



Regione Abruzzo

GIUNTA REGIONALE

**UN SISTEMA DI GARANZIE
PER LA SALUTE**

***PIANO SANITARIO REGIONALE
2008-2010***

DISEGNO DI LEGGE REGIONALE
Delibera Giunta Regionale n° 869/C del 27 agosto 2007

INDICE

1. PREMESSA	8
2. I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE.....	10
2.1. QUADRO DEMOGRAFICO	10
2.2. MORTALITÀ ED INCIDENZA.....	11
2.3. PREVALENZA DI PATOLOGIE	11
2.4. PREVENZIONE	13
2.5. EPIDEMIOLOGIA DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE RILEVANTI PER FREQUENZA ED IMPATTO.....	14
2.6. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA.....	18
2.7. SALUTE MENTALE E DISABILITÀ PSICHICA	20
2.8. TOSSICODIPENDENZE	21
2.9. STILI DI VITA E FATTORI RISCHIO	22
2.10. STATO DI SALUTE, BISOGNI E RICORSO AI SERVIZI SANITARI	22
2.11. BISOGNI, CONTESTI TERRITORIALI E POPOLAZIONI "FRAGILI"	24
3. L'ARCHITETTURA ISTITUZIONALE E I RUOLI.....	27
3.1. LE ASL, LE AZIENDE OSPEDALIERE-UNIVERSITARIE E I DISTRETTI....	27
3.2. I RUOLI	28
3.2.1. La Regione	28
3.2.1.1. L'Agenzia Sanitaria Regionale.....	28
3.2.1.2. La Direzione Sanità.....	30
3.2.2. Gli Enti Locali.....	30
3.2.3. L'Università	31
3.2.4. Il privato for profit.....	34
3.2.5. Il terzo settore.....	34
3.2.6. Gli organismi di partecipazione dei cittadini.....	35
3.2.7. Organizzazioni sindacali	36
3.2.8. Costituzione Comitati per le pari Opportunità	36
4. LE LOGICHE E GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE	38
4.1. CENTRALITÀ DEL CITTADINO	38
4.1.1. Le logiche: Sistema e Reti	40
4.1.2. Le logiche: Processi e Continuità dell'assistenza.....	41
4.1.3. Le logiche: le "Cure progressive" e la complessità assistenziale.....	41
4.1.4. Gli strumenti: i Percorsi Assistenziali	44
4.1.5. Gli strumenti: La Carta dei servizi.....	46
4.1.5.1 L.I.G. Fonti e strumenti di informazione e controllo. Progetto "Patient File" - Mattone 09 del SSN.....	47
4.2. QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA.....	48
4.2.1. Le logiche: Il Governo Clinico.....	48
4.2.2. Gli strumenti: La Medicina basata sulle evidenze.....	50
4.2.3. Gli strumenti: la Valutazione delle Tecnologie.....	51
4.2.4. Gli strumenti: gli Audit clinici	53
4.2.5. Gli strumenti: la Gestione del Rischio Clinico	54
4.2.6. Gli strumenti: l'autorizzazione e l'accreditamento.....	56
4.2.6.1. L' Autorizzazione	56
4.2.6.2. L' Accredитamento.....	56
4.3. STRUMENTI PER IL GOVERNO E LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI	57

4.3.1. <i>Balanced Scorecard (BSC)</i>	58
4.3.2. <i>Contabilità Direzionale (Co.Di.)</i>	60
4.3.3 <i>Governo della mobilità volontaria del personale tra aziende sanitarie</i>	62

5. PRODURRE SALUTE: I LIVELLI ESSENZIALI DI

ASSISTENZA	63
5.1. <i>LE PRIORITÀ DI SISTEMA</i>	63
5.1.1. <i>Il percorso di transizione al nuovo assetto dei servizi</i>	65
5.1.2. <i>La stima di impatto economico del PSR 2008-2010</i>	66
5.2. <i>MACROLIVELLO TERRITORIALE</i>	68
5.2.1. <i>Premessa</i>	68
5.2.2. <i>Gli strumenti di programmazione e ruolo dei Comuni</i>	70
5.2.2.1. <i>Piano delle attività territoriali (PAT)</i>	70
5.2.2.2. <i>Piano di Zona (PdZ)</i>	72
5.2.2.3. <i>Piani per la salute</i>	72
5.2.3. <i>Architettura dei distretti</i>	73
5.2.3.1. <i>Funzioni</i>	73
5.2.3.2. <i>Articolazione organizzativa</i>	75
5.2.4. <i>Nuovi modelli organizzativi e operativi</i>	77
5.2.4.1. <i>Il Punto Unico di Accesso (PUA)</i>	79
5.2.4.2. <i>L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)</i>	82
5.2.4.2.1. <i>L'UVM nella regolazione dell'accesso al sistema residenziale</i>	83
5.2.5. <i>Coordinamento Funzioni Territoriali</i>	84
5.2.5.1. <i>Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)</i>	84
5.2.5.2. <i>Collegio Aziendale Direttori Distretto</i>	84
5.2.5.3. <i>Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali</i>	85
5.2.5.4. <i>Comitato Tecnico Regionale delle Attività Distrettuali</i>	85
5.2.5.5. <i>Commissione Regionale delle Cure Primarie</i>	86
5.2.6. <i>Il sistema dell'Assistenza Primaria</i>	86
5.2.6.1. <i>Sistema delle Cure Primarie</i>	87
5.2.6.1.1. <i>Nuclei di Cure primarie</i>	88
5.2.6.1.2. <i>Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)</i>	90
5.2.6.1.3. <i>Ospedali di comunità</i>	91
5.2.6.1.4. <i>Clausola valutativa</i>	91
5.2.6.2. <i>Sistema di supporto alle Cure Primarie</i>	91
5.2.6.2.1. <i>Attività ambulatoriale territoriale</i>	91
5.2.6.2.2. <i>Assistenza protesica</i>	93
5.2.6.2.3. <i>Medicina Termale</i>	93
5.2.7. <i>Il sistema dell'assistenza intermedia</i>	95
5.2.7.1. <i>Il sistema delle Cure Domiciliari</i>	96
5.2.7.1.1. <i>La nutrizione artificiale</i>	100
5.2.7.1.2. <i>Le lesioni cutanee croniche</i>	101
5.2.7.2. <i>Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per gli anziani non-autosufficienti</i>	102
5.2.7.2.1. <i>L'offerta attuale residenziale</i>	103
5.2.7.2.2. <i>Le caratteristiche degli ospiti (il sistema RUG)</i>	104
5.2.7.2.3. <i>Le criticità</i>	105
5.2.7.2.4. <i>Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per anziani non autosufficienti</i> 105	
5.2.7.2.5. <i>Il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali</i>	110
5.2.7.2.6. <i>L'impatto economico</i>	110
5.2.7.2.7. <i>Sistema di monitoraggio</i>	111
5.2.7.3. <i>Il sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità</i>	112
5.2.7.3.1. <i>Logiche generali della rete della Riabilitazione</i>	114
5.2.7.3.2. <i>L'offerta attuale del sistema extraospedaliero</i>	117
5.2.7.3.3. <i>Le criticità della riabilitazione in Abruzzo</i>	117
5.2.7.3.4. <i>Il nuovo sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità</i>	118

5.2.7.3.5. <i>Il fabbisogno di posti letto extraospedalieri</i>	125
5.2.7.3.6. <i>L'impatto economico</i>	126
5.2.7.3.7. <i>Sistema di monitoraggio</i>	127
5.2.8. <i>I consultori familiari</i>	129
5.2.8.1. <i>Criticità</i>	132
5.2.8.2. <i>Nuovo assetto e azioni</i>	132
5.2.9. <i>Dipendenze Patologiche e Problemi Alcolcorrelati</i>	133
5.2.9.1. <i>Le dipendenze patologiche</i>	133
5.2.9.1.1. <i>Piano di Azione per la Prevenzione delle Dipendenze</i>	134
5.2.9.1.2. <i>I Dipartimenti per le Dipendenze</i>	134
5.2.9.1.3. <i>La organizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze</i>	135
5.2.9.1.4. <i>Le attività del dipartimento e l'integrazione territoriale</i>	138
5.2.9.1.5. <i>Stato dei servizi: punti di forza, problematicità</i>	139
5.2.9.1.6. <i>Punti strategici per il cambiamento</i>	140
5.2.9.2. <i>Problemi e patologie alcolcorrelati</i>	140
5.2.9.2.1. <i>Normativa di riferimento</i>	141
5.2.9.2.2. <i>Strategie di intervento</i>	141
5.2.10. <i>La Salute Mentale</i>	142
5.2.10.1. <i>Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete</i>	143
5.2.10.2. <i>Riduzione e appropriatezza dei ricoveri in regime ospedaliero</i>	144
5.2.10.3. <i>Sviluppo delle attività di Neuropsichiatria infantile</i>	145
5.2.10.4. <i>Potenziamento delle attività per l'Autismo</i>	146
5.2.10.5. <i>Riordino della residenzialità psichiatrica</i>	146
5.2.10.6. <i>Il fabbisogno di posti letto residenziali psichiatriche e impatto economico</i> .	149
5.2.10.7. <i>Qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica</i>	151
5.2.10.8. <i>Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale</i>	151
5.2.10.9. <i>Inserimento socio-lavorativo</i>	152
5.2.10.10. <i>Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce</i>	153
5.2.10.11. <i>Lotta allo stigma</i>	154
5.2.10.12. <i>Commissione Regionale per la Salute Mentale</i>	154
5.2.10.13. <i>Formazione</i>	154
5.2.10.14. <i>Autovalutazione</i>	155
5.2.10.15. <i>Epidemiologia</i>	155
5.3. MACROLIVELLO PREVENZIONE COLLETTIVA	155
5.3.1. <i>La nuova Sanità Pubblica</i>	157
5.3.2. <i>I problemi della prevenzione</i>	159
5.3.3. <i>Una rete di servizi di prevenzione per l'identificazione e il controllo dei rischi e la promozione della salute</i>	161
5.3.4. <i>Il Dipartimento di Prevenzione</i>	162
5.3.5. <i>Articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione</i>	163
5.3.6. <i>Strutturazione e modalità di funzionamento</i>	166
5.3.7. <i>Obiettivi per sviluppare una politica di promozione della salute</i>	169
5.3.8. <i>Formazione e sviluppo del personale</i>	173
5.3.9 <i>Le risorse</i>	174
5.4. MACROLIVELLO OSPEDALIERO	174
5.4.1. <i>Rete emergenza-urgenza</i>	176
5.4.2. <i>Rete cardiologica per l'Infarto Miocardico Acuto (IMA) e per lo Scompenso Cardiaco</i>	184
5.4.2.1 <i>Rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto (IMA)</i>	184
5.4.2.2. <i>Rete cardiologica per lo scompenso cardiaco</i>	185
5.4.3. <i>Rete neurologica per lo stroke</i>	187
5.4.4. <i>Rete oncologica</i>	190
5.4.5. <i>Rete ematologica</i>	194
5.4.6. <i>Rete nefrodialitica</i>	197
5.4.7. <i>Rete diabetologica</i>	199

5.4.8. Rete pneumologica	202
5.4.9. Rete delle malattie rare	204
5.4.10. Rete dei trapianti.....	205
5.4.11. Rete Regionale delle Risorse Biologiche.....	209
5.4.12. Rete della medicina di laboratorio	212
5.4.12.1. Terapia Anticoagulante orale (TAO)	213
5.4.13. Rete di Anatomia Patologica	214
5.4.14. Rete della diagnostica per immagini	215
5.4.15. Rete della diagnostica e della terapia della Medicina Nucleare in vivo e in vitro.	223
5.4.16. Rete di immunoematologia e medicina trasfusionale	225
5.4.17. Rete regionale per le patologie nutrizionali emergenti (disturbi del comportamento alimentare, obesità e malattie metaboliche)	231
5.4.18. Rete per la diagnosi e terapia dei disturbi dell'accrescimento, dello sviluppo puberale e del disagio in epoca adolescenziale.....	238
5.4.18.1. Le attività di prevenzione e cura dei bambini maltrattati e delle loro famiglie	240
5.4.19. Il governo clinico delle reti	241
5.4.20. Le Aree Funzionali Omogenee (AFO).....	243
5.4.20.1. AFO Medicina	243
5.4.20.2. AFO di Chirurgia	245
5.4.20.3. AFO Materno - Infantile.....	246
5.4.20.4. AFO Riabilitazione e Lungodegenza	247
5.5. LE ATTIVITÀ INTERMACROLIVELLI.....	249
5.5.1. La politica del farmaco ed i dispositivi medici.....	249
5.5.1.1. L'assistenza farmaceutica convenzionata.....	250
5.5.1.2. L'assistenza farmaceutica ospedaliera	254
5.5.1.3. La rete delle farmacie convenzionate	254
5.5.1.4. Obiettivi strategici	255
5.5.1.4.1. Area della produzione e dispensazione dei farmaci	256
5.5.1.4.2. Area dell'appropriatezza prescrittiva, informazione e farmacovigilanza	257
5.5.1.4.3. Area del monitoraggio dell'attività prescrittiva	257
5.5.1.5. I Dispositivi Medici.....	258
5.5.2. Il governo del Dolore evitabile.....	258
5.5.2.1. L'ospedale senza dolore	258
5.5.2.2. La rete delle Cure Palliative.....	261
5.5.2.2.1. Cure palliative pediatriche	265
5.5.3. Le attività di Psicologia.....	266
5.5.4. Il controllo delle liste di attesa.....	267
5.5.5. La Medicina Legale	269
5.5.6. La Medicina Penitenziaria.....	271
5.6. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	274
5.6.1. Contrastare le disuguaglianze nella salute: un sistema a garanzia dell'equità	276
5.6.1.1. L'osservatorio delle disuguaglianze nella salute	283
6. I SISTEMI DI SUPPORTO E SVILUPPO	286
6.1. IL SISTEMA INFORMATIVO.....	286
6.2. IL SISTEMA INFORMATICO.....	289
6.3. IL SISTEMA DELLA FORMAZIONE CONTINUA	291
ALLEGATI	300
ALLEGATO 1 - I DISTRETTI DEL SSR ABRUZZO.....	300
ASL 1 - AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA.....	301

ASL 2 – LANCIANO VASTO CHIETI	304
ASL 3 - PESCARA	308
ASL 4 - TERAMO.....	310
ALLEGATO 2.....	312
GLI STRUMENTI:	312
L'AUTORIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO	312
ALLEGATO 2.1	313
LINEE GUIDA PER LA STESURA DEL	313
MANUALE DI AUTORIZZAZIONE.....	313
ALLEGATO 2.2	315
LINEE GUIDA PER LA STESURA DEL	315
MANUALE DI ACCREDITAMENTO.....	315
ALLEGATO 2.3	318
LINEE GUIDA PER LA COSTITUZIONE.....	318
DELL'ORGANISMO REGIONALE PER L'ACCREDITAMENTO (O.R.A.)	318
ALLEGATO 3 - OBIETTIVI, AZIONI, TEMPI E SISTEMA DI VERIFICA DEL PSR 2008-2010.....	321
1 - GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE	322
2 - GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	325
3 - DISTRETTO.....	327
4 - CURE DOMICILIARI.....	328
5 - IL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.....	329
6 - IL SISTEMA EXTRAOSPEDALIERO PER LA RIABILITAZIONE E LE DISABILITÀ	330
7 - CONSULTORI	331
8 - DIPENDENZE PATOLOGICHE	332
8 /1 – PROBLEMI E PATOLOGIE ALCOLCORRELATE.....	333
9 - SALUTE MENTALE.....	334
10 - PREVENZIONE COLLETTIVA	336
11 - IL GOVERNO DEL DOLORE EVITABILE.....	341
12 - FORMAZIONE CONTINUA	342
ALLEGATO 4 - IMPATTO ECONOMICO (COSTI SORGENTI E CESSANTI) DELLE AZIONI DI PIANO NEGLI ANNI 2008, 2009 E 2010	343
ANNO 2008	344
ANNO 2009	347
ANNO 2010	350
ALLEGATO 5 - I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA PER IL MACROLIVELLO DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	353
ALLEGATO 6.....	371
DOTAZIONE POSTI LETTO RETE OSPEDALIERA PUBBLICA E PRIVATA.....	371
(ESTRATTO LR 6/2007)	371
DOTAZIONE RETE PUBBLICA ASL AVEZZANO-SULMONA	372
DOTAZIONE RETE PUBBLICA ASL 2 CHIETI	373
DOTAZIONE RETE PUBBLICA ASL 3 LANCIANO-VASTO.....	374
DOTAZIONE RETE PUBBLICA ASL 4 L'AQUILA	375
DOTAZIONE RETE PUBBLICA ASL 5 PESCARA	376
DOTAZIONE RETE PUBBLICA ASL 6 TERAMO	377
DOTAZIONE RETE OSPEDALIERA PRIVATA	378

1. PREMESSA

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, nasce all'interno di uno scenario del tutto eccezionale per la Regione Abruzzo.

I contenuti del Piano di Risanamento siglato con il Governo individuano la traiettoria delle azioni che dovranno portare la Regione al riequilibrio economico entro il triennio.

Il quadro presenta carattere di emergenza che necessita di provvedimenti urgenti e incisivi, ma una politica sanitaria efficace deve comunque assumere una "vision" lungimirante, evitando il prevalere di mere logiche "ragionieristiche" tendenti al razionamento, e deve saper individuare le aree di disfunzione e di non- appropriatezza, sulle quali è possibile recuperare risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto strategico per la salute comunitaria e per il miglioramento del sistema assistenziale. In altre parole, una politica regionale oculata deve indirizzarsi verso logiche di razionalizzazione, non di razionamento e deve, oggi più che mai, basarsi su scelte ponderate che originino dai dati e dagli elementi di conoscenza da sviluppare in tempi rapidi.

Una politica equilibrata deve, inoltre, saper innovare il sistema sanitario e favorire la specializzazione delle parti più avanzate, ma allo stesso tempo ciò non deve avvenire a discapito delle componenti "meno visibili" del sistema, cioè delle categorie di pazienti "senza voce né volto" perchè a scarso "impatto mediatico", costretti a confrontarsi in modo solitario con i loro bisogni assistenziali, arrangiandosi in uno scenario di *welfare* futuro che tende a ridurre progressivamente, quando a non dismettere completamente, servizi, attività e professionalità la cui funzione sociale è stata, è e continua ad essere fondamentale per le comunità.

Gli effetti devastanti di una politica di "tagli" indiscriminati tenderebbero a rendersi progressivamente evidenti su tutta la comunità ed in particolare sulle fasce socialmente più deboli. Bisogna, pertanto, dotarsi di una serie di tecnologie in grado di generare risultati significativi in termini di appropriatezza e di capacità di discernere tra costi utili e costi superflui, di indirizzare verso strategie fattibili che mettano al centro sì l'economicità, ma intesa come garanzia di soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità e dei pazienti in una logica di uso oculato e documentabile delle risorse.

Principi e valori

I **principi e i valori fondanti del SSR** finalizzato a corrispondere all'art. 32 della Costituzione:

- La **salute** come **diritto da promuovere e tutelare** e **non bene da negoziare**.
- **L'equità e l'universalismo** intesi come pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte di tutti i cittadini presenti a qualunque titolo sul territorio regionale, tenendo conto delle specificità territoriali delle aree svantaggiate e montane
- **La solidarietà** come valore espresso dalla storia del nostro paese vengono riaffermati come assi di riferimento fondamentali dell'azione delle politiche regionali.
- **Centralità del territorio**. Il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali, costituisce il centro del sistema anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute".
- **Approccio integrato**. Gli obiettivi di salute si perseguono con un efficace ed efficiente servizio pubblico e con l'apporto integrato di tutti i soggetti pubblici e privati, con particolare attenzione all'impresa non-profit; la sanità si integra con gli altri livelli istituzionali sulla base di obiettivi di salute.
- **Partecipazione**. I cittadini/e non sono oggetti, ma soggetti delle decisioni in tema di salute. Perché la loro partecipazione sia sostanziale, è necessario promuovere lo sviluppo della loro competenza per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure.

La logica e la filosofia di piano

La **logica di fondo** è quella che viene tradotta nel sottotitolo del PSR: **Un sistema di garanzie per la salute**.

Un sistema di garanzie **significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d'interesse** del sistema assistenziale: ai cittadini e ai pazienti; alla comunità

e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione.

Il Piano fonda la propria **filosofia** sulla:

- **Non cristallizzazione di modelli organizzativi ed operativi** che devono invece rimanere flessibili e prontamente adattabili alla continua evoluzione della domanda, dell'innovazione tecnologica e della operatività dei professionisti;
- **Valorizzazione delle progettualità aziendali e locali** all'interno di strategie e regole certe;
- **Programmazione continua** che si rende possibile a partire dalle **sperimentazioni locali** che potranno mettere a disposizione del sistema le pratiche che avranno garantito i migliori risultati evidenziati da un sistema **di valutazione di qualità ed economica**, per stimolare le organizzazioni al miglioramento continuo delle loro performance;
- Intervento sui **modelli organizzativi**, indicando la **direzione** dei cambiamenti e **come** attuare tali cambiamenti;
- ri/orientamento dei **modelli produttivi**, passando da una logica settoriale e a bassa integrazione a **modelli centrati sui processi** di assistenza, che vengono composti a partire dai bisogni dei cittadini offrendo loro la risposta ottimale nei regimi di assistenza più appropriati;
- **valorizzazione delle risorse umane** delle nostre organizzazioni, come unica strategia per far scaturire nuove energie, attualmente disilluse, di pronto utilizzo.

Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:

- il **potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali** da realizzarsi attraverso il **progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie** dal macrolivello ospedaliero e con la **riorganizzazione dell'assetto distrettuale**;
- la **ridefinizione dell'offerta ospedaliera** orientata all'appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza-urgenza;
- il **potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione** individuale e collettiva;
- la **valorizzazione** dell'intero sistema delle **cure primarie**, anche attraverso la promozione delle **forme evolute di associazionismo medico** (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), ecc.);
- la **sostenibilità economica** del sistema a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, attraverso una forte politica di responsabilizzazione dei generatori di spesa e una incisiva lotta agli sprechi.

Per il perseguimento di tali obiettivi è necessaria una **politica delle alleanze** attraverso:

- una puntuale distinzione dei ruoli e delle funzioni specifiche e integrate (di governo e di gestione) della Regione, delle ASL e degli EE.LL.;
- il coinvolgimento di tutte le componenti professionali del Sistema Sanitario Regionale (di seguito SSR), dipendenti e non negli organismi di governo/consultazione a livello regionale e aziendale;

che trovano nel PSR metodi e strumenti di attuazione.

Il Piano Sanitario compie delle scelte nella consapevolezza che il processo di rinnovamento del servizio sanitario regionale:

- necessita di un profondo cambiamento culturale da parte di tutti gli attori della sanità in merito al loro essere organizzazione di servizio per i cittadini ed essere parte di processi complessi che travalicano le specificità dei ruoli;
- non potrà di certo esaurirsi nel 2010, ma che all'interno del triennio si realizzi e si consolidi l'inversione di tendenza verso i traguardi strategici che il PSR disegna.

Proprio il convergere sugli assi strategici della riforma su cui coinvolgere gli sforzi dei prossimi anni, forse si sono tralasciati aspetti particolari, ma comunque di pari dignità.

Tale decisione nasce dall'urgenza richiamata di avviare il processo di innovazione e offrire agli operatori obiettivi raggiungibili e circoscritti, evitando di ampliare i fronti di intervento tanto da far divenire il Piano un "libro dei sogni" più che un reale strumento di programmazione.

Nel contempo però il PSR individua i percorsi attuativi, con i rispettivi obiettivi, azioni e tempi di realizzazione, rispetto ai quali si prevede un ampio coinvolgimento di tutte le componenti del mondo della sanità, delle istituzioni, delle parti sociali, in grado di contribuire alla loro puntuale realizzazione.

2. I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Al fine di sviluppare un piano complessivamente coerente con i bisogni sanitari e socio-assistenziali dei cittadini - in un contesto regionale caratterizzato da importanti eterogeneità territoriali, sanitarie e sociali^{1,2,3} - in questa sezione si riporta un'analisi generale dello stato di salute orientata ai carichi assistenziali attesi nel nuovo sistema sanitario, evidenziando sinteticamente problemi, potenzialità del sistema, limiti e criticità da affrontare/gestire per raggiungere gli obiettivi di salute, in un'ottica di progettazione epidemiologica ed assistenziale da sviluppare con gli operatori come parte integrante del monitoraggio di Piano nel triennio 2008-2010.

2.1. Quadro demografico

Al 1° gennaio 2006 la popolazione abruzzese stimata dall'Istat è pari a 1.305.307 residenti; le persone con 65 anni e più - 277.723 - rappresentano il 21,3% della popolazione (Italia: 19,7%) (indice di invecchiamento); l'indice di vecchiaia (anziani / popolazione 0-14 anni x100) è 158,8 (Italia: 139,9). L'indice di invecchiamento per le donne è 23,8%, per gli uomini è 18,6%.

Al 1° gennaio 2005 l'indice di invecchiamento è del 21,1% (Italia: 19,5%), l'indice di vecchiaia è 155,9 (Italia: 137,8). Al 1° gennaio 2005 (database più recente su base comunale) nei 305 Comuni l'indice di invecchiamento varia dal 12,9% al 61,9%. Al 1° gennaio 2004 l'indice di invecchiamento è del 20,9% (Italia: 19,2%), l'indice di vecchiaia 153,0 (Italia: 135,4). Nel 2005 il tasso di natalità è 8,6‰ (11.200 nati), il tasso di mortalità è 10,4‰ (13.493 decessi), il saldo nati - morti è - 2.293; il saldo migratorio è + 8.328; il saldo totale è + 6.035 (crescita inferiore rispetto al 2004). Nel 2004 il tasso di natalità (11.101 nati) è 8,6‰ (Italia: 9,7‰), il tasso di mortalità (13.075 decessi) è 10,1‰ (saldo nati - morti: - 1.974); il saldo migratorio è + 15.350 (saldo totale: + 13.376). Il saldo naturale è negativo dal 1993, il saldo migratorio mostra un picco nel 2002-2004. Il tasso di natalità scende dal 10,0‰ del 1992 (Italia 10,1‰) all'8,4‰ del 1999. L'indice di invecchiamento sale dal 14,1% del 1984 al 21,3% del 2005; la popolazione con meno di 15 anni varia dal 20,6% del 1982 al 13,4% del 2005. Dagli attuali 277.723, l'Istat prevede 297.977 anziani nel 2015 e 428.009 nel 2044 (con andamento decrescente negli anni successivi).

Al 1° gennaio 2006 l'Anagrafe Assistiti regionale registra 1.296.115 assistibili (anziani: 276.952: 21,4%), riferiti a 1.286 Medici (1.102 di Medicina Generale e 184 Pediatri di libera scelta). Al 1° gennaio 2005 l'Anagrafe Assistiti registra 1.284.002 assistibili. L'analisi dell'Anagrafe dei Medici di Medicina Generale (con almeno 50 assistiti) mostra una media di 1.077 assistiti (52-1.830), con percentuali di anziani variabili dal 4% al 64% (media: 26%).

¹ Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo. Analisi dell'attività ospedaliera per discipline 2004-2005. Rapporto a cura dell'Area di Epidemiologia dell'ASR-Abruzzo. Agosto 2006. Sito Web: <http://www.asrabruzzo.it>

² Osservatorio Epidemiologico Regionale. Relazione Sanitaria 2005. Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità", Direzione Sanità, Regione Abruzzo. Ottobre 2005. Sito Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it/osservatorio/relazione2005>

³ Osservatorio Epidemiologico Regionale. Relazione Sanitaria 2004. Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità", Direzione Sanità, Regione Abruzzo. Novembre 2004. Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it/osservatorio/relazione2004>

2.2. Mortalità ed Incidenza

L'indicatore epidemiologico più disponibile, completo e comparabile per confrontare i rischi di patologia specifici per età fra le Regioni è la mortalità, con particolare riferimento al tasso standardizzato di mortalità, che fornisce una stima del rischio di morte corretta per l'età. Nel confronto interregionale 2002 e 2004 (per il 2003 e 2004 i dati ufficiali Istat sono considerati ancora parziali)⁴ l'Abruzzo si colloca fra le Regioni che registrano i più bassi tassi standardizzati di mortalità, sia totali (uomini: 8°/5° rango inferiore; donne: 3°/2° rango inferiore), sia specifici per le cause di morte più rilevanti per frequenza; in particolare, la mortalità più bassa si registra per i tumori (26% dei decessi in Abruzzo): uomini: 6°/4° rango inferiore; donne: 4°/1° rango inferiore; i tassi di mortalità per malattie del sistema circolatorio (45% dei decessi) posizionano l'Abruzzo a metà (un profilo simile si osserva per il respiratorio), mentre i tassi meno favorevoli sono registrati per le malattie del digerente e per i traumatismi⁵. I profili di mortalità più favorevoli osservati per le donne abruzzesi nei confronti interregionali si riflettono nell'aspettativa di vita alla nascita (anno 2004): 84,2 anni per le donne (Italia: 83,7), 77,7 per gli uomini (Italia: 77,7)⁵. Nel periodo 1997-2001, gli indicatori standardizzati di mortalità evitabile - con prevenzione primaria, diagnosi precoce/terapia ed assistenza sanitaria/igiene - mostrano variazioni fra ASL e territori con eccessi di rischio che arrivano al 24% nel confronto con la media regionale e al 45% fra ASL con tassi estremi^{2,3}.

Seppur incomplete e metodologicamente meno comparabili, le stime di incidenza disponibili per le patologie a maggiore impatto (cardiopatie ischemiche, tumori) classificano l'Abruzzo al di sotto della media nazionale^{5, 6,7,8,9,10,11}. Mentre per gli eventi coronarici maggiori si registrano importanti riduzioni di morbi-mortalità negli ultimi 15 anni, per i tumori gli andamenti sono meno definiti, con lieve riduzione dei tassi di mortalità ma tendenza all'aumento dell'incidenza^{6,7,8,9,10}. Le frequenze annuali di notifica delle malattie infettive non mostrano particolari scostamenti rispetto all'andamento nazionale (è da segnalare a riguardo l'importante fenomeno della sottonotifica a livello interregionale), mentre le stime di incidenza, prevalenza e mortalità per AIDS e tubercolosi sono inferiori rispetto alla media nazionale^{2,3,5}. Infine, fra le condizioni che presentano una maggiore incidenza e mortalità in Abruzzo sono da segnalare i traumatismi, ed in particolare gli infortuni sul lavoro e gli incidenti stradali^{2,3,5}.

2.3. Prevalenza di patologie

La prevalenza grezza - numero di malati presenti mediamente in Regione, ad esempio in un anno, sia nuovi che ammalati precedentemente e non guariti - è il risultato dei fenomeni specifici per età (incidenza di nuovi casi; sopravvivenza / mortalità) combinati con la struttura demografica della popolazione (casi incidenti dovuti all'invecchiamento). Pertanto il *tasso di prevalenza standardizzato per età*, rimuovendo l'influenza demografica, fornisce una misura che permette (in parte) il confronto fra Regioni dei carichi attesi di patologia su base epidemiologica, ossia delle stime di prevalenza non influenzate dal fattore invecchiamento.

Per la maggior parte delle condizioni croniche dichiarate dalle persone nel 2005 (Istat)¹², i tassi di prevalenza standardizzati sono in linea con la media nazionale o inferiori (es.: tumori), mentre fra le condizioni che mostrano una lieve tendenza all'eccesso sono da segnalare, per frequenza e rilevanza clinico/epidemiologica, artrosi/artriti (tasso standardizzato: 19,2% vs 18,3% dell'Italia e 16,6% del Nord-ovest) e bronchite cronica/enfisema (4,7% vs 4,5%

⁴ ISTAT. Database Health for All - HFA 2006. Mortalità 1990-2002 - Dimissioni ospedaliere 1999-2003. Sito Web: www.istat.it

⁵ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2006. Dicembre 2006.

⁶ Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT). Balzi D, Bidoli E, Franceschi S, Arniani S, Pisani P, Geddes M. Stima dell'incidenza e mortalità per tumore nelle Regioni Italiane 1990. Gennaio 1997.

⁷ AIRT. Zanetti R, Rosso S. Fatti e cifre dei Tumori in Italia. Seconda edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2003.

⁸ AIRT. Crocetti E, et al. Gli andamenti temporali della Patologia Oncologica in Italia: i dati dei Registri Tumori. Epid Prev 2004, Suppl. n. 2 marzo-aprile 2004.

⁹ Istituto Superiore di Sanità - Istituto Nazionale Tumori. I Tumori in Italia. (Database con stime fino al 2005-2006; dati stimati dal Reparto Epidemiologia del Centro Nazionale di Epidemiologia dell'ISS). Sito Web: www.tumori.net/it/

¹⁰ Istituto Superiore di Sanità - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri. Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. I edizione 2003. A cura di Giampaoli S e Vanuzzo D, per il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano. Italian Heart Journal 2003; 4; 2003. Sito Web: www.cuore.iss.it

¹¹ Registro Italiano Dialisi e Trapianto. Italian Registry of Dialysis and Transplantation (RIDT). Conte F. (on behalf of RIDT Committee). Report 2004. 47th Congress SIN Roma, 24-27 May 2006. Web: www.sin-ridt.org

¹² ISTAT. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005. Roma, Marzo 2007. Sito Web: www.istat.it

dell'Italia e 3,8% del Nord-Est). Il pattern osservato è simile al 2000¹³. Considerati i valori medio/bassi di mortalità a livello interregionale, probabilmente le stime di prevalenza abruzzesi riflettono un'influenza favorevole dell'incidenza di malattia, anche se in alcuni casi l'effetto della mortalità (ridotta sopravvivenza dei casi) potrebbe condizionare una bassa prevalenza (v. aumento della mortalità per i tumori del colon-retto)⁹.

Con l'eccezione di alcune condizioni (tumori, allergie), le patologie croniche sono più frequentemente dichiarate nelle Regioni del Sud dopo correzione per età (i tassi grezzi sono più bassi vista la struttura più giovane delle popolazioni meridionali). In Abruzzo il 6,3% dichiara di stare male o molto male, rispetto a valori del 3,9% - 5,4% del Nord e del 7%-10% del Sud ed Isole. A partire dai suddetti dati un'analisi per cluster, condotta utilizzando l'indice di cronicità, gli indici di salute fisica e psicologica e la percezione di salute, mostra un peggioramento degli indicatori con trend Nord-Sud: l'Abruzzo è compreso nel terzo cluster fra Nord e Sud/Isole, con Molise, Campania, Lazio, Marche ed Umbria¹⁴.

Il *tasso di prevalenza grezzo* (o crudo) è la misura che stima complessivamente i carichi attesi di patologia - da tradurre in frequenze assolute - per fini di pianificazione sanitaria e governo clinico-assistenziale. Dal momento che la popolazione abruzzese tende ad essere più anziana della media nazionale (dopo Liguria, Friuli, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise), il maggiore numero di eventi/anno dovuto all'invecchiamento influenza/aumenta i casi specifici per età di una determinata malattia (incidenza), determinando una crescita della prevalenza più alta rispetto a popolazioni con tassi di invecchiamento inferiori (con spostamento dei pazienti verso le fasce d'età più avanzate). In base a tale premessa, le stime Istat di patologia del 2005 possono fornire un indicatore complessivo dei fenomeni epidemiologici e demografici in Abruzzo a confronto con le altre Regioni (l'indagine è infatti finanziata con il FSN per scopi di programmazione nazionale e regionale). Al fine di confrontare i dati con il 2000, si precisa che le condizioni nella precedente rilevazione erano 28 rispetto alle 24 del 2005 e che, di queste, 16 hanno la stessa definizione utilizzata nell'intervista 2000; di conseguenza i due periodi potrebbero risultare, metodologicamente, non esattamente comparabili.

I residenti in Abruzzo al 01.01.2005 sono 1.299.272 (persone \geq 65 anni: 273.787); il denominatore utilizzato di seguito per i calcoli riportati in tabella è approssimato a 1.300.000 residenti, di cui 274.000 anziani; i valori assoluti (v.a.) sono arrotondati (popolazione dell'anno 2000: 1.281.283 abitanti, approssimati a 1.282.000 per le stime). Frequenze tendenzialmente superiori alla media nazionale 2005 (rapporto dei tassi grezzi Abruzzo/Italia \geq 8-38%) sono registrate per le seguenti condizioni: artrosi/artriti, malattie ischemiche del cuore (infarto, angina), diabete, bronchite cronica/enfisema, demenze e altre malattie del sistema nervoso, cataratta (meno frequenti: tumori e parkinsonismi). Le patologie dichiarate nel 2005 in Abruzzo sono riportate in Tabella 1 (modificata da Istat^{12,13}) secondo l'ordine decrescente di frequenza (il confronto con le stime 2000, mostrate per completezza informativa, richiede una cautela interpretativa a causa delle note metodologiche menzionate; inoltre, sul Sito Istat le percentuali crude del 2000 sono riportate con una cifra decimale).

Tabella 1 – Prevalenza di patologie in Abruzzo anni 2000 e 2005 (Istat, 2007).

Patologie	2005		2000	
	popolazione (v.a.)	%	popolazione (v.a.)	%
Artrosi/artriti	259.000	19,9	274.500	21,4
Ipertensione arteriosa	166.000	12,8	169.500	13,2
Malattie allergiche	128.500	9,9	136.000	10,6
Cefalea/emicrania ricorrente	95.500	7,4	113.000	8,8
Osteoporosi	70.500	5,4	63.000	4,9
Bronchite cronica/enfisema	65.000	5,0	65.000	5,1
Depressione/ansietà cronica	65.000	5,0	*	*
Diabete	63.000	4,8	52.500	4,1

¹³ ISTAT. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 1999-2000. Roma 2002. Sito Web: www.istat.it

¹⁴ Cislighi C, Gargiulo L, Sebastiani G. Un solo SSN ma tanti SSRegionali: eterogeneità geografica nell'accesso al pubblico e al privato. Analisi dei dati Multiscopo Istat. Convegno Roma, Ministero della Salute, 02.03.2007. Sito Web: www.istat.it

Cataratta	50.500	3,9	42.000	3,3
Asma bronchiale	47.000	3,6	49.000	3,8
Malattie della tiroide	44.500	3,4	37.000	2,9
Altre malattie del cuore	42.000	3,2	49.000	3,8
Ulcera gastrica/duodenale	32.500	2,5	42.000	3,3
Calcolosi fegato e vie biliari	29.500	2,3	33.500	2,6
Infarto del miocardio	24.500	1,9	19.000	1,5
Altre malattie sistema nervoso	14.500	1,1	*	*
Ictus/emorragia cerebrale	13.000	1,0	*	*
Gravi malattie della pelle	12.500	1,0	*	*
Tumori maligni	10.000	0,8	7.500	0,6
Angina pectoris	9.500	0,7	13.000	1,0
Alzheimer/demenze senili	7.000	0,5	*	*
Parkinsonismi	2.500	0,2	*	*
Cirrosi epatica	2.500	0,2	1.500	0,1

* non rilevata

Alcuni valori sono lievemente inferiori rispetto al 2000; tale fenomeno è presente anche a livello nazionale per cefalea/emicrania, ulcera, angina pectoris e cataratta; negli anziani tale fenomeno si evidenzia per angina, altre malattie del cuore, asma bronchiale, ulcera e cefalea. A livello nazionale le donne riferiscono più frequentemente degli uomini artrosi/artrite (21,8% vs 14,6%), osteoporosi (9,2% vs 1,1%), cefalea (10,5% vs 4,7%), depressione/ansietà (7,4% vs 3,1%); gli uomini infarto (2,4% vs 1,1% donne) e bronchite cronica/enfisema (4,8% vs 4,2%). Per alcune patologie si riportano di seguito le stime relative agli Anziani in Abruzzo (Elaborazione Censis 2005 sui dati Istat 2002)¹⁵. Artrosi/artrite: 67,8% (186.000 anziani), Osteoporosi: 29,0% (79.500 anziani), Ipertensione: 46,1% (126.000), Diabete: 17,6% (48.000), Malattie allergiche: 9,1% (25.000), Ulcera gastrica/duodenale: 9,1% (25.000), Disturbi nervosi: 11,9% (32.500). Le persone con tre o più condizioni croniche dichiarate in Abruzzo nel 2005 sono il 14,4%: 187.000 pazienti (standardizzato:13,8% vs 13,3% nazionale, intervallo regionale: 10%-17%); la frequenza è pari al 10,8% negli uomini e al 17,9% nelle donne. Tale condizione di multicronicità fra gli Anziani è del 43,9% (uomini: 36,6; donne: 49,4%), pari a circa 120.000 pazienti (64%).

Confrontando i dati Istat di patologia dichiarata con altre indagini o database si riscontrano sia valori pressoché sovrapponibili per alcune condizioni (es.: pregresso infarto del miocardio), sia valori sottostimati per altre (es.: ipertensione, diabete, tumori, malattie neurodegenerative e demenze) (v. paragrafo sull'epidemiologia delle principali patologie).

2.4. Prevenzione

Sulla base dei dati riportati nelle Relazioni Sanitarie^{2,3}, nel 2004 la frequenza di donne con 45-69 anni sottoposte a mammografia è 13% (intervallo fra ASL: 6%-20%) (2003: 18%) (rilevazioni ASL su modelli ministeriali esenti ticket, DM 12.12.2001); nelle aree coperte dal Progetto di screening mammografico (50-70 anni) nel 2003 le frequenze arrivano al 45%-59% (variabili fra periodi e territori coperti); nel 2004 (dati ministeriali) la frequenza di donne con 25-65 anni che hanno effettuato pap-test è dell'10% (intervallo fra ASL: 2%-17%) (2003: 12%); nelle aree coperte dal Progetto di screening citologico del cervicocarcinoma le frequenze stimate nel 2003 superano il 20%; tali stime, variabili fra periodi e territori, contribuiscono ad accentuare l'aspetto "a macchia di leopardo" degli interventi erogati a livello regionale (con differenze/rapporti fra tassi ASL di 2-3 volte). Sulla base dei dati ministeriali, nel 2005 la frequenza di donne con 45-69 anni sottoposte a mammografia è 14,6%, mentre la frequenza di donne con 25-65 anni che hanno effettuato pap-test è 15,5%. Con riferimento ai dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, aggiornati al maggio 2007¹⁶, nel 2005 in Abruzzo l'estensione effettiva degli inviti per screening mammografico è 40,5%, con 31.516 donne invitate (corrispondenti, su una popolazione abruzzese di 163.224 donne fra 50 e 70 anni, al 19,3% vs 15,2% nel 2004), rispetto alla quale si registra un'adesione all'invito (corretta) del 50,8% (circa 16.000 donne, pari al 9,8% del target) (l'estensione effettiva è del 60% nelle Marche e del 95% in Umbria). Nel 2005 l'estensione degli inviti per screening cervicale è del 74,6%, con 87.398 donne invitate (corrispondenti, su una popolazione abruzzese di 363.610 donne fra 25 e 65 anni, al 24,0%), rispetto alla quale si registra un'adesione all'invito del 26,9% (circa 23.500 donne, pari al 6,5% del target) (a confronto, l'estensione degli inviti è

¹⁵ CENSIS. Analisi comparativa dei principali servizi per anziani non autosufficienti. Luglio 2005.

