1748 del 28.11.2001, con funzioni di indirizzo e garanzia della omogeneità delle prestazioni di competenza erogate a livello delle strutture produttive dell'Azienda.

L'approccio ad aree particolari di bisogno non può che essere globale, attraverso progettualità multidimensionali che interessino la sfera fisica, psichica e sociale delle persone, coerentemente a quanto sancito dal D. Lgs. 229/99 ed al successivo atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001.

Sia il decreto 229 che l'atto di indirizzo, definiscono le prestazioni socio-sanitarie come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Per migliorare l'efficacia degli interventi in materia di integrazione socio-sanitaria, indicata nel Piano Sanitario Regionale quale priorità strategica da perseguire, occorre una triplice integrazione:

- istituzionale;
- gestionale;
- professionale.

In riferimento alla integrazione istituzionale per il raggiungimento di obiettivi di salute comuni fra istituzioni diverse e tenuto conto di quanto previsto dalla legge 328/2000, l'ASL ha stipulato Accordi di programma con gli Enti Locali ricadenti nel proprio territorio e Provincia, nonché ha approvato schemi di convenzioni per la gestione dei Piani di Zona, strumenti, questi ultimi, attraverso i quali si realizza l'integrazione socio-sanitaria.

Inoltre l'ASL ha stipulato protocolli d'intesa con le Associazioni di volontariato ricadenti nel proprio territorio, al fine di fornire, attraverso la partecipazione, la solidarietà ed il pluralismo, adeguate risposte ai bisogni degli utenti.

In riferimento alla integrazione gestionale, si organizzeranno configurazioni verticali, orizzontali e trasversali ai diversi Servizi, Distretti e Dipartimenti aziendali, affinché le attività, i processi e le prestazioni in materia socio-sanitaria risultino efficaci. In riferimento alla integrazione professionale, si privilegia il lavoro di equipe sia a livello di Servizi che di Dipartimenti al fine di migliorare il lavoro interprofessionale, favorire l'empowerment e

promuovere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni rese in materia di integrazione socio-sanitaria.

Gli strumenti attraverso i quali qualificare l'integrazione come definiti dalla normativa nazionale in materia sono i programmi delle attività territoriali, i piani di zona e la definizione delle prestazioni socio sanitarie con relativa spesa.

In merito ai programmi delle attività territoriali, l'Azienda ha individuato nel Distretto Sanitario l'articolazione aziendale ove si realizza l'integrazione. Pertanto, il programma di tali attività è l'ambito di integrazione ove si coniuga la domanda sociale, cioè i bisogni e le modalità obbligate di intervento che trovano riscontro nei Piani di zona. Nell'ASL SA/3 ricadono 3 piani di zona:

- ambito S/4 (Vallo di Diano - Bussento)
- ambito S/6 (Calore Salernitano - Alburni)
- ambito S/7 (Alento Montestella - Gelbison Cervati - Lambro e Mingardo - Agropoli).

Per ognuno dei Piani di Zona è stato istituito un Coordinamento Istituzionale ed Uffici di Piano cui di diritto partecipa l'ASL.

Dopo numerose riunioni di lavoro e tavoli tecnici con le rappresentanze Aziendali e degli Enti Locali, sono stati approvate le relative progettualità esecutive, inviate alla Regione per la relativa approvazione.

Nei piani di zona e nelle progettualità esecutive sono stati previsti interventi integrati tra Enti Locali ed ASL per le rispettive competenze, in particolare per le aree ad alta integrazione (materno infantile, anziani, tossicodipendenze, salute mentale, handicap).

Sono stati inoltre definiti gli ambiti territoriali in cui ricadono i Distretti Sanitari ed una elaborata mappa conoscitiva del territorio, propedeutica alla applicazione dei Piani di Zona.

In merito alla definizione delle prestazioni socio-sanitarie con relativa spesa, l'ASL , su indicazione regionale, ha approntato schede per la definizione analitica delle prestazioni socio-sanitarie oggetto di compartecipazione e per l'individuazione dei costi ammessi a rimborso, per strutture pubbliche e convenzionate del territorio aziendale ed extraaziendale, per l'assistenza domiciliare, l'assistenza semiresidenziale, l'assistenza residenziale a favore di anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali e per persone affette da AIDS.

### ***5.28 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE PER LA SALUTE***

Tanti esempi di quotidiana attualità ci ricordano che l'organizzazione sanitaria è fatta anche di aspetti comunicativi che sono presenti in modo capillare e rivestono un'importanza critica. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso oculato di risorse sempre più limitate rendono la partecipazione dei cittadini e l'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza una necessità intrinseca alle condizioni di operatività dei servizi.

La comunicazione per la salute è, quindi, un'attività strategica dell'Azienda per influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle collettività, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti e indicazioni sul gradimento dei servizi utilizzati.

Le probabilità di successo dei piani e dei programmi sanitari, di prevenzione, di screening, di assistenza, si basano su elementi di natura tecnica e organizzativa quanto su aspetti comunicativi. La credibilità e la fiducia si ottengono e si mantengono attraverso atteggiamenti e atti coerenti, rispettosi degli interlocutori, mantenuti nel tempo.