¹⁶ Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo Malattie. Osservatorio Nazionale Screening (dati su Sito Web aggiornati al 29.05.2007). Sito Web www.osservatorionazionale screening.it

pari al 71% nelle Marche e all'82% in Umbria). In uno studio condotto con interviste a circa 400 donne abruzzesi¹⁷, il 53% (50-69 anni) dichiara di aver effettuato una mammografia negli ultimi due anni (22% di propria iniziativa, 30% su consiglio medico o invito attivo ASL), mentre il 62% (25-64 anni) dichiara di aver effettuato un pap test negli ultimi tre anni (30% di propria iniziativa, 32% su consiglio medico o invito ASL).

Con riferimento alle vaccinazioni, il controllo adeguato delle malattie infettive sembra essere coerente con i dati di copertura vaccinale dell'età pediatrica (anni 2004/05)^{2,3}: anche se i valori per morbillo/parotite/rosolia (86,7%) sono leggermente superiori a quelli nazionali (85,5%), la copertura è ancora al di sotto delle raccomandazioni. Nel 2005 la copertura 24 mesi MPR varia dall'84% della ASL di Teramo al 96% della ASL di L'Aquila (dati ASR); dalla stessa fonte si rileva che la copertura 24 mesi per esavalente varia dal 97% della ASL di Teramo al 99% di Lanciano-Vasto, mentre la copertura IV DT/DTP coorte 1998 varia dal 93% di L'Aquila al 99% di Lanciano-Vasto (copertura IV antipolio coorte 2001 dal 93% al 99%). La frequenza di vaccinazione antinfluenzale fra gli anziani nel 2004 è del 70% (Italia: 67%)^{2,3}. Nel 2005 la copertura varia dal 60% della ASL di L'Aquila al 76% della ASL di Pescara (dati ASR).

I dati sulle inchieste per infortuni/malattie professionali ed attività di vigilanza nei luoghi di lavoro (ricognizione 2005 ASR/Direzione Sanità) mostrano che le inchieste sugli infortuni sul lavoro variano dal 5-6% delle ASL di Chieti, Lanciano-Vasto e Pescara al 14% della ASL di Avezzano-Sulmona; le aziende controllate variano dall'1,7% al 3,7% delle aziende totali, mentre i cantieri edili controllati variano dall'11-13% delle ASL di Teramo e Chieti al 52% della ASL di Avezzano-Sulmona.

Il Progetto di screening dei tumori del colon-retto e i programmi di prevenzione relativi a patologie cardiovascolari, diabete e broncopneumopatie croniche ostruttive (con la Medicina Generale) sono stati recentemente avviati (gli interventi preventivi primari, secondari e terziari sono infatti sempre più integrati ad un livello clinico-assistenziale complesso e multidisciplinare, generale/territoriale, specialistico ed ospedaliero). Infine, con riferimento alla prevenzione primaria si rende necessaria una maggiore collaborazione informativa fra le istituzioni sanitarie regionali/aziendali preposte alla prevenzione e le istituzioni preposte alla tutela dell'ambiente (dati forniti in questi giorni dall'Assessorato all'Ambiente classificano l'Abruzzo al 7° posto per siti inquinati e discariche abusive, con una stima di € 150 milioni per le relative bonifiche). Al riguardo, come riferimento epidemiologico di base si rimanda al rapporto sulla mortalità per Comuni nel quinquennio 1997-2001 (Relazione Sanitaria 2004)².

2.5. Epidemiologia delle principali patologie rilevanti per frequenza ed impatto

Le stime di prevalenza dei Tumori in Abruzzo nel 2005 vanno da circa 10.000 pazienti (Istat: 0,8%) a 26.733 pazienti con età <85 anni (2%) (pari a circa 30.000 pazienti in tutta la popolazione: 2,3%) stimati dai Registri Tumori (AIRT/INT-ISS)⁹, (storia di malattia in 10-15 anni; la prevalenza negli ultimi 2 anni approssima la stima Istat dello 0,8%). Dai dati 2005 ASR/OER i pazienti abruzzesi con ricoveri oncologici, dentro e fuori regione, sono quasi 18.000 (1,4%). I nuovi casi/anno stimati nel 2005⁹ sono oltre 5.000 (0,38%) (nuovi casi del 1990: 4.500)⁶, di cui 4.701 <85 anni, con un tasso di incidenza standardizzato <85 anni di 284 x 100.000 negli uomini (Italia: 356) e 207 nelle donne (Italia: 266). I tumori del polmone, della mammella e del colon/retto costituiscono il 44% dell'incidenza e il 41% della prevalenza (seguono: prostata, linfomi/leucemie, stomaco, vescica); sotto i 18 anni si stimano quasi 50 nuovi casi/anno (leucemie: 40% - linfomi: 10%)⁷. L'Abruzzo si colloca fra le 3-4 Regioni che registrano i più bassi tassi di mortalità, incidenza e prevalenza per tumori (polmone, mammella, utero, vescica, stomaco); recenti dati mostrano che tale vantaggio si sta riducendo. Nel 1990-2005 si registra una tendenza all'aumento dell'incidenza soprattutto nelle donne e, contestualmente, una riduzione della mortalità tendenzialmente meno evidente in Abruzzo rispetto al Nord (soprattutto per i tumori di polmone e mammella, con aumento di mortalità per i tumori del colon-retto), mentre nel Sud l'aumento della mortalità è generalizzato⁷. L'aumento della prevalenza è determinato soprattutto dall'invecchiamento. Eccessi significativi di mortalità per tumori totali - con tassi standardizzati per età più alti dal 20% al 100% nelle singole patologie - sono registrati, fra gli uomini, nelle ASL di Pescara (polmone, linfomi/leucemie, vescica, prostata) e Teramo (polmone, stomaco, prostata), fra le

¹⁷ Studio PASSI - Abruzzo. A cura di Cofini V, Di Orio F. Gruppo Profea Istituto Superiore di Sanità / Università di L'Aquila. Maggio 2006. Sito Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it>

donne, nelle ASL di Pescara (mammella, utero, polmone), L'Aquila (polmone, stomaco, linfomi/leucemie, rene) e Avezzano-Sulmona (utero) (database Comuni 1997/2001, Relazioni Sanitarie 2004 e 2005)^{2,3}.

La stima Istat di Ipertensione nota è 12,8%. Nell'indagine dell'Osservatorio Cardiovascolare Nazionale (OCN: ISS/ANMCO)¹⁰, in un campione abruzzese di persone fra 35 e 74 anni la condizione "ipertensione", registrata con misurazione della pressione (sistolica ≥ 160 mmHg o diastolica ≥ 95 mmHg) o trattamento farmacologico, presenta una frequenza del 24%, pari a 160.000 persone di 35-74 anni. Essendo la stima Istat di 166.000 persone in tutta la popolazione (ipertensione nota), la prevalenza attesa con la stima OCN potrebbe superare 200.000 unità ($>16\%$).

In maniera simile, rilevando la condizione Diabete con la registrazione di una glicemia ≥ 126 mg/dl o la presenza di trattamento farmacologico, le stime abruzzesi OCN sono 6% (uomini) e 9% (donne), pari a 50-60.000 pazienti fra 35 e 74 anni (su 663.325 persone); essendo la stima Istat di circa 63.000 pazienti in tutta la popolazione (diabete noto: 4,8%), la prevalenza attesa del diabete con la stima clinica OCN potrebbe essere pari a 90-100.000 pazienti (7-8%; Diabete di tipo 2: 90-95%). (Stima Istat 2005 per diabete: 4,8% vs Italia: 4,5%; stima Istat 1994: 3,7%). La stima di incidenza del Diabete in età < 15 anni è $9,3 \times 100.000$ / anno (Registri Eurodiab e Diamond, 1990-1995)².

La stima OCN di Ipercolesterolemia (≥ 240 mg/dl) nella fascia 35-74 anni in Italia è 21% per gli uomini e 25% per le donne; le stime in Abruzzo sono rispettivamente 11% e 22%¹⁰.

Nel 2005 in Abruzzo quasi 25.000 pazienti riferiscono pregresso Infarto miocardico acuto (IMA) (Istat: 1,9%, U: 2,4%, D: 1,1%) (Italia: 1,7%); il dato di prevalenza è coerente con le rilevazioni OCN (35-74 anni - U: 1,7%, D: 0,6%). Dai dati di dimissione (ASR/04), su circa 3.370 SDO totali/anno di residenti, 2.700 hanno IMA in diagnosi principale, pari a 2.328 pazienti (le ASL di L'Aquila, Lanciano-Vasto e Avezzano-Sulmona registrano tassi standardizzati di pazienti dimessi con almeno un IMA più alti delle ASL di Teramo e Pescara). In una coorte di 4.764 pazienti con prima ospedalizzazione per IMA nel periodo 01.01.99-30.06.01 (uomini: 68%) la mortalità intraospedaliera è 13% (5,7% a < 2 giorni), a 28 giorni è 14,2%, a 180 gg. è 18,6% (analisi ASR/OER con record linkage SDO/mortalità). Il tasso standardizzato di primo ricovero con IMA in diagnosi principale è 236×100.000 negli uomini e 84×100.000 nelle donne (Italia: 244 e 95) (Osservasalute 2006, dato 2003)⁵. L'incidenza di IMA nel 2001 su tutta la popolazione, stimata con le SDO e i decessi extraospedalieri (48% del totale), è 187×100.000 (2.400 eventi) (129×100.000 non fatali) (attack rate > 200) (analisi ASR). Il dato è coerente con la stima OCN 2000 di eventi coronarici maggiori non fatali e fatali (IMA, angina instabile e sindromi intermedie) fra 25 e 84 anni (887.542 persone): 1.718 eventi, pari a 193×100.000 (U: 262, D: 130) (tassi standardizzati: U: 213, D: 94×100.000 vs Italia: 227 e 98×100.000)¹⁰. Sulla base delle stime OCN la morbi-mortalità per eventi coronarici maggiori è in diminuzione sia in Abruzzo che in Italia (periodo dal 1975 al 2000). Viceversa, le stime 1990-2000 mostrano una crescita maggiore per l'Abruzzo della prevalenza cardiaca, fenomeno dovuto all'invecchiamento della popolazione con tassi di crescita maggiori per le donne. Per quanto concerne la popolazione diabetica, che registra una morbi-mortalità cardiovascolare più elevata di 2-4 volte rispetto alla popolazione generale, l'incidenza di eventi cardiovascolari sembra aumentare (sia per l'incremento di frequenza del diabete che per una minore riduzione dell'incidenza cardiovascolare nella popolazione diabetica). La stima Istat 2005 per Angina pectoris in Abruzzo (0,74%: 9.500 persone / 2000 - 1,00% - 13.000) sembra sottostimata (rilevazione diretta dell'OCN - 35-74 anni - U: 3,2%, D: 4,5%). I pazienti prevalenti con Scompenso cardiaco sono stimati con altre fonti fra lo 0,5% e il 2,0% (1%: pari a circa 13.000 in Abruzzo): di questi, oltre 6.000 registrano almeno una dimissione ospedaliera / anno (0,5% - dati ASR); le ASL di L'Aquila, Lanciano-Vasto e Avezzano-Sulmona registrano tassi standardizzati di pazienti con scompenso più alti delle ASL di Teramo e Pescara. L'incidenza dello scompenso è stimata intorno allo 0,1-0,2% (oltre il 50% dei casi come complicanza dell'IMA). La disabilità cardiaca è stimata intorno allo 0,5% (OCN), pari a 6.500 pazienti in Abruzzo; complessivamente i casi cardiaci prevalenti - IMA, angina e scompenso - in Abruzzo sembrano superare le 40.000 unità. La mortalità per malattie ischemiche del cuore in Abruzzo nel 2002 è inferiore al 1990 (U: 160 vs 179×100.000 - D: 78 vs 98×100.000) (Italia - U: 176 vs 219 - D: 95 vs 118)⁴. Nel periodo 1997/2001, su circa 1.500 decessi/anno per malattie ischemiche del cuore la metà è codificata con IMA; i tassi standardizzati per malattie ischemiche del cuore sono più elevati nelle ASL di Lanciano-Vasto, Chieti e L'Aquila, mentre tassi inferiori sono registrati nella ASL di Pescara; la mortalità per IMA è

tendenzialmente più elevata nelle ASL di L'Aquila e Lanciano-Vasto, mentre tassi inferiori sono registrati nelle ASL di Pescara ed Avezzano-Sulmona (RS 2004/2005)^{2,3}.

La stima Istat 2005 di pregresso Ictus in Abruzzo (13.000 pazienti, 1%) è coerente con altre fonti (stime fino all'1,6%)^{18, 19} con prevalenza del 6-7% nella fascia 65-84 anni (stime di prevalenza OCN 35-74 anni - U: 1,4%, D: 0,9%). In Italia l'incidenza grezza varia da 179 x 100.000 (Vibo Valentia) a 223-254 x 100.000^{18,19}, a 275 x 100.000 di L'Aquila²⁰; stime da 183 a 349 x 100.000 sono riportate in altri studi¹⁹; pertanto, circa 3.000-3.500 sono i nuovi casi attesi in Abruzzo (70-80% ischemici). Le SDO dei residenti con Ictus acuto in diagnosi principale (ICD9: 430-434,436; primi eventi e non) sono circa 4.500/anno (tassi standardizzati ASL: da 310 x 100.000 di Teramo a 450 di L'Aquila), mentre i pazienti con Ictus in qualsiasi diagnosi sono oltre 7.000 (DRG 14: 2.900 casi) (dati ASR). Il tasso standardizzato di primo ricovero con Ictus in diagnosi principale è 313 x 100.000 negli uomini e 251 x 100.000 nelle donne (Italia: 304 e 237) (Osservasalute 2006, dato 2003)⁵. I dati sull'andamento dell'incidenza sono diversi fra vari studi (tendenza alla riduzione). Oltre il 10% dei pazienti muore a 30 giorni dall'ictus, mentre a sei mesi il 50% rimane disabile¹⁸ (nel 35% dei casi con marcata limitazione delle attività quotidiane: 1.000-1.300/anno in Abruzzo); secondo altri studi^{19,20}, la mortalità a 30 gg. varia dal 20% al 33%. La mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo in Abruzzo nel 2002 è inferiore al 1990 (U: 122 vs 219 x 100.000 - D: 101 vs 173 x 100.000) (Italia - U: 128 vs 192 - D: 103 vs 158)⁴. Nel periodo 1997/2001 si registrano circa 1.500 decessi/anno per disturbi circolatori dell'encefalo; i tassi standardizzati di mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo sono più elevati nelle ASL di Pescara e Teramo, mentre tassi inferiori sono registrati nella ASL di L'Aquila (tale pattern, opposto alle ospedalizzazioni per Ictus, potrebbe essere influenzato, fra l'altro, dai decessi extraospedalieri con i relativi problemi di codifica attualmente oggetto di approfondimento).

La stima di prevalenza dei pazienti con Nefropatie croniche in Abruzzo è di oltre 4.000 (stime medie prodotte in studi regionali: 0,3-0,4%, v. Sito Web Società Italiana di Nefrologia). Prevalenze molto differenti fra studi si registrano per l'Insufficienza renale cronica (v. paragrafo sulla Rete Nefrodialitica). Nel 2002 i pazienti prevalenti con Insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo (dialisi e trapianto) in Abruzzo sono 989 (776 per milione - pmp; dialisi 644 pmp); i nuovi pazienti in trattamento sostitutivo nel 2002 sono 137 pmp². Sulla base dei dati RIDT (Registro Italiano Dialisi e Trapianto)¹¹, i casi prevalenti di nefropatici cronici in trattamento sostitutivo in Abruzzo sono 1.125 nel 2003 e 1.168 al 31.12.2004 (900 pmp), di cui 174 nuovi casi (128 in emodialisi). La mortalità dei pazienti dializzati nel 2004 in Italia è pari al 14,1 % (2002: 14,3%). Le forme vascolari e diabetica sono in aumento rispetto alle nefropatie da glomerulonefrite; considerata l'alta frequenza di comorbidità e complicanze cardiovascolari, i nefropatici cronici sono considerati un gruppo ad alto rischio cardiovascolare.

Sulla base delle stime Istat 2005 i pazienti con Bronchite cronica/enfisema in Abruzzo sono circa 65.000 (5,0% - Italia: 4,5%) (2000: 5,1% - uomini: 5,5%, donne: 4,6%) (65-74 anni: 12% - >75 anni: 17%) (1991: 3,9%), quelli con Asma bronchiale sono 47.000 (3,6%) (2000: 3,8% - uomini: 4,3%, donne: 3,3%) (Istat 1991: 2,6%). Si stima che il 10% della popolazione ha sofferto di almeno un attacco d'asma¹⁸; stime di asma in età scolare e prescolare: 7%-23%. La frequenza di pazienti con broncopneumopatie cronica ostruttiva stimati dal consumo cronico di farmaci (>= 5 confezioni di farmaci per le sindromi ostruttive - R03 - in almeno 4 mesi) è 3,4% nella popolazione assistibile >=45 anni e 7,1% sopra i 75 anni (uomini: 60%)²¹. I pazienti con almeno una dimissione per bronchite cronica sono oltre 11.000, con tassi standardizzati più elevati nelle ASL di Lanciano-Vasto e Chieti (dati ASR). I tassi di ospedalizzazione per malattia polmonare cronica ostruttiva sono fra i più alti in Italia (50 vs 30 x 10.000), quelli per asma collocano l'Abruzzo fra le prime 8 Regioni (5,0 vs 4,2 x 10.000). La mortalità per malattia polmonare cronica ostruttiva in Abruzzo nel 2002 è inferiore al 1990 (U: 54 vs 90 x 100.000 - D: 17 vs 28 x 100.000⁴); tali valori sono in linea con la media nazionale.

¹⁸ Ministero della Salute. Clinical Evidence - Edizione Italiana. La fonte delle migliori prove di efficacia. 2a edizione Roma 2003. 4a Edizione 2007 - Sito Web: <http://aifa.clinev.it>

¹⁹ Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'Ictus. C. 4 Epidemiologia. IV Edizione; Vers. 2005. Sito Web: www.spread.it

²⁰ Carolei A, Marini C, Di Napoli M, Di Gianfilippo G, Santalucia P, Baldassarre M, De Matteis G, di Orio F. High stroke incidence in the prospective community-based L'Aquila Registry (1994-1998). First year's results. Stroke 1997; 28(12): 2500-6.

²¹ Regione Abruzzo - Consorzio Mario Negri Sud. Osservatorio sulla Prescrizione Farmaceutica in Abruzzo. Servizio Assistenza Farmaceutica, Regione Abruzzo - CMNS. Rapporto Ottobre 2006

Nel 1997/2001 si registrano tassi standardizzati di mortalità per malattia polmonare cronica ostruttiva più alti nelle ASL di Lanciano-Vasto, Teramo ed Avezzano-Sulmona².

Sulla base delle stime Istat 2005 i pazienti con Artrosi/artriti in Abruzzo sono quasi 260.000 (20%) (donne: 22%, uomini: 14%) (Italia: 18%). La prevalenza di utilizzo dei FANS, surrogato di patologia osteoartrosica, è 14% fra gli uomini e 19% fra le donne, fino al 37% fra gli anziani; l'esposizione cronica è del 29% (≥ 3 confezioni)²¹.

Le stime di prevalenza relative alle condizioni Alzheimer/Demenze senili vanno da 0,52% (7.000 persone in Abruzzo) (Istat 2005) a 1,3% fino a circa il 6,0% in altre fonti (uomini: 5,3%, donne: 7,2%¹⁸ (il dato Istat sembra sottostimato). Fra gli anziani la stima di demenza va dall'1% nella fascia 65-69 anni al 34% fra i 90 e 96 anni^{15,18,22,23,24}; la stima ILSA fra i 65 e 84 anni è 5% negli uomini e 7% nelle donne. In sintesi, complessivamente in Abruzzo la stima è di circa 16.000 anziani con demenza, di cui oltre 2.800 gravi. La causa più frequente di demenza è la malattia di Alzheimer (dal 43% al 64% nei diversi studi)¹⁸. L'incidenza media di demenza nella popolazione italiana fra 65-84 anni è simile agli altri paesi industrializzati: 1,2% (Alzheimer: 0,65%, demenza vascolare: 0,33%)¹⁸.

La stima di prevalenza Istat 2005 per i Parkinsonismi è 0,19% (2.500 persone in Abruzzo); altre stime di tassi grezzi nella popolazione italiana vanno da 0,15% a 0,26%, senza differenze fra sessi¹⁸ (fino a 3.500 pazienti in Abruzzo); la stima ILSA di prevalenza dei Parkinsonismi fra i 65 e 84 anni è del 3%²³ (oltre 6.000 anziani in Abruzzo), valore distante dalle precedenti fonti. L'incidenza media annuale nella popolazione generale è 10×100.000 ¹⁸ (circa 130 nuovi casi in Abruzzo).

Dai Rapporti Annuali INAIL relativi al quadriennio 2003-2006 (rif.: www.inail.it) si rileva che, pur riducendosi il numero di infortuni sul lavoro denunciati (dell'1,7% nel 2006 rispetto al 2003) e l'Indice di frequenza infortunistica nel periodo 1999-2004, l'Abruzzo ha peggiorato la sua posizione nazionale per l'Indice di infortuni indennizzati per 1.000 addetti assicurati INAIL, passando dall'8° posto della graduatoria negativa (triennio 1999-2001) al 5° posto (triennio 2002-2004). In particolare, dal 2002 al 2006 gli infortuni denunciati sono stati progressivamente: 24.038, 24.375, 24.009, 24.190, 23.961, di cui mortali: 50, 45, 34, 35, 42 (per l'Industria i valori oscillano fra 20.400 e 20.600). Il tasso di mortalità (decessi/addetti) colloca l'Abruzzo al 6° posto: nel 2002-2005 l'indicatore sembra in lieve flessione (da 14 a 9 x 100.000)⁵. Inoltre, dai dati INAIL si stima che nel 7-8% degli infortuni residua inabilità permanente (industria: 1.500-2.000 nuovi casi/anno) (nel 2005 gli infortuni sul lavoro registrati nelle SDO sono 2.070, 8-9% dei denunciati, probabilmente sottostimati). La stesse fonti INAIL indicano una sostanziale stabilità del numero di malattie da lavoro denunciate tra il 2002 e il 2006 (in particolare: 1.986, 1.926, 1.896, 2.037, 2.023). Tali dati non sono comunque del tutto rappresentativi poiché risentono (come nel resto d'Italia) di imprecisioni nella rilevazione e diffusa elusione dell'obbligo di denuncia, motivo di attivazione in alcune regioni di programmi di ricerca attiva delle patologie da lavoro da parte del SSR.

Dal 2001 al 2004 gli incidenti stradali registrati in Abruzzo oscillano fra circa 4.600 e 5.000^{2,3}, con un tasso superiore alla media nazionale nel periodo 2002-2004⁵ e, all'interno, con tassi maggiori nelle Province di Pescara e Teramo; coerentemente i feriti sono proporzionalmente più frequenti nel Pescara e Teramo (intervallo regionale 2001-2004: da 7.741 a 7.205), mentre i decessi (166-137, fino a 181) sono più frequenti nella Province di Teramo (34-63) e Chieti (36-48). L'indice di mortalità (decessi/incidenti), superiore alla media nazionale, è in calo da vari anni; l'indice di lesività (feriti/incidenti), superiore al nazionale, è stabile dal 1990 (picco 2001-2003); l'indice di gravità/pericolosità (decessi /decessi + feriti), superiore al nazionale, è in calo da vari anni^{2,3}. Nel 2005 gli incidenti stradali registrati nelle SDO sono 2.043 (27% dei feriti). In Italia il rapporto incidenti sul lavoro/domestici è 1:4. Nel 2005 le SDO con traumatismi (cod. 800-999) in Abruzzo sono 31.001 (17.044 urgenti), 24.845 in diagnosi principale; (circa 30% più frequenti della media nazionale). La mortalità per traumatismi in Abruzzo nel 2002 è $69,5 \times 100.000$ negli uomini (Italia: 62,2), $31,0 \times 100.000$ nelle donne (Italia: 29,2)⁴. Nel 1997/2001 i decessi per traumatismi in Abruzzo sono circa 700/anno; i tassi sono più alti nelle ASL di Lanciano-Vasto (uomini e donne), Pescara e Chieti

²² Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Assistenza agli anziani non autosufficienti. Prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili. Monitor n. 4, 2003.

²³ Consiglio Nazionale delle Ricerche. Progetto Finalizzato Invecchiamento. ILSA - Studio Longitudinale Italiano sull'Invecchiamento. (Cap. 3, 4 - Amaducci L, et al). Sito Web: www.aging.cnr.it

²⁴ Istituto Superiore di Sanità. Studio Argento ISS - Sito Web: www.epicentro.iss.it (focus/anziani)

(donne)^{2,3}; il rapporto fra decessi medi/anno sul lavoro e stradali/domestici è 1:4 e 1:6 (incidenti: circa 450 morti su 700 per traumatismi).

2.6. Disabilità e non autosufficienza

Per rilevare il fenomeno della disabilità l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti sulla base dell'ICIDH dell'OMS (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), rispetto alle quali viene definita "disabile" la persona che ha segnalato una difficoltà grave in almeno una delle tre dimensioni considerate: autonomia nelle funzioni della vita quotidiana (sei funzioni di ADL: Activities of Daily Living), funzioni della mobilità e locomozione, sfera comunicativa (vista, udito, parola)^{12,13}. A differenza della disabilità, l'invalidità è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza.

La prevalenza di disabilità così rilevata in Italia nel 2000 è 4,85% nella popolazione di 6 anni e più. La stima di disabilità fra gli anziani è del 19,5%, mentre fra i giovani/adulti è pari all'1,5%. Fra gli anziani, la prevalenza delle disabilità totali è del 14% per gli uomini e del 23% per le donne; il 73% dei disabili anziani ha un'età di 75 anni e più; le frequenze di disabilità negli strati 75+ e 80+ sono rispettivamente del 33% e 47%. La variabilità geografica della frequenza di disabilità fra gli anziani (19,5%) va dal 16,8% del Nord al 26,7% del Sud/Isole, con una stima del 18,1% nel Centro; la prevalenza delle disabilità varia dal 12% al 19% negli uomini e dal 20% al 33% nelle donne. L'Indagine Istat del 2005 conferma la stima 2000 di disabilità in Italia: 4,8%; la prevalenza di disabilità risulta pari a 6,1% nelle donne e a 3,3% negli uomini. Rispetto al 2000, la stima 2005 risulta lievemente inferiore fra gli anziani: 18,7% vs 19,5%. Permane il gradiente Nord-Sud: la disabilità nel Sud/Isole è 5,8-6,2% contro il 4,1-4,0% del Nord-ovest e Nord-est; fra le donne anziane del Sud la percentuale sfiora il 30% contro il 20% del Nord.

La disabilità prevalente riguarda l'area motoria (38%), seguita da problemi della sfera mentale anche associati a disabilità sensoriale e/o motoria (18%); nella fascia d'età fra i 4 e i 34 anni la frequenza di persone con disabilità della sfera mentale raggiunge il 34%.

Le persone confinate in abitazione sono il 2,1%; tra gli anziani la stima è 8,7%. Il 3,0% della popolazione di 6 anni e più presenta limitazioni nello svolgimento delle attività di cura personali. Le persone con difficoltà nel movimento sono il 2,3% (anziani: 9,4%) quelle con difficoltà nella sfera di comunicazione l'1,1%. Il 52,7% delle persone disabili presenta più tipi di disabilità.

La famiglia è il soggetto che generalmente prende in carico la persona disabile. Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità. Il 35,4% di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole, il 6,4% da famiglie con tutti i componenti disabili, il 58,3% da famiglie in cui c'è almeno una persona non disabile che si fa carico della persona disabile. Quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento (soprattutto nel Sud). Un terzo dei disabili soli, quasi la metà delle famiglie con tutti componenti disabili ed oltre il 40% delle famiglie con persone disabili nel Sud dichiarano che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio.

L'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni del 2005 (dati 2003 di Istat, Ragioneria dello Stato e Ministero del Lavoro, pubblicati su "Osservasalute 2006")⁵ riporta una spesa pro-capite destinata alle persone con disabilità di € 1.568 a livello nazionale, da 3.761 del Nord-Est a 1.751 del Centro a 419 del Sud; tali divari si attenuano considerando la spesa per disabili rispetto alla spesa totale dei Comuni: dal 25% del Nord-Est al 20% del Centro al 16% del Sud (Italia: 21%).

Nell'analisi dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sui dati Istat 2000 la gravità della disabilità è pari al 2,75% della popolazione anziana²². Stime del 2-3% di disabilità grave fra gli anziani sono state prodotte in altre indagini^{22,23,24}. Nello Studio ILSA la disabilità è pari al 30%: lieve (23,3%), moderata (2,4%), severa (1,5%), totale (2,8%). Nello Studio Argento dell'ISS la disabilità grave varia da meno del 2% ad oltre il 5% (regioni meridionali).

Per quanto concerne la popolazione dei giovani/adulti un problema emergente è quello relativo alla disabilità da gravi *traumi cranio-cerebrali* e *vertebro-midollari* (causati da incidenti stradali, infortuni sul lavoro, traumi sportivi o accidentali); dati della letteratura riportano da 10 a 50 nuovi casi/anno per milione di para/tetraplegici per traumi vertebro-midollari (età prevalente: 18-55 anni), mentre l'incidenza della lesione traumatica cranio-cerebrale è di circa

200 casi per 100.000 abitanti l'anno, con età prevalente fra i 18 e i 45 anni e una quota importante di deficit neuromuscolari, cognitivi e psico-affettivi, fino alla situazione estrema di stato vegetativo persistente²⁵.

Sulla base delle stime Istat **2005** il numero atteso di *pazienti disabili* in **Abruzzo** nella popolazione di 6 anni e più - 1.233.030 abitanti - è 66.580: 5,4% (donne: 6,8%; uomini: 3,9%) (standardizzato: 4,9%; Italia: 4,8%) (sovrapponibile al 2000); la stima fra gli anziani è 20,1% (D: 23,7% - U: 15,3%): 55.000 anziani disabili (83% dei pazienti disabili) (Italia: 18,7%). Sulla base dei dati Istat/ASSR, la stima di pazienti anziani con disabilità grave / completa è del 2-3% (5.000-8.000). La stima Istat di *invalidità* (almeno 1) nella popolazione generale è 5,9% (76.000), 18,5% negli anziani.

L'analisi condotta sui dati rilevati dai Medici di Medicina Generale in un campione di 49.808 anziani nel periodo 2002-2004^{2,3} mostra che il 17% degli anziani presenta almeno una condizione di dipendenza fra le funzioni ADL indagate, mentre la frequenza con dipendenza in tutte le funzioni è pari al 3,9% (maschi: 3,3%, femmine: 4,4%), dal 2,1% degli anziani <70 anni al 15,9% degli ultranovantenni. Al test sullo stato mentale risulta positivo il 38% dal campione: il deterioramento mentale grave è presente nel 5,7%, con frequenza variabile dal 3,0% (<70 anni) al 23,3% (>90 anni).

Alcuni confronti vengono condotti con Marche ed Umbria, considerate la vicinanza geografica e la recente programmazione sanitaria^{25,26,27}. Pur essendo la popolazione marchigiana leggermente più anziana di quella abruzzese, la disabilità sembra lievemente più frequente in Abruzzo; la disabilità nelle Marche è 5,2% (Abruzzo: 5,4%) (prevalenza standardizzata Marche: 4,5% - Abruzzo: 4,9%), mentre fra gli anziani è del 19,3% (Abruzzo: 20,1%)¹². Nelle Marche la quota di anziani non autosufficienti gravi da assistere nel territorio è stata programmata al 2%: l'1,2% (60%) è assistibile in RSA (0,4%) (20%) ed in Residenze protette (0,8%) (40%), lo 0,8% in ADI (40%)^{25,26}; la stima dei pazienti adulti assistibili in RSA per disabili è 0,05% (0,035% su pop. totale). E' pertanto evidente che il modello marchigiano per i pazienti cronici/disabili privilegia le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione sia ospedaliera che residenziale/territoriale. Nella programmazione della Regione Umbria la stima di fabbisogno dei PL di RSA è fra le più basse a livello interregionale e, in particolare, la metà rispetto alle stesse Marche: 0,22% degli anziani²⁷.

Sintesi dell'Offerta - I posti letto (PL) accreditati relativi alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani disabili gravi/non autosufficienti sono 946 (0,35%), di cui 883 per pazienti disabili e 63 per pazienti con Alzheimer (0,023%) (nella dotazione RSA sono inclusi i 120 PL di due strutture psicogeriatriche); la dotazione dello 0,35% varia per ASL da 0,11% a 0,90%. I PL di RSA per disabili sono 108. I PL relativi ai Centri Residenziali (CR: strutture residenziali che erogano assistenza socio-sanitaria a disabili ed anziani non autosufficienti) sono 1.006. Dati preliminari rilevati su circa 1.800 pazienti (RSA e ADI) mostrano eterogeneità assistenziali fra strutture e territori; in particolare, le degenze medie in RSA variano da 80 a 170-230 giorni, mentre i pazienti disabili gravi / anziani non autosufficienti di fascia 3 variano dal 4% al 46%^{2,3}.

I PL accreditati dei Centri di Riabilitazione per disabilità (Istituti ex art, 26) sono 1.185 (0,92‰), di cui 443 (0,34‰) per Riabilitazione intensiva; la dotazione dello 0,92‰ varia per ASL da 0,18‰ a 2,47‰. La dotazione complessiva di Riabilitazione (ospedaliera programmata: 0,68‰, di cui 0,07‰ di alta riabilitazione + residenziale attuale: 0,92‰) in Abruzzo è 1,60‰ (vs Marche: 0,50‰, 0,04 per alta riabilitazione), di cui 1,02‰ per Riabilitazione intensiva (0,68‰ + 0,34‰); tale dato di offerta è evidentemente incoerente rispetto all'epidemiologia dei bisogni vs Italia e Marche.

I casi in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) crescono da 1.378 (1999) a 8.357 (2004: 6,5‰ - anziani: 25‰)^{2,3}. I rapporti fra tassi ASL di casi in ADI arrivano a 5-6 volte. Da un'indagine prodotta dalla ASR-Abruzzo risulta che nel 2005 le cure domiciliari hanno riguardato 19.760 Assistiti (ADP: 6.893, AID: 2.957, ADI semplice: 2.596, ADI 1: 4.405, ADI 2: 909); pertanto, i casi in ADI nel 2005 risultano essere 7.910 (vs 8.357 del 2004).

Per quanto concerne il fabbisogno di *Hospice*, la Regione Marche ha programmato 87 posti letto (5,9 per 100.000) nell'ambito dei 735 PL di lungodegenza (0,5 per mille)²⁵. Applicando

²⁵ Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 2003-2006. Sito Web: www.regione.marche.it

²⁶ Regione Marche. La salute nelle Marche. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Agenzia Sanitaria Regionale; 2005. Sito Web: www.ars.marche.it/

²⁷ Regione Umbria. Piano Sanitario Regionale 2003-2005. Sito Web: www.regione.umbria.it

tale stima all'Abruzzo, nell'ottica di un'assistenza ai *pazienti terminali* più orientata alle cure domiciliari, si otterrebbero 78 PL. Per stimare i pazienti con bisogni di cure palliative in Abruzzo si riportano, a titolo di esempio, i dati del settore oncologico: nel 2005 su 17.812 pazienti con tumore maligno registrati in 35.993 SDO, i decessi negli ospedali regionali sono 1.389 (su 1.478 decessi ospedalieri e circa 3.180 totali, stimati dal database di mortalità 1997-02/ASR); la degenza media è 13 giorni, la mediana è 7, il 25% dei pazienti presenta degenze da 18 ad oltre 100 giorni (intervallo: 1-175).

Considerazioni conclusive sui carichi di patologia - Osservando indipendentemente i fenomeni di cronicità e disabilità, i pazienti con multicronicità sono quasi 200.000 (anziani: 64%), gli esenti ticket circa 220.000, mentre la stima di circa 76.000 invalidi e 67.000 disabili ≥ 6 anni (anziani: 83%), con maggiore prevalenza nelle donne, include i casi conseguenti a patologie croniche e gli esiti degli eventi acuti di tipo congenito, infettivo e traumatico (inabilità per infortuni sul lavoro ed incidenti stradali e domestici).

Il tentativo di misurare complessivamente mortalità, morbosità (incidenza e prevalenza), gravità, durata e disabilità delle patologie rappresenta attualmente un'area di ricerca prioritaria in epidemiologia e politiche sanitarie vs carichi economico/assistenziali di malattia. Sulla base del Progetto OMS 1992 denominato GBD (Global Burden of Disease), con il quale al fine di misurare i carichi assistenziali viene promosso l'utilizzo dei DALYs (Disability Adjusted Life Years - somma di YLLs e YLDs - Years of Life Lost e Years of Life lived with Disability: somma degli anni di vita persi per mortalità precoce e degli anni di vita vissuti con disabilità), la Regione Friuli-Venezia Giulia ha coordinato un progetto interregionale per valutare l'impatto di 4 patologie⁵. Anche se complessivamente le Cardiopatie ischemiche presentano il maggiore impatto complessivo in termini di DALYs (1.638 per 100.000 abitanti) - seguite dall'Ictus (1.387 x 100.000), dalla BPCO (1.349 x 100.000) e dal Diabete (1.136 x 100.000) - la BPCO e il Diabete registrano un maggiore impatto per quanto riguarda gli anni vissuti con disabilità (rispettivamente 1.139 e 873 x 100.000) rispetto agli anni persi per morte precoce (210 e 263 x 100.000), seguiti dall'Ictus (disabilità: 528 - mortalità: 859 x 100.000) e dalle Cardiopatie ischemiche (disabilità: 157 - mortalità: 1.481 x 100.000).

2.7. Salute mentale e disabilità psichica

Sia a livello nazionale che locale i dati epidemiologici inerenti la salute mentale sono scarsi e poco comparabili⁵. Sulla base di stime OMS, il 20-25% della popolazione dichiara almeno un disturbo mentale nella vita, inclusi gli stati d'ansia temporanei. In Italia la prevalenza delle persone affette da disturbi schizofrenici è intorno al 5‰ oltre i 18 anni, pari a circa 5.000 pazienti attesi in Abruzzo¹⁸. Secondo alcuni studi la prevalenza di depressione arriva all'8% (30-49 anni: 12%, >60 anni: 4%), con maggiore frequenza nelle donne¹⁸. Complessivamente, lo studio ESEMeD¹⁸ indica che circa il 10% del campione nell'ultimo anno ha sofferto di un disturbo mentale, di cui il 3,8% per disturbi affettivi; circa il 3,6% si è rivolto ad un servizio per tali problemi. Il dato nazionale relativo ai disturbi psichici dell'età evolutiva è 12%, rispetto al 2,3% delle Marche (probabilmente sottostimato)²⁵.

Osservando gli ultimi dati ospedalieri disponibili a livello interregionale (2002-2003)^{5,28} - si rileva che le Regioni con alti tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici sono le stesse che mostrano un'offerta di centri diurni e territoriali inferiore alla media nazionale: fra queste, l'Abruzzo è al primo posto da anni per istituzionalizzazione, sia in riferimento al tasso di ospedalizzazione psichiatrica (9,6‰ vs 5,9‰ nazionale e 3,8‰ del Friuli)²⁸ - con una tendenza all'aumento soprattutto nel periodo 1999-2003⁵ - sia in relazione all'offerta di posti letto residenziali di riabilitazione psichiatrica, quasi esclusivamente privata convenzionata (807: 6,2 x 10.000 vs 2-3 nazionale)^{2,3,25}, oltre a registrare una bassa offerta di Centri di salute mentale (1,01 x 100.000 vs 1,22 nazionale e 2,11 di Trento) e di Centri diurni (0,62 x 100.000 vs 1,05 nazionale e 2,8 del Friuli) (2001)⁵.

Il pattern ospedaliero abruzzese è costante nel periodo 2003-2005: nel 2004 sono circa 11.700 le dimissioni per disturbi psichici (codici ICD9-CM 290-319 in diagnosi principale) - 9,1‰ - e circa 20.800 le dimissioni di pazienti con tali codici in diagnosi principale o secondarie (16,2‰), attribuibili a circa 7.800 e 14.400 pazienti psichiatrici rispettivamente

²⁸ ISTAT. L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici. Anni 1999-2002. (A cura di Bugio A). Informazioni - n. 11, 2006. Sito Web: www.istat.it

(6,1-11,2‰) (dati ASR). Pertanto, a fronte di circa 7.800 pazienti più impegnativi, le ospedalizzazioni potrebbero essere facilmente ridotte nel breve termine trasferendo le prestazioni verso percorsi di assistenza territoriale diurna e domiciliare.

Con riferimento ai suddetti dati, i pazienti con gravi forme di psicosi stimati in Abruzzo (DRG 430: psicosi) sono 3.071, pari al 2,4‰ (dal 5,7-4,1‰ delle ASL di Teramo e Pescara allo 0,8‰ della ASL di L'Aquila), per un totale di 5.244 dimissioni con DRG 430, pari al 4,1‰ (TSO: 349: 6,7‰). Questo dato si avvicina alla stima di pazienti con patologia psichiatrica grave nelle Marche: 2,0‰, con un'offerta di posti letto residenziali per riabilitazione psichiatrica pari a 0,30‰^{25,26}, corrispondenti a 390-400 posti letto in Abruzzo vs attuali 807: 0,62‰ (intervallo per ASL: 0,18-2,10‰).

L'84,5% dei ricoveri attribuibili a patologia psichiatrica è per acuti, mentre complessivamente il 23,1% è in regime diurno. Le diagnosi più frequenti di dimissione psichiatrica negli uomini sono nell'ordine: schizofrenia, disturbi affettivi, ansia/disturbi della personalità, disturbi dovuti ad abuso di alcool, disturbi senili; nelle donne: disturbi affettivi (60% in più degli uomini), ansia/disturbi della personalità, disturbi senili, schizofrenia (40% in meno degli uomini)²⁸.

La mortalità per disturbi psichici (codici ICD9: 290-319) in Abruzzo negli uomini è passata da 8,9 x 100.000 del 1990 a 19,5 del 2002 (tassi standardizzati; Italia da 12,6 del 1990 a 16,8 x 100.000 del 2002), nelle donne da 9,7 x 100.000 del 1990 a 18,5 del 2002 (Italia da 8,8 del 1990 a 17,1 del 2002)⁴. Nel 2002 il tasso di suicidi (codici E 950-959) è 13,2 x 100.000 per gli uomini (Italia: 11,7) e 2,4 per le donne (Italia: 2,9); nel 1990 il tasso di suicidi era 12,9 x 100.000 per gli uomini (Italia: 13,9) e 3,2 per le donne (Italia: 4,3). Nel periodo 1997-2001 i decessi per disturbi psichiatrici registrati in Abruzzo sono 1.136 (230 in media/anno: 18,0 x 100.000), mentre i suicidi sono 472, quasi 100/anno (metà per impiccagione). Nel periodo 1997-2001 i tassi di mortalità per disturbi psichici più elevati sono registrati nelle ASL di Teramo, Chieti, Pescara e Lanciano-Vasto, i più bassi nell'Aquilano^{2,3}.

Anche se la prevalenza di patologie psichiatriche e gli indicatori di morbi-mortalità sembrano rilevanti in Abruzzo, è evidente l'eccessiva istituzionalizzazione di questi pazienti sia in ospedale che in strutture residenziali rispetto alla media nazionale, mentre risulta inferiore l'offerta territoriale diurna e in CSM (anche in relazione all'integrazione con le politiche sociali)²⁹. Al riguardo è interessante analizzare l'importante variabilità nell'offerta di servizi per ASL vs bisogni locali^{2,3}.

2.8. Tossicodipendenze

Dai dati del Rapporto Regione Abruzzo - CNR³⁰ sulle dipendenze risulta che l'uso dichiarato di cocaina (almeno una volta nella vita) è 5,5% nel 2005 (2004: 4,0%), l'uso di cannabis è 29,4% (2003: 19,3%), il consumo di eroina è 1,2% (non variato). Nel 2005 gli utilizzatori problematici di oppiacei in Abruzzo (che costituiscono l'utenza potenziale non trattata nei servizi) sono circa 5.000; i soggetti che hanno iniziato a fare tale uso nel 2005 sono circa 600 (7 x 10.000 persone di età 15-64 anni). Le persone che hanno fatto domanda di trattamento ai servizi nel 2005 sono 4.622 (89% uomini), 73% per eroina, 6% per cocaina (23% se associata ad altre droghe). Per quanto riguarda le malattie infettive correlate all'uso di droga, i positivi al test per l'epatite B sono il 66% (2004: 52%, Italia: 42%), per l'epatite C il 72% (2004: 64%, Italia: 62%), per l'HIV il 7% (2004: 5%, Italia: 14%).

I ricoveri direttamente correlati a droga, alcol e tabacco sono 2.471, di cui l'87,5% per residenti. Le diagnosi maggiormente frequenti sono: dipendenza da alcol (25%), abuso di alcol (22%), avvelenamento da alcol (18%); fra gli uomini sono frequenti: dipendenza da combinazioni di oppioidi con altre sostanze, abuso di oppioidi, abuso di cocaina, psicosi da alcol. Il 27% presenta anche una diagnosi psichiatrica (psicosi affettive e disturbi della personalità associati ad allucinogeni, alcol, antidepressivi, oppioidi e cocaina).

Il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti (età 15-44 anni) (esclusi i decessi per incidenti stradali o dovuti a complicanze patologiche correlate all'uso) a livello nazionale si è ridotto da 6,3 x 100.000 nel 1996 a 2,2 nel 2002, stabilizzandosi fino al 2005 (2,5 x 100.000); in Abruzzo il tasso si è ridotto da 3,9 x 100.000 nel 1996 a 1,9 nel 2002, stabilizzandosi fino al 2005 (2,1 x 100.000)⁵.

²⁹ Regione Abruzzo. Deliberazione Consiglio Regionale n. 57/1 del 28.12.2006: Piano Sociale Regionale 2007-2009. BURA n. 5 speciale del 19 gennaio 2007. Sito Web: www.regione.abruzzo.it

³⁰ Regione Abruzzo - Consiglio Nazionale delle Ricerche. Rapporto sul fenomeno di uso ed abuso di sostanze stupefacenti - Rapporto Anni 2001-2004 e Rapporto 2005. Sito Web: www.regione.abruzzo.it

2.9. Stili di vita e fattori rischio

Le evidenze della letteratura sull'associazione fra stili di vita e patologie (diete povere di frutta/verdura/fibre/antiossidanti / ricche di grassi saturi e rischio cardiovascolare e per tumori del colon-retto, mammella; sovrappeso/obesità/bassa attività fisica e rischio di diabete / ipertensione / ipercolesterolemia; fumo e rischio di tumore del polmone/BPCO; ecc..) - soprattutto alla luce dei recenti trend epidemiologici abruzzesi meno favorevoli rispetto alla media nazionale (tumori di mammella, polmone e colon-retto; diabete) contrastano con le scarse evidenze di efficacia a lungo termine degli interventi preventivi sanitari su determinanti che, per definizione, sono fortemente associati a fattori individuali e territoriali di tipo economico (povertà relativa), culturale (status sociale), psico-sociale (stress) e legati a condizionamenti di mercato con maggiore impatto rispetto all'educazione sanitaria tradizionale (con le relative implicazioni di priorità allocative rispetto ad interventi preventivi ritenuti più efficaci sulla base della "evidence-based medicine")¹⁸.

I dati sulle abitudini alimentari (Indagini Multiscopo Istat 2003) mostrano che l'88,5% degli Abruzzesi consuma pane, pasta, riso almeno una volta al giorno contro l'87,7% dell'Italia; il 77,1% consuma frutta, mentre coloro che consumano verdura e ortaggi sono rispettivamente il 39,9% e il 35,8%. Dall'indagine è inoltre emerso che il consumo di dolci e snack è fra i più alti in Italia. Anche se i dati sembrano confermare che la dieta è ancora orientata ad un regime di tipo mediterraneo, alcune evidenze mostrano un peggioramento dei trend soprattutto nelle aree meridionali (tali andamenti potrebbero essere associati alla perdita del vantaggio storico "da stili di vita", oltre che da prevenzione/assistenza sanitaria, osservata nel Sud: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, ecc).

La percentuale di popolazione adulta con sovrappeso ed obesità è più alta nel Mezzogiorno (47%) rispetto al Centro-Nord (42% al Centro, 38% nel Nord-Ovest e 43% nel Nord-Est). L'eccesso ponderale è più diffuso nella popolazione con basso titolo di studio (il 44% è in sovrappeso e il 15% risulta obeso). In Abruzzo la percentuale di persone in sovrappeso con età superiore ai 15 anni è aumentata dal 36% del 2000 al 39% nel 2005 (Italia 2005: 35%). La percentuale di persone obese in fascia di età 18 anni e più risulta invece abbastanza stabile (10% nel 2000 e 12% nel 2005). In Italia, dove un bambino su tre ha un eccesso di peso, l'Abruzzo risulta essere la quarta Regione per numero di bambini affetti da obesità. Inoltre, fra i disturbi alimentari l'anoressia e la bulimia sono patologie sempre più presenti nelle fasce adolescenziali, rappresentando una forte problematica sociale e sanitaria.

Sulla base dei dati OCN¹⁰ la frequenza di obesità misurata con l'Indice di massa corporea ($\geq 30 \text{ Kg/m}^2$) nella fascia d'età 35-64 anni in Abruzzo è 18% negli uomini (Italia: 18%) e 30% nelle donne (Italia: 22%), mentre la frequenza di persone inattive nel tempo libero (bassa attività fisica) è 34% negli uomini (Italia: 34%) e 42% nelle donne (Italia: 46%).

Nella stessa indagine OCN, la frequenza di fumatori in Abruzzo è 33% negli uomini (Italia: 30%) e 20% nelle donne (Italia: 21%). Sempre con riferimento all'abitudine al fumo, nell'Indagine Istat 2001 (popolazione 15 anni e più) la frequenza di fumatori in Abruzzo è 28% negli uomini (Italia: 32%) e 12% nelle donne (Italia: 17%); nell'Indagine Istat 2005 in Abruzzo la frequenza di fumatori è 29% negli uomini (Italia: 28%) e 15% nelle donne (Italia: 16%).

2.10. Stato di salute, bisogni e ricorso ai servizi sanitari

Lo stato di salute dell'Abruzzo, complessivamente favorevole se confrontato con le stime nazionali di rischio per età - mortalità ed incidenza per patologie croniche (cardiovascolari, oncologiche) - presenta importanti variabilità intraregionali e, per alcune patologie (es.: tumori), una tendenza alla riduzione del vantaggio storico registrato a livello interregionale, mentre rimane rilevante l'alta frequenza di morbi-mortalità e disabilità da traumatismi (infortuni sul lavoro e incidenti stradali). Per quanto concerne la prevalenza standardizzata per età, stime tendenzialmente superiori alla media nazionale si registrano per artrosi/artriti e bronchite cronica/enfisema, mentre considerando il fattore "invecchiamento", frequenze superiori alla media sono registrate per: artrosi/artriti, malattie ischemiche del cuore, diabete, bronchite cronica/enfisema, demenze, cataratta; anche i tassi grezzi di disabilità sono più elevati, mentre le stime standardizzate per età sono in linea con la media nazionale.

Sia l'invecchiamento - che rappresenta un fenomeno di salute positivo della popolazione, oltre che di maggiori carichi assistenziali per il sistema - che i profili favorevoli di morbi-

mortalità registrati in Abruzzo, sembrano essere associati, in coorti e periodi del passato, più a fattori socio-culturali ed ambientali protettivi/di minor rischio (stili di vita sani, minore abitudine al fumo, fattori alimentari protettivi, attività fisica e lavorativa), che ad interventi preventivi del sistema sanitario, dal momento che alcuni settori ed interventi sembrano essere ancora oggi critici (v. screening e prevenzione infortuni); d'altra parte, il miglioramento degli interventi terapeutici sembra aver contribuito all'aumento della sopravvivenza di pazienti acuti e cronici (riduzione della letalità).

Con l'eccezione di alcune condizioni (tumori, allergie), le patologie croniche e le disabilità sono più frequentemente dichiarate nelle Regioni del Sud dopo correzione per età. In Abruzzo il 6,3% dichiara di stare male, rispetto a valori standardizzati del 3,9% - 5,4% del Nord e del 7%-10% del Sud ed Isole¹². Con riferimento ai tumori è inoltre da segnalare che negli ultimi anni la mortalità è in aumento nelle Regioni del Sud, contrariamente ad una riduzione sensibile nel Nord e meno evidente fra le Regioni del Centro e in Abruzzo⁷. Sulla base di tali dati l'Abruzzo tende ad assomigliare a Molise, Campania, Lazio, Marche ed Umbria (terzo cluster fra Nord e Sud/Isole)¹⁴. Anche con riferimento alla qualità della vita dei pazienti disabili l'Abruzzo si colloca nel terzo quadrante con alcune regioni meridionali: Molise, Campania, Calabria e Sicilia⁵. Pertanto, in coerenza con alcuni indicatori socio-economici quali reddito pro-capite e povertà relativa che collocano l'Abruzzo al 13°/14° posto in Italia, anche rispetto allo stato di salute l'Abruzzo sembra spostarsi più a Sud che a Centro/Nord.

Con particolare riferimento agli indicatori socio-economici, la povertà fra le famiglie (Istat 2003) in Abruzzo è 15,4% vs Italia: 10,6%, Centro: 5,7%, Nord-Est: 5,2%; l'Abruzzo precede sei Regioni meridionali nella "classifica" interregionale, dal 20,0% al 25,5%; nel 2004 l'indice abruzzese è 16,6% (Italia: 11,7%), mentre nel 2005 scende all'11,8% (Italia: 11,1%, Nord: 4,5%, Centro: 6,0%), precedendo sette Regioni meridionali (dal 16% al 31%). Il tasso di disoccupazione abruzzese nel IV trimestre 2005 è 6,9% (Italia: 8,0%, Nord: 4,7%, Centro: 6,7%, Sud: 14,2%); nel IV trimestre 2006 è 6,5% (Italia: 6,9%, Nord: 4,0%, Centro: 6,4%, Sud: 12,2%).

Coerentemente, lo stesso pattern di "disomogeneità" a livello interregionale si osserva rispetto all'uso dei servizi. Per quanto concerne il ricorso all'ospedale, da anni l'Abruzzo si colloca al primo posto per tasso di ospedalizzazione totale (con le Regioni meridionali) e per cause specifiche (fra cui le patologie psichiatriche), dato evidentemente incoerente rispetto al profilo epidemiologico registrato^{2,3}. In particolare, i tassi di riabilitazione ospedaliera sono fra i più elevati sia in generale che, in particolare, rispetto a Regioni quali l'Umbria e le Marche che registrano i più bassi tassi rispetto a popolazioni più anziane e comparabili per disabilità: è da notare che tali tassi abruzzesi si osservano con un'offerta dello 0,46‰, mentre nel Piano di riordino ospedaliero l'attuale offerta è programmata allo 0,68‰ (con l'aggiunta dello 0,92‰ residenziale si totalizza un'offerta complessiva di 1,60‰ vs 0,50‰ di tutta la riabilitazione - territoriale ed ospedaliera - programmata nelle Marche)²⁵.

Nella già citata analisi sui dati Istat¹⁴ l'Abruzzo è classificato nel terzo cluster con Lazio, Molise e Puglia, soprattutto con riferimento all'utilizzo dell'ospedale; le Regioni del Nord e del Centro sono caratterizzate da un minore ricorso all'ospedale e da un più frequente accesso ai servizi ad alta tecnologia e di assistenza specialistica, mentre le Regioni del Sud sono caratterizzate da un maggiore ricorso all'assistenza primaria (visite generiche e pediatriche; esami del sangue e urine).

Un'analisi condotta sugli stessi dati Istat 2005 a livello individuale³¹ mostra che le persone con basso livello di posizione sociale utilizzano più frequentemente servizi ospedalieri e di base - inclusa l'assistenza farmaceutica - rispetto ai servizi di assistenza specialistica, il cui accesso è più frequente per le persone istruite / di alto livello sociale. Tale pattern è coerente con le "diseguaglianze" interregionali: ulteriori ricerche dovranno pertanto focalizzarsi sull'interazione degli indicatori socio-economici individuali con l'età, il sesso e le variabili territoriali intraregionali/comunali, dal momento che l'utilizzo di strutture e i fabbisogni assistenziali sono determinati (oltre ad essere condizionati dall'offerta) dai bisogni correlati alla morbosità, all'età e allo svantaggio socio-economico individuale e di (micro)area^{32,33,34}.

³¹ Costa G, Vannoni F. I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza in Italia nell'Indagine Multiscopo Istat. Convegno Roma, 02.03.2007. Sito Web: www.istat.it

³² Valerio M. Uno sguardo su contesti di vita e salute: gli indici di svantaggio sociale. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2005; 24(4):174-178.

³³ Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base demografica. Epid Prev (23): 1999; 175-187.

2.11. Bisogni, contesti territoriali e popolazioni "fragili"

Analizzando complessivamente gli indicatori socio-economici di deprivazione relativa (7a Regione più povera, fra Centro-Nord e Sud), i profili di salute (riduzione del vantaggio epidemiologico da "stili di vita", aumento delle cronicità e delle evitabilità da sistema socio-sanitario, alta incidenza di infortuni sul lavoro), l'utilizzo dei servizi inappropriato rispetto ai bisogni (ospedalizzazione pubblica e privata, riabilitazione privata, istituzionalizzazione dei pazienti psichiatrici) e le stime dei bisogni inevasi (carenza di assistenza territoriale/domiciliare ai pazienti cronici e disabili), l'Abruzzo si caratterizza più come un nord del Sud che come una Regione proiettata verso le aree più sviluppate del Centro/Nord. Parallelamente, come documenta l'analisi di sintesi, l'Abruzzo presenta importanti eterogeneità territoriali sia rispetto ad indicatori di morbi-mortalità che a pattern di offerta ed utilizzo dei servizi, situazioni spesso incoerenti fra loro anche a livello macro (v. ASL / aree interne). Al riguardo la Legge 6/07 si impegna a riequilibrare tali disomogeneità attraverso un'adeguata assistenza territoriale/domiciliare e percorsi assistenziali calibrati alle peculiarità dei territori svantaggiati. Al fine di analizzare tali fenomeni a livello comunale e di aree aggregate d'Abruzzo è stato costruito un Indice di Area Svantaggiata (IAS)³² sviluppato sulla base di metodologie sperimentate in Piemonte ed applicate in Italia ed in aree deprivate come la Basilicata^{33,34,35,36}. Sulla base del profilo demografico standard (indici di invecchiamento dal 12% fino ad oltre il 60%), i 305 Comuni d'Abruzzo sono stati misurati con 7 indicatori risultati predittivi ad un'analisi statistica per componenti principali a partire dalle variabili di Censimento 2001 e reddito pro-capite, indicatori a loro volta sintetizzati in un IAS che varia da -19/-8 (Pescara, Montesilvano, Chieti, Teramo, L'Aquila, Francavilla, Alba Adriatica: circa 350.000 abitanti) a +12/+8 (maggiore svantaggio socio-economico: Castellafiume, Villetta Barrea, Roio del Sangro, Corvara, Montelapiano, Montebello sul Sangro, ecc., con 202 Comuni nel quartile di popolazione più svantaggiato - circa 300.000 abitanti - e 158 nel quintile di popolazione più svantaggiato - circa 250.000 abitanti). L'aumento dei valori di IAS è determinato da 7 indicatori: invecchiamento (età \geq 75 anni: dal 5% al 39%), basso livello di istruzione (popolazione \geq 6 anni con licenza elementare: dal 21% al 77%), disoccupazione (dal 2% al 29%), basso reddito pro-capite (da € 15.580 a € 7.927), n. di occupati/stanza, bassa densità abitativa, occupazione agricola (aree rurali). Attualmente lo strumento IAS è in fase di applicazione per analisi orientate a valutare lo stato di salute e i bisogni (con indicatori di morbi-mortalità evitabile) rispetto sia a carichi assistenziali, utilizzo di servizi e percorsi assistenziali, sia a fabbisogni ed allocazione di risorse (v. Progetto di Re.T.E. - Rete Territoriale di Epidemiologia). Ovviamente lo strumento IAS comunale non è utilizzabile per analizzare le microaree svantaggiate delle aree metropolitane, anche se la disaggregazione dei dati a livello di grandi centri potrebbe essere applicata dopo uno studio di fattibilità *ad hoc*.

L'individuazione delle popolazioni "fragili" con riferimento ai target di pianificazione/intervento - morbosità/disabilità per sesso, età e condizione sociale - può essere a questo punto più efficientemente indirizzata rispetto a microaree fra loro eterogenee e relative problematiche: giovani vs salute mentale, tossicodipendenze ed incidenti nelle grandi aree; anziani non autosufficienti e pazienti disabili in piccoli vs grandi centri, bambini vs cronicità e malattie rare (es.: tumori); adulti vs infortuni sul lavoro, salute mentale e rischio cardiovascolare; donne vs salute in gravidanza; donne sole anziane vs cronicità/disabilità/depressione in piccoli e grandi aree; immigrati vs salute mentale ed accesso ai servizi; pazienti con demenza nei piccoli paesi.

Come target prioritari per la pianificazione vengono pertanto individuate le seguenti aree:

fasce di popolazione "fragili" (giovani/adolescenti/bambini, donne in gravidanza, anziani problematici, vecchie e nuove emarginazioni sociali);

popolazioni di pazienti con pluripatologie (anziani non autosufficienti, pazienti con disabilità fisiche e sensoriali, pazienti con disabilità psichiche / salute mentale);

specifiche patologie (diabete, patologie cardiovascolari, neoplasie, patologie respiratorie, demenze, traumatismi, malattie rare).

³⁴ Valerio M, Vitullo F. Sperimentazione di un indice di svantaggio sociale in Basilicata. *Epid Prev* (24): 2000; 315-26.

³⁵ Regione Basilicata - Osservatorio Epidemiologico. Relazione Sanitaria 2000 - Relazione Sanitaria 2001. Sito Web: www.regione.basilicata.it

³⁶ Regione Piemonte. Lo Stato di Salute della Popolazione in Piemonte. Maggio 2006. Sito Web: www.regione.piemonte.it

Oltre agli **anziani** non autosufficienti, alle persone **disabili** e con problemi **psichiatrici**, ai pazienti con **cronicità** cardiovascolari, oncologiche, ecc. - già analizzate nella presente relazione - per alcune delle suddette fasce di fragilità vengono di seguito riportati dati di riferimento generale da sviluppare nel piano di epidemiologia regionale / territoriale.

Donne e maternità - Nel 2005 il tasso di natalità è 8,6‰ (11.200 nati) (come nel 2004: 11.101 nati) (Italia: 9,6‰); al 31.12.2004 i nati in Abruzzo per Provincia sono 2.478 (L'Aquila), 2.696 (Teramo), 2.778 (Pescara) e 3.149 (Chieti). Un piccolo incremento delle nascite rispetto al 2003 si registra in tutte le Province tranne Chieti. Il tasso di fecondità nel 2000 è 1.165,6 x 1.000, nel 2002 è 1.149,1 x 1.000, nel 2004 è 1.197,3. Il numero medio di figli per donne italiane è 1.150 X 1.000 vs 2.230 X 1.000 delle straniere. Nel 2004 le madri residenti in Italia hanno in media 31,1 anni alla nascita del primo figlio, le donne abruzzesi 31,6 anni, mentre le donne straniere residenti in Abruzzo 27,1 anni.

I dati Istat mostrano che i parti cesarei in Abruzzo passano da 22,7% del 1993 a 37,6% del 2003; nel 2005 i cesarei variano per ospedale dal 23,1% al 63,2%(Regione:43,0%; dati ASR).

La frequenza di IVG registrate in Abruzzo (notifica Istat) va da 4.526 casi nel 1980 a rispettivamente 2.633, 2.847 e 2.963 nel 2001, 2002 e 2003; in termini di tassi standardizzati, l'abortività è in calo sia in Italia (1980-2001: da 15,9 a 9,3 x 1.000 donne 15-49 anni) che in Abruzzo (dal 17,4 all'8,8 x 1.000), con tendenza all'aumento negli ultimi anni per le fasce 15-19 e 20-24 anni². A fronte di 2.633 notifiche Istat ufficiali del 2001 (265 per straniere), il database SDO 2001 registra 3.170 casi di IVG di residenti abruzzesi, di cui 2.641 in Regione e 529 in ospedali fuori Regione².

Infanzia, età evolutiva e giovani - Fra le cause generatrici di disagio/sofferenza nei giovani si segnalano i contesti familiari critici (alcolismo o tossicodipendenze dei genitori), la carenza di risorse socioeconomiche e culturali (famiglie povere), gli insuccessi in ambito scolastico, le difficoltà nell'approccio con il mondo del lavoro. La salute mentale costituisce attualmente una delle aree socio-sanitarie ad elevato impatto assistenziale.

Famiglie povere - L'Abruzzo, come detto in precedenza, precede sei Regioni meridionali con riferimento all'indicatore povertà relativa tra le famiglie (dal 20,0% al 25,5%); nel 2004 l'indice abruzzese è 16,6% (Italia: 11,7%), mentre nel 2005 scende all'11,8% (Italia: 11,1%, Nord: 4,5%, Centro: 6,0%), precedendo sette Regioni meridionali (dal 16% al 31%).

La condizione di povertà è associata a fattori di rischio per la salute, ad una maggiore incidenza di malattia, ad un minore accesso all'assistenza specialistica rispetto alla generica ed ospedaliera, ad un maggiore rischio di morte (morbi-mortalità evitabile).

Immigrati ed esclusione sociale - Al 1° Gennaio 2006 gli stranieri in Abruzzo sono 43.849 (3,4% della popolazione) (il trend è in costante aumento); il 53% è rappresentato da donne. Oltre che nei Capoluoghi, gli stranieri si concentrano maggiormente sulla costa (i soli Comuni di Martinsicuro e Montesilvano ne hanno rispettivamente 1.753 e 1.614). Al 1° Gennaio 2006, 34.564 stranieri erano in possesso di regolare permesso di soggiorno: il 55% con permesso di lavoro, il 38% per motivi di famiglia, il 2,2% per motivi di studio. Gli immigrati regolari sono così ripartiti nelle Province: 30% l'Aquila, 29% Teramo, 22% Pescara, 19% Chieti. L'età media è 31,4 anni; il 53% ha un'età fra 18 e 39 anni, il 20% ha meno di 18 anni e il 2% 65 anni e più. In Abruzzo il 58% proviene dall'Europa dell'Est (media nazionale: 38%); in particolare gli Albanesi presenti a Teramo, Pescara e Chieti sono rispettivamente 29%, 18% e 35%. Nel complesso gli stranieri non comunitari in Abruzzo sono l'89%.

In Italia i nati stranieri sono in aumento: dal 2,4% dei nati della popolazione totale nel 1999 al 5,1% del 2004. Secondo un'Indagine Censis del 2005 i fattori che incidono maggiormente sullo stato di salute degli stranieri sono: precarietà abitativa (45%); condizioni rischiose di lavoro e precarie di reddito (43%); insufficienti abitudini igienico sanitarie (29%); mancanza di supporto familiare (23%); acquisizione di diverse abitudini alimentari (20%); condizioni climatiche differenti rispetto al paese di origine (12,8%). Dal Rapporto emerge uno stato di salute degli immigrati complessivamente buono: il 60,4% dei medici di medicina generale sostiene che lo stato di salute complessivo dei propri assistiti stranieri è uguale a quello degli italiani. Le principali patologie riscontrate sono: malattie dell'apparato respiratorio e muscolo-scheletrico, disturbi dell'apparato digerente e cardiovascolari, malattie infettive (tubercolosi); nelle donne assumono grande rilevanza le patologie ginecologiche.

Comunità zingare - Gli Zingari in Italia rappresentano una comunità eterogenea. Il numero di persone è stimato fra le 80.000 e 110.000 unità (0,16% della popolazione nazionale). Circa l'80% ha la cittadinanza italiana, mentre il restante 20% è rappresentato da extra comunitari provenienti soprattutto dai territori della ex Jugoslavia. Tra gli adulti è molto diffuso

l'alcolismo, mentre tra i bambini risulta elevatissima l'evasione scolastica. I problemi legati alla salute riguardano prevalentemente la mancanza di profilassi, le patologie da freddo, gli incidenti domestici e stradali.

Prostituzione – Si stima che ogni anno nel mondo un milione di donne (35% minorenni) è oggetto di sfruttamento sessuale. In Italia ci sono sulle strade circa 25.000 donne extra comunitarie di varia provenienza (in particolare Nigeriane: 25%, Albanesi: 26%, dall'Europa dell'Est: 28%, da altri Paesi africani: 5%, dall'America Latina: 3%)³⁷. Nelle regioni Marche, Abruzzo e Molise si alternano nell'arco di un anno circa 700/800 prostitute extra comunitarie, di cui circa 450 in strada. La vita di strada, il rilevante numero di rapporti, la cattiva alimentazione, il difficile accesso ai servizi e la bassa condizione socio/economica sono i determinanti delle malattie in questo gruppo svantaggiato. A ciò va aggiunto il rischio dei clienti di contrarre malattie sessualmente trasmesse, soprattutto nel caso di rapporti con tossicodipendenti, omosessuali e transessuali.

Detenuti - La popolazione carceraria è passata da 25.804 detenuti nel 1990 ad oltre 53.000 nel 2001. In Abruzzo nel 2002 i detenuti sono stati 1.571 (50 donne), 1.570 nel 2003³⁸.

Una larga parte di soggetti detenuti appartengono alle classi sociali più svantaggiate e in genere conducono uno stile di vita con scarsa attenzione all'igiene e alle misure preventive, con comparsa di malattie quali tubercolosi, AIDS, denutrizione / malnutrizione, sindromi psichiatriche e gravi comportamenti autolesionistici.

³⁷ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Regionando 2002. New women and empowerment. Sito Web: <http://www.forumpa.it/forumpa2002/regionando/home/progetti/60.html>

³⁸ Regione Abruzzo. Abruzzo lavoro – dati di sintesi: Detenuti. Sito Web: <http://www.abruzzolavoro.com>

3. L'ARCHITETTURA ISTITUZIONALE E I RUOLI

3.1. Le ASL, le Aziende Ospedaliere-Universitarie e i Distretti

Nell'accordo siglato il 6/02/07 tra la Regione Abruzzo, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, confermato con **DGR 224 del 13 marzo 2007** viene esplicitato nel punto III lettera b del comma 3 – art. I [(programma operativo per gli anni 2007 – 2009) la disposizione del "completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliero- universitarie, ai sensi del d.lgs 21/12/99], n.517.

L'assetto del Sistema Sanitario Regionale è il seguente:

- 1. Azienda Sanitaria Locale 1 –Avezzano, Sulmona, L'Aquila (che raggruppa le attuali ASL 1 e 4)**
- 2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti (che raggruppa le attuali ASL 2 e 3)**
- 3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara (l'attuale ASL 5)**
- 4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo (l'attuale ASL 6)**
- 5. Azienda Ospedaliera-Universitaria de L'Aquila**
- 6. Azienda Ospedaliera-Universitaria di Chieti**

Come previsto nella LR 06/2007, la previsione di istituzione delle AOU di Chieti e L'Aquila impone l'istituzionalizzazione di strumenti in grado di accompagnare e governare i processi in considerazione del fatto che la presenza sul territorio di strutture in grado di erogare prestazioni di alta specialità e di esercitare attrazione a livello regionale impone, nel rapporto con le Aziende Sanitarie Locali, un'obbligata razionalizzazione dei punti di eccellenza ed una rivisitazione dei parametri generali.

Per la creazione di un sistema funzionale vengono istituite due Conferenze di area allo scopo di garantire un equilibrio nell'offerta assistenziale su tutto il territorio abruzzese che tenga conto della collocazione delle Aziende Ospedaliere – Universitarie, delle sinergie fra territori confinanti, dei progetti di ammodernamento del parco ospedaliero regionale, dei possibili nuovi aspetti organizzativi scaturiti dall'applicazione degli elementi del governo clinico, *nel rispetto del 24 MAGGIO 2001 (Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università tra la programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59).*

Le conferenze di area sono così individuate:

- Conferenza A comprendente: ASL n.1, ASL n. 4, ASL n. 6;
- Conferenza B comprendente: ASL n. 2, ASL n. 3, ASL n. 5.

Le Conferenze di area sono costuite da:

- Assessore alla Sanità (Coordinatore)
- Direttore Generale della Sanità
- Direttore Generale dell'ASR-Abruzzo
- Direttori Generali delle AASSLL facenti capo alla Conferenza
- Rettori delle Università di Chieti-Pescara e L'Aquila
- Presidenti della Conferenza dei Sindaci delle AASSLL facenti capo alla Conferenza

Le Conferenze vengono istituite all'atto di approvazione della presente legge e dovranno concludere i propri lavori entro giugno 2009.

Le nuove ASL e AOU saranno istituite con atto formale entro il 31 dicembre 2009.

E' demandata alle Conferenze di area l'individuazione dell'assetto territoriale delle aziende integrate Ospedale-Università secondo le previsioni della L.R.6/07.

L'operatività delle AOU deve essere accompagnata dalla sostenibilità economica in rapporto all'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali,

(coerentemente con il raggiungimento degli obiettivi del piano di risanamento della Regione Abruzzo).

La Giunta Regionale, con proprio atto, individua i Direttori Generali cui affidare la gestione del passaggio al nuovo assetto aziendale.

I Distretti

L'assetto territoriale previsto dal PSR 1994- 1996, che prevedeva la costituzione di 73 Distretti in ambito regionale, deve necessariamente essere superato, sia per la necessità di adeguarsi a quanto previsto nel D.L.vo 229/99 (Distretti con popolazione di circa 60.000 abitanti), sia perché una siffatta situazione risulta ormai ingovernabile e antieconomica. Considerando la popolazione abruzzese residente di circa 1.300.000 abitanti, il numero totale di Distretti viene portato a **n. 25** su tutto il territorio regionale.

Nell'**Allegato 1** viene riportata la nuova configurazione dei Distretti, con l'indicazione dei comuni (e la popolazione) costituenti i singoli distretti.

Entro il **31 dicembre 2008**, la Regione ridefinisce l'articolazione degli Ambiti Sociali per raggiungere la **identificazione** territoriale con i distretti (ciascun distretto deve essere coincidente con uno o più ambiti sociali e ciascun ambito sociale non deve afferire a più di un distretto).

Le Direzioni Generali Aziendali, entro 45 giorni dalla pubblicazione sul BURA della presente legge, dovranno predisporre i nuovi Atti aziendali, conformi alla DGR 1115/2005 e alle direttive del presente piano, ivi compresa la definizione dei nuovi distretti.

La Giunta Regionale, entro 45 giorni dal ricevimento di detti atti, tramite istruttoria dei servizi competenti della Direzione Sanità e dell'ASR-Abruzzo, esprime il parere di conformità alle direttive del piano.

3.2. I Ruoli

3.2.1. La Regione

La ridefinizione dell'assetto delle strutture amministrative e tecniche regionali preposte alla sanità (Direzione Sanità e ASR-Abruzzo) è necessaria per far evolvere il sistema stesso verso una configurazione capace di conseguire più alti livelli di efficacia ed efficienza complessiva, potendo così attuare il recupero degli equilibri economico-finanziari richiesti dal Piano di Risanamento regionale.

3.2.1.1. L'Agenzia Sanitaria Regionale

Finalità, istituzione e sede

L'Agenzia Sanitaria Regionale: A.S.R.-Abruzzo, attivata con Delibera di Giunta Regionale n. 986 del 10 ottobre 2005, è ente del Sistema Sanitario Regionale dotato di autonomia giuridica, organizzativa, patrimoniale, contabile e gestionale con sede in Pescara.

L'Agenzia concorre al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionale assicurando supporto tecnico-scientifico al Settore Sanità.

Funzioni

L'Asr Abruzzo svolge le seguenti funzioni

- 1) *Osservazione epidemiologica e monitoraggio dei "livelli essenziali di assistenza":*
 - a) Analisi epidemiologica dei bisogni e della domanda espressa dalla popolazione;
 - b) Valutazione del sistema dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari in termini di equità, appropriatezza d'uso, efficacia ed efficienza;
 - c) Monitoraggio dello stato di salute di gruppi di popolazione in condizioni svantaggiate;
 - d) Messa a regime di sistemi di indicatori e dei relativi flussi informativi mirati a valutare l'equità, l'appropriatezza d'uso, l'efficacia e l'efficienza dei livelli essenziali di assistenza;
 - e) Monitoraggio e valutazione di qualità dei processi assistenziali e delle reti cliniche.

A tal fine è' istituito, presso l'Agenda Sanitaria Regionale ASR ABRUZZO, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (di seguito: OER)³⁹.

- 2) *Supporto tecnico alla Direzione "Sanità" per la programmazione sanitaria e controllo direzionale:*
- a) Redazione del Piano Sanitario Regionale e degli atti di programmazione settoriale in campo sanitario;
 - b) Redazione del Piano annuale delle prestazioni delle Aziende Sanitarie e delle Strutture private accreditate;
 - c) Definizione dei criteri e dei parametri di finanziamento delle Aziende Sanitarie e delle Strutture private accreditate;
 - d) Processo di budgeting annuale delle Aziende Sanitarie;
 - e) Sistema di contabilità direzionale e controllo di gestione;
 - f) Rapporti con gli Organismi ed Enti nazionali (Ministeri, Conferenza Stato-Regioni, ASSR) e Internazionali;
 - g) Assistenza alle Aziende Sanitarie nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione;
 - h) Valutazione dei risultati annuali e pluriennali delle Aziende Sanitarie.
- 3) *Ricerca e sviluppo di metodologie e strumenti per il governo clinico, per il miglioramento continuo della qualità e per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria:*
- a) Promozione e sviluppo delle metodologie e strumenti dell' *EBM* (Evidence Based Medicine) e del *Technology Assessment* nel SSR;
 - b) Promozione e sviluppo dei *processi assistenziali* attraverso:
 - (1) l'analisi e la *reingegnerizzazione dei Percorsi Assistenziali* sulle patologie individuate come rilevanti dalla programmazione regionale;l'analisi e la *Reingegnerizzazione delle Reti Cliniche* regionali sulle aree individuate come prioritarie dalla programmazione regionali;
 - (2) sperimentazione e messa a regime di metodologie e strumenti per garantire la *Continuità Assistenziale Ospedale/Territorio*;
 - c) Promozione delle attività professionali di *Audit Clinico ed Organizzativo*.
 - d) Sviluppo di un sistema regionale di monitoraggio per la *Gestione del Rischio Clinico*;
 - e) Sviluppo di un sistema regionale di monitoraggio delle *Liste di Attesa*;
 - f) Sviluppo del sistema regionale di *Autorizzazione e Accreditamento* attraverso:
 - (1) revisione periodica dei *Criteri* di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
 - (2) *Formazione* del personale regionale e delle Aziende Sanitarie destinato alle funzioni di autorizzazione e accreditamento;
 - (3) *Partecipazione* alla costituzione ed al funzionamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento;
 - g) Sperimentazione e messa a regime delle metodologie e strumenti di rilevazione ed analisi della *Qualità Percepita* dai cittadini/utenti che usufruiscono delle prestazioni del SSR.
 - h) Coordinamento in campo di *Formazione ed E.C.M.* (Educazione Continua in Medicina) attraverso:
 - (1) L'analisi dei dati relativi ai bisogni di salute della popolazione rilevati dagli studi epidemiologici e dall'analisi dei bisogni dell'organizzazione, delle aziende e dei bisogni delle diverse figure professionali;
 - (2) predisposizione della proposta relativa alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale;
 - (3) Accreditamento regionale E.C.M., attraverso la costruzione e gestione del sistema di accreditamento regionale degli eventi formativi e dei Provider;

³⁹ Il Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità" della Direzione Sanità, (istituito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 206 del 23.02.2000 in esecuzione della Legge Regionale n. 77 del 14.09.1999), trasferisce le funzioni epidemiologiche e le relative attività all'OER dell'ASR Abruzzo. Il suddetto Servizio della Direzione Sanità assume la denominazione; "Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria e procedure informatiche

- (4) Monitoraggio e valutazione dello stato di attuazione dei programmi di formazione continua aziendali;
- i) Coordinamento delle politiche trasfusionali regionali;
- j) Collaborazione con la Direzione "Sanità" e con la Direzione "Servizi Sociali" per lo sviluppo di metodologie e strumenti per favorire lo sviluppo dell'*Integrazione Socio-Sanitaria* a livello di:
- Programmazione regionale;
 - Programmazione e gestione dei servizi territoriali;
 - Professionisti.

Le predette funzioni possono essere svolte dall'Agenzia anche per altri soggetti pubblici o privati, compatibilmente con le esigenze del Sistema Sanitario Regionale (SSR). La Giunta Regionale, con apposita deliberazione, può affidare all'Agenzia ulteriori progetti.

La ASR Abruzzo, inoltre, svolge le funzioni previste ed assegnate dagli art. n. 29 e 38 della L.R. 146/96 così come modificate ed integrate dagli articoli n. 13 e 16 della L.R. n. 34/2007.

Organi

Sono organi dell'Agenzia il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale.

Con apposito regolamento attuativo, da approvare entro il termine di 90 giorni dalla pubblicazione della presente Legge, verranno individuati e disciplinati dalla Giunta regionale compiti e funzioni di detti organi.

Organizzazione

L'Agenzia Sanitaria Regionale si articola in Unità di progetto complesse (UPC), Unità di progetto semplici (UPS), Staff della Direzione Generale .

L'Agenzia Sanitaria Regionale, per lo svolgimento di funzioni e compiti, si avvale di personale dipendente con profili professionali diversi cui si applicano i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNLL) della dirigenza medica e veterinaria, della dirigenza SPTA (Sanitario Professionale Tecnico Amministrativo) e del comparto.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti dal Direttore Generale dell'Agenzia nel rispetto dei CCNLL con provvedimento motivato.

Regolamento dell'A.S.R. Abruzzo

Con apposito "Regolamento dell'A.S.R. Abruzzo" (di seguito denominato Regolamento) vengono definiti l'organizzazione, la dotazione organica, le modalità di funzionamento, l'articolazione delle competenze delle UPC, delle UPS, dello Staff della Direzione Generale nonché i requisiti specifici dei dirigenti e del personale dipendente, nel rispetto della normativa vigente. Il Regolamento definisce altresì il trattamento giuridico ed economico del personale dipendente, sentite le rappresentanze delle Organizzazioni Sindacali nel rispetto dei CCNLL vigenti.

Il Regolamento è predisposto dal Direttore Generale dell'A.S.R. Abruzzo e viene approvato dalla Giunta Regionale. Le modifiche al Regolamento vengono apportate con le medesime procedure di cui al precedente comma.

3.2.1.2. La Direzione Sanità

Entro sei mesi dalla pubblicazione sul BURA della presente legge la Direzione Sanità ridefinisce il proprio assetto organizzativo ed operativo per adattarlo alle nuove esigenze imposte dal rinnovamento del Servizio Sanitario regionale.

3.2.2. Gli Enti Locali

Il superamento delle risposte settoriali, con l'integrazione delle diverse politiche per la salute e l'attuazione di servizi integrati, richiede l'adozione di scelte qualificanti, indirizzate al processo di riequilibrio delle responsabilità nelle politiche per la salute, con l'attribuzione di un nuovo ruolo agli Enti Locali rispetto alle Aziende USL.

Ciò significa riorientare i flussi delle decisioni, mettendo gli Enti Locali nelle condizioni di essere parte attiva nelle scelte di programmazione, attuazione e valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio sanitari.

Assicurare l'attivazione di processi assistenziali unitari in materia di prestazioni sociosanitarie, richiede che vengano soddisfatte condizioni diverse, afferenti sia al comparto sociale che sanitario.

Il presente Piano Sanitario Regionale consente anche di meglio definire ruoli e compiti degli attori della integrazione: La Regione, nella veste di ente di programmazione, gli Enti Locali e le Aziende USL, gestori dei servizi.

Tra gli orientamenti per le attività finalizzate ad assicurare l'integrazione sociosanitaria, particolare importanza ha l'unitarietà del processo programmatico.

L'obiettivo è quello di assicurare **l'unitarietà del processo programmatico** negli strumenti di programmazione, sia sociali che sanitari, in una prospettiva di collaborazione tra enti locali territoriali e aziende USL, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.

Per conseguire questo obiettivo è necessario passare dalle programmazioni settoriali (di singolo ente territoriale, di singola area di bisogno, di singolo servizio...) ad una programmazione unitaria nei processi di elaborazione, nei risultati decisionali e nelle risposte erogate dalla rete integrata di offerta.

Pertanto, anche quando l'integrazione prende avvio da istanze settoriali, nel suo risultato finale deve essere sostanzialmente unitaria, cioè fare sintesi delle diverse responsabilità e risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi e i risultati attesi.

Per conseguire l'obiettivo della unitarietà del processo programmatico, l'approccio della gestione simultanea e coordinata di PdZ e Pat non è di per sé sufficiente, se altre regioni (ad esempio Sardegna e Toscana) hanno sentito la necessità di darsi strumenti effettivamente unitari: il Piano locale unitario dei servizi alle persone (Plus) per la Sardegna e il Piano integrato di salute (Pis) per la Toscana.

In entrambi i casi le regioni citate hanno cercato di dare risposte coerenti con i propri sistemi di welfare, avendo in mente l'obiettivo della programmazione unitaria su scala locale (di zona, ambito e distretto intesi come lo stesso territorio) e perseguendolo tenendo conto del livello di sviluppo dei servizi, della dirigenza, delle capacità di collaborare fra enti territoriali.

Non vanno cioè confusi i mezzi (la natura unitaria dello strumento programmatico) con il fine (unitarietà della programmazione). Il piano ipotizza un percorso per gradi, in cui quello che in prima fase non è unitario nella forma lo è già nella sostanza.

Se infatti per la promozione della salute delle persone e delle famiglie uno dei mezzi elettivi è la programmazione unitaria (con uno strumento unico o con meccanismi unitari idonei a legare strutturalmente PdZ e Pat), essa va graduata negli anni di attuazione del piano regionale, con linee guida vincolanti a cui collegare l'erogazione delle risorse.

Lo sviluppo di un "modello abruzzese" di integrazione sociosanitaria può procedere celermente a partire dalle azioni demandate al Governo regionale ed in particolare mediante l'approvazione di uno **strumento unico di programmazione sociosanitaria**, per le aree ad alta integrazione, e di **linee guida sugli strumenti di programmazione congiunta sociosanitaria a livello locale**.

3.2.3. L'Università

Il D.Lgvo n. 517/99 normativamente "regionalizzato" dalla delibera di Giunta n. 209 del 5 aprile 2004 recepita dal D.P.C.M. 24.11.04 «*Costituzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie "S.Salvatore" di L'Aquila e "SS. Annunziata" di Chieti*», hanno previsto che le relazioni tra la Regione stessa e le Università aventi sede nel territorio riguardanti l'integrazione delle attività di assistenza, di didattica, di ricerca, si definiscono in specifici protocolli.

Nello sviluppo dei rapporti tra Regione ed Università si intende rispettare e sostenere il rilievo nazionale ed internazionale delle Università della regione e le loro Facoltà Mediche, sia negli aspetti formativi, sia nella ricerca scientifica.

Fra i cambiamenti più significativi e con un impatto diretto sulle relazioni fra Università e Sistema sanitario regionale possono essere citati:

- la riforma del Titolo V della Costituzione, attuata dalla L. Cost. n. 3/2001 e dalla L. n. 131/2003, che assegna alle Regioni nuove e più ampie competenze di legislazione concorrente in materia di organizzazione sanitaria, formazione, ricerca, e professioni;
- l'articolazione, assai più complessa rispetto al passato, del sistema formativo universitario, con particolare riguardo allo sviluppo, tuttora in corso sul piano normativo e su quello organizzativo, dei corsi di studio, della formazione post-laurea delle professioni sanitarie e della formazione specialistica di area medica;
- le modificazioni introdotte dall'autonomia amministrativo-finanziaria e didattica dell'Università;
- l'attuazione del Programma di Formazione Continua degli operatori del Servizio sanitario nazionale introdotto dagli articoli 16-bis, 16-ter e 16-quater del novellato D. Lgs. 502/92 che attribuisce alle Regioni nuove competenze in materia di elaborazione e gestione dei programmi di educazione continua in medicina (ECM), di accreditamento degli eventi formativi e di attribuzione dei relativi crediti;
- l'esplicita previsione da parte del D. Lgs 229/1999 della costituzione, nell'ambito del servizio sanitario nazionale, di strutture (ospedali, distretti, dipartimenti) con funzioni di insegnamento all'interno di una rete formativa regionale che collabora con le Università nella formazione degli specializzandi e delle professioni sanitarie.

Su un piano più generale, l'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale ha accentuato l'autonomia delle Aziende Sanitarie, principalmente attraverso lo strumento di auto-organizzazione rappresentato dall'atto aziendale, mentre la Legge Regionale 6/2007 (Linee guida per la redazione del PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009 e PIANO DI RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA) introduce forme innovative di assistenza, che privilegiano l'assistenza territoriale, residenziale e non, coordinandola con l'assistenza ospedaliera, compresa quella erogata nelle strutture di riferimento per la Facoltà di Medicina e chirurgia.

Il Servizio sanitario regionale si è strutturato secondo un sistema a rete integrata di servizi, che, attraverso il modello *hub and spoke*, connette funzionalmente i centri di riferimento regionale, spesso sedi di presenza universitaria, con le altre strutture. A questo si aggiungono lo sviluppo di una politica regionale della ricerca biomedica e sanitaria e le nuove responsabilità assunte dalla Regione nella determinazione del fabbisogno di personale per il Servizio sanitario regionale, per quanto riguarda in particolare le diverse specializzazioni mediche e le professioni sanitarie.

Questi cambiamenti organizzativi e strutturali hanno profondamente modificato le esigenze della ricerca biomedica e sanitaria e aumentato qualitativamente e quantitativamente la domanda di formazione, per effetto dell'attribuzione di competenze e responsabilità nuove a figure professionali "tradizionali" e per il manifestarsi di nuove esigenze. Tutti ciò richiede più avanzate forme di collaborazione tra la Regione e il sistema delle Università della Regione Abruzzo, in ragione del loro ruolo fondamentale nella didattica e nella ricerca.

Regione ed Università individuano nell'integrazione lo strumento idoneo per realizzare il concorso delle rispettive autonomie. Tale integrazione si realizza nell'istituzione delle Aziende integrate ospedaliero-universitarie, nel concorso alla promozione della ricerca biomedica e sanitaria, nella programmazione delle attività didattiche e formative.

L'obiettivo fondamentale dell'A.O.U. è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione, e la ricerca volta al continuo progresso delle risorse cliniche e biomediche. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

L'A.O.U., perché nuova espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (Servizio Sanitario Regionale e Università), assume un modello organizzativo dinamico nel

quale la specificità di ciascun operatore è definita dall'insieme degli obiettivi dell'azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

L'A.O.U. adotta come metodo fondamentale quello della programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi programmatici della Regione Abruzzo, dell'Università e della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ciascuna per quanto di propria competenza. Tali indirizzi vanno a costituire l'insieme dei vincoli entro i quali deve essere elaborata la programmazione aziendale, con la conseguente necessità di uniformare la cadenza e la durata degli atti di programmazione medesimi.

L'A.O.U. individua, alla luce dei suesposti principi, quali elementi costitutivi della propria missione istituzionale:

- improntare la propria attività al principio della centralità della persona in tutte le sue caratteristiche, fisiche, psichiche e sociali;
- improntare i processi alla cultura della prevenzione e della tutela della salute;
- valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo d'attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- utilizzare criteri etici nella scelta dei livelli appropriati d'assistenza e nella valutazione delle attività;
- perseguire nel modo più efficace l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza;
- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda;
- diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi di ricerca finalizzati all'acquisizione d'informazioni utili a migliorare i percorsi assistenziali anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare d'esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- dare risposta appropriata nel percorso assistenziale al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi della Facoltà di Medicina e Chirurgia e sviluppare adeguati percorsi formativi costruiti sulla centralità del soggetto in formazione;
- sviluppare un'offerta formativa per il proprio personale dipendente e convenzionato e per altri soggetti anche esterni all'A.O.U.;
- promuovere tutti i possibili processi tesi a garantire la sicurezza dello studio e del lavoro nel contesto della propria attività e di quella che, comunque, si svolge nel proprio ambito;
- attribuire un ruolo, nella programmazione aziendale, al metodo del confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato.

Le attività possono essere svolte anche mediante modelli di sperimentazione o innovazione gestionale, con facoltà di costituzione di soggetti giuridici autonomi nell'ambito dei poteri riconosciuti dall'ordinamento, da attuarsi con riferimento ad obiettivi specifici, al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'azione dell'Azienda.

In ragione di quanto sopra, una Commissione composta da rappresentanti regionali, universitari, sindacali e delle istituzioni territoriali, *ad hoc* costituita dalla Regione Abruzzo, ha predisposto, nell'anno 2005, una bozza di Protocollo d'Intesa che attende di essere portata alla definitiva approvazione da parte del Consiglio Regionale.

Oggetto del Protocollo d'intesa è la definizione dei rapporti fra Servizio sanitario regionale e Università con specifico riferimento a:

- partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale;
- azienda ospedaliero-universitaria;
- finanziamento;

- formazione;
- ricerca;
- compartecipazione ai risultati di gestione

3.2.4. Il privato *for profit*

Il privato *for profit* rappresenta una importante realtà nel sistema sanitario abruzzese coprendo aree di rilevante interesse per la collettività (ospedali, residenze per anziani non autosufficienti, residenze riabilitative, residenze psichiatriche, ecc).

Rappresenta quindi un'importante risorsa con cui rimodellare il sistema in una logica di cooperazione e di condivisione di regole esplicite, non di concorrenzialità/competizione.

Il presente piano, discusso anche con i rappresentanti delle organizzazioni *profit* regionali, rimodella il quadro dell'offerta in tutti i settori in cui i privati sono fortemente presenti e quindi richiede loro un riallineamento verso i modelli assistenziali che il sistema pubblico persegue, fornendo un'integrazione per il raggiungimento del soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini.

Il cambiamento richiesto non può essere immediato, ma neanche più procrastinabile stante il quadro economico ed i vincoli posti dal Piano di Risanamento sottoscritto con il Governo.

Tale cambiamento dovrà realizzarsi all'interno di un sistema di garanzie del rapporto pubblico/privato che si sostanzia:

- nella esplicitazione di regole certe e a valenza pluriennale, per permettere ai privati di riprogettare lungo assi temporali ragionevoli e non emergenziali;
- nella individuazione della giusta retribuzione delle prestazioni erogate e dei tempi di liquidazione delle stesse;
- nell'applicazione degli standard minimi e di qualità, previsti dal sistema di autorizzazione e di accreditamento;
- nell'accettazione dei sistemi di monitoraggio e controllo della quantità e qualità delle prestazioni per perseguire la massima appropriatezza per il paziente e per il sistema sanitario.

I professionisti operanti nel sistema privato verranno coinvolti nella costruzione e manutenzione degli strumenti di innovazione previsti dal piano (percorsi di assistenza, criteri di autorizzazione/accreditamento, ecc.) e nella ridefinizione delle reti assistenziali.

Lo scenario delineato rende possibile la massima sinergia tra le diverse componenti del sistema sanitario che in questo modo concorrono unitariamente al perseguimento degli obiettivi di tutela della salute della popolazione.

3.2.5. Il terzo settore

Il Terzo settore rappresenta una realtà ricca e complessa all'interno della quale va ribadita la distinzione tra **cooperative sociali**, che oltre ad essere soggetti gestori di servizi sono attivi anche nella partecipazione ai Piani di Zona, e il **volontariato** il quale rappresenta un momento forte di alleanza con il SSR, in ragione del suo contributo alla umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore. La loro presenza contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo importante nella valutazione consensuale della qualità dell'assistenza.

A tal fine nel campo delle cure primarie occorre realizzare una forma di assistenza integrata non domiciliare ma residenziale per i pazienti che per motivi medici o sociali non possono ricevere prestazioni a domicilio e che non versano in condizioni di salute tali da dover ricevere un trattamento per acuti in ospedale oppure in una RSA ad indirizzo riabilitativo. Questa nuova via all'assistenza integrata e cooperazione sociale potrà avere come struttura l'ospedale di comunità.

La Regione e gli Enti locali riconoscono il ruolo e la rilevanza sociale ed economica delle espressioni di autoorganizzazione della società civile in ambito sociale, socio sanitario e dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento alle organizzazioni riconducibili al Terzo Settore.

Ai fini del presente Piano, sono considerati soggetti del "Terzo Settore":

- a) le organizzazioni di volontariato;
- b) le associazioni e gli enti di promozione sociale;
- c) le cooperative sociali;
- d) le fondazioni;
- e) gli enti di patronato;
- f) gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 28/93.
- g) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese;
- h) gli altri soggetti privati non a scopo di lucro.

A tali soggetti è riconosciuto un ruolo centrale nelle politiche sociali e sanitarie regionali: concorrono ai processi di programmazione regionale e locale e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla programmazione, progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema locale dei servizi sociali e socio sanitari a rete, nei modi previsti dalla presente legge e dalle leggi di settore.

Il rapporto con i soggetti del Terzo Settore deve svilupparsi nella direzione di un equilibrato mix tra quest'ultimo ed il servizio pubblico ed attraverso lo sviluppo di nuovi modelli per la realizzazione di interventi e servizi. Tale contesto si snoda al di fuori sia di improponibili tentazioni di supplenza all'intervento pubblico sia della tradizionale collocazione di semplice soggetto attuatore ma nell'ambito di un rapporto sinergico di interazione strutturale.

In tal senso la costituzione dei luoghi di partecipazione per essi previsti dai Piani Regionali Sanitario e Sociale (Piano delle Attività Territoriali e Piano di Zona) costituiranno nel triennio terreno di verifica di modalità di integrazione più stretta del Terzo Settore con i soggetti del sistema e di un loro apporto più significativo alla programmazione locale dei servizi.

Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono con le istituzioni pubbliche, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Ai fini del presente Piano, sono da considerarsi a scopo non lucrativo, le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Per quanto attiene il privato sociale (es. cooperative di servizi), il sistema sanitario si avvale delle sue prestazioni soprattutto nelle aree in cui si realizza professionalmente l'integrazione di attività socio-sanitarie.

A tal proposito il Piano Sanitario ribadisce le azioni già sviluppate dalla Regione Abruzzo in merito alla regolazione dei rapporti con il privato sociale.

In fase di sviluppo, da parte dell'Assessorato alle Politiche Sociali, è la costruzione di un sistema di "autorizzazione" ed "accreditamento" dei servizi alla persona. Tale sistema dovrà essere messo a punto, sperimentato e validato entro tre anni. Conclusa la fase di sperimentazione l'accreditamento dei servizi sarà il prerequisito necessario per la stipula delle convenzioni con le organizzazioni del privato sociale.

3.2.6. Gli organismi di partecipazione dei cittadini

La partecipazione dei cittadini alla progettazione di attività sanitarie effettuate in loro favore è un elemento riconosciuto a livello internazionale a garanzia della qualità e della sicurezza del servizio sanitario. In un sistema sanitario di qualità la centralità del paziente e del cittadino è una condizione necessaria per focalizzare l'attenzione del sistema di cure sui bisogni dei cittadini/pazienti, ponendo al centro dell'organizzazione del servizio gli obiettivi di salute che la collettività vuole soddisfare, attraverso un'operazione di consultazione continua e di consenso. Recentemente la partecipazione dei cittadini alla progettazione di attività sanitarie in loro favore e la loro partnership diretta nell'effettuazione di alcuni interventi sanitari è stato dimostrato essere un fattore di sicurezza per prevenire i rischi che i pazienti corrono nel corso

degli interventi sanitari. Un sistema esplicito e condiviso di partecipazione dei cittadini al sistema sanitario inoltre è requisito fondamentale per l'accreditamento d'eccellenza delle organizzazioni sanitarie in tutti i paesi sviluppati e rende evidente e riconoscibile la propria eccellenza in ambito sanitario internazionale.

Per garantire l'esercizio del diritto di partecipazione dei cittadini al sistema sanitario regionale, entro sei mesi dell'approvazione del presente piano, la Giunta Regionale, con propria delibera, istituisce il "**Sistema di partecipazione dei cittadini per la tutela della salute ed attiva, presso ogni ASL i Comitati Consultivi Misti previsti dal D.Lgs 502/92**

Il sistema di partecipazione deve garantire e monitorare, a livello regionale e aziendale, la presenza dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza prioritariamente sui seguenti ambiti:

1. gli atti essenziali di governo della Sanità Regionale;
2. la progettazione dei percorsi d'assistenza per pazienti con particolari problemi di salute;
3. il sistema regionale di accreditamento istituzionale;
4. le segnalazioni dei cittadini ai fini del miglioramento continuo dei servizi sanitari e sociali;
5. le attività aziendali di coinvolgimento dei pazienti ai fini del miglioramento della sicurezza delle attività assistenziali;
6. lo sviluppo delle Carte dei servizi;
7. le attività di partecipazione delle Associazioni stesse.

Il sistema di partecipazione dovrà essere articolato a livello regionale e aziendale e dovrà coinvolgere:

- le Associazioni di pazienti o di famiglie di pazienti con specifiche problematiche sanitarie o socio-assistenziali;
- le Associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, comprese le Associazioni di tutela degli immigrati.

3.2.7. Organizzazioni sindacali

In riferimento alla D.L.vo 229/99 e al Protocollo Regionale di Concertazione (2006), si prevede l'attivazione delle procedure di concertazione con le Parti Sociali per tutti gli atti di programmazione ed indirizzo ai diversi livelli: regionale, aziendale e distrettuale.

3.2.8. Costituzione Comitati per le pari Opportunità

Al fine di dare piena attuazione alla vigente normativa in tema di politiche di genere, si istituisce, presso ciascuna ASL della Regione Abruzzo il Comitato per le Pari Opportunità tra uomini e donne sul lavoro.

Con l'inserimento nel piano sanitario regionale dei Comitati pari opportunità aziendali si punta ad assumere la dovuta attenzione alle politiche di genere.

Segnatamente

1. introdurre il concetto di medicina di genere con servizi globali verso malattie tipicamente femminili (riproduzione, fecondazione, menopausa e osteoporosi) e malattia con una forte specificità femminile (oncologia e psichiatria malattie che coinvolgono direttamente la salute fisica e psichica) ;
2. ottimizzare la disponibilità di servizi dedicati alle persone ricoverate, (possibilità di ricevere figli in età infantile, elasticità negli orari di ingresso dei familiari, disponibilità di servizi di lavanderia, luoghi di socializzazione, ecc) ;
3. monitorare la presenza femminile in posizione funzionale e l'equilibrio negli accessi agli incarichi;

4. una formazione permanente del personale dell'azienda, che lavori sull'importanza di ogni individuo e renda efficace il senso di appartenenza al progetto aziendale ;
5. sviluppare la promozione della salute intesa come "il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla" in rete con le risorse del territorio e le istituzioni locali.

Al Comitato sono attribuite le seguenti funzioni:

1. sensibilizzare l'ambiente di lavoro in ordine alle tematiche delle pari opportunità;
2. verificare lo stato di applicazione dell'Azienda USL della legislazione vigente in materia di pari opportunità;
3. formulare alla direzione generale piani di azioni positive a favore delle lavoratrici per valorizzare le capacità, per migliorare la qualità della vita nell'ambiente di lavoro e proporre misure atte a consentire la effettiva parità;
4. di favorire il riequilibrio nell'accesso al lavoro e alle posizioni funzionali;
5. azione di raccordo con le istituzioni del territorio per la promozione della salute

Il Comitato aziendale per le pari opportunità si compone di:

- un componente di nomina della Direzione Generale, con funzioni di presidente;
- un componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative del comparto a livello aziendale;
- un componente quale espressione delle OO.SS. più rappresentative della dirigenza medica e veterinaria, a livello aziendale;
- due componenti del mondo delle pari opportunità (una consigliera di parità provinciale o regionale e un componente della Commissione Pari Opportunità comunale, provinciale o regionale di riferimento)

Il Comitato aziendale per le Pari Opportunità adotterà un proprio regolamento nel rispetto delle presenti linee guida.

4. LE LOGICHE E GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) è uno strumento di orientamento per tutto il sistema assistenziale. Per svolgere tali funzioni, esso deve innanzitutto essere uno strumento utile all'affermarsi di logiche di sviluppo e di innovazione unitarie per tutte le componenti del sistema ma deve anche saper indirizzare verso concrete prospettive di azione, facilitando la traduzione delle logiche dichiarate in metodi, in strumenti ed in indirizzi operativi.

Il PSR della Regione Abruzzo intende rispecchiare questa impostazione e far sì che gli orientamenti teorici e metodologici declinati nei vari capitoli del PSR si accompagnino anche ad un'analisi dei possibili scenari organizzativi ed operativi e delineino un possibile percorso di azione. Tutto ciò in una logica di "centralità del cittadino" e di *accountability* (*verificabilità* intesa nel senso di "rendere conto") che potranno concretizzarsi soltanto attraverso un lavoro che porti all'individuazione di indicatori e standard verificabili, allo scopo di fornire ai cittadini garanzie certe ed affidabili dell'assistenza erogata e dei risultati ottenuti (Tabella 2).

Tabella 2 – La Logica del PSR: "dagli Interrogativi alle Scelte"

DA QUALI INTERROGATIVI VERSO QUALI LOGICHE E PROSPETTIVE
1. Verso dove ci orientiamo e perché ...		Sviluppo di un <u>quadro di riferimento teorico, metodologico ed epistemologico...</u>
2. Come possiamo organizzarci dal quale scaturisca uno <u>scenario organizzativo ed operativo</u> ...
3. Con quale approccio basato sulla <u>centralità del cittadino</u> (bisogni "globali" secondo il concetto di "salute globale" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) ...
4. Con quali livelli di evidenza a garanzia delle scelte organizzative e delle pratiche assistenziali basato sulle <u>migliori "evidenze" disponibili</u> (<i>evidence-based decisions</i> : decisioni basate sulle prove d'efficacia)
5. Con quali standard di offerta possibili basato sulla <u>qualità</u> e sull' <u>appropriatezza</u> delle cure e dell'assistenza ...
6. Con quale livello di <i>effectiveness</i> (efficacia pratica) basato sulla verificabilità dei risultati (Quali? Per chi? Dove? Come?)
7. Con quale livello di documentabilità basato sulla logica di <i>accountability</i> (<i>verificabilità</i> intesa nel senso di "rendere conto").

Si è scelto di aprire il PSR con un Capitolo sulle "Logiche dell'innovazione", al cui interno sono stati inseriti due capitoli strettamente interrelati, "Centralità del cittadino" e "Qualità, appropriatezza, sicurezza". Il cittadino ed i suoi bisogni complessi e la qualità dei servizi costituiscono, infatti, i capisaldi per lo sviluppo futuro del sistema assistenziale nel nostro Paese, ed in ragione di ciò rappresentano gli assi portanti della stesura del nuovo PSR della Regione Abruzzo.

4.1. Centralità del cittadino

Questo capitolo del PSR è stato suddiviso in due sottocapitoli, le "logiche" e gli "strumenti", proprio al fine di rispecchiare quanto detto in premessa: per l'affermarsi di una politica sanitaria bisogna elaborare quadri logici di orientamento comuni che devono però tradursi in strumenti ed in scenari operativi adeguatamente articolati.

“Centralità del cittadino” non deve costituire una semplice e retorica affermazione di principio, ma tale frase deve tradursi in concrete scelte pregnanti per tutte le aree contemplate dal PSR.

La “centralità del cittadino” è l’impronta che ha costantemente accompagnato la redazione di tutti i capitoli del PSR, pur essendo più evidente in alcune aree, quali quella delle reti assistenziali e quella delle patologie a lungo termine. Quest’ultimo costituisce un tema di particolare impatto strategico per la Regione Abruzzo, essendo le patologie croniche una sfida irrimandabile per i servizi assistenziali non solo in Italia, ma in Europa e nel mondo.

La recente Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed il correlato Programma di Prevenzione che ne è scaturito hanno individuato alcune linee di priorità nazionale, quali il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, le patologie neoplastiche. Tali scelte sono supportate dall’evolversi del quadro epidemiologico degli ultimi anni che ha spinto l’OMS Europa a parlare di “nuova epidemia” riferendosi al crescente aumento delle patologie cronicodegenerative e delle patologie correlate a problematiche di tipo sociale che hanno grandi refluenze sulla salute della popolazione e degli individui.

Non bisogna, tra l’altro, dimenticare che l’Italia registra un profondo aumento della popolazione anziana, con il 14,6% degli uomini ed il 19,8% delle donne oltre la soglia dei 65 anni, così come un aumento consistente delle patologie a particolare rilevanza sociale, quali le demenze e la malattia di Alzheimer, che impone una rivisitazione ed un potenziamento della rete assistenziale per la non autosufficienza.

“Centralità del cittadino” per la gestione di questi *target* prioritari di pazienti deve tradursi nell’assunzione di alcuni *focus* (punti focali) principali:

- un *focus* sul paziente-persona: l’organizzazione dell’assistenza erogata deve considerare la malattia non solo come malattia clinica, ma anche come malattia vissuta e deve indirizzare, quindi, il sistema verso risposte non solo sanitarie ma che rispecchino i bisogni “globali” dei pazienti;

- un *focus* sugli “esiti” effettivamente raggiungibili, documentandone la consistenza e la validità con precisi standard che dovranno essere comunicati ai cittadini in una maniera fruibile e controllabile. Proprio questo *focus* sta alla base della già citata *accountability* (*verificabilità*) attraverso cui il sistema assistenziale, ai suoi diversi livelli, “rende conto”al cittadino, in modo documentabile, dei risultati e delle modalità dell’assistenza erogata;

- un *focus* sui “processi” attivati, dato che, come verrà meglio specificato nel capitolo relativo ai “percorsi assistenziali”, per ottenere risultati bisogna rivedere accuratamente i processi assistenziali, sia rispetto alle pratiche di cura clinica, sia rispetto all’organizzazione complessiva dell’assistenza;

- un *focus* sul sistema organizzativo, su quanto, cioè, le singole organizzazioni (le aziende sanitarie e le loro componenti interne) riusciranno a compiere in termini di mobilitazione appropriata delle risorse e di rivisitazione organizzativa. Questo *focus* è particolarmente importante perché i risultati “di sistema” si ottengono se gli operatori sono ben formati e disponibili ma allo stesso tempo occorre che anche il contesto organizzativo, sia regionale, sia aziendale, crei le condizioni di efficacia per le azioni dei suoi professionisti. E’ proprio in ragione dell’importanza delle variabili del contesto organizzativo che i primi capitoli del PSR trattano i temi delle reti, della continuità dell’assistenza, dell’integrazione, essendo questi ultimi basilari affinché gli operatori possano svolgere efficacemente le proprie funzioni.

4.1.1. Le logiche: Sistema e Reti

Per produrre in modo più efficace e più efficiente dando centralità ai bisogni "globali" dei pazienti, non bisogna agire soltanto sulle pratiche assistenziali degli operatori che erogano assistenza ai diversi livelli del sistema.

I cambiamenti della produzione devono necessariamente accompagnarsi a profonde innovazioni del sistema organizzativo e dei suoi meccanismi di funzionamento che storicamente e "fisiologicamente" tendono alla compartimentazione ed all'autoreferenzialità.

Le Reti rispondono all'esigenza di superare la compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria, e cioè la frammentarietà dell'assistenza, fornendo:

- al *cittadino* maggiori garanzie di efficacia e di continuità per la gestione del suo problema di salute;
- al *sistema* garanzie ponderate di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse;
- ai *professionisti* garanzie di sviluppo di "competenze distintive" appropriate e coerenti con le funzioni svolte.

In ragione di tale premessa, il PSR della regione Abruzzo dà centralità ad alcune aree fondamentali per andare in tale prospettiva, tra le quali:

- la *continuità dell'assistenza*, di cui si tratterà nel paragrafo successivo, che implica, innanzitutto, il superamento delle logiche di autoreferenzialità e di contrapposizione tra componenti dello stesso sistema assistenziale. Ne è un esempio tipico la storica distanza tra ospedale e territorio. Non si può definire aprioristicamente il contesto assistenziale "migliore": bisogna superare le logiche "autocentriche", spostando il dibattito sul tema dell'appropriatezza in risposta ai fabbisogni assistenziali. E', pertanto, utile sviluppare sistemi di valutazione che diano cognizione ed evidenza dei contributi di tutti gli erogatori di prestazioni, pubblici e privati, dei risultati e, quindi, dell'efficacia, dell'efficienza e, più in generale, delle caratteristiche qualitative dell'assistenza erogata (altri sistemi, quali l'accreditamento, concorrono a generare risultati in tale direzione);

- la creazione di *reti integrate*, di cui si tratterà nell'apposito capitolo sulle "Reti assistenziali", anche ricorrendo, per alcune aree specialistiche in particolare come vedremo più avanti, al modello *hub and spoke* (mozzo e raggi), caratterizzato dalla concentrazione della casistica più complessa in centri specializzati (*hub*), ed il trattamento della casistica meno complessa in centri periferici (*spoke*) strettamente integrati funzionalmente con i centri *hub*;

- *l'espansione del lavoro di rete anche verso gli ambiti "non-sanitari"*. E' un imperativo inderogabile quello di dare pieno sviluppo alle logiche della L. 328/2000 e del nuovo Piano Sociale Regionale 2007-2009, dato che l'integrazione socio-sanitaria è la chiave di volta fondamentale per fare fronte ai nuovi scenari epidemiologici precedentemente accennati riguardo alla cronicità e per fornire risposte ai bisogni "globali" dei pazienti e dei cittadini. Il sistema assistenziale, quindi, deve essere concepito come un sistema "multicentrico" e "multidimensionale", nel quale devono prevalere la centralità del bisogno assistenziale e l'attenzione ad un'offerta idonea, appropriata ed efficace, superando la classica logica che vede la salute soltanto come effetto esclusivo degli interventi sanitari.

In conclusione, a rafforzare ulteriormente il valore che il PSR della Regione Abruzzo assegna alla strutturazione delle reti, è bene tenere in considerazione che le reti assistenziali non rappresentano soltanto lo strumento di innovazione del sistema in termini di efficacia, efficienza e qualità percepita. Le reti sono la premessa per il concretizzarsi delle logiche di equità di fronte al diritto alla salute, per contrastare le disuguaglianze assistenziali che tendono ad esasperarsi ancora di più nello scenario attuale in cui, sulla base dell'emergere di nuove prospettive aperte dalle recenti scoperte scientifiche, da un lato bisogna tendere al progressivo specializzarsi di alcune parti del sistema, dall'altro si è chiamati a contrarre necessariamente i costi a causa dell'indebolimento, ormai su scala planetaria, dei sistemi di *welfare*. L'affermarsi

delle logiche di rete, quindi, non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale ma rappresenta un campo di sfida storica sulle politiche sanitarie del prossimo futuro, lo strumento per mantenere vivi i presupposti di equità ed etica che hanno sempre contraddistinto, in particolare, il sistema sanitario italiano.

4.1.2. Le logiche: Processi e Continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza è un processo complesso, alla cui affermazione concorrono non soltanto fattori di tipo culturale del sistema, dei servizi e degli operatori, ma un insieme di elementi che devono essere in grado di ridisegnare complessivamente il quadro d'offerta, nei suoi aspetti organizzativi ed operativi, nelle sue tendenze, nelle sue prospettive. Non vuol essere una mera affermazione retorica, ma la continuità dell'assistenza deve risiedere, dapprima, nei nostri occhi, deve, cioè, divenire un *focus* imprescindibile per la pianificazione e l'erogazione dell'assistenza, sia a livello macro, cioè nei diversi *contesti assistenziali*, sia a livello micro, cioè nei *percorsi assistenziali* specifici rivolti ai gruppi di pazienti indicati come prioritari dal PSR. E' in ragione di questa premessa che è scaturita la scelta di inserire il tema dei "processi" nella denominazione del capitolo sulla continuità dell'assistenza e di inserire anche un apposito capitolo sui "percorsi".

Per sviluppare il tema della continuità dell'assistenza, risulta, infatti, molto chiaro che:

- bisogna assumere un approccio sistemico che sappia guardare alla complessità del tema. La letteratura internazionale definisce vari tipi di continuità. Innanzitutto, una *"continuità informativa e relazionale"*, che ha un impatto sulla percezione del paziente ma anche su aspetti clinici importanti, quali l'aderenza del paziente alla cura e l'autogestione della malattia, particolarmente importanti per i pazienti con patologie croniche. In letteratura si trova anche il termine di *"continuità gestionale"*, una continuità centrata, cioè, sulla reingegnerizzazione organizzativa ed operativa dell'assistenza. Ciò a voler sottolineare che non basta la predisposizione culturale dei servizi e degli operatori ma occorrono le strade di comunicazione, i binari sui quali realizzare la continuità;

- per evitare che il tema della continuità dell'assistenza resti in un ambito di generici intenti, è necessario "dettagliare" i processi di erogazione dell'assistenza, entrare cioè nello specifico dei singoli "pezzi", senza però perdere la visione d'insieme (approccio sistemico). Vi è, infatti, il rischio di guardare solo ad alcune parti (ad es., la relazione medico-paziente) ammantando del sapore di continuità assistenziale qualunque iniziativa, seppur parziale. Un tale approccio rischierebbe di svilire e di semplificare il valore ed il potenziale impatto del tema "continuità". I "percorsi assistenziali", che permettono la realizzazione di interventi "completi" su *target* mirati di pazienti, possono contrastare questo rischio;

- è utile evitare il rischio di vedere la continuità come una "cosa nuova, un pezzo nuovo da aggiungere a quello che facciamo" (nuove figure, nuovi pezzi di organizzazione, ...). Usando la metafora della costruzione, non dobbiamo pensare di costruire una nuova ala di un palazzo ma dobbiamo intraprendere una ristrutturazione per rifunzionalizzare la sua abitabilità: le organizzazioni non sono blocchi di cemento ai quali si aggiungono parti nuove in occasione dell'emergere di nuovi temi.

- Essendo la continuità pressoché "in ogni luogo" del nostro agire quotidiano, bisogna individuare quali sono gli "snodi cruciali" davvero significativi (i "ponti principali" di interconnessione) sui quali è utile concentrare gli sforzi e le risorse, evitando di concentrarsi su "ponti secondari" talvolta più visibili ma meno incisivi rispetto ai risultati;

4.1.3. Le logiche: le "Cure progressive" e la complessità assistenziale

La centralità del cittadino pone la necessità di un cambiamento concreto anche in termini organizzativi dei processi assistenziali: è necessario passare a modelli in grado di riferirsi

concretamente alla complessità dei bisogni espressi dai pazienti, fornendo le risposte più adeguate per competenza e investimento di risorse.

L'analisi epidemiologica evidenzia che i bisogni prioritari di salute sono sempre più di tipo cronico-degenerativo legati ad una lunga durata della vita. E' pertanto ineludibile passare da un paradigma in cui "si assiste il paziente" ad uno in cui "si assiste la persona con il suo coinvolgimento" tenendo conto delle sue stesse risorse.

La complessità assistenziale è definita dall'interazione di più variabili ed è da riferirsi ad una visione olistica della persona con problemi di salute. Le variabili relative alla persona assistita che maggiormente condizionano l'intervento assistenziale sono:

- a) la condizione di salute/malattia;
- b) la sua "competenza" rispetto alla condizione di salute/malattia.

La condizione di salute/malattia della persona è interpretabile in termini di stabilità ed instabilità clinica (non intendendo riferirsi ovviamente esclusivamente alle funzioni vitali, ma includendo anche le condizioni di equilibrio psichico).

Con il termine competenza non si intendono solo la disponibilità di risorse quali conoscenze, capacità cognitive, abilità della persona assistita, che costituiscono solo un prerequisito, ma soprattutto la capacità di mobilitare quelle risorse e, di conseguenza, di saper agire in rapporto alle condizioni e situazioni vissute.

La variabile "competenza" si articola pertanto in tre aspetti:

- la "comprensione", ossia la capacità di comprendere la situazione;
- la "scelta", ossia la capacità di scegliere i comportamenti adeguati in rapporto alla condizione di salute/malattia vissuta;
- la possibilità/capacità di mettere in atto le azioni ed i comportamenti che si è deciso consapevolmente di intraprendere nella situazione specifica.

E' possibile, quindi, individuare tre possibili insiemi di variabili secondo le quali effettuare una lettura del grado di complessità assistenziale in cui classificare i pazienti dei diversi servizi (ospedalieri e residenziali):

- l'asse della stabilità/instabilità clinica;
- l'asse della comprensione/scelta adeguata o inadeguata;
- l'asse della possibilità/capacità di agire coerentemente e quindi della autonomia/dipendenza.

Tale valutazione è atto multidisciplinare svolto collegialmente da tutti i professionisti sanitari in maniera paritaria e ciascuno secondo le proprie competenze.

L'organizzazione dei servizi, dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali non ospedaliere va reimpostata con modalità che rispondono al moderno approccio orientato al concetto delle "**cure progressive**" individuabili in aree di degenza e servizi con almeno quattro livelli di complessità:

- a) a bassa complessità assistenziale;
- b) a media complessità assistenziale;
- c) ad alta complessità assistenziale;
- d) di assistenza intensiva.

Tali livelli si traducono in processi di dipartimentalizzazione sviluppati secondo una organizzazione che, superata l'articolazione per Unità Operativa, sia in grado di dare risposte in riferimento alla complessità del bisogno assistenziale espresso dal Cittadino.

Ai diversi livelli di complessità assistenziale corrispondono i diversi indici di attribuzione di risorse professionali e di operatori di assistenza, individuati sia nei termini minimi, al di sotto dei quali non è possibile l'accreditamento, che in quelli consigliati.

Un modello organizzativo di tale portata ha la necessità di valorizzare le risorse umane e professionali per orientarle al raggiungimento degli obiettivi strategici delineati all'interno del Sistema garante della salute dei Cittadini.

La Regione Abruzzo, con le Linee Guida sugli atti aziendali (DGR. n. 1115 del 09.10.2006), ha previsto la realizzazione nelle Aziende Sanitarie Abruzzesi dei *Dipartimenti della Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, Riabilitative e della Professione Ostetrica (D.I.T.R.O.)*, che diventano uno strumento irrinunciabile per il perseguimento degli obiettivi

strategici rappresentati in premessa, per le ricadute positive su tutti i macrolivelli assistenziali che ne derivano, superando di fatto la logica dell'appartenenza dei Professionisti Sanitaria all'Unità Operativa, in una visione più ampia che ne valorizza l'appartenenza al Sistema.

La valorizzazione delle funzioni e del ruolo delle Professioni Sanitarie sancite dalle normative specifiche prodotte a livello nazionale, rende necessario il recepimento anche nella nostra Regione dei contenuti della Legge 10 Agosto 2000 n° 251.

L'istituzione nelle Aziende Sanitarie del Servizio delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, Servizio delle Professioni Sanitarie Tecniche, del Servizio delle Professioni Sanitarie della Riabilitative e del Servizio delle Professioni sanitarie della Prevenzione , organizzata a livello Aziendale in forma Dipartimentale (D.I.T.R.O.), contribuisce alla armonizzazione dei modelli organizzativi della Regione Abruzzo con quelli delle altre Regioni italiane e degli altri Stati dell'Unione Europea.

L'istituzione dei Servizi ha l'obiettivo di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli Cittadini e della collettività, mediante la gestione diretta e l'ottimizzazione delle risorse, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle Professioni Sanitarie, espletando le funzioni individuate nelle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché degli specifici Codici Deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi, così come previsto dalla Legge 10 Agosto 2000 n° 251. Il compimento dei percorsi formativi universitari per le Professioni Sanitarie, a tutti i livelli (Lauree di 1° e 2° livello, Master clinici e del management), fino alla attivazione dei Dottorati di Ricerca, pongono le Aziende Sanitarie nella condizione di attribuire la diretta responsabilità e gestione delle connesse attività per ciascun Servizio delle Professioni Sanitarie, caratterizzate come strutture ad alta complessità, e della relativa organizzazione dipartimentale ad un dirigente individuato con le modalità previste dalla stessa Legge 251/2000.

La necessità di uniformare i livelli di erogazione delle prestazioni offerte dalle Professioni Sanitarie passa anche attraverso la funzione di raccordo che il D.I.T.R.O. ha con il mondo della formazione. La formazione continua dei Professionisti Sanitari deve essere sempre più orientata al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla gestione del rischio clinico ma anche e soprattutto al raggiungimento degli obiettivi strategici, siano essi di emanazione regionale o aziendale. Il vero punto di forza dell'azione del D.I.T.R.O. nel campo della formazione è rappresentato dall'azione che il Dipartimento deve compiere nel governare la didattica dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, considerato che il maggior committente del prodotto derivante da questi percorsi formativi è proprio la Regione.

Da qui la necessità di realizzare *l'Osservatorio delle Professioni Sanitarie (OPS)*, organo consultivo operante all'interno dell'Agenzia Sanitaria Regionale con funzioni di orientamento, promozione e studio delle modalità organizzative ed attuative dei D.I.T.R.O. nelle Aziende Sanitarie e nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie accreditate; nella formazione dei rapporti con le Università per quel che riguarda la determinazione del fabbisogno formativo di base e/o complementare, al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Obiettivi

I D.I.T.R.O. devono essere istituiti con UOC non appena maturate le condizioni applicative della L. 251/2000 e della L. 43/2006 e le normative contrattuali nazionali.

Le ASL e le Aziende Ospedaliere – Universitarie devono istituire e rendere operativi entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURA della presente Legge i D.I.T.R.O. (Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo ed Ostetrico), con UOS e/o UOC, in applicazione della Legge 251/2000, della Legge 43/2006 e delle normative contrattuali nazionali"

Entro l'anno 2008 dovrà essere operativo l'OPS e dovrà essere progettato e avviato un Piano regionale per la formazione continua delle professioni sanitarie, con le modalità previste nel capitolo 6.3. (La Formazione Continua).

4.1.4. Gli strumenti: i Percorsi Assistenziali

Il tema dei *Percorsi assistenziali* all'interno del PSR è stato inserito insieme a quello della *continuità dell'assistenza* e delle *reti* proprio perché i Percorsi costituiscono lo strumento-chiave per tradurre i principi di fondo della continuità dell'assistenza, oltre che della qualità, dell'appropriatezza e della centralità del cittadino, in azioni concrete ed in risultati misurabili.

Il metodo dei percorsi assistenziali è, infatti, in grado di fornire un valido contributo al crearsi di un disegno chiaro di alleanze e di interconnessioni ed allo strutturarsi di prassi condivise. Infatti, il metodo del Percorso tende a dare risalto al collegamento tra le diverse parti e tra i differenti attori del sistema e pone in connessione, non solo temporale ma anche logica e consequenziale, i diversi momenti ed i differenti attori assistenziali.

La grande centralità che i Percorsi assistenziali hanno assunto negli ultimi anni anche in Italia è dovuta al fatto che essi, da un lato, costituiscono la base per mirare l'analisi in profondità dei vari momenti assistenziali (facilitando in tal modo gli interventi connessi alla qualità ed all'appropriatezza), dall'altro lato generano un vantaggio più ampio, che è quello di non perdere la visione del sistema, di dare risalto alle connessioni tra i vari "pezzi" ed i vari "attori assistenziali", e di porre in continua evidenza, con la loro struttura centrata sul paziente, che tutto deve essere ricondotto alle primarie esigenze del "tracciante" principale, cioè il paziente. Grazie alle potenzialità offerte dal sistema di indicatori di processo e di esito, che rappresentano il corredo fondamentale della costruzione dei Percorsi, questi ultimi riescono anche a soddisfare, infine, l'esigenza di fornire al cittadino documentabili e verificabili garanzie dell'assistenza erogata, promuovendo in tal modo l'affermarsi delle logiche di *accountability* citate in precedenza.

Esiste un'ampia bibliografia sui Percorsi assistenziali ed esistono basi interpretative e quadri logico-concettuali diversi. C'è, infatti, chi tende a dare esclusivo risalto agli *aspetti clinici della cura* e chi vede nel Percorso uno strumento di prevalente affermazione delle logiche di miglioramento dell'*organizzazione dell'assistenza*. Meno risalto hanno finora avuto le aree relative alla *presa in carico dei bisogni globali* (non solo clinici) del paziente, che rappresenta un'altra importante area di risultato dei percorsi.

Va detto a chiare lettere che le letture parziali, qualunque sia il punto di vista che le legittima, dando maggiore o esclusiva centralità ad un unico *focus* dei tre definiti precedentemente (cura-organizzazione-paziente) impoveriscono i potenziali risultati dei Percorsi assistenziali, che invece rappresentano un metodo di lavoro sistemico ed integrato in grado di produrre risultati significativi in tutte le aree anzidette. Pertanto, l'impianto della costruzione dei Percorsi deve tenere in considerazione i seguenti interrogativi, cercando risposte adeguate:

1. *Come siamo organizzati*, sia nel macrosistema di cura (regione o azienda), sia nel microsistema (i servizi),
2. *Come curiamo i pazienti* e quali sono i metodi e gli strumenti utili a fornire loro adeguate garanzie sui risultati,
3. *Come prendiamo in carico il paziente*, cosciente ed esperto, ed i suoi bisogni "globali".

Le modalità di analisi di processo, insite nel metodo dei Percorsi e basate sulla progressiva scomposizione dai prodotti alle attività e da queste ultime agli attori, sono comuni nella costruzione dei percorsi assistenziali, qualsiasi sia il *contesto* di analisi, ospedaliero o territoriale, e qualunque sia il processo erogativo interessato, intermedio o finale.

Questa lettura analitica permette di dare risalto alla visione processuale del lavoro, di considerare le interfacce, che sono generalmente gli aspetti più critici dell'assistenza perché meno presidiati, permette inoltre di individuare le *attività principali (core activities)*, cioè le attività strettamente correlate ai risultati attesi, sulle quali si concentrerà un'attenzione analitica maggiore rispetto alle attività di *routine*, riducendo in tal modo le costose fasi di analisi e reingegnerizzazione.

I Percorsi assistenziali costituiranno una fase di lavoro importante dell'applicazione degli indirizzi del PSR della Regione Abruzzo, essendo uno strumento indispensabile per la

costituzione delle reti assistenziali, per lo sviluppo della qualità e dell'appropriatezza, per l'affermarsi delle logiche di "medicina basata sulle prove d'efficacia" e delle logiche del "governo clinico" (vedi i paragrafi specifici su tali temi).

La progressiva costruzione dei Percorsi sarà realizzata con il coinvolgimento attivo degli operatori dei servizi assistenziali, dando vita a *gruppi di lavoro regionali* per l'individuazione delle priorità e per l'elaborazione di linee di indirizzo comuni per tutta la regione ed a *gruppi di lavoro aziendali* che si occuperanno della contestualizzazione, cioè della concreta costruzione dei percorsi assistenziali negli specifici contesti locali, secondo le classiche tappe metodologiche di seguito elencate:

1. Individuazione del *target* prioritario di pazienti.
2. Costituzione di un gruppo integrato, multiprofessionale e multidisciplinare.
3. Analisi delle evidenze, stratificazione ed individuazione dei *sub-target* omogenei di pazienti, definizione degli *risultati* (clinici e non) attesi.
4. Individuazione delle buone pratiche (*good practice*) contestualizzate e degli indicatori di monitoraggio e verifica.
5. Analisi del contesto effettuata utilizzando come sfondo l'*iter* del paziente, visto nel suo attraversamento dei servizi (analisi di processo) ed individuazione degli "snodi assistenziali cruciali".
6. Analisi in profondità (*in depth analysis*) degli "snodi assistenziali cruciali", dove sono allocate le *core activities*, ed individuazione delle distanze tra le "pratiche correnti" (*current practice*) consolidate e le "buone pratiche" (*good practice*) utili al raggiungimento dei risultati attesi.
7. Pianificazione strategica di un disegno mirato a far interiorizzare nel sistema organizzativo, con la gradualità necessaria rispetto alle potenzialità del contesto, le "buone pratiche", disseminandole in tutta l'organizzazione.

Caratteristiche fondanti dei Percorsi sono la generazione di conoscenza a supporto delle decisioni, la partecipazione attiva dei professionisti nella revisione critica delle proprie *pratiche assistenziali* e nella verifica dei risultati.

Il Percorso assistenziale costituisce una base utile in questa complessa azione innovativa che riguarda tutti i professionisti, sia quelli clinici sia quello gestionali. Bisogna, però, avere presente che è importante assumere una strategia chiara ed esplicita che si fondi sulla costruzione condivisa del sapere e sulla cooperazione nell'assunzione delle decisioni, siano esse cliniche o organizzative. Infatti, non è immaginabile "importare" da altre esperienze *tout court* conoscenza nelle organizzazioni: la conoscenza e l'apprendimento non possono che essere processi autogestiti.

In ultima analisi, ancora una volta va tenuto in considerazione il principio sul quale si fondano le strutture reticolari: un reticolo va, cioè, concepito come la struttura-base di una "intelligenza collettiva e connettiva". E nelle logiche di rete, che sono indispensabili per la costruzione dei percorsi assistenziali, qualunque attore è componente di una "mente unica" e contribuisce ad alimentare il "sistema pensante" dell'organizzazione. Un approccio che trascuri tali premesse correrà il rischio di essere percepito come manipolatore ed impositivo, rivelandosi certamente inefficace in termini di cambiamento diffuso dei comportamenti e conseguentemente si indeboliranno le potenzialità di raggiungere veri "risultati di sistema".

4.1.5. Gli strumenti: La Carta dei servizi

La Carta dei servizi^{40,41,42} si configura come un "patto" tra il soggetto erogatore del servizio e il cittadino.

Rappresenta un importante strumento di partecipazione, di conoscenza dei servizi offerti, di miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni.

Essa deve prevedere 4 sezioni:

- Principi di erogazione dei servizi (Direttiva Ciampi)^{43,44}
- descrizione dei servizi erogati dalle singole aziende;
- standard di qualità, impegni, programmi;
- meccanismi di tutela (uffici relazioni con il pubblico, comitati misti consultivi, difensore civico...).

Con le carte dei servizi, le aziende sanitarie si impegnano a tradurre in azioni concrete e verificabili gli indicatori dei percorsi assistenziali delle numerose reti cliniche sviluppate nel presente Piano, nonché i 14 diritti del cittadino europeo⁴⁵:

1. Diritto a misure preventive
2. Diritto all'accesso
3. Diritto all'informazione
4. Diritto al consenso
5. Diritto alla libera scelta
6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità
7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti
8. Diritto al rispetto degli standard di qualità
9. Diritto alla sicurezza
10. Diritto all'innovazione
11. Diritto a evitare le sofferenze ed il dolore inutile
12. Diritto ad un trattamento personalizzato
13. Diritto al reclamo
14. Diritto al risarcimento

Le Aziende Sanitarie e le altre istituzioni pubbliche e private hanno l'obbligo di:

- aggiornare annualmente la Carta dei servizi, con l'apporto dei responsabili delle strutture ed il coinvolgimento del personale interno, secondo quanto espressamente previsto dalle "Linee guida regionali"⁴⁶;
- provvedere alla sua pubblicazione e diffusione.

⁴⁰ DPCM 19 maggio 1995, recante lo "Schema Generale di riferimento delle Carte dei Servizi pubblici sanitari (obbligo di dotarsi della Carta dei Servizi con standard di qualità e quantità dei Servizi e di informarne il cittadino).

⁴¹ Linee - Guida dell'agosto 1995 del Ministero della Sanità per l'attuazione della Carta dei Servizi nel settore sanitario allo scopo di "indirizzare, supportare e avviare il monitoraggio delle diverse fasi del processo di diffusione e di applicazione delle Carte dei Servizi Sanitari".

⁴² Legge 15 marzo 1997, n. 59 (legge Bassanini) che richiama la necessità di erogare i servizi pubblici "con modalità che promuovano il miglioramento della qualità e assicurino la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione in forme associative alla valutazione e definizione degli standard qualitativi".

⁴³ DPCM 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici" (Statuto dei diritti del cittadino/utente), Direttiva Ciampi

⁴⁴ Legge 11 luglio 1995, n. 273 "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni"

⁴⁵ Carta Europea dei diritti del malato, Programma europeo di cittadinanza attiva, Roma 2004

⁴⁶ D.G.R. 1028 del 15 novembre 2004, "Linee guida regionali" per la redazione carte dei servizi delle Asl d'Abruzzo

4.1.5.1. L.I.G. Fonti e strumenti di informazione e controllo. Progetto "Patient File" - Mattone 09 del SSN

Il rapporto OASI 2007 ha evidenziato che "il SIS, fino a oggi prevalentemente centrato sulle strutture ospedaliere e sulla rendicontazione delle loro attività, è stato negli ultimi anni oggetto di revisione.

Nel contesto di evoluzione del SSN, la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le province autonome di Trento e Bolzano ha siglato il 22 febbraio l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS).

Il protocollo d'intesa del 23/03/05 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN, evidenziando il conferimento dei dati al SIS fra gli adempimenti a cui sono tenute le regioni".

In particolare per una corretta progettazione di un efficace sviluppo del NSIS si è avvertita la necessità di disporre di:

- a) dati classificati e codificati in modo omogeneo;
- b) approcci omogenei per la creazione, a livello locale dei dati poi resi disponibili a livello regionale e nazionale;
- c) metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra la qualità e costi del sistema sanitario

Questi elementi comuni sono, in sintesi, i cosiddetti "mattoni" del SSN.

Particolarmente interessante, in questa cornice è l'individuazione di un obiettivo assunto come proprio anche dalla Regione Abruzzo e cioè la realizzazione del Patient File.

Il progetto "Patient File" è finalizzato all'elaborazione ed all'approvazione da parte della Giunta Regionale, entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, di:

- 1) manuale delle modalità di allineamento e gestione dell'anagrafe delle persone fisiche;
- 2) registro "condiviso" e pubblico degli eventi sentinella, con particolare riferimento a quelli che coinvolgono il mondo giovanile, in aderenza al protocollo di individuazione degli stessi previsto dal Sistema di monitoraggio adottato dal Ministero della salute;
- 3) linee guida per la gestione del flusso informativo per la registrazione del decesso in quanto l'analisi dei dati di modalità supporta le indagini epidemiologiche per
 - a) l'individuazione e lo studio dei fattori di rischio,
 - b) la verifica di ipotesi eziologiche,
 - c) la valutazione puntuale dell'incidenza delle diverse patologie.
- 4) manuale di gestione e fruizione dell'anagrafe sanitaria e degli operatori sanitari,

modello di Fascicolo Sanitario Personale (FASP) come raccolta di informazioni sintetiche derivate dalle cartelle cliniche originali, per facilitare la condivisione delle informazioni tra operatori sanitari e come insieme delle componenti organizzative e tecnologiche che consentono l'aggregazione delle informazioni di pertinenza di un utente, ovunque generata e disponibili, per assicurare la continuità dei processi di cura ed evitare il ripetersi di prestazioni o indagini cliniche non necessarie.

Pur nel rispetto dell'autonomia di ogni singola Azienda, le Carte dei Servizi dovranno indicare impegni e standard sui tempi di attesa e sulle dimensioni qualitative del servizio: *Informazione, Accessibilità, Rispetto della persona, Aspetti alberghieri, comfort, Tutela...*

Le aziende pubbliche devono disporre, altresì, di un efficace sistema per la presentazione, raccolta e gestione dei reclami, segnalazioni e suggerimenti. Devono, inoltre, rafforzare le funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico⁴⁷ al fine di garantire una rete idonea di punti di informazione ed ascolto.

⁴⁷ Legge 07 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"

4.2. Qualità, appropriatezza, sicurezza

Secondo Avedis Donabedian, la qualità dell'assistenza sanitaria si può definire come "il rapporto tra i miglioramenti ottenuti nelle condizioni di salute delle popolazioni ed i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato di salute attuale, delle conoscenze, delle risorse disponibili e delle caratteristiche del paziente". Per quanto non esista una definizione di qualità universalmente accettata, tale enunciazione richiama i fondamenti, questi unanimemente condivisi, del concetto di qualità: la soddisfazione delle necessità e delle esigenze dell'assistito in sé, dei suoi congiunti e della società nel suo insieme, per quanto possibile allo stato attuale delle conoscenze e delle risorse disponibili. Emergono, in altri termini, le tre dimensioni della qualità – umana, scientifica ed economica – i cui livelli di interazione sono estremamente complessi da prevedere e da ottimizzare all'interno dell'impianto organizzativo del servizio sanitario.

Tipicamente, le otto componenti della qualità dell'assistenza sanitaria sono considerate:

- Accessibilità
- Equità
- Tempestività
- Appropriatezza
- Efficacia (capacità di soddisfare la domanda di salute)
- Efficienza (capacità di produrre al meglio con le risorse a disposizione)
- Accettabilità
- Sicurezza.

Quest'ultimo concetto ha assunto recentemente un'importanza ancora maggiore, se possibile, a causa dell'evidenze relative agli "errori" che si riscontrano all'interno delle organizzazioni sanitarie. La sicurezza del paziente è l'oggetto principale dei programmi di gestione del rischio, potendo essere notevolmente accresciuta, in ogni caso, anche dal miglioramento di ciascuna delle altre componenti.

A livello di sistema, come ricordato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel programma 2003-2008 sulla qualità dei sistemi sanitari, il miglioramento della qualità dell'assistenza può essere raggiunto tramite numerose iniziative, dalla formazione all'implementazione di programmi di rischio clinico, di Evidence-Based Medicine, fino all'audit ed al governo clinico. Lo sviluppo di tali programmi, dei quali una delle finalità principali è il superamento dell'auto-referenzialità dei professionisti sanitari, è previsto nel presente piano e di seguito dettagliato. E' opportuno tenere presente, tuttavia, che affinché il miglioramento della qualità complessiva del sistema sia progressivo, ovvero possa essere mantenuto il livello attuale dove elevato, occorre prevedere anche un sistema stabile di valutazione della qualità dell'assistenza, che si associ ad un meccanismo premiante in grado di incentivare le strutture migliori, e che possa essere utilizzato tra i criteri da adottare nel processo di programmazione e di assegnazione delle limitate risorse a disposizione.

Il sistema regionale di valutazione della qualità si deve fondare su indicatori riconosciuti, quali ad esempio (ma non necessariamente) quelli adottati dall'Agenzia per la Ricerca e la Qualità nei Servizi Sanitari degli Stati Uniti d'America (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ). Attualmente, in Abruzzo sono presenti due sistemi di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, sia specifica che generica. Per quanto l'appropriatezza rappresenti una dimensione essenziale della qualità, occorre accrescere il livello di verifica tramite lo sviluppo di sistemi di misurazione delle altre componenti, dall'equità (tramite l'Osservatorio sulle Disuguaglianze) all'efficacia, obiettivo stesso dell'intero sistema. E' necessario, infine, che siano previsti meccanismi di valutazione della qualità dell'assistenza territoriale, nel più breve tempo possibile, rappresentando quest'ultimo punto una priorità assoluta per il sistema.

4.2.1. Le logiche: Il Governo Clinico

Ai servizi sanitari è richiesto di ricercare l'equilibrio tra due esigenze sostanzialmente contrapposte: da un lato, assicurare livelli di assistenza in coerenza con i bisogni della

popolazione e nel rispetto dei principi di qualità e appropriatezza; dall'altro, contenere i livelli di costo del sistema all'interno di parametri economico-finanziari predefiniti. Le difficoltà esistenti, comuni a tutti i servizi sanitari evoluti, nel misurare le due dimensioni del risultato derivanti dalla gestione e, quindi, di porre in relazione le stesse allo scopo di definire linee di azione capaci di favorire il raggiungimento di tale punto di equilibrio, ha determinato la sistematica concentrazione delle azioni di governo e di direzione su ciò che, per le caratteristiche dei sistemi di misurazione esistenti e per le competenze maturate nel settore del management delle aziende sanitarie, è più semplice misurare, analizzare e valutare per sostenere i processi decisionali: la dimensione economico-finanziaria dei risultati. Dopo oltre un decennio di "aziendalizzazione", le evidenze prodotte, attraverso l'analisi dei risultati generati dai servizi sanitari, hanno chiarito che, in assenza di strumenti idonei per misurare e valutare il risultato sanitario della gestione, non solo è complesso comprendere i livelli di efficacia del sistema e, quindi, la formulazione di azioni idonee ad aumentare il valore (non monetario) delle azioni di governo e di direzione degli stessi servizi sanitari ma, soprattutto, che le logiche e i modelli di governo basati sul controllo economico-finanziario rischiano di essere inefficaci proprio allo scopo di contenere la spesa.

Allo scopo di colmare le lacune esistenti nei sistemi di controllo e, inevitabilmente, nei modelli di governo dei servizi sanitari, il concetto di Medicina Basata sull'Evidenza (Evidence Based Medicine - EBM), che rimane centrale a livello metodologico, si è progressivamente evoluto in Evidence-Based Health Care (Servizi sanitari basati sulle Evidenze), sino al Governo Clinico (liberamente tradotto da Clinical Governance). Il governo clinico, secondo la definizione del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze, è una strategia di politica sanitaria che, contestualizzando nelle organizzazioni sanitarie gli strumenti metodologici della EBM, si affida alla componente professionale per definire, mantenere e verificare gli standard di qualità clinica.

In sintesi, gli obiettivi principali che si pone un piano di governo clinico sono la messa a punto di un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza (in termini di efficacia, sicurezza, appropriatezza, soddisfazione degli utenti, equità ed efficienza), promuovendo la creazione di una base comune e condivisa di conoscenza dei risultati prodotti dalla gestione dei servizi sanitari affinché i professionisti, i manager e i riferimenti di Sistema (Stato, Regione e Agenzia) possano formulare valutazioni, integrando le diverse dimensioni del sapere necessario, e definire programmi di intervento futuri capaci, oltre che di rispettare il budget, di soddisfare i bisogni offrendo ai pazienti le migliori soluzioni professionali e tecnologiche a disposizione. Gli strumenti tipici del governo clinico sono in buona parte quelli della EBM, ovvero il rinvenimento e la valutazione critica delle evidenze disponibili, l'utilizzo o la creazione delle linee guida o protocolli, all'interno dei percorsi assistenziali, l'Health Technology Assessment (valutazione delle tecnologie sanitarie, HTA), l'audit clinico, il rischio clinico (risk management), la formazione continua e l'accreditamento professionale.

Da quanto detto, è chiaro che il governo clinico deve essere inteso come la convergenza di leve di tutto il sistema, prevedendo il coinvolgimento pieno di tutti gli operatori, a qualsiasi livello. A tal fine, ovvero per evitare che il governo clinico possa rappresentare solamente una declamazione di principio etico e metodologico, occorre che esso si traduca operativamente in un programma di governo, di carattere sia nazionale che regionale. Sebbene l'attuazione del governo clinico avvenga, di fatto, a livello aziendale, tanto che le ASL sono tenute a sviluppare autonomamente le condizioni tecniche, organizzative ed economiche per il governo clinico, è anche vero che tali obiettivi non sono realizzabili senza confrontare e conformare i propri risultati agli standard stabiliti a livello di Sistema. Spesso, infatti, iniziative positive di miglioramento della qualità a livello locale (di unità operativa o dipartimentali) incontrano limiti invalicabili nella fase valutativa: sebbene sia possibile comparare le performance di una realtà specifica con evidenze scientifiche riconosciute, risulta estremamente complesso stabilire, in assenza di un ruolo di carattere nazionale in merito, in che misura ci si è avvicinati o si è effettivamente raggiunto uno standard clinico-assistenziale, quando non esiste una copiosa produzione scientifica "riconosciuta" in materia o, comunque, quando le evidenze scientifiche identificano parametri differenti e, talora, in contrapposizione fra loro.

Detto ciò, è altrettanto vero che, per essere efficace, il governo clinico implica una gestione del sistema che non può essere imposta dall'alto o dall'esterno e che deve risultare dall'interazione di molteplici attori che, influenzandosi reciprocamente, si auto-governano. Essenzialmente, il ruolo dell'ASR-Abruzzo si esplica attraverso l'adesione al nascente programma nazionale di governo clinico, alla stesura di uno specifico programma regionale e il

rafforzamento dei programmi e degli strumenti che, contenuti nel presente Piano Sanitario Regionale o già operativi a livello regionale e/o aziendale, sono orientati in tale direzione. In particolare sono di estremo rilievo i programmi di realizzazione delle reti cliniche, il potenziamento di modelli multidimensionali di programmazione (Balanced Scorecard – Scheda a punteggio bilanciato) e controllo (Progetto Contabilità Direzionale) di carattere regionale e il coordinamento delle iniziative di governo clinico di valenza aziendale sviluppatesi sia in forma autonoma che all'interno di un programma regionale condiviso dalle stesse aziende sanitarie e dai professionisti. Il ruolo della ASL, nell'ambito del programma di sviluppo del governo clinico, consiste nel creare le condizioni di base metodologiche e culturali, mediante il rafforzamento della conoscenza diffusa e dell'utilizzo dei principi e degli strumenti della EBM, e tecnico-operative, attraverso la definizione di percorsi assistenziali, per esplicitare e monitorare le modalità di perseguimento degli standard clinico- assistenziali da assicurare ai pazienti. A livello aziendale, infine, dovrà essere prodotto un piano generale di governo clinico (ove siano esplicitate tutte le iniziative relative alla implementazione degli strumenti di governo e cura descritti in questo capitolo), che dovrà servire a diffondere tale modello di assistenza in modo capillare all'interno dell'organizzazione aziendale.

I modelli attuativi del programma regionale di governo clinico – modelli sui quali non è stato peraltro raggiunto un pieno accordo – saranno definiti successivamente, con specifico atto da parte dell'ASR-Abruzzo, tenendo conto delle indicazioni contenute del piano nazionale e dei modelli attualmente proposti dalla letteratura nazionale (es. modello GIMBE) ed internazionale (es. modello del Regno Unito).

4.2.2. Gli strumenti: La Medicina basata sulle evidenze

Da oltre un decennio, la comunità scientifica internazionale ha adottato gli strumenti previsti dalla medicina basata sulle evidenze (Evidence Based Medicine - EBM) per migliorare i processi di trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, nella pianificazione delle strategie assistenziali (Evidence Based Health Care) e di politica sanitaria (Clinical Governance).

Com'è noto, la EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente. I principali strumenti della EBM sono:

- la ricerca delle informazioni scientifiche;
- la valutazione delle stesse mediante criteri espliciti e metodologie epidemiologiche e biostatistiche (revisioni, sistematiche e non, e meta-analisi);
- il trasferimento dei risultati mediante la formazione;
- l'audit clinico;
- lo sviluppo di linee guida e protocolli.

Sebbene l'ottima conoscenza degli strumenti della EBM sia ovviamente basilare per qualunque ricercatore che intenda condurre studi clinici ed organizzativi, anche al di fuori dell'ambito della ricerca scientifica, data l'importanza cruciale della EBM nel processo di progressivo miglioramento della qualità dei servizi sanitari, si ritiene oggi indispensabile che ogni operatore sanitario possieda le basi metodologiche della EBM, quale parte integrante del proprio curriculum.

Come indicato nei Piani Sanitari Nazionali 1998-2000, 2003-05, nel D.L. 229/99, ed in diversi documenti programmatici relativi ad altre nazioni (ad es.: Regno Unito e Olanda) e regioni italiane anche la regione Abruzzo intende favorire e potenziare l'utilizzo della EBM nella programmazione della politica sanitaria e le iniziative di formazione relative agli strumenti della EBM, nel contesto degli obiettivi più ampi evidenziati in questo Piano, inerenti lo sviluppo dei processi assistenziali e delle logiche di governo clinico. Tali obiettivi si basano su una serie di passaggi metodologici, dei quali la EBM rappresenta il cardine essenziale.

Il bisogno di formazione sui temi della EBM è particolarmente forte, all'avvio di programmi di governo clinico e di strutturazione dei processi assistenziali, poiché per quanto le conoscenze basilari della EBM siano oggi accettate e diffuse universalmente, persistono tuttavia diverse problematiche, ben note, che limitano la piena diffusione di una metodologia evidence-based nella pratica clinica: la limitata disponibilità di riviste e di sistemi informatici adeguati, la difficoltà di selezionare le risorse bibliografiche appropriate, i tempi limitati, la

difficoltà di sintesi di multiple fonti di evidenza in un'unica linea di condotta, ed altro ancora. Tali problematiche sono talmente avvertite dalla comunità medica da spingerla a proporre le logiche di EBM quali basi essenziali di un processo di "formazione permanente" da parte degli operatori sanitari.

Come accennato in precedenza, in aggiunta alla formazione, che risulta inevitabilmente a carico delle università, ed eventualmente delle scuole di formazione della Regione e delle associazioni di categoria, gli strumenti della EBM sono adottati dagli organi di governo regionale nell'ambito del processo di pianificazione sanitaria, a tutti i livelli. E' infatti inevitabile che nel programmare i percorsi assistenziali occorra ricercare sistematicamente, valutare criticamente e rendere disponibili le migliori evidenze scientifiche, onde pianificare le procedure diagnostiche e terapeutiche da seguire, e di conseguenza l'impiego di risorse. Chiaramente, esiste stretta sinergia tra promozione ed utilizzo dell'EBM a livello istituzionale e pratica individuale dei professionisti, poiché l'organizzazione facilita lo sviluppo dei professionisti, che a loro volta modellano l'organizzazione.

Relativamente agli ambiti citati di utilizzo della EBM, questo PSR prevede un ruolo di supporto da parte dell'ASR-Abruzzo per ciò che concerne lo sviluppo dei processi assistenziali e del governo clinico, e per quesiti clinici innovativi o di particolare interesse, quali ad esempio l'impiego di routine della vaccinazione antipneumococcica, per i quali sia eventualmente previsto l'impiego di risorse da parte della Regione. L'ASR-Abruzzo si impegna a fornire un sostegno epidemiologico e biostatistico, con eventuale svolgimento di apposite revisioni o meta-analisi, o più semplicemente agevolando il ritrovamento di informazioni scientifiche già esistenti. A tale proposito, l'ASR Abruzzo, per quel che attiene la politica del farmaco, opera di concerto con la Commissione Regionale del Farmaco - quale organo tecnico di supporto della Direzione Sanità istituito con D.G.R. n.663 del 9 luglio 2007 e coerentemente con le decisioni assunte dalla medesima. Tuttavia, il continuo aggiornamento nella pratica quotidiana e nella conduzione di ricerche scientifiche non può che rimanere a carico dei professionisti, delle Università o delle Aziende Sanitarie cui essi afferiscono. La Regione, infine, si impegna ad adottare, direttamente o su segnalazione dei attori di volta in volta interessati, tutte le azioni previste dall'approccio EBM nell'ambito delle attività legislative e di programmazione dei servizi sanitari, siano esse rivolte ad ambiti strettamente clinici od organizzativi, tra i quali, in primis, il governo clinico, il technology assessment, lo sviluppo dei percorsi assistenziali, del sistema di valutazione dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza sanitaria.

4.2.3. Gli strumenti: la Valutazione delle Tecnologie

La Valutazione delle Tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA) è un ampio ambito di ricerca, di carattere inevitabilmente multidisciplinare, il cui fine primario è la valutazione, possibilmente continua, dell'efficacia, della sicurezza, delle risorse necessarie e dell'impatto sulla qualità della vita delle tecnologie sanitarie, intendendosi con quest'ultimo termine "...farmaci, strumenti, attrezzature e procedure mediche e chirurgiche utilizzate nell'assistenza medica e ed i sistemi organizzativi e di supporto nel cui ambito l'assistenza viene erogata" (secondo la definizione estensiva fornita dall'Office for Technology Assessment del Congresso USA, risalente al 1972). L'HTA si caratterizza, quindi, in quanto adotta una concezione ampia di tecnologia, per la multidisciplinarietà dell'approccio, per l'enfasi posta sulla sintesi delle informazioni relative all'evidenza scientifica disponibile e per il suo orientamento alla produzione di informazione a supporto delle decisioni prese ai diversi livelli del sistema sanitario: quello politico (macro), quello gestionale (meso) e quello clinico (micro).

Le attività di HTA si rivolgono, quindi, sia a pratiche clinico- assistenziali di uso diffuso, come il counseling contro il fumo, il pap- test, o anche l'endoscopia digestiva, che, anche ove implicino l'uso di strumentazione relativamente sofisticata, possono comunque essere utilizzate dai singoli medici, in assenza di strutture di supporto particolarmente complesse. Le raccomandazioni derivate dal processo di valutazione si riferiscono in questo caso a modelli di comportamento generali, piuttosto che a scelte di investimento specifiche. Sempre nell'ambito HTA rientrano le attività di valutazione relativa all'adozione/attivazione di attrezzature (es. RMN, PET, ecc.), procedure (es. trapianti d'organo) o servizi (es. emodinamiche) ad elevato contenuto tecnologico, che richiedono un complesso supporto organizzativo e che comportano per questo un consistente impegno di risorse umane.

Nonostante sia evidente l'importanza dell'HTA per guidare o fornire il necessario supporto informativo alle decisioni di politica sanitaria, a causa delle difficoltà tecniche e dei costi delle valutazioni non è difficile comprendere come l'HTA sia comunemente confinata al livello nazionale o regionale affidando la funzione ad apposite Agenzie (es. Canada).

Le tre fasi fondamentali dell'HTA, svolte in modo completo –

- selezione degli studi ed analisi critica degli stessi, secondo criteri relativamente codificati, ed essenzialmente sintetizzabili con l'approccio adottato dai Centri Cochrane;
- valutazione dell'impatto della tecnologia mediante studi multidisciplinari sulle implicazioni economiche, sociali ed etiche (Health Impact Assessment: valutazione dell'impatto sulla salute);
- diffusione dei risultati e formulazione di raccomandazioni, linee guida o consensus conference

possono essere in certi casi al di fuori delle possibilità di una singola ASL. Occorre tenere conto, infatti, che oltre agli oggettivi limiti di carattere scientifico e metodologico connessi ad ogni applicazione degli strumenti della EBM, ci si trova di fronte ad un numero decisamente elevato – e crescente – di tecnologie potenzialmente valutabili, in alcuni casi in continua evoluzione.

La corretta valutazione delle tecnologie sanitarie nei sistemi sanitari più avanzati viene oggi strutturata attraverso una rete di collaborazioni che coinvolgono tutti i livelli del sistema sanitario sia nella fase di produzione dell'evidenza scientifica che in quella della diffusione dell'utilizzo delle raccomandazioni per la pratica clinica. Il ruolo dei professionisti, quindi, non è confinato solo allo svolgimento degli studi primari o secondari, ovvero alla creazione delle evidenze alla base del HTA, ma implica un impegno ad acquisire e diffondere le raccomandazioni per la pratica clinica prodotte ai diversi livelli: a livello internazionale, dalle agenzie di Hta; a livello nazionale, attraverso il Programma Nazionale Linee Guida e le altre iniziative in materia; a livello regionale attraverso specifiche iniziative in corso di ideazione. Anche al livello "aziendale" è necessario acquisire conoscenza dell'approccio dell'HTA per evitare che i SSR risulti essere un "acquirente disinformato" di tecnologie sanitarie. Nell'ambito delle responsabilità organizzative per il governo clinico, quella inerente la valutazione delle tecnologie sanitarie, appare centrale per supportare decisioni manageriali e cliniche effettivamente basate sull'evidenza. Di conseguenza, il supporto metodologico non può che rimanere a carico degli organi tecnici del governo regionale, ovvero l'Agenzia Sanitaria Regionale, l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Abruzzo e la Commissione Regionale del Farmaco, con il contributo specifico, di volta in volta, degli esperti del campo e degli enti di ricerca presenti sul territorio, quali le università e gli istituti di ricerca. In particolare, come per la EBM nel suo complesso, la Regione si dovrà attivare per rafforzare la propria partecipazione alla rete nazionale di HTA in corso di sviluppo, nonché al miglioramento della rete informativa da essa derivante, in modo da permettere a tutte le ASL il necessario supporto decisionale sulle soluzioni da adottarsi nei confronti delle tecnologie in uso ed in ingresso.

4.2.4. Gli strumenti: gli Audit clinici

L'audit clinico viene definito come un processo di miglioramento della qualità assistenziale basato sulla revisione della documentazione clinica e degli indicatori disponibili di qualità dell'assistenza. Inizialmente, l'audit si è sviluppato in modo informale, in gruppi monodisciplinari, escludendo gli aspetti organizzativi e concentrandosi sui singoli casi clinici. Nell'ultimo decennio, tuttavia, si è strutturato ed ampliato, divenendo uno strumento multidisciplinare e multiprofessionale, una parte integrante della EBM e del governo clinico che è finalizzata allo sviluppo delle competenze professionali. In questa logica di sviluppo, l'audit clinico ha via via integrato valutazioni di indicatori relativi ai processi organizzativi ed all'utilizzo delle risorse, tanto da essere definito come "un'analisi sistematica e critica della qualità dell'assistenza clinica, incluse le procedure utilizzate per effettuare diagnosi ed erogare trattamenti e cure, l'utilizzo di risorse, gli *outcomes* risultanti e la qualità della vita che ne deriva per il paziente".

Di fatto, oggi l'Audit Clinico rappresenta, insieme alle linee guida cliniche, all'HTA ed agli Indicatori di performance clinica, uno dei principali strumenti con il quale i professionisti possono monitorare e controllare la qualità tecnica dei processi. Posto che questa attività deve essere effettuata da tutto il personale clinico, Per portare l'audit dal livello di attività svolta da gruppi isolati al livello di sistema, occorre la convergenza di altre componenti, quali la disponibilità di dati pertinenti di buona qualità, il mandato della direzione ed un'attività di formazione e supervisione continua.

Perché l'audit possa essere parte integrante del programma di miglioramento della qualità di qualsiasi organizzazione o team, quindi, occorre sviluppare un programma di audit in grado di affrontare i problemi dei team clinici e basato sulle priorità locali, regionali e nazionali, includendo tutte le informazioni disponibili a livello locale relativamente agli indicatori di outcomes di efficacia come pure di sicurezza (eventi avversi, denunce, etc.), con uno scambio informativo già previsto dai programmi di gestione del rischio.

In questa logica, è peraltro evidente che non è possibile portare avanti simultaneamente e con successo tutte le attività programmate. Di conseguenza, la prima fase del programma di audit dovrà consistere nella definizione delle priorità degli audit clinici. È necessario concordare, a livello preliminare, i criteri con cui giudicare ciascun argomento affrontato, per esempio interventi a volume elevato, ad alto rischio o molto costosi, o emergenti dall'analisi dei trend degli eventi avversi.

La seconda fase del programma di audit regionale si sovrappone con le iniziative relative alla diffusione delle conoscenze delle EBM. E' infatti essenziale, per poter condurre audit clinici significativi, la disponibilità di indicatori affidabili di qualità, di esito e di processo, e la capacità da parte dei professionisti di valutarli criticamente. Tale capacità, inevitabilmente, può aversi solamente con un opportuno bagaglio culturale sulle metodologie valutative della EBM.

Infine, per poter garantire il corretto svolgimento di un programma continuo di audit clinico, sebbene ciò possa generare resistenze nelle organizzazioni, che preferiscono specificare le priorità degli audit a livello centrale, il programma di audit clinico deve essere "posseduto" dai team, in modo che il programma generale dell'organizzazione risulti una "collazione" delle priorità di ciascun team clinico.

Relativamente ai ruoli ed alle funzioni da identificare all'interno di un percorso di audit, i professionisti hanno il compito di partecipare all'audit e di fornire il proprio contributo di conoscenze sui singoli quesiti che di volta in volta vengono affrontati. Le ASL, oltre ad attivare le azioni idonee per garantire il massimo coinvolgimento degli operatori - coinvolgimento che risulta essenziale ai fini del risultato finale, ovvero del miglioramento del comportamento clinico/organizzativo dei professionisti stessi - hanno il compito fondamentale di svolgere gli audit a livello locale, di rafforzare le iniziative esistenti cercando di mantenere un buon livello qualitativo degli stessi audit, nonché di mantenere un adeguato livello di coerenza tra le iniziative locali ed il programma generale di audit, possibilmente tramite l'adesione allo specifico network nazionale, attualmente in via di sviluppo. Infine, una volta che sia stata concordata una raccomandazione, rimane inevitabilmente a carico delle ASL anche l'identificazione del professionista in grado di guidare l'attività di implementazione dei cambiamenti.

Compito della Regione, ed in particolare dell'ASR-Abruzzo, è invece quello di definire il piano di audit generale, identificando i temi prioritari su cui basare lo stesso piano (e garantendo che le motivazioni che hanno portato ad intraprendere l'audit stesso siano diffuse);

rafforzare e coordinare le iniziative locali, con il supporto delle aziende; assicurare il massimo grado di diffusione alle iniziative stesse e favorire, ove possibile, il loro ampliamento a sistema.

4.2.5. Gli strumenti: la Gestione del Rischio Clinico

La nuova concezione del Sistema sanitario come un "Sistema Complesso ad Alta affidabilità", la crescente attenzione che la Comunità Scientifica rivolge al rischio di eventi avversi nell'ambito delle procedure medico-chirurgiche e la maggiore sensibilità dell'opinione pubblica verso i livelli di sicurezza delle prestazioni sanitarie, insieme ai crescenti costi assicurativi, hanno spinto le istituzioni ad adottare azioni concrete per migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle attività sanitarie.

La gestione del rischio quale strumento del governo clinico è la metodologia che permette attraverso analisi proattive e talora anche reattive, l'individuazione, la valutazione dei rischi, la gestione dei processi decisionali e il controllo delle procedure, la riduzione degli stessi, garantendo la sicurezza del paziente, la "best practice", la "best organization" nel rispetto delle risorse economiche disponibili.

Il Servizio Sanitario Regionale e tutte le sue articolazioni sono responsabili dei risultati raggiunti e della performance complessiva e devono costruire le condizioni cliniche ed organizzative finalizzate a garantire una analisi sistematica e continuativa ed un sistema di indicatori di valutazione della qualità dell'assistenza erogata. Per questo la Regione Abruzzo promuove la Gestione del Rischio Clinico nella consapevolezza che l'adozione di strategie operative finalizzate alla riduzione degli errori possa portare vantaggi, tra i quali:

- creare un "sense making" comune fra i diversi protagonisti del Servizio Sanitario;
- aumentare la sicurezza del paziente e contestualmente la tutela degli operatori;
- migliorare l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'immagine del Sistema Sanitario Regionale;
- contenere i costi assicurativi.

Alla base della Gestione del rischio clinico c'è la "**promozione della cultura dell'imparare dall'errore**" al fine di evitare il ripetersi dello stesso, e comunque contenerlo al "livello minimo accettabile", coinvolgendo anche il Management e le Direzioni Amministrative.

Nella nostra Regione le maggiori criticità riguardano:

- Ridotta conoscenza degli strumenti di gestione del rischio clinico
- Assenza di una rete regionale ed aziendale per la gestione del rischio
- Assenza di sistemi informatizzati regionale ed aziendali delle fonti Informative
- Carezza di sistemi di monitoraggio della gestione del rischio

Gli obiettivi strategici da perseguire in questo triennio sono:

- Costituzione di un Sistema di Gestione del rischio clinico sia a livello regionale che nelle singole Aziende Sanitarie.
- Attivazione di Eventi Formativi per promuovere la "Cultura della gestione del rischio" e dei sistemi di gestione diretti a tutti gli operatori della Sanità
- Attivazione di un Sistema Informatizzato Regionale per la stima della sinistrosità e la segnalazione degli Eventi Sentinella relativa all'ultimo triennio: l'analisi del database permetterà di individuare le aree di criticità ed elaborare strumenti ed azioni correttive. La creazione del Sistema informatizzato richiederà un periodo significativo di tempo.

Compito del Sistema regionale sarà garantire un approccio omogeneo alla Gestione del rischio, promuovere e coordinare le iniziative per la sicurezza del paziente e degli Operatori e coordinare i Responsabili Aziendali.

La Regione con le Linee Guida emanate con delibera di Giunta numero 1440 del 18/12/06 ha adottato le "Misure organizzative per la Gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie".

In ogni Azienda Sanitaria è prevista una **Unità di Gestione del rischio clinico (UGR)** diretta da un responsabile che si avvale della collaborazione di un Gruppo di lavoro Multidisciplinare.

Inoltre è previsto il **Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS)** di norma coordinato dal responsabile del Servizio di Medicina Legale.

Per la partecipazione ai Comitati, Commissioni, Gruppi di lavoro previsti dal presente Piano a livello aziendale, interaziendale e regionale non è previsto alcun gettone di presenza, ma solo il rimborso spese.

I compiti della **UGR** sono:

- Creare un'atmosfera di fiducia e collaborazione, cornice indispensabile entro la quale sviluppare tutte le dinamiche di gestione del rischio.
- La quantificazione del rischio Aziendale, individuando le criticità più o meno latenti.
- La riorganizzazione dei Flussi di informazione.
- L'individuazione degli Strumenti ed Azioni per ridurre i danni al paziente, agli Operatori e il Contenzioso legale.
- La definizione di Strategie per migliorare i rapporti Utenza-Azienda Sanitaria.
- La predisposizione del piano Aziendale per promuovere la cultura del rischio clinico (Formazione).
- La produzione e attuazione di piani per contenere i costi assicurativi.
- Lo sviluppo della Technology assessment.
- La verifica e il miglioramento della documentazione sanitaria.

Compito del **CVS** è:

- La gestione dei sinistri.
- La gestione dei rapporti con i danneggiati.
- Il contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

Settori prioritari di intervento

Complementare a queste azioni, come obiettivi a breve- medio termine si realizzeranno degli interventi, per il miglioramento della sicurezza del Paziente, su settori specifici considerati dalla letteratura aree a maggiore incidenza di eventi avversi.

Una particolare attenzione verrà rivolta:

- al rischio clinico connesso all'utilizzo del farmaco (dalla prescrizione alla somministrazione);
- alla possibilità di contrarre Infezioni Ospedaliere;
- al Consenso Informato;
- alla cartella clinica.

Fase propedeutica sarà quella dell'analisi dello stato dell'arte della gestione del rischio clinico a livello aziendale (Analisi di " CONTESTO").

Azioni correttive per gli obiettivi a breve-medio termine

Uso del Farmaco

L'errore può avvenire al momento della prescrizione, della trascrizione, della preparazione e della somministrazione del farmaco. A tale proposito è necessaria la messa a punto di ogni iniziativa tesa a ridurre tale errore, individuando soluzioni sperimentali, quali ad esempio la scheda terapeutica unica.

La scheda terapeutica unica integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei ogni singolo paziente ricoverato.

Infezioni Ospedaliere

Dati della letteratura più recente sottolinea come circa il 30 % delle infezioni ospedaliere possono essere prevenibili attivando misure di prevenzione igienico-sanitarie, sistemi di sorveglianza e di controllo. Commissione Infezioni Ospedaliere, Infermiere Epidemiologo.

Da prevedere report semestrali .Avvio programma " Hands washing"

Consenso Informato

L'istituto del Consenso informato riveste un ruolo determinante nel rapporto Medico-Paziente in quanto ha riflessi oltre che sul piano clinico anche su quello giuridico amministrativo. Pertanto è opportuno la messa appunto di una Procedura condivisa che abbia una valenza regionale.

Cartella clinica integrata

Modalità di compilazione, conservazione, standardizzazione. Integrazione con cartella infermieristica e definizione dei "bisogni assistenziali".

Saranno elaborati Reports periodici per la verifica dello stato di attuazione del progetto.

Finalità ultima è quella di mettere in rete tutte le "conoscenze", utilizzare in maniera ottimale le risorse disponibili, creare flussi informativi bidirezionali, una sorta di "cross-talk" organizzativo che evitando duplicazioni e sovrapposizioni garantisca Sicurezza e Qualità.

La definizione delle modalità di sostituzione della cartella clinica integrata è finalizzata alla definizione dei processi di cui al punto 4.1.5.1. – Progetto file.

4.2.6. Gli strumenti: l'autorizzazione e l'accreditamento

4.2.6.1. L' Autorizzazione

L'Autorizzazione rappresenta la procedura per mezzo della quale il S.S.Regionale si omogeneizza, per aree di attività e con la puntuale definizione di requisiti minimi:

- **strutturali**
- **tecnologici**
- **organizzativi**
- **di dotazione di personale**

di tutte le Strutture sanitarie pubbliche e private della Regione, diviene coerente ai principi fondanti il Governo Clinico: Equità, Sicurezza e Qualità.

Rappresenta un passaggio cruciale nella costruzione di un Sistema sanitario efficace ed efficiente, che superando il momento autoreferenziale si propone come "sistema" moderno capace di soddisfare in maniera più appropriata i bisogni di salute della popolazione.

Rappresenta la piattaforma portante sulla quale si poggia la struttura dell'Accreditamento, la testimonianza della volontà di costruire un'alleanza ideale, ed affermare i Diritti di tutti i pazienti; in particolare tutte le strutture pubbliche e private del SSR devono garantire l'accessibilità a persone diversamente abili.

Nell'allegato 2.1 vengono riportate le linee guida per la stesura del Manuale di Autorizzazione, ai sensi dell'Art. 4, comma 1, della L.R. 31 luglio 2007, n.32 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"

4.2.6.2. L' Accreditamento

L' Accreditamento rappresenta una sfida culturale e nel contempo un' opportunità di cambiamento, rappresentando un moderno strumento di garanzia e promozione della qualità, con l'obiettivo virtuoso di spronare i professionisti al confronto, alla valutazione, e al miglioramento continuo della qualità.

In molti paesi, è divenuto una procedura obbligatoria, coerente al bisogno di soddisfare tre motivazioni fondamentali:

1) Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi, superando il principio della autoreferenzialità.

2) Interesse delle associazioni professionali e delle società scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti attori del cambiamento, attraverso la loro crescita culturale, manageriale, ed etico-relazionale al fine di garantire i migliori risultati di salute, nell'accezione più ampia, e nel rispetto dei vincoli economici (Governo clinico ed Economico).

Richiesta, da parte del Servizio Sanitario e/o dei sistemi assicurativi, alle strutture che erogano prestazioni, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione a rapporti contrattuali.

Quadro normativo

L'inserimento del processo di accreditamento nella normativa italiana è iniziato con il D.Lgs 502/92, che ha configurato l'accreditamento come strumento finalizzato a selezionare, sulla base di criteri di qualità i fornitori di prestazioni nell'ambito o per conto del SSN, successivamente il D.Lgs 229/99 ne ha ampliato il significato, definendolo strumento, funzionale alla programmazione sanitaria, finalizzato essenzialmente a garantire e promuovere la qualità dell'assistenza.

Con la LR 32/2007, anche l'Abruzzo, entra nel novero delle Regioni che si sono dotate di tale importante strumento.

Le tendenze attuali di individuazione dei requisiti di accreditamento

L'analisi delle esperienze delle diverse realtà internazionali permette di intravedere alcune linee di tendenza comuni che l'istituto dell'accreditamento sta assumendo nel mondo della sanità.

Innanzitutto appare chiaro che la qualità non viene più vista come uno degli elementi dei sistemi di accreditamento, ma rappresenta l'impalcatura costitutiva del sistema stesso.

E' oramai evidente la centratura dei sistemi di accreditamento più evoluti (USA e Canada) su quelli che si possono definire i caposaldi della Qualità Totale:

- focalizzazione sul paziente/cittadino sui suoi bisogni.
- orientamento ai processi assistenziali e organizzativi
- attivazione dei processi di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) Ciclo di Deming
- strutturazione di un sistema di indicatori per la misura dei risultati ottenuti

Tali principi sono stati fatti propri anche nelle attività di Clinical Governance (Governo clinico) che, già ampiamente formalizzate in Gran Bretagna, sono in procinto di essere adottate dal nostro sistema sanitario.

Il Manuale di Accreditamento dovrà tendere a riferirsi ai modelli più attuali (Canadian Council on Health Services Accreditation – Canada e degli Stati Uniti, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – Stati Uniti; "European Foundation for Quality Management" (EFQM); ecc.), trasferendo gradualmente nel sistema abruzzese le più recenti logiche organizzative e comportamentali orientate alla qualità.

Nell'allegato 2.2 vengono riportate le Linee Guida per la stesura del Manuale di Accreditamento, ai sensi dell'Art. 6, comma 1 della L.R. 31 luglio 2007, n. 32 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

La gestione delle procedure di accreditamento di cui all'Art.6, comma 2, della L.R. 32/2007 è attribuita all'Organismo Regionale per l'Accreditamento (O.R.A.) formato dal Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e dal Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.).

Nell'allegato 2.3 vengono riportate le Linee Guida per la costituzione dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento (O.R.A.) ai sensi dell'Art. 6, comma 2, della L.R. 31 luglio 2007, n. 32 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

4.3. Strumenti per il governo e la gestione dei servizi sanitari

Tra i settori economici di un Paese, quello sanitario è, senza dubbio, tra quelli a maggior grado di complessità di governo e gestione. Ciò, aldilà di considerazioni concernenti gli aspetti

dimensionali delle aziende sanitarie e la natura professionale e scarsamente standardizzabile dell'attività svolta, è legato allo squilibrio esistente tra la necessità di garantire risposte, puntuali ed efficaci, ai bisogni della collettività e dei pazienti e l'esigenza di assicurare, a livello di singola azienda e di Sistema, la "quadratura dei conti" in un contesto in cui le risorse disponibili appaiono sempre più scarse a fronte dell'evoluzione dei bisogni.

Tra i fattori che rendono complesso il governo di Sistema, vi è, tra l'altro, la difficoltà a rendere esplicito il legame esistente tra risultati assistenziali prodotti, la loro valenza sul piano qualitativo e l'ammontare di risorse economico-finanziarie necessario per assicurare il funzionamento dei servizi sanitari. La problematica in questione, per essere affrontata in modo sistematico, necessita dello sviluppo di approcci innovativi nella valutazione dei risultati prodotti dai servizi sanitari, sempre più orientati alla misurazione dell'efficacia dell'azione sanitaria rispetto ai bisogni dei pazienti e della collettività e, quindi, capaci di superare la tradizionale verifica dell'equilibrio economico-finanziario.

L'esigenza di progettare e realizzare strumenti di conoscenza per decidere, capaci di coniugare i diversi "saperi" necessari a tale scopo, risulta ancora più forte laddove i vincoli di bilancio hanno una valenza di carattere prescrittivo, come nel caso della Regione Abruzzo, che, se non opportunamente governati, possono determinare la deriva dei servizi sanitari e porre in discussione la loro capacità di soddisfare i bisogni. È per tali motivazioni che la Regione Abruzzo, con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ha scelto di intraprendere un percorso di riprogettazione complessiva dei propri strumenti di programmazione, controllo e valutazione attraverso la definizione di una serie di progettualità che, nel periodo di vigenza del presente Piano Sanitario Regionale, consentiranno di:

- sperimentare e consolidare modelli di programmazione multidimensionale capaci di porre in relazione gli obiettivi di carattere sanitario e legati alla qualità e alla sicurezza delle prestazioni e dei servizi erogati, con quelli di natura economico-finanziaria allo scopo di assicurare la copertura dei livelli di assistenza;
- realizzare il sistema regionale di Contabilità Direzionale per i servizi sanitari, allo scopo di disporre di un data base di riferimento unitario capace di acquisire, archiviare, elaborare ed, infine, diffondere elementi conoscitivi utili, rappresentativi delle diverse dimensioni del "sapere", a sostenere il processo decisionale dei soggetti che hanno responsabilità di governo e di alta direzione nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale;
- promuovere, a tutti i livelli di responsabilità del Sistema Sanitario, momenti comuni di analisi, interpretazione e valutazione dei risultati conseguiti dalla gestione al fine di identificare, secondo metodologie condivise, i problemi da risolvere e le situazioni di eccellenza da valorizzare.

4.3.1. Balanced Scorecard (BSC)

In merito ai **modelli di programmazione**, si è ritenuto di adottare lo strumento della Scheda a Punteggio Bilanciato (Balanced Scorecard, di seguito BSC) in quanto in grado di proporre una lettura dei risultati (o performance) dell'azienda (o del Sistema) di carattere multidimensionale utilizzando, in modo "bilanciato", un sistema di indicatori di differente natura che, a loro volta, sono "polarizzati" rispetto alle seguenti "prospettive":

- ✓ **Risultati:** al fine di esprimere la capacità dell'azienda (o del Sistema) di perseguire, attraverso il raggiungimento di specifici traguardi, gli obiettivi strategici in coerenza con la propria missione;
- ✓ **Pazienti ed altri Clienti dei servizi sanitari:** con lo scopo di misurare, comprendere e modificare (orientare) la percezione che gli utenti dei servizi sanitari hanno dei risultati aziendali (o di Sistema);
- ✓ **Processi Interni:** per misurare la capacità dell'azienda (o del Sistema) di eccellere nello svolgimento dei processi gestionali interni assicurandone l'appropriatezza economica, organizzativa e clinico-assistenziale;
- ✓ **Crescita e Sviluppo:** si tratta, con ogni probabilità, della prospettiva della BSC di maggior valore in quanto sottolinea la valenza aziendale come "sistema destinato a perdurare nel tempo". In questa prospettiva, infatti, sono definiti gli obiettivi aziendali (o di Sistema) che determinano le condizioni necessarie affinché i risultati non siano considerati come il traguardo annuale da raggiungere ma, bensì, come passaggio intermedio nella vita dell'azienda (o del Sistema) per poter perseguire risultati ancora migliori negli anni a venire. In questa prospettiva sono identificate le azioni e gli indicatori espressione delle

progettualità avviate per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale e, più in generale, per la crescita dell'azienda (o del Sistema).

Sul piano applicativo, anche alla luce della sperimentazione condotta nell'esercizio 2007, lo sviluppo della BSC prende avvio dal recepimento dell'insieme dei programmi formulati in sede di pianificazione strategica per tradurli, rispetto alle diverse prospettive considerate, in un sistema di indicatori fra loro correlati da legami di cause-effetto. In sintesi, ciò è realizzato attraverso:

- ✓ l'individuazione delle **Aree Chiave di Risultato (Key Performance Area - KPA)**: si tratta delle aree di intervento rispetto alle quali l'organizzazione (o il Sistema) non può assolutamente sbagliare se non a rischio di porre in discussione la possibilità di perseguire gli obiettivi strategici. Le KPA sono normalmente formalizzate con parole chiave o frasi estremamente sintetiche caratterizzate da verbi le qualificano in termini di azione. Questi verbi possono essere, a titolo puramente esemplificativo, "migliorare", "incrementare" o "diminuire". In linea generale, anche se tale operazione può essere assai complessa nelle prime implementazioni sperimentali della BSC, dovrebbero essere identificate le sole Aree Chiave di assoluta rilevanza ai fini dell'implementazione della strategia. Ciò determina una struttura della mappa strategica, di solito, sufficientemente "leggera" e comprensibile. Nella fase di carattere sperimentale, tuttavia, si è ritenuto opportuno identificare un'Area Chiave di Risultato per ciascuna variabile che l'organizzazione (o il Sistema) deve presidiare. Saranno le successive fasi di affinamento della BSC che, nella sostanza, consentiranno di "filtrare" l'insieme delle Aree Chiave individuate per limitarle a quelle veramente importanti;
- ✓ la definizione degli **Indicatori Chiave di Risultato (Key Performance Indicator - KPI)**: questi ultimi sono utilizzati allo scopo di misurare e, quindi, verificare la capacità dell'organizzazione (o del Sistema) di presidiare le Aree Chiave di Risultato. Al fine di facilitare le attività di monitoraggio e valutazione, tutti gli indicatori chiave hanno una rappresentazione quantitativa che ne esprime l'obiettivo.

La scelta di adottare la BSC, quale schema di rappresentazione del sistema di obiettivi per il Sistema Sanitario della Regione Abruzzo, oltre a derivare dall'esigenza di disporre di uno strumento sufficientemente sofisticato per fornire una rappresentazione multidimensionale dei risultati da raggiungere, è legata anche all'esigenza di:

- a) creare un solido raccordo tra programmazione regionale pluriennale e annuale e tra quest'ultima e la programmazione annuale delle aziende sanitarie regionali. Nel disegno regionale della complessiva funzione di programmazione, controllo e valutazione, infatti, la BSC assume un ruolo centrale di coordinamento e integrazione delle azioni di programma aziendali rispetto a quelle regionali, nel pieno rispetto dei principi di "governance", rafforzando il concetto di unitarietà del Sistema Sanitario e, contestualmente, dei sistemi di gestione aziendali nell'ambito dei quali, la BSC adempie alla più tradizionale funzione di raccordo tra strategia e direzione a livello locale;
- b) disporre di uno strumento in grado di supportare, sia la Regione che le aziende sanitarie, nella valutazione dei risultati conseguiti attraverso l'utilizzo di un indicatore di sintesi complessivo che, oltre a considerare il tradizionale dato di bilancio, valuti l'intero sistema degli obiettivi. Ciò, come descritto più avanti, è assicurato dal sistema di pesatura degli obiettivi e dalla verifica dei risultati conseguiti per ciascuno di essi.

Alla luce delle considerazioni sviluppate, la BSC, nonostante il suo attuale valore sperimentale e la possibilità che possa essere oggetto di modifiche e integrazioni, assume valenza di strumento, sia formale che sostanziale, di programmazione, controllo e valutazione nei rapporti tra aziende sanitarie e Regione e tra questa ultima e i cittadini abruzzesi.

Per assicurare la molteplicità di valenze attribuite alla BSC, sono predisposti otto schemi di programmazione:

- uno per ciascuna azienda sanitaria;
- uno identificativo dei programmi e degli obiettivi di specifica pertinenza regionale e attribuiti direttamente alla Direzione Sanità e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo;
- uno di sintesi complessiva di Sistema che aggrega l'insieme dei programmi e degli obiettivi contenuti negli schemi precedenti.

In questo senso, si rende possibile la valutazione delle performance specifiche dei singoli attori coinvolti e quella del Sistema Sanitario complessivamente inteso.

4.3.2. Contabilità Direzionale (Co.Di.)

Se la BSC rappresenta l'approccio di programmazione adottato dalla Regione Abruzzo, il sistema regionale di **Contabilità Direzionale per i servizi sanitari** (di seguito CODI) è il supporto tecnico che assicura il sistematico monitoraggio dei risultati conseguiti.

L'obiettivo perseguito, attraverso tale progetto, è quello di realizzare un efficace sistema di monitoraggio dei Servizi Sanitari Regionali, i cui utilizzatori saranno l'Assessorato Regionale alla Sanità della Regione Abruzzo, l'Agenzia Sanitaria Regionale e i Direttori e i dirigenti, ai diversi livelli di responsabilità organizzativa potenzialmente interessati, delle singole aziende sanitarie.

La CODI dovrà consentire il perseguimento delle seguenti finalità fondamentali:

- identificare le principali azioni correttive che la Regione, di concerto con la singola azienda sanitaria, può assumere al fine di riorientare tempestivamente i risultati di gestione rispetto agli obiettivi prefissati;
- supportare l'attività di programmazione annuale e pluriennale regionale.

A tale scopo sono già state avviate le prime azioni per realizzare, in seno all'Agenzia Sanitaria Regionale, le condizioni tecniche, organizzative ed economiche per:

- garantire l'acquisizione periodica e l'archiviazione dei dati elementari necessari per il perseguimento delle finalità precedentemente evidenziate, integrandosi con i sistemi di rilevazione delle singole aziende sanitarie regionali;
- assicurare, compatibilmente con le caratteristiche dei sistemi di rilevazione realizzati presso le aziende sanitarie regionali, il monitoraggio continuo di un set articolato di indicatori di sintesi dei risultati denominato "cruscotto di monitoraggio";
- elaborare, con cadenza periodica predefinita, i dati archiviati al fine di produrre report routinari;
- supportare l'attività progettuale regionale mediante la predisposizione di un rapporto di gestione annuale sullo stato dei Servizi Sanitari della Regione Abruzzo e l'effettuazione di analisi ad hoc sia su richiesta dell'Assessorato alla Sanità che di singole aziende sanitarie.

La CODI, al pari della BSC, si configura come strumento multidimensionale della conoscenza in grado, attraverso l'elaborazione dei dati elementari provenienti da flussi informativi di differente natura, di supportare:

1. analisi economico-finanziarie inerenti le performance gestionali ottenute dalle singole aziende sanitarie regionali e la possibilità di effettuare analisi comparative dell'efficienza;
2. analisi sui dati dell'attività, dell'offerta e della domanda sanitaria garantendo la possibilità di effettuare confronti tra diverse aziende a livello di aree omogenee di attività e di singole tipologie di prestazione;
3. analisi sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla capacità delle aziende sanitarie di assicurare i livelli essenziali di assistenza con servizi e prestazioni appropriate.

Con riferimento alle **analisi economico finanziarie**, la CODI dovrà almeno permettere l'effettuazione di analisi ed approfondimenti conoscitivi in relazione alle esigenze di analizzare e valutare:

- a) la congruenza dei risultati economico finanziari ottenuti dalle aziende sanitarie rispetto ai servizi/prestazioni sanitarie erogate sviluppando specifici indicatori e parametri che rapportino dati economico finanziari e dati espressivi dei livelli di attività erogati;
- b) la congruenza dell'assetto dell'offerta rispetto alle risorse utilizzate e all'attività svolta, sia in termini monetari che fisico-tecnici, al fine di supportare la definizione dei livelli assistenziali uniformi e il monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi regionali;
- c) la congruenza tra risultati economico finanziari ottenuti dalle aziende sanitarie regionali e quanto previsto dagli obiettivi di programmazione definiti a livello Regionale;
- d) le cause degli scostamenti a livello aziendale ed a livello regionale tra dati previsionali e dati consuntivi;
- e) i fenomeni connessi alla mobilità sanitaria attiva e passiva;
- f) l'andamento dei costi relativi ai fattori produttivi più critici sviluppando confronti temporali e spaziali anche con riferimento ai livelli di attività;
- g) il grado di congruenza del sistema di tariffazione regionale in vigore consentendo il suo sistematico aggiornamento e, se del caso, modificazione e/o integrazione;
- h) gli equilibri di bilancio delle aziende sanitarie regionali sulla base delle risultanze dei sistemi di contabilità generale;

- i) i bilanci delle aziende sanitarie regionali sviluppando specifici indicatori di sintesi;
- j) il grado di aderenza ed attuazione delle politiche regionali di investimento fungendo da supporto per la definizione di quelle future.

Con riferimento all'**analisi delle attività sanitarie**, il sistema di monitoraggio, utilizzando i dati resi disponibili, dovrà attivare specifiche elaborazioni sulle attività erogate al fine di valutare lo stato di attuazione della programmazione regionale anche con finalità di:

- a) identificare aree critiche da sottoporre a verifica analitica;
- b) identificare aree di eccellenza da sottoporre a valutazione per specifici progetti di sviluppo e specializzazione;
- c) individuare comportamenti non coerenti rispetto agli obiettivi prefissati;
- d) valutare la qualità e l'uniformità dell'assistenza;
- e) valutare i flussi migratori;
- f) fornire elementi utili per la razionalizzazione della rete dei servizi sanitari.

L'ultima componente dello schema di programmazione, controllo e valutazione per la sanità della Regione Abruzzo, riguarda lo sviluppo di azioni idonee per promuovere a tutti i livelli di responsabilità del Sistema Sanitario, momenti comuni di **analisi, interpretazione e valutazione dei risultati** conseguiti dalla gestione al fine di identificare, secondo metodologie condivise, i problemi da risolvere e le situazioni di eccellenza.

A tale scopo sono identificate tre linee d'azione specifiche:

- integrazione del modello BSC per la valutazione dei risultati di Sistema e per azienda sanitaria;
- realizzazione di un sistema di reportistica dinamica, ad accesso riservato agli istituzionali con responsabilità di governo o gestione dei servizi sanitari, via web;
- organizzazione di momenti comuni di analisi, interpretazione e valutazione dei risultati, anche mediante l'utilizzo di tecniche di comparazione evolute (benchmarking), su settori d'intervento strategico dei servizi sanitari.

La verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi, a valere sullo schema di programmazione BSC, è effettuato con cadenza trimestrale e, con valenza annuale, entro la fine del mese di giugno dell'esercizio successivo a quello di riferimento.

La **valutazione annuale dei risultati BSC** prodotti avviene in base a:

- le evidenze contabili prodotte dai sistemi di misurazione attivi a livello aziendale e regionale;
- le relazioni finali di esercizio, a cura dei singoli attori coinvolti, sui risultati specifici conseguiti e sulle cause degli scostamenti.

La valutazione finale è quindi articolata in due documenti:

- documento di valutazione contabile;
- documento di valutazione di merito.

Con il documento di valutazione contabile, si procede alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi in base alle evidenze quantitative e documentali riferite agli indicatori chiave di performance. A tale scopo sono considerati esclusivamente i seguenti aspetti:

- a) la corrispondenza dei risultati conseguiti rispetto all'obiettivo fissato o, quando peggiorativi, la loro collocazione rispetto ad un valore limite, definito per singolo indicatore di performance, oltre il quale l'obiettivo è definitivamente considerato non raggiunto;
- b) il peso relativo attribuito ai singoli indicatori chiave di risultato;
- c) il peso relativo attribuito alle relazioni tra aree chiave di risultato.

Il documento di valutazione di merito è finalizzato, alla luce delle evidenze prodotte dal documento precedente, ad approfondire le cause degli scostamenti e a stabilire il loro grado di controllabilità con particolare riferimento agli esercizi a venire. Il documento di valutazione di merito rappresenta la base per l'eventuale riformulazione degli obiettivi strategici e direzionali per i successivi esercizi.

Dai documenti di valutazione dovrà essere possibile evidenziare:

- il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello di Sistema complessivo e per singolo attore istituzionale (azienda sanitaria, Direzione Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale);
- le cause degli scostamenti e le modalità con le quali le stesse hanno condizionato i risultati di Sistema con particolare riferimento a quelle che hanno determinato effetti nei rapporti tra soggetti istituzionali differenti (rapporti tra aziende sanitarie e tra queste ultime e la Regione e vice versa);

- gli interventi urgenti necessari per consentire un recupero, almeno parziale, dei risultati non conseguiti.

Ogni dirigente con responsabilità di governo o di gestione dei servizi sanitari, inoltre, sarà abilitato per accedere alla **reportistica generata dalla CODI via web**. Al fine di rendere possibile la definizione di quadri informativi coerente con le esigenze conoscitive di ciascun utente, oltre ad accedere ad aree riservate contenenti prospetti informativi predefiniti, l'utente potrà gestire autonomamente al fine di realizzare cruscotti sintetici personalizzati.

La possibilità di accedere a tale funzionalità, è ritenuta fondamentale al fine di promuovere la diffusione della cultura della valutazione dei risultati e per stimolare, a tutti i livelli decisionali, l'utilizzo dell'informazione a supporto dei processi decisionali.

Sempre allo scopo di promuovere l'utilizzo delle informazioni a fini decisionali, sono organizzati **incontri periodici** finalizzati all'analisi, interpretazione e valutazione dei risultati conseguiti per aree strategiche di intervento o, più in generale, sull'intero Sistema Sanitario. Allo scopo di favorire le analisi, l'Agenzia, anche per evidenziare le pratiche gestionali d'eccellenza, sviluppa metodi e tecniche di comparazione evoluta (benchmarking).

La prima forma di incontri periodici, si è concretizzata con l'istituzione della "Cabina di Regia" con lo scopo di verificare l'effettiva realizzazione, in itinere, del Piano di Risanamento 2007-2009 e di identificare, se del caso, le azioni ritenute opportune per correggere l'andamento dei risultati ovvero per rimodulare gli obiettivi originali quando non più perseguibili.

4.3.3 Governo della mobilità del personale tra aziende sanitarie

In considerazione dei contenuti del presente Piano Sanitario Regionale in materia di riprogettazione organizzativa dei servizi sanitari e, al contempo, dell'esigenza di rispettare i vincoli di bilancio definiti dalla normativa in vigore e dal Piano di Risanamento, la regione intende favorire, ferma restando l'autonomia delle aziende sanitarie e sulla base di specifici accordi con le organizzazioni sindacali di categoria, la mobilità del personale tra aziende sanitarie anche di Regioni differenti.

A tale scopo viene istituita, a livello regionale, un'unità di progetto con i seguenti compiti:

- svolgere attività di ricognizione di tutto il personale dipendente del SSR, con individuazione delle strutture organizzative di appartenenza;
- acquisire le situazioni di carenza e di eccedenza di organico delle aziende sanitarie della regione per renderle pubbliche anche a livello nazionale;
- acquisire le richieste di mobilità da parte del personale interessato come pervenute alle Aziende sanitarie e altri enti regionali ed extraregionali.

Per lo svolgimento dei compiti affidati, l'unità di progetto:

- attiva forme di comunicazione sistematica con i Servizi delle aziende sanitarie regionali deputati alla gestione e/o amministrazione del personale e con altri enti o organismi extraregionali interessati;
- concorda, con le aziende sanitarie regionali, opportune forme di pubblicizzazione delle informazioni legate al governo della mobilità del personale;
- organizza, nel rispetto della normativa sulla privacy, la gestione delle informazioni legate alla mobilità del personale in un apposito spazio WEB.

5. PRODURRE SALUTE: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Nel presente capitolo vengono esplicitati in dettaglio i nuovi modelli organizzativi ed operativi del sistema dei servizi afferenti ai macrolivelli distrettuale, prevenzione collettiva e ospedaliero.

Oltre a quanto descritto nei singoli paragrafi, nell'**Allegato 2** sono stati raccolti, in forma sintetica, gli obiettivi, le azioni, i tempi e le modalità di verifica specifici per le seguenti aree:

1. Governo clinico e reti ciniche
2. Gestione del rischio clinico
3. Distretto
4. Cure domiciliari
5. Sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti
6. Sistema della riabilitazione e disabilità extra-ospedaliera
7. Consultori
8. Dipendenze Patologiche
9. Salute Mentale
10. Prevenzione Collettiva
11. Governo dolore evitabile
12. Formazione continua

5.1. Le priorità di sistema

Come delineato in premessa del PSR, gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:

- il **potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali** da realizzarsi attraverso il **progressivo spostamento di risorse economico- finanziarie** dal macrolivello ospedaliero e con la **riorganizzazione dell'assetto distrettuale**;
- la **ridefinizione dell'offerta ospedaliera** orientata all'appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza- urgenza;
- il **potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione** individuale e collettiva;
- la **valorizzazione** dell'intero sistema delle **cure primarie**, anche attraverso la promozione delle **forme evolute di associazionismo medico** (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), ecc.).

All'interno di questi obiettivi strategici vengono individuate, per ciascun macrolivello, le **seguenti priorità**, su cui nel triennio concentrare gli sforzi di riorganizzazione e di potenziamento (strutturale, tecnologico e di personale):

Macrolivello ospedaliero

Le reti quoad vitam

- rete emergenza urgenza
- rete cardiologica
- rete neurologica per lo stroke
- rete oncologica ed oncoematologica
- rete nefrodialitica
- rete dei trapianti

Le reti per il miglioramento del funzionamento dell'ospedale

- rete emergenza urgenza
- rete dei servizi di medicina di laboratorio
- rete dei servizi di radiodiagnostica
- rete di medicina trasfusionale

Macrolivello territoriale

- Il sistema di cure domiciliari
- La rete della residenzialità per gli anziani non autosufficienti

- La tutela della salute mentale

Macrolivello della prevenzione collettiva

- I servizi di prevenzione e sicurezza del lavoro

Il potenziamento di tali settori dovrà realizzarsi all'interno del quadro delle risorse concordato con il Governo con l'accordo sul Piano di risanamento 2007-2009.

A fronte di un incremento di risorse da parte del Fondo Sanitario Nazionale del 9.7% nel triennio 2007-2009, come dal prospetto riportato in Tabella 3.

Tabella 3 – Le risorse finanziarie per il sistema sanitario regionale 2007-2009

	2006	2007	2008	2009	2009-2006
F.S.N. come da DDL Finanziaria 2007	2.018	2.080	2.143	2.213	TOTALE
Incremento sull'anno precedente (in mil. di euro)		62	63	70	195
Incremento % sull'anno precedente		3,1%	3,0%	3,3%	9,7%

le manovre di contenimento dei costi previste dal piano di risanamento, per raggiungere l'equilibrio economico alla fine del 2009, permettono un incremento dei costi nel triennio del 3.9% (Tabella 4).

Tabella 4 – I costi del sistema sanitario regionale 2007-2009

	2006	2007	2008	2009	2009-2006
Costi	2.210	2.258	2.268	2.296	TOTALE
Incremento sull'anno precedente (in mil. di euro)		48	11	28	86
Incremento % sull'anno precedente		2,2%	0,5%	1,2%	3,9%

Il differenziale esistente tra incremento del fondo (195 milioni nel triennio 2007-2009) e incremento dei costi (86 milioni nello stesso triennio) è destinato al progressivo riequilibrio della situazione economico-finanziaria del Sistema Sanitario regionale. Il potenziamento dei macrolivelli ad elevato grado di priorità del Piano, pertanto, va realizzato nel rispetto del vincolo definito dall'incremento dei costi previsto e pari, nel triennio, a 86 milioni di euro.

Sul piano economico, per permettere il riequilibrio tra macrolivelli attualmente fortemente sbilanciato a favore di quello ospedaliero, l'insieme dei programmi e delle azioni previste dal Piano Sanitario Regionale dovranno determinare la progressiva stabilizzazione delle risorse assorbite dal macrolivello ospedaliero affinché, al termine dell'esercizio 2009, i costi complessivi dello stesso non superino quelli registrati per l'esercizio 2006. Tale risultato, perseguibile attraverso l'attuazione degli interventi di razionalizzazione già definiti con la LR 20/2006, dal piano di riordino dei posti letto ospedalieri (LR 6/2007) e dall'implementazione delle azioni previste nel presente piano, consentirà di orientare l'intera disponibilità economica del triennio, determinata dagli incrementi di costo previsti per lo stesso periodo, al potenziamento ed allo sviluppo dei macrolivelli extraospedalieri.

Sempre in merito agli aspetti economico-finanziari, va inoltre considerato che:

- i programmi e le azioni di sviluppo dei macrolivelli extraospedalieri, limitatamente ai settori prioritari, potranno assumere dimensioni più significative in funzione delle opportunità di ulteriori rimodulazioni nell'allocazione delle risorse tra macrolivelli determinate dall'avvio di circoli virtuosi orientati al sistematico miglioramento dei livelli di appropriatezza dell'attività ospedaliera;
- il raggiungimento, nel corso del triennio, di maggiori economie di spesa sui diversi fattori di produzione potrà permettere un incremento di risorse disponibili da destinare anche alle aree di intervento sanitarie non individuate come prioritarie.

Rimangono naturalmente escluse, da questa previsione, le spese per investimenti strutturali e tecnologici che attingono ad altri fondi governativi.

5.1.1. Il percorso di transizione al nuovo assetto dei servizi

Il presente PSR, congiuntamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera (LR 6/2006), disegna un sistema di razionalizzazione dell'offerta orientato fundamentalmente a ridurre l'attuale quadro di forte squilibrio nella distribuzione territoriale dei servizi che garantiscono i LEA, prevedendo lo sviluppo dei servizi più vicino ai luoghi dove si manifestano i bisogni di salute della popolazione, avviando nei fatti il processo di contrasto alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari.

Per perseguire tale obiettivo il sistema pubblico e privato è chiamato quindi ad un'opera di profonda trasformazione che dovrà realizzarsi nel periodo di validità del presente Piano Sanitario e comunque non oltre cinque anni dalla sua approvazione.

La transizione necessita di un forte governo di sistema e di un approccio graduale per affrontare alcuni problemi, tra loro connessi, che tali trasformazioni comportano:

- La difficoltà, da un punto di vista economico, di ridurre rapidamente l'offerta nei territori sovra dotati e contemporaneamente aumentare di pari grado l'offerta nelle zone carenti
- il disorientamento, soprattutto per i pazienti più fragili (anziani, disabili psichici e fisici), che si realizzerebbe con una decontestualizzazione dalle attuali sedi di erogazione delle prestazioni;
- il rischio di un forte impatto negativo sui livelli occupazionali del personale che necessita, inoltre, di percorsi di riqualificazione per lo sviluppo delle nuove competenze che il sistema richiede.

Stante tali premesse il percorso di trasformazione verso il nuovo sistema si articola nei seguenti modi:

1) Entro 90 dalla approvazione del Piano Sanitario:

- a. gli enti pubblici già titolari di strutture sanitarie e socio-sanitarie, predispongono la domanda per nuova realizzazione, ampliamento e riconversione/trasformazione di strutture sulla base del fabbisogno territoriale previsto dal presente PSR;
- b. gli enti privati interessati da programmi di riduzione/riconversione dell'offerta possono presentare un proprio Progetto di Riorganizzazione da sottoporre alla approvazione della Regione, verificata la rispondenza alle linee del presente Piano ed ai tetti di spesa programmati dalla Regione nei diversi livelli assistenziali. All'interno dei Progetti di Riorganizzazione dei singoli gruppi privati dovranno essere previsti programmi di redistribuzione territoriale dell'offerta eccedente verso zone carenti, da attuare nel periodo di vigenza del Piano Sanitario.

2) Nei successivi 90 giorni la Regione rilascerà l'autorizzazione alle nuove realizzazioni, ampliamento o riconversione/trasformazione sulla base delle seguenti priorità di attribuzione:

- a. enti pubblici;
- b. enti privati interessati da programmi di riduzione/riconversione dell'offerta;
- c. enti privati non interessati da programmi di riduzione/riconversione dell'offerta, con comprovata esperienza nei settori di competenza **a quelli già operanti, situati in zone disagiate;**
- d. altri enti privati.

3) Ai fini del progressivo riequilibrio pubblico/privato dell'offerta globale dei posti della residenzialità si prevede la riserva obbligatoria di almeno il **50%** in favore delle strutture pubbliche, le quali sono tenute ad assicurare il pieno utilizzo fino alla concorrenza dei livelli accreditati.

4) Tenendo conto dei dati storici di occupazione e dell'utenza extra-regionale- anche la fine di salvaguardare i livelli occupazionali - i posti letto residenziali privati attualmente accreditati possono continuare ad operare, in deroga al presente piano, fino al termine previsto dai progetti di riorganizzazione, **e comunque entro un anno dal rilascio dell'autorizzazione**, fermi restando i tetti di spesa e il piano delle prestazioni fissati dalla Regione.

Nell'autorizzazione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nonché di quelle che attuino processi di ampliamento, riconversione/trasformazione, costituisce, ai

sensi della L.R. 6/07, priorità la ricollocazione di personale risultante in esubero a seguito di processi di rimodulazione e/o riorganizzazione attuati da altre strutture, pubbliche e private. La ricollocazione di tale personale è subordinata alla preventiva concertazione con le OO.SS. di categoria, associata a specifico percorso di riqualificazione.

5.1.2. La stima di impatto economico del PSR 2008-2010

La stima di impatto economico complessivo del presente PSR tiene conto delle azioni e del quadro economico-finanziario previsti nell'accordo sottoscritto con il Governo con il Piano di risanamento 2007-2009.

Nella Tabella 5 viene presentato l'impatto economico delle principali azioni previste dal PSR:

1. Potenziamento e riqualificazione Dipartimento Prevenzione
2. Riassetto Distretti
3. Potenziamento emergenza e continuità assistenziale
4. Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa
5. Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa psichiatrica
6. Regolazione assistenza specialistica territoriale
7. Riassetto organizzativo pazienti con dipendenze patologiche
8. Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per anziani e non autosufficienti
9. Potenziamento assistenza territoriale terminali
10. Potenziamento cure domiciliari
11. Spesa Farmaceutica Territorio e ospedale
12. Riassetto rete ospedaliera
13. Altri Programmi

riferite alle macrovoci del modello CE (Conto Economico) concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanza.

Nell'**Allegato 4**, per le stesse azioni, vengono presentate le stime di impatto (costi emergenti, cessanti e saldo) suddivise per gli anni di vigenza del piano (2008, 2009, 2010) sempre all'interno del quadro economico programmatico concordato con i Ministeri.

Per l'anno 2010, sul versante dei ricavi, si è posto un valore di incremento del FSN pari all'incremento percentuale del 2009 sul 2008. Sul versante dei costi si è previsto un incremento del 2%, incremento che inizia a riallinearsi con la percentuale di incremento dei ricavi dal FSN.

Sotto la voce altri programmi sono state inserite le stime relative a tutte le azioni, previste nel PSR e non ricomprese nell'elenco delle azioni precedentemente citate (comprese quelle derivanti dalla semplificazione delle procedure amministrative).

Tabella 5 – I valori economici (saldo) delle azioni previste nel PSR 2008-2010, rapportati alle voci del CE.

valore della produzione	Programmatico 2007	Potenziamento e riqualificazione Dipartimento Prevenzione	Riassetto Distretti	Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa	Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa psichiatrica	Regolazione assistenza specialistica territoriale	Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per anziani e non autosufficienti	Potenziamento assistenza territoriale terminali	Potenziamento cure domiciliari	Spesa Farmaceutica Territorio e ospedale	Riassetto rete ospedaliera	Altri Programmi	Totale Programmi	Programmatico 2010
- contributi F.S.R.	2.080,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	203,000	203,000	2.283,000
- saldo di mobilità	4,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
- entrate proprie	72,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	72,000
totale entrate	2.156,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	203,000	203,000	2.359,000
costi della produzione														
- assistenza farmaceutica convenzionata	268,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	20,000	0,000	0,000	20,000	288,000
- assistenza sanitaria di base	135,660	0,000	5,840	0,000	0,000	0,000	0,900	0,841	1,400	0,000	0,000	0,000	8,981	144,641
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	413,000	0,000	0,000	-6,880	-13,020	-4,600	4,000	0,000	0,000	0,000	-15,100	0,000	-35,600	377,400
<i>ospedaliera convenzionata</i>	194,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-13,000	0,000	-13,000	181,000
<i>altra assistenza</i>	219,000	0,000	0,000	-6,880	-13,020	-4,600	4,000	0,000	0,000	0,000	-2,100	0,000	-22,600	196,400
- altri costi esterni	31,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,426	4,426	35,426
totale costi esterni	847,660	0,000	5,840	-6,880	-13,020	-4,600	4,900	0,841	1,400	20,000	-15,100	4,426	-2,194	845,466
prodotti farmaceutici	134,860	0,000	0,000	0,000	0,000	0,750	2,000	3,100	2,250	18,324	23,000	0,000	49,423	184,283
acquisto di beni	173,000	1,000	0,015	0,000	0,000	0,300	0,500	0,300	0,400	-0,026	4,489	0,000	6,978	179,978
acquisto di servizi	211,000	4,000	0,060	0,000	0,000	0,000	5,500	4,010	3,500	6,859	14,071	0,000	38,000	249,000
costi del personale di cui:	778,000	2,090	1,150	2,625	0,000	4,170	2,610	1,050	1,050	0,000	-11,080	-3,640	0,025	778,025
<i>personale</i>	750,000	2,000	1,150	2,500	0,000	4,000	2,500	1,000	1,000	0,000	-9,150	-3,500	1,500	751,500
<i>accantonamenti per personale</i>	28,000	0,090	0,000	0,125	0,000	0,170	0,110	0,050	0,050	0,000	-1,930	-0,140	-1,475	26,525
accantonamenti per rischi	6,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	6,000
oneri fiscali	56,000	0,155	0,090	0,188	0,000	0,315	0,195	0,075	0,075	0,000	-2,025	-0,280	-1,213	54,788
oneri finanziari	15,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-15,000	-15,000	0,000
altri costi interni	36,000	0,000	0,020	0,000	0,000	0,000	0,000	0,250	0,315	0,000	0,000	1,319	1,904	37,904
totale costi interni	1.409,860	7,245	1,335	2,813	0,000	5,535	10,805	8,785	7,590	25,157	28,454	-17,601	80,118	1.489,978
totale costi produzione	2.257,520	7,245	7,175	-4,068	-13,020	0,935	15,705	9,626	8,990	45,157	13,354	-13,175	77,924	2.335,444
saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazione rimanenze	15,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	8,555	8,555	23,555
totale costi al netto dei ricavi straordinari	2.272,520	7,245	7,175	-4,068	-13,020	0,935	15,705	9,626	8,990	45,157	13,354	-4,620	86,479	2.358,999
risultato dell'esercizio	-116,520	-7,245	-7,175	4,068	13,020	-0,935	-15,705	-9,626	-8,990	-45,157	-13,354	207,620	116,521	0,001

5.2. Macrolivello Territoriale

Il presente *PSR 2008-2010* affida al macrolivello territoriale un mandato che ne caratterizza ed al contempo ne esalta il ruolo nel nuovo sistema sanitario abruzzese.

E' necessario quindi superare la declinazione del macrolivello territoriale inteso come:

- una articolazione aziendale caratterizzata dal luogo di collocazione dei servizi di erogazione;
- un livello che raggruppa tipologie omogenee di assistenza, deputate alla soddisfazione dei bisogni di salute dei territori;
- il macrolivello a cui sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

L'obiettivo ambizioso ed innovativo della scelta di sviluppare un sistema territoriale strutturato ed evoluto, può essere colto solo se si è in grado di rappresentare una organizzazione:

- che sia capace di attivare una rete dell'integrazione, della presa in carico e della continuità dell'assistenza;
- che proponga e sottoscriva un contratto con i cittadini;
- che sappia valutare e programmare;
- che eserciti un ruolo attivo e non marginale o d'attesa;
- che gestisca le risorse in modo flessibile e sia attenta agli esiti;
- che si renda visibile ed accessibile;
- che sappia ripensare e riprogettare nella qualità;
- che sappia assumere un ruolo diretto e responsabile, e non delegato o differito;
- che sappia realizzare un sistema articolato ed appetibile per i professionisti.

5.2.1. Premessa

"La persona al centro del sistema" è l'obiettivo che ispira la politica sanitaria abruzzese, in grado di costruire un'adeguata rete di servizi territoriali capace di rispondere ai bisogni di una popolazione che presenta un quadro sempre più marcato di cronicità.

In quest'ottica si procede alla costruzione di un nuovo modello di Distretto, il quale, attraverso il complesso *sistema integrato* di attività e servizi, renda possibile:

- **la presa in carico globale e continuativa del cittadino- paziente;**
- **il monitoraggio del bisogno;**
- **il governo della domanda.**

Nel quadro di riordino previsto dal presente PSR " Un sistema di Garanzie per la salute" lo sviluppo di un sistema integrato delle cure territoriali rappresenta un'alternativa ed una importante opportunità per superare una articolazione organizzativa, del sistema sanitario regionale, incentrata storicamente sulla preponderante risposta ospedaliera ai bisogni di salute dei cittadini.

La necessità di sviluppare una integrazione organizzativa dell'articolato sistema delle cure primarie e territoriali, rendendole concretamente più vicine ai bisogni dei cittadini ed in grado di esercitare una effettiva presa in carico dei bisogni di salute espressi, rappresenta inoltre una *opportunità* concreta per superare un grande problema che, nella ridefinizione del ruolo della rete ospedaliera all'interno del SSR, impatta negativamente sulle realtà locali. Spesso infatti la necessità di ottimizzare la rete dell'offerta, ospedaliera, e di razionalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, è interpretata e vissuta come un ridimensionamento inaccettabile, un allontanamento dei servizi sanitari dal luogo della esplicitazione del bisogno.

Lo sviluppo di un sistema in grado di rispondere in modo articolato, con diversi livelli di intensità dell'assistenza erogata, fortemente integrato con il concreto coinvolgimento dei vari attori istituzionali, pubblici privati e del volontariato, rappresenta l'evoluzione di un sistema sanitario regionale in grado di effettuare una reale presa in carico delle fragilità espresse dai territori e dalla popolazione di riferimento.

Le logiche e le priorità

Le attribuzioni che il D.Lgs.229/99 assegna al Distretto definiscono direttrici chiare e certe verso lo sviluppo di modalità operative e gestionali che devono trovare concretizzazione nella realizzazione di livelli omogenei di offerta territoriale. In particolare il ruolo strategico che il nuovo piano sanitario regionale affida al macrolivello territoriale, si realizza attraverso le azioni descritte.

- Ripensare il sistema di organizzazione in un ottica di sistema regionale.
- Riduzione del numero di distretti dagli attuali 44 (sui 73 previsti dal PSR 1998-2001) a 24 con contestuale ridefinizione degli Ambiti Sociali.
- Attivazione di modalità operative e gestionali basate sulle migliori pratiche presenti nella regione.
- Introduzione e sviluppo di sistemi di valutazione del bisogno e dell'organizzazione e costruzione di adeguati flussi informativi regionali.
- Realizzazione di modalità adeguate di gestione domiciliare del paziente multiproblematico e sviluppo di strumenti operativi di continuità di cura e di presa in carico.
- Attivazione in tutti i Distretti, in concerto con l'Ambito Sociale Territoriale di riferimento, di **Unità di Valutazione Multidimensionale** Distrettuale e dell' *Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali* in modo che ogni Distretto sia in grado di realizzare la valutazione e la "presa in carico" dei bisogni del cittadino, strutturi percorsi di cura ed assistenza, utilizzi al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria.
- Sviluppo delle reti integrate dell'offerta territoriale della regione attraverso la definizione di percorsi a diverso livello di intensità assistenziale.
- Completamento e potenziamento dei servizi a gestione diretta di cure domiciliari, delle residenze sanitarie assistenziali della riabilitazione extraospedaliera ed introduzione di nuovi modelli organizzativi come Ospedali di Comunità ed Hospice.
- Attivazione di meccanismi e strumenti di continuità dell'assistenza e di dimissione protetta (intesa come modalità per garantire la presa in carico dei pazienti da parte dell'UVM durante gli ultimi giorni di degenza ospedaliera).
- Introduzione di modalità operative di integrazione tra i professionisti, ricerca di strumenti idonei al trasferimento delle informazioni utili, definizione di modalità di passaggio ai diversi livelli della rete territoriale. Attraverso accordi decentrati/integrativi vanno create le condizioni per valorizzare il ruolo del medico di medicina generale, quale vero case-manager dei percorsi assistenziali e lettore/interprete dei bisogni sanitari della comunità.
- Realizzazione del **Punto Unico di Accesso** ai servizi territoriali e definizione dei livelli d'integrazione socio sanitaria.
- L'uso **flessibile ed integrato** delle risorse.

Partendo dalle risorse disponibili nelle singole realtà e sulla base delle esperienze consolidate di integrazione socio sanitaria presenti nel territorio regionale, ogni Distretto deve definire la mappa dell'offerta (es. Piani comunitari di salute) in accordo con gli Ambiti sociali, per la tutela dei soggetti "fragili"(tutela materno infantile e adolescenza; disabilità, cronicità e demenza; salute mentale e dipendenza.).

Luogo di reale accettazione della rete dell'offerta dei servizi territoriali è il Punto Unico di Accesso, in integrazione funzionale ed organizzativa con gli UPS, che deve rappresentare una modalità diffusa nel territorio regionale.

La scelta di fondo dell'azione di governo regionale vede la *centralità del territorio* (comunità - distretto - dipartimento di prevenzione - medico di medicina generale), la *promozione della cooperazione* tra i soggetti erogatori per garantire l'integrazione e l'appropriatezza dei diversi livelli assistenziali, *l'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale* come strategia operativa di fondo partendo sempre dall'integrazione socio- sanitaria.

LEA Territorio

Nell'evidenza di un sistema territoriale/distrettuale così complesso, scaturisce la necessità che, soprattutto nelle prime fasi, il nuovo sistema sia implementato in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, per garantire il medesimo livello assistenziale a tutta la popolazione abruzzese.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999, recante norme per la razionalizzazione del SSN, conferma la definizione del distretto quale sede di accesso ai servizi sanitari e socio- sanitari per le cure domiciliari, le prestazioni specialistiche, l'assistenza integrativa e protesica in un quadro di continuità dell'assistenza e il DPCM 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (LEA) ne declina la articolazione territoriale nel seguente modo:

- assistenza sanitaria di base
- attività di emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- assistenza termale

Per questo il Distretto assume la responsabilità di garantire a tutti i cittadini del proprio territorio di competenza le prestazioni e le attività comprese nei LEA del territorio, attraverso i quali, con la presa in carico globale e continuativa del paziente, ne programma il passaggio tra i diversi setting dei servizi.

Il sistema di monitoraggio

E' necessario che, partendo dall'analisi degli indicatori di salute della popolazione, si costruisca un capillare sistema di monitoraggio dei bisogni al fine dell'ormai imprescindibile riequilibrio degli interventi tra ospedale e territorio, della riprogrammazione del sistema dell'offerta dei servizi per raggiungere un soddisfacente standard d'efficacia e d'efficienza e il controllo della spesa.

Il presente piano introduce un **sistema integrato di indicatori di monitoraggio** del macrolivello territoriale che si compone anche:

- del sistema di monitoraggio RUG per la Rete residenziale;
- della Scheda di Rilevazione dell'Attività Domiciliare RAD, introdotta dal Mattone 13 per la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e ripreso dal Sistema delle Cure Domiciliari-Linee Guida;
- dei flussi informativi che alimentano i sistemi regionali Co.Di. (Controllo Direzionale) e BSC (Balanced ScoreCard);
- degli indicatori dei flussi informativi nazionali.

5.2.2. Gli strumenti di programmazione e ruolo dei Comuni

Gli strumenti per la programmazione integrata e negoziata dei servizi, a livello locale, sono il Piano delle Attività Territoriali di cui è titolare il Distretto, ed il Piano di Zona, la cui titolarità spetta all'Ente di Ambito Sociale, con l'apporto sinergico delle molteplici realtà locali.

Entrambi i Piani sono l'espressione di una intera comunità che assume in prima persona la responsabilità del proprio benessere, e concorrono a costruire la rete dei servizi integrati, attraverso un'offerta sempre più diversificata dei servizi alla persona, assicurando benessere inteso come stato di equilibrio tra diversi fattori.

Il PAT ed il PdZ dovranno, necessariamente coincidere nei contenuti della programmazione dell'area dell'integrazione sociosanitaria, anche se approvati con modalità temporali diverse. A tal fine, sarà utilizzato lo strumento dell'accordo di programma, tra ASL ed Ambito Sociale, che dovrà recepire quanto previsto dal PdZ o dal PAT in materia di servizi e risorse da attivare nell'area dell'integrazione sociosanitaria.

5.2.2.1. Piano delle attività territoriali (PAT)

Il Decreto Legislativo n. 229 del 19/06/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30/11/1998 n. 419", identifica il Distretto come il luogo e il Piano delle Attività Territoriali (PAT) come lo strumento operativo dell'integrazione degli interventi a promozione e tutela della salute.

E' il Distretto che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel *Programma delle attività territoriali*. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Il Programma delle Attività Territoriali, basato sul principio dell' intersettorialità degli interventi, cui concorrono le diverse strutture operative, prevede la localizzazione dei servizi, determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Unità Sanitaria Locale e degli Ambiti Sociali Territoriali, nonché la localizzazione dei Presidi per il territorio di competenza. E' proposto - sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci del Distretto - dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Direttore Generale mediante accordo di programma con l'Ambito Sociale Territoriale coincidente con il Distretto. Nel passaggio dalla sanità alla salute il Piano delle Attività Territoriali, rappresenta un importante strumento per integrare l'attività dei servizi sanitari alla realtà socio- economica del territorio e presuppone una capacità di superamento della programmazione impostata solo sui bisogni sanitari. Il Piano delle Attività Territoriali (PAT) è il risultato di un livello di pianificazione strategica in cui si interfacciano sia gli organismi che storicamente si sono occupati di promozione e tutela della salute sia gli altri enti territoriali (Comuni, Comunità Montane, Province, alcune amministrazioni statali, Associazioni di volontariato, IPAB), al fine di ottenere una sinergia di obiettivi e un miglior uso delle risorse impiegate.

L'elaborazione del PAT deve tendere ad una integrazione di risorse e di attività che solitamente sono già presenti sul territorio, ma che molto spesso si trovano ad agire in modo isolato discontinuo e disomogeneo. Considerate le numerose variabili che entrano in gioco nella malattia, l'integrazione delle attività, delle competenze e delle conoscenze permette la creazione di una rete di Enti Locali che possano agire insieme in modo coordinato, controllando congiuntamente i vari fattori di rischio, che un solo ente difficilmente potrebbe monitorare. Come ricordato nel D.L.229/99, il Distretto diventa il contesto territoriale per l'attuazione del PAT in quanto rappresenta l'area privilegiata in cui fare confluire le diverse strutture operative che si muovono all'interno del territorio, ma che non necessariamente hanno una dipendenza gerarchica dal Distretto stesso. La pianificazione distrettuale è una vera pianificazione strategica che, nel controllare il territorio, inteso come lo spazio funzionale e relazionale, consente la realizzazione, nel campo della salute, dei profili assistenziali adeguati, con le necessarie possibili combinazioni fra i livelli di assistenza sociosanitaria e le relative infrastrutture. Attraverso una profonda conoscenza delle realtà territoriali, il Distretto, con l'attivazione del PAT, diventa cioè in grado di governare e di integrare tutti i vari percorsi di " *produzione* " di salute presenti nel suo territorio, anche con la messa in atto di " *piani d'uso del territorio*".

In linea generale il PAT, quale strumento che definisce gli obiettivi di salute del territorio, deve contenere:

- l'analisi dei bisogni e della domanda di salute a livello locale;
- i percorsi per interfacciare tutti gli Enti e le associazioni che entrano a far parte del PAT;
- gli obiettivi di salute integrati con gli obiettivi presenti nel Piano di Zona e relativi alle aree minori, famiglia, anziani, disabili e inclusione sociale;
- l'accessibilità, la qualità, la quantità dei servizi e delle prestazioni (con riferimento e collegamento all'attività afferente al PUA), nonché la leggibilità dei fenomeni evidenziati attraverso la strutturazione di un Osservatorio Sanitario, da prevedere presso l'Agenzia Sanitaria Regionale;
- la previsione delle risorse necessarie per garantire l'implementazione del PAT;
- gli indicatori per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Comitato dei Sindaci di Distretto

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, previsto dall'art. 3 quater del D. L.vo 502 e s.m.i., approva, entro 45 giorni dalla presentazione al Comitato, la proposta del Piano delle Attività Territoriali, formulata dal Direttore del Distretto. In caso di mancato pronunciamento entro il tempo previsto da parte del Comitato, il Piano si intende approvato,

Il Comitato dei Sindaci di Distretto concorre alla verifica del raggiungimento degli obiettivi definiti nel PAT.

5.2.2.2. Piano di Zona (PdZ)

La nuova articolazione del Governo Locale si delinea con la Legge quadro 328/2000 che, all'art. 19 prevede che Comuni, singoli o associati, di intesa con le Asl e gli altri organismi presenti sul territorio definiscano il *Piano di Zona* per la gestione unitaria del sistema locale degli interventi sociali e socio- sanitari in rete.

Il *Piano di Zona* rappresenta lo strumento per eccellenza per progettare le politiche, organizzarle e realizzarle; esso assume una fondamentale rilevanza per la costruzione di un sistema locale di interventi e servizi integrati, differenziati secondo il *profilo sociale* del territorio di riferimento.

E' dunque lo strumento di programmazione per la gestione unitaria dei servizi alla persona ed attua, a livello locale, le scelte e gli obiettivi di politica sociale, previsti dal Piano Sociale Regionale.

Benché la regia del processo programmatico sia affidata ai Comuni, singoli o associati, viene ad essere valorizzata la funzione strategica della partecipazione, della responsabilità e della progettualità condivisa, in cui tutti gli attori sociali e istituzionali assumono impegni concreti secondo logiche condivise di priorità, e di compatibilità con le risorse, utilizzando accordi di programma interistituzionali per concordare modalità e percorsi organizzativi, e relative competenze gestionali, rispetto ai servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, che richiedono risposte integrate, unitarie e coerenti al bisogno di benessere e salute dei cittadini in uno stesso territorio.

Infatti il processo di costruzione dei PdZ parte dal territorio e si sviluppa attraverso il lavoro di tavoli tecnici e tematici cui partecipano non solo le istituzioni (Comuni, Province, ASL, alcune amministrazioni statali...), ma anche i rappresentanti della cooperazione sociale e del volontariato, le IPAB, le organizzazioni sindacali e le varie forme di associazionismo.

Il sistema delle responsabilità e le specifiche attribuzioni di competenza vanno ripartite tra i diversi livelli istituzionali che coniugano, con il PdZ, le istanze delle rappresentanze con la promozione e protezione degli interessi specifici della popolazione.

Il Piano di Zona è l'occasione offerta alle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare l'offerta dei servizi alla persona, e va realizzato come un piano regolatore del funzionamento dei servizi stessi, nell'ottica della rete e fondato sul principio della intersectorialità.

In particolare il Piano di Zona è lo strumento per:

- dare risposte ai bisogni emergenti dal territorio, costruendo il profilo sociale locale, definendo obiettivi coerenti con le indicazioni del piano sociale regionale;
- individuare gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- stabilire le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità;
- stabilire le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- individuare le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- stabilire le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti del terzo settore, individuando, in materia di integrazione sociosanitaria, la ripartizione della spesa a carico di ciascun soggetto coinvolto nelle azioni programmate;
- attivare approcci integrati, attraverso percorsi di presa in carico integrata (UVM)
- prevedere sistemi e modalità per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

5.2.2.3. Piani per la salute

I piani di salute o per la salute sono strumenti di pianificazione che, passando attraverso un processo interpretativo dei bisogni del comprensorio e seguendo una logica d'integrazione socio-sanitaria, mirano a razionalizzare i programmi d'intervento". Essi sono elaborati e realizzati grazie al concorso di una pluralità di attori coordinati dalle Aziende ASL ed hanno lo scopo di migliorare la salute della popolazione, anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria . L'Assessorato regionale alla sanità promuoverà, dopo l'approvazione del Piano sanitario regionale, una deliberazione per precisare fasi, metodologie ed ambiti di intervento.

5.2.3. Architettura dei distretti

5.2.3.1. Funzioni

Il Distretto deve garantire l'erogazione dei LEA, afferenti al Macrolivello del Territorio ad eccezione delle prestazioni proprie del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche. La connotazione del Distretto, per quel che concerne la dimensione territoriale, le funzioni e risorse, le attribuzioni del Direttore di Distretto è ben delineata negli artt. 3- quater, 3- quinquies, 3- sexies e 3- septies del D.L.vo 229/99.

Tuttavia, si ritiene necessario puntualizzare alcuni aspetti che sono da ritenere concettualmente inderogabili nella costruzione e nell'assegnazione delle funzioni del nuovo Distretto:

- *Pianificazione e programmazione* delle attività territoriali e definizione della dotazione strutturale delle risorse (strumentali, tecnologiche, umane) necessarie all'elaborazione del PAT.
- Lo sviluppo *dell'integrazione socio- sanitaria* con gli Enti d'Ambito, anche attraverso meccanismi di delega, accordi di programma, di cui il Piano di Zona costituisce lo strumento prioritario.
- *L'erogazione* di attività e servizi sanitari efficaci ed efficienti attraverso produzione diretta (anche attraverso lo sviluppo di percorsi integrati con l'Ospedale e con gli altri Dipartimenti e/o strutture Aziendali) e committenza verso altre strutture produttive aziendali e strutture extraaziendali.

Al Distretto sono pertanto attribuite, nell'ambito del processo di budget, risorse definite in rapporto ai bisogni di salute della popolazione e degli obiettivi fissati nel Programma delle Attività Territoriali.

Nella fase di assegnazione delle risorse la Direzione Aziendale dovrà tener conto dei costi riferibili ad attività garantite attraverso accordi e convenzioni stipulati a livello regionale o nazionale.

In ultima analisi, il Distretto è la struttura organizzativo- funzionale dell'ASL volta a realizzare un elevato livello di integrazione fra diversi servizi che erogano le varie prestazioni sia sanitarie sia socio- assistenziali, in modo da costituire una risposta unitaria, coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Esso rappresenta il centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale.

Per le funzioni sopradescritte, il Distretto si articola in aree di produzione omogenee:

- **Assistenza Primaria** cui afferiscono le attività di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica e Integrativa, Protesica, Assistenza Termale, Assistenza a persone affette da HIV, Prevenzione Individuale, Continuità Assistenziale, Guardia Turistica.
- **Assistenza Intermedia** che eroga attività di assistenza Residenziale e Domiciliare.
- **Assistenza Consulteriale** per attività di Assistenza in gravidanza e al puerperio, di Prevenzione dell'IVG, di Prevenzione dei Tumori femminili, dello spazio adolescenziale, di assistenza alla famiglia e del controllo della fertilità.

Per assicurare una gestione integrata e flessibile delle risorse al livello delle tre aree, sono previsti Coordinatori delle Professioni sanitarie specifici per le aree dell'assistenza primaria, dell'assistenza intermedia, dell'assistenza consulteriale, a cui sono ricondotte le seguenti responsabilità:

- dell'appropriato utilizzo dei fattori produttivi;
- organizzazione e coordinamento delle attività specifiche dell'area;
- organizzazione e gestione del personale assegnato;
- gestione e verifica delle richieste di materiale sanitario- farmaceutico e suo utilizzo;
- delle azioni di raccordo con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

A livello di staff della Direzione di Distretto è previsto un livello di Coordinamento delle Professioni Sanitarie Distrettuale, che assume la responsabilità gestionale ed organizzativa delle figure professionali del comparto, assicurandone una gestione integrata e flessibile, e che rappresenta il riferimento per i Coordinatori delle varie aree. Questo ruolo è ricoperto da un Coordinatore delle Professioni Sanitarie proposto dal Direttore del Distretto e nominato dal

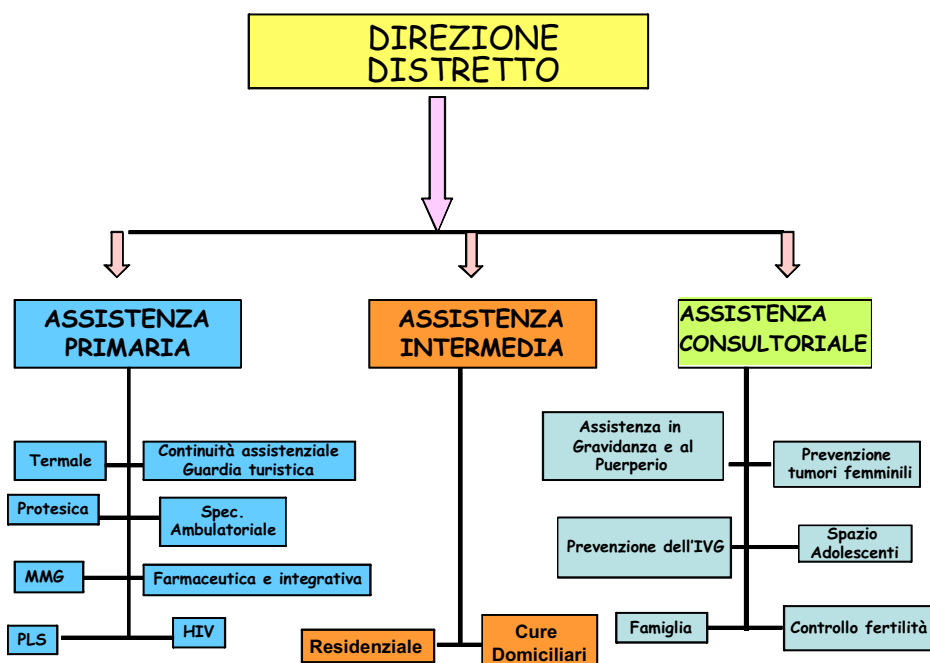
Direttore Sanitario d'azienda in accordo con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie Aziendale.

Uno dei Coordinatori delle Professioni Sanitarie Distrettuali assume responsabilità di Coordinatore delle Professioni Sanitarie Territoriale, partecipando al *Comitato tecnico aziendale delle Attività distrettuali*.

Questa figura si raccorda con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, e assicura la corretta allocazione delle risorse professionali del comparto afferenti al macrolivello territoriale.

Nella Figura 1 sono rappresentate le "linee di produzione" del Distretto.

Figura 1 – "Linee di produzione" del Distretto



5.2.3.2. Articolazione organizzativa

Il Distretto assume una articolazione organizzativa come rappresentato nella Figura 2 e descritto di seguito.

Direzione dei Distretti

Il Direttore del Distretto

Viste le preminenti funzioni del Distretto riconducibili al governo clinico della domanda ed ai servizi alla persona (soprattutto in condizioni di fragilità), il Direttore del Distretto deve necessariamente essere un dirigente medico, con incarico di struttura complessa, individuato dal Direttore Generale sulla base della specifica esperienza maturata nei servizi territoriali e della adeguata formazione nella loro organizzazione.

Il Direttore di Distretto ha le seguenti competenze e responsabilità:

- elabora e propone al Direttore Generale, previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, il Programma delle Attività Territoriali (PAT);
- è responsabile della negoziazione delle risorse di budget di primo livello con la Direzione Generale;
- è responsabile del raggiungimento degli obiettivi concordati, nell'ambito della negoziazione del budget, con la Direzione Generale. Al fine di assicurare omogeneità di metodo nel processo di budget, l'Agenda Sanitaria Regionale, fatta salva l'autonomia aziendale, entro sei mesi dall'approvazione del PSR 2008-2010, elabora apposite Linee Guida di riferimento.
- è responsabile del processo di negoziazione del budget di secondo livello con i Direttori delle strutture complesse e semplici del Distretto;
- è responsabile, sotto l'aspetto gestionale, dei servizi resi dalle articolazioni organizzative del Distretto a livello territoriale (ambulatori, domicilio, ospedale di comunità ecc.);
- è responsabile dell'integrazione organizzativa e funzionale delle figure professionali operanti nelle UU.OO. e nei Servizi che si articolano nel Distretto, al fine di garantire risposte unitarie alla domanda di assistenza accolta attraverso il punto unico di accesso (PUA);

- coordina i processi di integrazione tra il Distretto, i Presidi Ospedalieri e gli altri Dipartimenti Aziendali, nonché con i servizi Sociali degli Enti Comunali e/o d'Ambito insistenti sul proprio territorio.

Unità Operative del Distretto

La *line* produttiva del Distretto è strutturata in Unità Operative alle quali sono affidate le attività di produzione propria del macrolivello distrettuale. La declinazione organizzativa, la definizione delle UUOO, la loro articolazione in Servizi, è lasciata alle determinazioni delle singole aziende, ma dovrà comunque prevedere le seguenti Unità Operative Complesse (UOC) a valenza interdistrettuale.

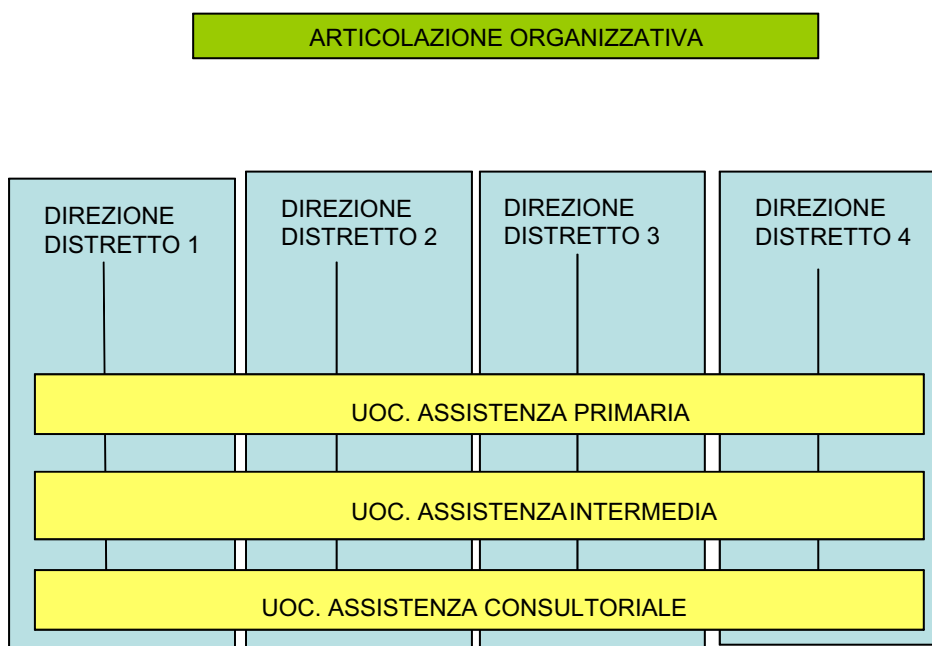
UOC Assistenza Primaria: con responsabilità gestionale ed organizzativa su assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale, assistenza integrativa e protesica.

UOC Assistenza intermedia: con responsabilità gestionale ed organizzativa su cure domiciliari, residenziali, semiresidenziali e riabilitazione territoriale.

UOC Assistenza Consultoriale: con responsabilità gestionale e organizzativa sulle attività di Assistenza in gravidanza e al puerperio, di Prevenzione dell'IVG, di Prevenzione dei Tumori femminili, dello Spazio adolescenziale, di assistenza alla famiglia e del controllo della fertilità.

In ciascuna azienda possono essere presenti, per ognuna delle aree produttive omogenee, più UOC interdistrettuali, comprendenti almeno due Distretti, in relazione alla complessità organizzativa, dipendente dalla dimensione dei distretti (popolazione e territorio), dalle attività in gestione diretta e dalle risorse (umane ed economiche) da gestire (Figura 2).

Figura 2 – Articolazione organizzativa del Distretto



Struttura amministrativa

La struttura amministrativa, Servizio o Unità Operativa, è affidata ad un Dirigente Amministrativo di Distretto, che ha il compito di coordinare le attività seguendo le indicazioni derivanti dalla programmazione delle attività formulate dal Direttore del Distretto.

Ha la responsabilità della organizzazione e gestione delle articolazioni previste per il funzionamento del Distretto. Tra cui:

- il front-office distrettuale;
- il pool delle attività polivalenti di back-office del Distretto;
- l'ufficio di Segreteria Distrettuale;
- la predisposizione degli atti amministrativi;
- il supporto al PUA.

Per le attività di cui sopra si avvale di personale proprio, in numero e competenze definite in sede aziendale, anche in base al grado di decentramento delle attività.

Al termine del triennio di validità del PSR, verranno verificate condizioni/compatibilità per realizzare il Dipartimento Aziendale di Assistenza Territoriale come previsto dalla LR 6/2007.

Proiezioni Dipartimenti (DP- DSM- Dip Hosp)

Il Distretto, infine è sede di collocazione funzionale di articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento delle Dipendenze.

I rapporti tra Distretti e Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze, fermo restando il ruolo centrale del Distretto nel governo della domanda, nel rispetto delle specifiche competenze ed in linea con il piano aziendale dei Centri di Responsabilità, si definiscono con specifici accordi aziendali che prevedano:

- la partecipazione integrata alla valutazione dei bisogni dei residenti;
- la definizione delle modalità organizzative dell'offerta delle prestazioni afferenti ai diversi Dipartimenti, con la finalità di garantire agli assistiti una risposta unitaria e completa attraverso una gestione integrata di presa in carico e di continuità dell'assistenza;
- la regolamentazione dell'utilizzo comune di risorse (strutture, attrezzature e personale) e le modalità per la conseguente attribuzione dei relativi costi in contabilità analitica.

I diversi momenti di integrazione organizzativa, programmatica e operativa tra Distretto e Dipartimenti, in ambito aziendale, sono rappresentati da:

- **Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)**, cui partecipano, tra gli altri, i Responsabili dei Dipartimenti o loro delegati e che rappresenta la sede di programmazione del PAT;
- **Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali;**
- **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** che deve essere considerato lo strumento operativo del Piano Sanitario Regionale, così come i Piani di Zona lo sono per il Piano Sociale Regionale;
- **Punto Unico di Accesso (PUA)** attivato a livello distrettuale.

5.2.4. Nuovi modelli organizzativi e operativi

I modelli organizzativi/operativi che devono essere introdotti all'interno del sistema regionale sono mirati al miglioramento dell'offerta assistenziale per poter avvicinare la configurazione delle possibili risposte assistenziali alla complessità derivante dalla cronicizzazione e instabilità del bisogno di salute.

In tal senso si prefigura la garanzia di nuovi disegni organizzativi che possano prendere in carico la persona fragile, in quanto priva del suo pieno potenziale di salute, per inserirla in un sentiero di riacquisizione delle proprie capacità e risorse personali, tramite la definizione di percorsi di cura che valorizzano l'empowerment del cittadino e lo rendono capace di orientarsi più facilmente all'interno della rete dell'assistenza.

Il problema della continuità dell'assistenza è una questione cruciale che investe le responsabilità del distretto, i suoi rapporti con l'ospedale, la sua capacità di governare i diversi fattori produttivi interni ed esterni al sistema di offerta pubblico, comprensivo del privato accreditato e del privato sociale.

La domanda di *continuità dell'assistenza* nasce dall'esigenza di garantire la presa in carico del paziente nei passaggi tra i diversi setting assistenziali (domicilio -> ospedale -> territorio -> residenze -> cure domiciliari), per evitare che il paziente e la famiglia si trovino da soli a ricercare le soluzioni possibili per i problemi da risolvere. Essa si connota principalmente sotto l'aspetto informativo, gestionale e relazionale⁴⁸; il primo aspetto riguarda la capacità comunicativa degli attori professionali nel passaggio di informazione della storia clinica/personale del paziente, la seconda si configura nella gestione del percorso paziente

⁴⁸ Modificato da: Haggerty J L. *Continuity of care: a multidisciplinary review* BMJ 2003;327;1219-1221

attraverso i diversi setting assistenziali, da parte dei soggetti istituzionali/professionali del sistema, adattando il trattamento individuale al decorso/cambiamento della problematica di salute e delle circostanze individuali della persona, il terzo aspetto inerisce la qualità della relazione tra il paziente e i diversi professionisti che si susseguono nel percorso di cura, per poter gestire con competenza la dimensione assistenziale presente, tenendo in considerazione il quadro anamnestico e valutando le potenziali risorse personali in una dimensione prospettica.

In tale senso, la garanzia della continuità dell'assistenza permette di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri inutili o inappropriati, le dimissioni non programmate (talora assimilabili a forme di interruzione non motivata dell'assistenza), il consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche (svincolate da percorsi diagnostico- terapeutici-assistenziali), il consumo di prestazioni assistenziali afferenti a centri di offerta svincolati da una logica di rete e incapaci di interconnettere i diversi centri di responsabilità.

La continuità dell' assistenza assume una rilevanza tutta particolare nella presa in carico dei soggetti fragili (le persone disabili, gli anziani non autosufficienti, le persone affette da patologie in fase terminale) che spesso, per motivi prevalentemente socio- economici, hanno più difficoltà a districarsi all'interno del sistema dell'offerta. Accessibilità e fruibilità dei servizi rappresentano gli elementi fondamentali del concetto di equità: garantire la presa in carico globale dei soggetti fragili, attraverso una organizzazione a rete dei servizi; così come l'utilizzo di strumenti di valutazione del bisogno, finalizzato a determinare la eleggibilità ad un livello idoneo, della rete a differente intensità assistenziale, garantisce la appropriatezza della risposta e dell'uso delle risorse disponibili.

I caratteri qualificanti della continuità dell' assistenza sono :

- L'accessibilità alle prestazioni ed ai servizi (orari, accesso integrato, trasparenza nelle liste di attesa, riduzione dei tempi di attesa);
- L'accoglienza della domanda, l'orientamento e, quando necessario, l'accompagnamento e presa in carico, con particolare riferimento ai soggetti deboli;
- La valutazione integrata del bisogno e la predisposizione e la gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- L'integrazione gestionale e/o professionale tra i servizi distrettuali, tra distretto e produttori accreditati, tra distretto, ospedale ed altri centri di offerta residenziale e diurna;
- Le opzioni assistenziali facilitanti la deospedalizzazione.

In questa ottica *la dimissione protetta*, rappresenta il percorso principale e la modalità con cui assicurare la continuità dell'assistenza all'atto della dimissione ospedaliera, prevenire le riammissioni ospedaliere improprie, garantire il recupero funzionale e, attraverso l'integrazione con i Servizi Sociali, dare una risposta flessibile alle associate problematiche socio-economiche ed abitative degli Assistiti.

All'interno degli attuali sistemi di welfare regionali, per poter garantire pienamente il diritto alla salute, risulta di imprescindibile importanza porre in essere gli strumenti idonei ad una corretta accessibilità al sistema di tutela sanitaria e socio-assistenziale, in modo unitario, integrato equo e fruibile per tutti.

Il D.Lgs. n. 229/99, identifica l'integrazione sociosanitaria nel complesso di "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale".

All'interno dei principi di programmazione e di organizzazione delle attività sanitarie e sociosanitarie e nello stesso Patto per la Salute siglato nel 2006 tra Regioni e Stato emergono indirizzi di facilitazione dell'accesso ai servizi e di semplificazione amministrativa, in modo da semplificare al massimo l'impatto tra sistema sociosanitario e cittadino.

Le persone fragili o non autosufficienti e i loro familiari non devono trovarsi di fronte a "reti" di servizi sanitari e sociosanitari di difficile comprensione, "lontane" e non facilmente accessibili, talora capaci di offrire servizi che la persona non conosce bene e che pertanto utilizza solo marginalmente.

Pertanto l'equità assistenziale delle cure si realizza: sia tramite azioni mirate per agevolare i soggetti con maggiore difficoltà sia con azioni positive che incoraggiano l'accesso alle cure e l'emersione delle domanda inespressa di salute.

Il perseguimento di questo secondo obiettivo di salute, si realizza con il *Punto Unico di Accesso*, strumento privilegiato in grado di avvicinare nel modo giusto i professionisti sanitari e sociali al cittadino.

Il *Punto Unico di Accesso* ai servizi, deve assicurare risposte integrate esaustive e complete, discriminando i livelli di complessità della risposta assistenziale, al fine di rendere più tempestiva la fruibilità di prestazioni, integrare i soggetti istituzionali titolari della risposta assistenziale complessa, migliorare i livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza.

5.2.4.1. Il Punto Unico di Accesso (PUA)

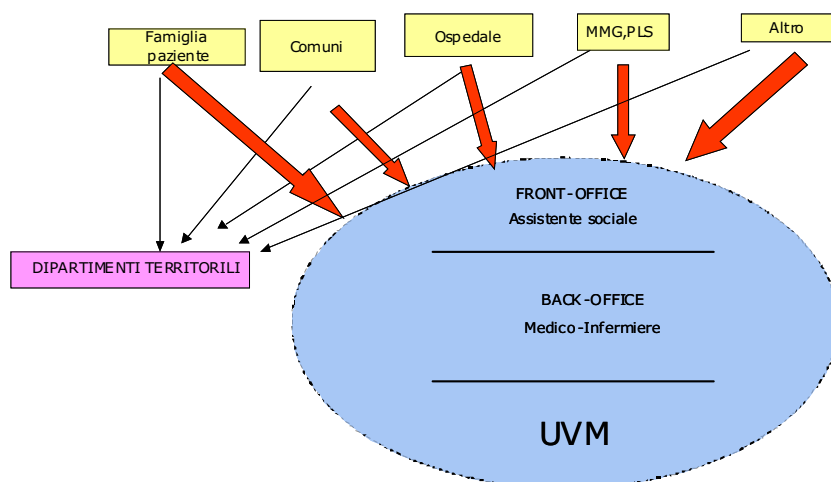
Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per situazioni urgenti ma non comprese nell'emergenza.

E' costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita e i suoi familiari sono spesso costretti ad intraprendere.

Costituisce una struttura integrata di informazione ed accesso, in grado di ridurre il disorientamento dei soggetti portatori della domanda di assistenza; di prima decodifica del bisogno espresso e di supporto ad una scelta informata e consapevole in grado di sviluppare la capacità individuale (del soggetto, dei familiari, dei sistemi di supporto) di selezione del livello più idoneo ed appropriato di assistenza.

Lo schema logico del PUA e la sua collocazione in un sistema di rete regionale, rappresentano la garanzia di equità, appropriatezza, accessibilità, uniformità nei processi di accoglienza e presa in carico, in cui il cittadino svolge un ruolo attivo, informato e consapevole nella costruzione e fruizione del percorso integrato di assistenza.

Figura 3 – Il Punto Unico di Accesso



La rete regionale dei PUA dovrà prevedere strumenti e modalità operative omogenee, attivare forme di contatto, accoglienza e comunicazione unici quali supporti informatici e numero verde regionale. Tale sistema consente anche la standardizzazione delle procedure e la attivazione di flussi informativi di attività e costo.

Ciò implica un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di "passare dal malato che ruota intorno ai servizi, ai servizi costruiti intorno al bisogno della persona", come indicato dal PSN 1998-2000 e confermato dai successivi Piani sanitari nazionali.

Funzioni principali del PUA

- accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali
- informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda
- presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati

Le funzioni sopradescritte si realizzano attraverso le attività seguenti:

Accesso alla rete integrata

- riceve la segnalazione
- decodifica la domanda ed esegue una prima valutazione del bisogno
- registra l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni
- individua i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno

Informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda

- fornisce informazioni attraverso contatto diretto o telefonico, o attraverso indicazioni on line aggiornate in tempo reale, relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema territoriale
- migliora la capacità di scelta individuale rendendo disponibili gli elementi di conoscenza necessari ad un utilizzo dei servizi sanitari consapevole e responsabile
- assiste e supporta i singoli cittadini, gli operatori, i soggetti della rete formale ed informale nella individuazione del livello assistenziale appropriato

Presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati

- consente l'attivazione di prime e rapide risposte, anche esaustive quando si tratta di bisogni semplici
- attiva i primi interventi ed invia ai servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate per non differire la presa in carico
- segnala il caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione delle informazioni all'UVM, per la valutazione del bisogno e per la mobilitazione delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario o sociale

L'attivazione del PUA implica anche una riorganizzazione delle procedure amministrative e burocratiche per semplificare i numerosi passaggi a cui la persona assistita e i suoi familiari devono sottoporsi, con l'individuazione di responsabilità certe per lo svolgimento coordinato di tutte le prestazioni necessarie.

A regime il PUA deve possedere le seguenti caratteristiche:

Sede

Deve avere una sede territorialmente accessibile e deve essere ubicato in ambito distrettuale; può avvalersi di sedi decentrate presso gli "sportelli distrettuali" o gli "sportelli di cittadinanza" (Segretariati Sociali), presenti nei Comuni e nelle associazioni intercomunali. Deve garantire la facile raggiungibilità da parte degli utenti.

La sede deve possedere i requisiti strutturali, organizzativi e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

Dovranno prevedersi:

- Spazi dedicati a funzioni di front-office, in cui siano raccolte informazioni, segnalazioni, archivi, dotati dei necessari mezzi di comunicazione telefonica e telematica; dovrà essere collegata on line con gli altri servizi della ASL ed in particolare con l'U.O. distrettuale per le Cure Domiciliari e con i servizi sociali dei Comuni.

- Spazi adeguatamente "riservati" per colloqui e valutazione del caso assistenziale a maggiore indice di complessità.

La programmazione aziendale individua le sedi del Punto unico di accesso, le risorse a ciò destinate (operatori, attrezzature, spazi), le modalità di copertura dei costi legati al suo funzionamento.

Deve essere garantita una diffusa ed idonea informazione ai cittadini sul PUA, che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso.

Operatività

Il personale e le relative mansioni saranno definite d'intesa tra Distretto e Ambito sociale al fine di garantire unitarietà in tutto il percorso. Le attività di front-office sono assicurate dal profilo professionale della Assistente Sociale, quelle di back-office dalle figure sanitarie (Infermiere e Medico).

Il Distretto, anche in base alla pianificazione locale integrata (PAT e PdZ), individua:

- specifiche figure professionali da inserire nel PUA, tenendo conto che la dotazione minima dovrà prevedere un medico, un assistente sociale dell'Ambito, personale infermieristico e unità amministrative;
- orari di accesso al pubblico, prevedendo una operatività di 8 ore al giorno nella fascia oraria 8-20 nei giorni feriali e 6 ore al giorno nei prefestivi;
- modalità di comunicazione con i diversi servizi sanitari (cure primarie, servizi specialistici, dipartimenti, presidi ospedalieri, etc), servizi sociali istituzionali (Provincia, Ambiti Sociali, Scuola, Tribunale, Prefettura..) e non istituzionali (centri residenziali, RA, cooperative sociali, volontariato..);
- sistema informativo di supporto.

Per un corretto funzionamento, il Punto Unico di Accesso si caratterizza per:

- una regia organizzativa per la predisposizione iniziale del PUA;
- la formazione di personale, l'individuazione dei componenti delle commissioni di valutazione del bisogno e delle competenze dei singoli operatori;
- il coordinamento dei vari professionisti ed Enti territoriali;
- la predisposizione di procedure e di strumenti, strutturali e telematici, e di programmazione specifica dell'attività, con uso di documentazione comune e condivisa;
- l'individuazione di strutture idonee.

Segnalazione

Si tratta di una procedura formalizzata che può essere inoltrata su modelli cartacei (schede), tramite telefono, computer o, semplicemente anche sul piano verbale, che contiene le informazioni fondamentali per definire la domanda di assistenza.

Alla segnalazione seguono altre azioni che possono riguardare l'inoltro diretto a servizi o la richiesta di specifica valutazione preliminare alla presa in carico del caso.

Nei termini indicati si privilegia la segnalazione formalizzata anche a fini statistici e di verifica dei percorsi assistenziali.

Occorre distinguere tra segnalazione ed attivazione degli interventi:

- La segnalazione può giungere da diversi attori: medico di medicina generale, medico ospedaliero, servizi sociali del Comune, diretto interessato, familiari o supporti informali, volontari. Il Punto unico di accesso raccoglie (anche grazie all'ausilio di mezzi di comunicazione oggi disponibili: telefono, fax, e-mail) e analizza le richieste, le integra se necessario (con segnalazione al MMG se la richiesta proviene da altra fonte). Effettua, poi, l'accettazione delle domande e, se il caso è complesso, attiva la Unità di Valutazione Multidimensionale. Questa fase risulta molto importante per la "riconoscibilità" del servizio per il cittadino e per facilitare i rapporti con i diversi operatori coinvolti.
- L'attivazione verrà gestita dagli operatori del PUA, attraverso risposte distrettuali o attraverso risposte dei servizi afferenti alla rete territoriale, che comunque dovranno trasmettere allo sportello la modulistica (scheda di segnalazione e/o impegnativa del medico) al fine di centralizzare in questa sede la determinazione delle prestazioni eseguite ed il numero di utenti assistiti nel sistema, con lo scopo evidente di rendere omogeneo il percorso della raccolta dati.

Relazioni con gli altri contesti

Il PUA come sopra definito presuppone la collocazione all'interno di un "sistema" che si avvale di più risorse e di "reti" clinico- terapeutiche, psico- sociali, solidaristiche, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi.

E' indubbia, in tal senso l'importanza delle reti nei confronti delle fragilità e della cronicità, con particolare riferimento a:

- reti familiari
- reti della solidarietà sociale
- reti sociosanitarie
- reti sanitarie.

Nel corso del 2007 è stato assegnato ai Direttori Generali, negli obiettivi di budget concertati con la BSC, l'obiettivo di attivare almeno in un Distretto di ciascuna delle sei Aziende, un Punto Unico d'Accesso con un'operatività attesa da un minimo di 4 ad un massimo di 8 ore giornaliere.

A conclusione della fase di sperimentazione prevista nel primo semestre del 2008, verificata la compatibilità del modello anche da un punto di vista economico, si prevede la messa a regime e l'attivazione del PUA in tutti i 24 Distretti della regione, entro il primo semestre del 2009.

5.2.4.2. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

La valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio- economiche. Rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno soggettivo del singolo paziente, individuare le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definire gli obiettivi, consentire la presa in carico, valutare gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, deve essere prevista in ciascun Distretto ed è composta da:

- Direttore del Distretto o Direttore della UOC Assistenza intermedia o un loro delegato (Dirigente Medico responsabile delle Cure Domiciliari o di quelle Residenziali);
- MMG componente **eletto nell'UCAD** per l'assistenza primaria;
- il Coordinatore delle Professioni Sanitarie dell'assistenza intermedia (che assume il ruolo di care manager);
- Assistente Sociale del Servizio Sociale d'Ambito;
- MMG dell'assistito o PLS a richiesta dell' UVM.

All'UVM potranno partecipare, oltre al familiare di riferimento (care giver), altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.

- il Geriatra, comunque presente per i pazienti ultrasettantacinquenni;
- il Medico specialista (**fisiatra**, neurologo, cardiologo, etc...) competente per la specifica patologia clinica;
- il referente aziendale per le Cure Palliative o, in mancanza, lo specialista anestesista od oncologo nel caso di valutazione per l'ammissione alle Cure Palliative di malati terminali;
- lo Psicologo del distretto;
- il Medico del reparto nel caso di dimissione protetta.

Costituiscono attività specifiche della UVM:

- analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semi-residenza, residenze sanitarie);
- l'individuazione del responsabile del caso (*Case Manager*) nella prima riunione di valutazione;
- la elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- la rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Gli strumenti proposti per la valutazione del bisogno assistenziale, i cui risultati saranno riportati nel PAI, sono indicati nel documento Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida.

Per quanto riguarda i pazienti disabili si rimanda alla Classificazione Internazionale del Funzionamento delle disabilità e della salute (International Classification of Functioning, Disability and Health – I.C.F.).

5.2.4.2.1. L'UVM nella regolazione dell'accesso al sistema residenziale

A far data da 30 giorni della pubblicazione sul BURA della presente legge, l'autorizzazione all'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali è di competenza esclusiva delle Unità di Valutazione Multidimensionale (di seguito UVM). Sono soggette ad analoga autorizzazione le prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale e domiciliare erogate da Istituti di Riabilitazione ex art. 26.

1) Le UVM deputate al rilascio delle autorizzazioni sono:

- a) L'UVM del Distretto di residenza del cittadino in caso il paziente si trovi nel proprio domicilio;
- b) L'UVM del Distretto in cui insiste la struttura di ricovero in caso di trasferimento del paziente da struttura ospedaliera o da altra struttura residenziale.

Nel caso in cui al punto a) la richiesta viene effettuata su ricettario unico del SSN da parte del medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta dell'assistito. Le strutture distrettuali rilasciano al paziente ricevuta della richiesta con la data di presentazione.

Nel caso di cui al punto b) la richiesta viene effettuata dal responsabile sanitario del reparto ospedaliero o della struttura residenziale in cui è ricoverato il paziente. Le strutture distrettuali rilasciano alla struttura richiedente ricevuta della richiesta con la data di presentazione.

- 2) L'UVM è tenuta a fornire la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi dalla data di presentazione della istanza di attivazione delle prestazioni. Definisce il regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare) e, qualora previsto, il livello assistenziale più appropriato per il paziente.
- 3) Il responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ammissione del paziente, notificherà alla UVM inviante i progetti/programmi di assistenza (es. progetto riabilitativo individuale, programma riabilitativo, progetto riabilitativo di struttura, etc.) definiti dall'equipe sanitarie delle strutture residenziali. In caso di mancata notifica la tariffa giornaliera a carico del SSN verrà decurtata del 50 (cinquanta) % per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica dei programmi/progetti di assistenza.

Nel caso siano trascorsi più di 3 (tre) giorni lavorativi senza parere dell'UVM vale il silenzio assenso, ed il paziente può accedere direttamente alle prestazioni richieste. Tale assenso avrà valore fino alla valutazione da parte dell'UVM che potrà: a) confermare regime e livello di assistenza individuato dalla equipe della struttura; b) proporre modifiche di regime/livello di assistenza; c) disporre, da quella data, la dimissione del paziente o comunque la sua

- 4) esclusione dalla copertura da parte del SSN per quella prestazione. Permane l'obbligo da parte della struttura di ammissione del paziente, di notificare alla Direzione Sanitaria Aziendale dell'Azienda in cui insiste la UVM deputata al rilascio dell'autorizzazione, i progetti/programmi di assistenza entro i termini precedentemente stabiliti. In caso di inadempienza vengono applicate le decurtazioni tariffarie di cui al precedente comma
- 5) Per l'accesso alle strutture residenziali psichiatriche si deve rispettare la seguente procedura:
 - a) Formulazione della richiesta su ricettario unico del SSN, dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista Ospedaliero o convenzionato, completa di diagnosi, indicazione terapeutica, data, timbro e firma del prescrittore;
 - b) **Presentazione della richiesta all'UVM competente territorialmente per residenza del paziente che rilascia una ricevuta della richiesta con la data di presentazione;**

- c) Formulazione del progetto personalizzato da parte dell'UVM nella quale deve essere presente il Dirigente Medico Responsabile del Centro di Salute Mentale territorialmente competente per residenza del paziente;
- d) Autorizzazione da parte del Dipartimento di Salute Mentale competente riportante la tipologia di struttura residenziale per cui si autorizza l'accesso.

L'UVM di cui al punto b) è tenuta a fornire risposta entro 10 (dieci) giorni lavorativi dalla data di presentazione della stessa nonché il relativo progetto personalizzato.

Nel caso siano trascorsi più di 10 (dieci) giorni lavorativi senza che l'UVM abbia espresso il proprio parere, vale il silenzio assenso ed il paziente può accedere direttamente alle prestazioni richieste. Tale assenso vale fino a valutazione da parte della UVM di cui sopra che potrà: a) confermare o modificare regime e livello di assistenza individuato dall'equipe sanitaria della struttura; b) confermare o modificare il progetto personalizzato; c) disporre, da quella data, la dimissione del paziente o comunque la sua esclusione dalla copertura SSN per quella prestazione. E' fatto obbligo alla struttura di ammissione del paziente, di notificare alla Direzione del Dipartimento di Salute Mentale di residenza dello stesso, entro 15 (quindici) giorni il progetto personalizzato. La mancata notifica comporterà una decurtazione della tariffa giornaliera a carico del SSN del 50 (cinquanta) % per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica.

5.2.5. Coordinamento Funzioni Territoriali

Il presente PSR 2008-2010 prevede la istituzione di organi tecnico rappresentativi a livello regionale ed aziendale al fine di:

- perseguire una azione riorganizzativa omogenea, coerente ed efficace;
- rendere il processo condiviso e partecipato;
- definire i livelli di responsabilità e le azioni di pertinenza;
- consentire una coerente assegnazione delle risorse.

5.2.5.1. Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

L'UCAD è un organismo collegiale, elettivo per i componenti della medicina convenzionata e rappresentativo per le UU.OO., Servizi e Dipartimenti che operano e/o si articolano nel territorio di competenza del Distretto. L'UCAD si affianca *in staff* al Direttore del Distretto, con funzioni di consulenza e di proposta in merito ai temi dell'organizzazione e gestione dei servizi e delle attività distrettuali, nonché dei rapporti con le altre strutture aziendali operanti sul territorio distrettuale.

Devono far parte dell'Ufficio di Coordinamento, oltre al Direttore di Distretto che lo presiede, almeno le seguenti figure:

- un MMG per l'assistenza primaria;
- un MMG per la continuità assistenziale;
- un PLS;
- un Medico Specialista ambulatoriale;
- i Dirigenti delle strutture complesse e semplici di Distretto;
- i Direttori, o loro delegati, dei Dipartimenti di Salute Mentale, di Prevenzione e delle Dipendenze;
- il Dirigente Amministrativo di Distretto;
- il Coordinatore delle Professioni Sanitarie Distrettuali;
- un Assistente sociale per il collegamento con gli ambiti;
- altre eventuali figure individuate dal Direttore di Distretto.

Tutti i membri rappresentanti dell'UCAD devono essere operatori del Distretto di riferimento o operativamente collegati con quest'ultimo.

5.2.5.2. Collegio Aziendale Direttori Distretto

Ferma restando l'autonomia tecnico-gestionale di ogni Distretto e la responsabilità gestionale complessiva del Direttore del Distretto, che dipende gerarchicamente e direttamente dalla Direzione Aziendale, si prevede un organismo di coordinamento aziendale, per il perseguimento delle seguenti finalità:

- selezione e condivisione di procedure e strumenti operativi per le attività distrettuali;

- condivisione tra i Distretti di specifici percorsi formativi, di sviluppo e di progetto;
- negoziazione del budget con le UO complesse del distretto;
- omogeneizzazione degli interventi tra i Distretti Aziendali.

Il *Collegio dei Direttori di Distretto* è composto da:

- Direttore Sanitario Aziendale, che lo presiede;
- Direttori di Distretto.

Il Collegio si integra nel *Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali*, per condividere, coordinare e concertare le azioni specifiche da attivare in ambito aziendale.

5.2.5.3. Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali

Rappresenta un coordinamento funzionale territoriale che ha il compito:

- di pianificare e organizzare l'applicazione dei processi di cambiamento della articolazione organizzativa territoriale introdotta dal presente Piano;
- di predisporre procedure e strumenti operativi per le attività distrettuali come indicato nel PSR;
- di agevolare la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello di programmazione e gestione;
- di proporre percorsi di formazione, di sviluppo e di progetto da realizzarsi a livello aziendale;
- di presidiare il perseguimento degli obiettivi generali e specifici previsti dal PSR.

Il *Comitato Tecnico Aziendale dell'Attività Distrettuale* è costituito da un *nucleo stabile* composto da:

- Collegio Aziendale dei Direttori Distretto;
- i Direttori di UOC dell'Assistenza Primaria, Intermedia, Consultoriale;
- un medico di Medicina Generale della ASL operante nel settore dell'Assistenza Primaria nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- un medico della Pediatria di libera scelta della ASL nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- un medico della Specialistica ambulatoriale operante nella ASL nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- il Coordinatore delle Professioni Sanitarie Territoriale;
- uno psicologo nominato dal Servizio Centralizzato di Psicologia;
- un Referente degli Ambiti Territoriali.

Il Comitato si integra con altre figure variabili in relazione a specifiche problematiche:

- -Il Direttore, o suo delegato, del Dipartimento di Prevenzione;
- -Il Direttore, o suo delegato, del Dipartimento del Farmaco;
- -Il Direttore, o suo delegato, del Dipartimento delle Dipendenze;
- -Il Direttore, o suo delegato, del Dipartimento della Salute Mentale;
- -Il Direttore, o suo delegato, del Dipartimento dell'Emergenza e Accettazione Pronto Soccorso;
- -Il Direttore, o suo delegato, del Dipartimento Materno-Infantile;

Per le attività di indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle cure domiciliari il Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali coincide con l'*Ufficio di Coordinamento delle Cure Domiciliari* così come indicato nel documento "Sistema delle Cure Domiciliari Linee Guida".

5.2.5.4. Comitato Tecnico Regionale delle Attività Distrettuali

Viene istituito il *Comitato Tecnico Regionale delle Attività Distrettuali* che ha la funzione:

- di monitorare e verificare l'applicazione dei processi di cambiamento della articolazione organizzativa territoriale introdotta dal presente Piano;
- di verificare la coerenza e lo stato di applicazione delle procedure e degli strumenti operativi per le attività distrettuali adottate nelle diverse ASL;
- di monitorare la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello di programmazione e gestione;
- di proporre percorsi di formazione, di sviluppo e di progetto da realizzarsi a livello regionale e/o aziendale;
- di verificare il perseguimento degli obiettivi generali e specifici previsti dal presente Piano.

In considerazione delle funzioni il *Comitato Tecnico Regionale delle Attività Distrettuali* è composto da:

- Il Direttore dell'Agenda Sanitaria Regionale, in qualità di coordinatore;
- Il Direttore Generale della Direzione Sanità;
- Il Direttore Generale dei Servizi Sociali;
- I Direttori Sanitari Aziendali;
- Un referente dei Direttori di Distretto per Azienda;
- Un referente regionale dei Dipartimenti di Prevenzione;
- Un referente regionale dei Dipartimenti del Farmaco;
- Un referente regionale dei Dipartimenti delle Dipendenze;
- Un referente regionale dei Dipartimenti della Salute Mentale;
- Un referente regionale dei Dipartimenti dell'Emergenza e Accettazione Pronto Soccorso;
- Un referente regionale dei Consulenti Familiari;
- Un referente regionale delle Professioni Sanitarie dell'area dell'Infermieristica;
- Un referente regionale delle Professioni Sanitarie dell'area della Riabilitazione;
- Un referente regionale della Medicina Generale nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- Un referente regionale della Pediatria di libera scelta nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- Un referente regionale della Specialistica ambulatoriale nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- Un referente regionale dei Servizi Centralizzati di Psicologia.

5.2.5.5. Commissione Regionale delle Cure Primarie

Al fine di *coordinare e raccordare le funzioni amministrative* regionali inerenti il sistema delle Cure Primarie nelle ASL abruzzesi si istituisce a livello di Assessorato alla Sanità una Commissione costituita da:

- Direttore Generale della Direzione Sanità, in qualità di Coordinatore;
- Direttori Sanitari aziendali come responsabili dei Collegi aziendali dei Direttori di Distretto;
- Responsabile del Servizio Regionale Risorse Finanziarie;
- Responsabile del Servizio Regionale Assistenza Sanitaria di base e Specialistica;
- Responsabile del Servizio Regionale Farmaceutico;
- Responsabile del Servizio Regionale della Prevenzione;
- Responsabile del Servizio Regionale Informatico;
- Responsabile del Servizio Regionale Assistenza ADI;
- Responsabile del Servizio Regionale Assistenza RSA;
- Rappresentante della Medicina Generale nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- Rappresentante della Pediatria di Famiglia nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;
- Rappresentante della Specialistica ambulatoriale nominato con le modalità previste dagli Accordi nazionali e regionali in materia;

5.2.6. Il sistema dell'Assistenza Primaria

Il sistema dell'Assistenza Primaria rappresenta la porta d'ingresso al Servizio Sanitario, essendo l'espressione della prima e più diretta offerta assistenziale al cittadino che si può rappresentare, all'interno delle prestazioni individuate nel L.E.A. distrettuale, in due sottosistemi:

a) Sistema delle Cure Primarie

- Medicina Generale
- Pediatri di Libera Scelta
- Medici di Continuità Assistenziale
- Guardia Turistica

b) Sistema di supporto alle Cure Primarie

- Specialistica Ambulatoriale
- Farmaceutica e Integrativa
- Protesica

- Assistenza Termale
- Assistenza a persone affette da HIV
- Prevenzione Individuale

Le UUOO che compongono il sistema dell'Assistenza Primaria sono quelle che hanno responsabilità gestionale ed organizzativa di tutte quelle sudette. La Direzione è affidata ad un Dirigente Medico del Distretto, sono dotate di personale a dipendenza diretta o funzionale, a seconda della specificità delle professionalità impiegate.

5.2.6.1. Sistema delle Cure Primarie

Afferisce a quest'area il MMG che ne rappresenta il principale attore, infatti su indicazione del PSN 2006-2008, a proposito della riorganizzazione delle cure primarie e insieme al pediatra di libera scelta, gli viene affidato un maggior coinvolgimento soprattutto nel governo della domanda e dei percorsi sanitari miranti all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

I Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, oltre ai compiti previsti dai loro Accordi Nazionali e Regionali hanno la possibilità di sviluppare forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, coinvolgenti anche i medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali, che consentiranno, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore al giorno, 7 giorni la settimana.

Gli obiettivi che si perseguono sono quindi quelli di fornire/promuovere:

- Servizi più appropriati;
- Continuità assistenziale temporale e di processo (presa in carico del paziente);
- Educazione alla salute;
- Attività specialistiche;
- Abbattimento delle liste di attesa;
- Percorsi assistenziali;
- Integrazione socio- sanitaria;
- Riduzione degli accessi impropri al P.S.;
- Sviluppo dell'informatica medica, telesoccorso, telemedicina nelle aree non urbane, nelle zone montane o a popolazione sparsa.

Il sistema delle cure primarie, poi, deve raccordarsi con quello delle cure ospedaliere con la costituzione, secondo le direttive emanate dalla Regione:

-di équipes fra medici del Territorio e medici dell'Ospedale che gestiscano i Codici Bianchi afferenti ai Pronto Soccorso ospedalieri;

-di équipes fra medici del Territorio, medici Specialisti ed infermieri che abbiano il compito di gestire, coordinati dal Direttore di Distretto interessato, l'Ospedale di Comunità.

La Regione emana direttive per la costituzione di Equipes mediche territorio/ospedaliere:

-per la gestione dei Codici Bianchi afferenti ai Pronto Soccorso;

- per le attività congiunte negli Ospedali Territoriali (Ospedali di Comunità, UTAP).

In questi modelli è prevista la volontarietà di adesione del personale medico e la partecipazione del personale infermieristico nelle strutture ad impronta ospedaliera.

I riferimenti normativi per l'attuazione di tale riassetto organizzativo sono costituiti da:

- D. Lgs. n. 229/1999:
In particolare l'art. 8, comma 1, lettera e: "garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni";
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008:
"determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano in sedi uniche la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore al giorno.
Nelle aree non urbane, nelle zone montane o comunque caratterizzate da popolazione sparsa, nelle quali non sia ipotizzabile l'uso di sedi uniche è necessario promuovere l'uso dell'informatica"
- A.C.N della Medicina Generale in vigore dal "5 marzo 2005: Art. 4, comma 1, lettera c:

“l’organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici ... e la realizzazione della continuità dell’assistenza 24 ore su 24”

5.2.6.1.1. Nuclei di Cure primarie

Nella Regione Abruzzo è ampliata l’offerta assistenziale attraverso l’istituzione e l’incentivazione di nuove forme di associazione per realizzare una copertura dell’assistenza nell’arco delle 24 ore.

Si tratta di modelli organizzativi, denominati Nuclei per le Cure Primarie della Medicina Generale che prevedono la disponibilità del medico di Assistenza Primaria, dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali, e del medico di Continuità assistenziale, dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali e festivi, dalle ore 10,00 alle ore 20,00 dei giorni prefestivi e dalle ore 8 alle ore 20 dei festivi, connessi fra di loro informaticamente in rete o in gruppo con la condivisione di una sede di riferimento.

I Nuclei delle Cure Primarie possono consentire una più appropriata erogazione dei servizi, una più efficace continuità dell’assistenza e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d’attesa, l’attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria.

Questi modelli organizzativi possono avere, inoltre, importanti ricadute sull’accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.

Tali modalità organizzative si pongono come obiettivo prioritario quello di intercettare il bisogno sanitario e non solo, grazie a:

- definizione del percorso assistenziale semplificando l’accesso alle prestazioni;
- integrazione delle varie figure professionali;
- appropriatezza delle prestazioni erogate;
- educazione sanitaria;
- gestione della cronicità.

I Nuclei delle Cure Primarie (NCP), finanziati ogni triennio previa verifica annuale della sostenibilità economica attraverso lo specifico accordo regionale integrativo, si realizzano negli ambiti di scelta definiti dalla delibera di Giunta Regionale n° 132 del 16 febbraio 2000.

I Nuclei delle Cure Primarie operano in base a un regolamento che deve prevedere oltre a quanto previsto nell’ “Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei Rapporti tra i Medici di medicina generale e il SSN”, anche un piano di attività concordato con il Direttore del Distretto.

Essi offrono:

A)-Assistenza H 24 in rete con il coinvolgimento di medici di Assistenza Primaria e medici di Continuità Assistenziale che si rivolgono a un bacino di utenza che comprende una popolazione da un minimo di 6.000 assistiti a un massimo di 9.000 assistiti di età superiore a 14 anni dello stesso ambito di scelta o, previa autorizzazione del Comitato Regionale della Medicina Generale ex art. 24 dell’ACN (Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale) rilasciata dopo istruttoria specifica del Comitato Aziendale, di due ambiti contigui qualora in uno di questi la popolazione residente di età superiore a 14 anni non raggiunga un minimo di 6.000 assistiti così da garantire:

- il collegamento in rete fra i medici di Assistenza Primaria e i medici di Continuità Assistenziale per permettere l’accesso ai dati dei pazienti dei medici di Assistenza Primaria bisognosi di cure da parte dei medici di Continuità Assistenziale consentendo così, attraverso la scheda sanitaria informatizzata (denominata patient’s summary), lo scambio bidirezionale delle informazioni;

e fornire i seguenti servizi:

- l’apertura nella fascia oraria dalle ore 8,00 alle ore 20,00, attraverso il coordinamento degli orari concordati con uno specifico regolamento interno, di almeno uno degli studi dei medici di Assistenza Primaria facenti parte del Nucleo di Cure Primarie;
- **l’assistenza nelle ore notturne, nei prefestivi e nei festivi da parte dei medici di Continuità Assistenziale della postazione di riferimento, che avranno dato la loro disponibilità a far parte del Nucleo di Cure Primarie,**

permettendo a questi ultimi di curare l'aggiornamento della scheda sanitaria informatizzata dei pazienti da essi visitati (obiettività clinica, diagnosi, terapia praticata, motivazione dell'eventuale ricovero) attraverso il collegamento con il sistema informatico del medico di Assistenza Primaria;

- la possibilità di impiego diurno dei medici di Continuità Assistenziale previo accordo regionale e secondo modalità organizzative da definire nel regolamento interno, ai fini del raggiungimento di un impegno orario fino a 38 ore così come previsto dal comma 4 dell'articolo 65 dell'ACN per i medici a rapporto esclusivo di Continuità Assistenziale.

B)-Assistenza H 24 in gruppo con il coinvolgimento di medici di Assistenza Primaria, di medici di Continuità Assistenziale associati o singoli e con l'ausilio di collaboratori di studio presenti nella sede di riferimento dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dei giorni feriali e dalle ore 8,00 alle ore 10,00 dei giorni prefestivi assunti secondo il CCNL (contratto collettivo nazionale) di categoria e di personale infermieristico presenti nella sede di riferimento per 6 ore giornaliere assunto secondo il CCNL di categoria anche attraverso cooperative o società di servizi per svolgere prestazioni all'interno della struttura e prestazioni domiciliari sulla base di specifici accordi aziendali in bacini di utenza che comprendono una popolazione da un minimo di 6.000 assistiti a un massimo di 15.000 assistiti di età superiore ai 14 anni dello stesso ambito di scelta o, previa autorizzazione del Comitato Regionale della Medicina Generale ex art. 24 dell'ACN (Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale) dopo istruttoria del Comitato Aziendale, di due ambiti contigui qualora in uno di questi la popolazione residente di età superiore a 14 anni non raggiunga un minimo di 6.000 assistiti.

Il tutto per garantire:

- il collegamento in rete degli studi dei medici di Assistenza Primaria presenti all'interno della sede di riferimento con i medici di Assistenza Primaria, facenti parte del gruppo, aventi studi decentrati e con i medici di Continuità Assistenziale della postazione di riferimento consentendo così, attraverso la scheda sanitaria informatizzata (denominata patient's summary), l'accesso ai dati dei pazienti che, bisognosi di cure nell'arco delle 24 ore, si rivolgono a sanitari che non sono quelli da loro scelti come medici di fiducia consentendo lo scambio bidirezionale delle informazioni;
- la partecipazione di tutti i medici di Continuità Assistenziale presenti nella sede di guardia medica di riferimento, nel caso in cui il nucleo per le Cure Primarie interessi una sola circoscrizione, in numero superiore al 50 % nel caso in cui il nucleo per le Cure Primarie interessi due circoscrizioni o sedi con due o più medici per turno. In questi ultimi casi le turnazioni dovranno essere articolate in modo che per ogni turno sia in servizio almeno un medico aderente al Nucleo per le Cure Primarie.

e fornire i seguenti servizi:

- l'apertura dalle ore 8 alle ore 20 di uno o più studi nella sede centrale di riferimento
- l'assistenza da parte dei medici di Continuità Assistenziale nelle ore notturne, nei prefestivi e nei festivi prevedendo la possibilità che gli stessi possano operare anche nella sede centrale di riferimento: questi ultimi cureranno l'aggiornamento della scheda sanitaria informatizzata dei pazienti da essi visitati (obiettività clinica, diagnosi, terapia praticata, motivazione dell'eventuale ricovero) e la relativa trasmissione dei dati al medico curante di Assistenza Primaria;
- la possibilità di impiego diurno dei medici di Continuità Assistenziale, previo accordo regionale e secondo modalità organizzative da definire nel regolamento interno, ai fini del raggiungimento di un impegno orario fino a 38 ore così come previsto dal comma 4 dell'articolo 65 dell'ACN, per i medici a rapporto esclusivo di Continuità Assistenziale, in via prioritaria negli ambiti con popolazione di età superiore a 14 anni che non raggiungono i 6.000 assistiti ai fini della copertura del servizio H 12 diurno;
- l'erogazione di prestazioni specialistiche e di pacchetti di prestazioni assistenziali complesse (PAC) nelle sedi di riferimento con il supporto di specialisti appartenenti a discipline per le quali nell'Azienda possono determinarsi lunghe liste di attesa sulla base di specifici accordi aziendali concordati all'interno dell'UCAD (Ufficio di Coordinamento Distrettuale) con il Direttore del Distretto in riferimento a quanto stabilito da normative nazionali e regionali.

L'offerta assistenziale dei Nuclei di Cure Primarie H 24 in gruppo può prevedere, al rinnovo dell'Accordo Regionale Integrativo, l'inserimento di altre figure professionali (specialisti, fisioterapisti e personale addetto al sociale dei Comuni e Comunità Montane) al fine di garantire un'offerta adeguata ai bisogni socio-sanitari dei cittadini e una risposta qualificata medica, riabilitativa e infermieristica nel corso delle 24 ore.

Il **Pediatra di famiglia** è parte attiva e qualificante del S.S.N. nel settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva, è lo specialista formato specificatamente per offrire una tutela della salute completa e coordinata a bambini, ragazzi ed adolescenti per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie caratterizzate da:

- accesso diretto;
- continuità, globalità, coordinamento dell'assistenza;
- orientamento delle famiglie.

Ai pediatri di famiglia sono quindi affidati i compiti di prevenzione, di diagnosi, cura e riabilitazione nonché di organizzazione, formazione e ricerca.

Le cure primarie in età pediatrica sono caratterizzate dall'esigenza di coniugare gli aspetti sociali ed assistenziali ed, in questo ambito, la diagnosi e cura con la prevenzione, avendo come oggetto di attenzione il minore e la sua famiglia.

Nell'area pediatrica va quindi consolidata la centralità del pediatra di libera scelta, anche per garantire la continuità dell'assistenza laddove finora è stata carente, con lo sviluppo e l'incentivazione delle diverse forme associative previste negli Accordi Nazionali e Regionali della Pediatria, attraverso le quali estendere l'assistenza diurna alle 12 ore feriali.

Unità di Pediatria

Le Cure Primarie, nell'ambito della Pediatria di Famiglia, possono essere erogate anche attraverso le Unità di Pediatria composte sia da medici specialisti pediatri di libera scelta incaricati, che, eventualmente, in base al fabbisogno, da medici specialisti pediatri iscritti negli elenchi della Regione Abruzzo, ma privi di incarico. Esse sono integrate, per attività di tutoraggio, con gli specializzandi in pediatria al IV e V anno, per un periodo di tirocinio minimo di otto mesi ogni anno.

Alle Unità di Pediatria è preposto un pediatra di libera scelta con funzione di coordinamento dell'attività ambulatoriale al fine di assicurare la turnazione delle figure professionali facenti parte, ai fini della continuità dell'assistenza, per tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne.

L'assistenza notturna, prefestiva e festiva, è assicurata dalle unità di Pediatria in collaborazione con le unità di medicina generale con modalità disciplinate dagli Accordi decentrati sulla base delle indicazioni degli Accordi collettivi nazionali.

Negli ambiti territoriali extra-urbani o a popolazione sparsa, le Unità di Pediatria assicurano la continuità dell'assistenza attraverso modalità flessibili di idonee forme associative secondo modalità definite dagli accordi collettivi nazionali e regionali.

Le Unità di Pediatria hanno una distribuzione distrettuale o interdistrettuale in funzione del bacino di utenza riferita agli assistiti in età pediatrica.

La definizione degli aspetti economici, normativi nonché le modalità organizzative delle Unità di Pediatria trovano la loro articolazione negli Accordi Collettivi regionali e/o Aziendali della Pediatria di Famiglia.

5.2.6.1.2. Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)

L'UTAP è il luogo fisico, dotato di visibilità sul territorio, nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati.

Nell'UTAP operano MMG, PLS, MCA e altri operatori pubblici: Specialisti, altre professioni sanitarie, personale amministrativo.

L'UTAP opera in rete con tutti i servizi e le strutture presenti sul territorio, perseguendo l'integrazione tra le diverse figure professionali sanitarie e sociali al fine di garantire la presa in

carico e i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, promuovere e favorire l'appropriatezza delle cure a vantaggio dei cittadini.

5.2.6.1.3. Ospedali di comunità

L'Ospedale di Comunità è la struttura in cui vengono seguiti i pazienti che non necessitano del ricovero ospedaliero ordinario per acuti ma che nel contempo non possono vedere risolti i loro problemi di salute in ambito domiciliare, o presso una RSA. L'ospedale di comunità non solo costituisce un nuovo modello organizzativo, rappresentando un'alternativa alle risposte assistenziali tradizionali, ma costituisce la tipologia di struttura a maggior valenza sanitaria territoriale. E' rivolto a pazienti affetti da patologie cronico-degenerative associate a particolari e significative condizioni di rischio sociale, ovvero bisognevoli di una continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico erogabili in regime extra-ospedaliero. I percorsi attivati rientrano nel sistema integrato dell'offerta a diversa intensità assistenziale delle Cure Territoriali ed è la UVM, con la partecipazione degli stessi Medici di Medicina Generale, che determina le ammissioni e le dimissioni, stabilisce i programmi assistenziali individuali, effettua la valutazione sulla attività della struttura. Pertanto l'Ospedale di Comunità accoglie pazienti provenienti dai livelli assistenziali del territorio (cure domiciliari-residenziali e semiresidenziali) del territorio di competenza della ASL, che non abbisognano di ricovero ospedaliero.

Dal punto di vista organizzativo e gestionale dipende dal Distretto. L'equipe deputata all'assistenza, costituita da medici di Medicina Generale, compresa la Continuità Assistenziale, da medici della Pediatria di Libera Scelta, da medici specialisti e da infermieri, coordinati dal Responsabile sanitario della struttura, gestisce un certo numero di posti letto dedicati a pazienti affetti da almeno tre diversi tipi di bisogno sanitario- assistenziale:

- gestione a breve/medio termine di pazienti con patologia cronico- degenerativa instabile o riacutizzata che richieda un intervento efficace di medicalizzazione;
- gestione a breve/medio termine di pazienti in fase di convalescenza post- acuzie o, in ogni caso, con la necessità di eseguire terapie programmate in un ambiente con assistenza infermieristica e medica diversi da quelli previsti per le lungodegenze.

La degenza media, stimata sulle esperienze di altre regioni, è intorno ai 15-20 giorni.

Il medico di Assistenza Primaria e il medico di Continuità Assistenziale garantiscono al paziente ricoverato nell'Ospedale di Comunità l'erogazione delle prestazioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale secondo protocolli operativi concordati con il Responsabile sanitario della struttura sulla base delle linee guida contenute nella delibera di Giunta Regionale n° 1537 del 27 dicembre 2006.

5.2.6.1.4. Clausola valutativa

L'attuazione del sistema di assistenza primaria e del sistema di supporto è sperimentale e limitata al primo biennio di vigenza del Piano.

Alla conclusione del biennio il Comitato Tecnico Regionale delle attività distrettuali rimetterà alla Commissione consiliare competente relazione in merito agli esiti del processo di riforma.

Sulla base degli esiti della relazione stessa il Consiglio delibererà la prosecuzione o la revisione del Piano.

5.2.6.2. Sistema di supporto alle Cure Primarie

Sono ricomprese tutte le altre prestazioni che il decreto LEA include nell'Assistenza primaria

5.2.6.2.1. Attività ambulatoriale territoriale

Le prestazioni ambulatoriali, indipendentemente dal tipo di struttura che le produce e dal tipo di struttura che le eroga, afferiscono al livello di assistenza territoriale. La riorganizzazione e qualificazione delle attività specialistica ambulatoriale assume una particolare valenza in quanto è a questo livello che la lunghezza delle liste di attesa pone più seri problemi ai cittadini, quindi diventa prioritaria l'azione di revisione, al pari di quella delle attività di ricovero, anche attraverso l'integrazione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali intra ed extra ospedaliere, al fine di assicurare una rete diffusa nel territorio regionale di attività specialistica di primo livello ambulatoriale e domiciliare. La partecipazione dello Specialista al

sistema della presa in carico del paziente diventa centrale per realizzare la continuità dell'assistenza, per tutte le esigenze clinico diagnostiche terapeutiche e prescrittive. La responsabilità dello specialista è quella di offrire una risposta per tutti quei casi nei quali l'intervento del MMG e del PLS non può essere esaustivo e comporta una delega temporanea della presa in carico per la risoluzione di problematiche di particolare complessità. La responsabilizzazione delle parti deve evitare la duplicazione delle prestazioni e, soprattutto, disagi all'utenza per un continuo passaggio dall'una all'altra figura spesso solo per motivi amministrativi, rendendo possibile il superamento delle criticità attraverso l'integrazione tra medici di medicina generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e medici specialisti, in particolare ospedalieri.

Fondamentale è il ruolo del Distretto nella quantificazione dell'offerta, che deve derivare dall'attività preliminare di valutazione dei bisogni della popolazione afferente al Distretto stesso, e dalla successiva pianificazione di interventi che garantiscano una risposta appropriata, efficace ed efficiente, ed erogata entro tempi di attesa fissati.

La realizzazione di una rete integrata dell'offerta di prestazioni ambulatoriali intra ed extra ospedaliere, si concretizza attraverso la definizione a livello Aziendale, nel Piano delle Attività Territoriali (PAT), della localizzazione delle Attività Specialistiche Ambulatoriali, attraverso la quantificazione e qualificazione della attività Specialistica da parte della *Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali* e attraverso la previsione negli obiettivi di budget delle UUOO Ospedaliere, della quota di attività da erogare a livello ambulatoriale e domiciliare. Le ASL nell'azione di riallocazione delle risorse, dovranno prevedere di erogare visite specialistiche domiciliari nell'ambito delle Cure Domiciliari, nelle residenze assistenziali, negli hospice e nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

L'accesso a visite ed esami specialistici, è possibile con la prescrizione del medico di famiglia o di altro medico specialista del Servizio Sanitario Regionale, confermando il principio secondo il quale dopo la prima visita o il primo esame effettuati con prescrizione del medico di famiglia, l'assistito, nel caso in cui siano necessari altri esami, visite o certificazioni, viene "preso in carico" dallo specialista, per la prosecuzione del percorso di cura o delle attività previste dal piano assistenziale, e non deve più tornare dal proprio medico di famiglia per le prescrizione relative.

Per i casi complessi ma che non richiedono ricovero (ordinario o day hospital) in quanto non hanno bisogno di sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta per ogni accesso, si dovrà attivare il regime di "day service", con l'obiettivo di poter dare risposta al problema clinico in tempi adeguati e attingendo dalle potenzialità diagnostiche delle strutture. L'accesso è con prescrizione del medico di famiglia o di altro medico specialista del Servizio sanitario regionale.

A livello distrettuale vengono erogate prestazioni ambulatoriali che possono derivare da una attività produttiva propria del distretto stesso o possono essere "acquistate" da altri produttori (commissionate a terzi).

La attività specialistica ambulatoriale erogata dal Distretto è caratterizzata da "attività produttiva propria" con prestazioni ambulatoriali prodotte da figure professionali (dipendenti od in convenzione) in servizio presso il Distretto stesso o presso le altre Strutture aziendali (UUOO Ospedaliere), e da prestazioni acquistate da "produttori terzi", secondo le norme previste dall'Accreditamento Regionale e dai Piani di Acquisto di Prestazioni elaborati dalle ASL.

In termini organizzativi, l'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Primarie è responsabile della gestione dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni; gli Specialisti che svolgono la loro attività nell'ambito di altre Unità Operative Distrettuali (UUOO Consultoriali, UUOO dell'assistenza intermedia) sono in rapporto funzionale con queste UUOO per la attuazione di progetti specifici e per l'attivazione di percorsi assistenziali.

La partecipazione integrata degli Specialisti Convenzionati alle attività distrettuali è garantita attraverso la rappresentanza degli stessi nell'UCAD che costituisce la sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT).

E' a tale livello che, valutati i bisogni della popolazione di riferimento, viene organizzata l'offerta delle prestazioni ambulatoriali, prevedendone la tipologia e la quantità oltre che le modalità procedurali di erogazione.

La partecipazione degli Specialisti Convenzionati, alle altre attività distrettuali quali l'assistenza domiciliare, l'ospedale di comunità, progetti finalizzati, è definita sulla base delle indicazioni stabilite del Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali.