



Regione Abruzzo

**GIUNTA REGIONALE**

**UN SISTEMA DI GARANZIE  
PER LA SALUTE**

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



# INDICE

<b>1. PREMESSA .....</b>	<b>7</b>
<b>2. I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE .....</b>	<b>9</b>
2.1. Quadro demografico .....	9
2.2. Mortalità ed Incidenza.....	9
2.3. Prevalenza di patologie .....	10
2.4. Prevenzione.....	12
2.5. Epidemiologia delle principali patologie rilevanti per frequenza ed impatto .....	13
2.6. Disabilità e non autosufficienza.....	16
2.7. Salute mentale e disabilità psichica .....	19
2.8. Tossicodipendenze.....	20
2.9. Stili di vita e fattori rischio .....	20
2.10. Stato di salute, bisogni e ricorso ai servizi sanitari .....	21
2.11. Bisogni, contesti territoriali e popolazioni "fragili" .....	22
<b>3. L'ARCHITETTURA ISTITUZIONALE E I RUOLI .....</b>	<b>26</b>
3.1. Le ASL, le Aziende Ospedaliere-Universitarie e i Distretti .....	26
3.2. I Ruoli .....	27
3.2.1. <i>La Regione</i> .....	27
3.2.2. <i>Gli Enti Locali</i> .....	28
3.2.3. <i>L'Università</i> .....	29
3.2.4. <i>Il privato for profit</i> .....	31
3.2.5. <i>Il terzo settore</i> .....	32
3.2.6. <i>Gli organismi di partecipazione dei cittadini</i> .....	32
3.2.7. <i>Organizzazioni sindacali</i> .....	33
<b>4. LE LOGICHE E GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE .....</b>	<b>34</b>
4.1. Centralità del cittadino .....	34
4.1.1. <i>Le logiche: Sistema e Reti</i> .....	36
4.1.2. <i>Le logiche: Processi e Continuità dell'assistenza</i> .....	37
4.1.3. <i>Le logiche: le "Cure progressive" e la complessità assistenziale</i> .....	37
4.1.4. <i>Gli strumenti: i Percorsi Assistenziali</i> .....	40
4.1.5. <i>Gli strumenti: La Carta dei servizi</i> .....	42
4.2. Qualità, appropriatezza, sicurezza.....	43
4.2.1. <i>Le logiche: Il Governo Clinico</i> .....	44
4.2.2. <i>Gli strumenti: La Medicina basata sulle evidenze</i> .....	45
4.2.3. <i>Gli strumenti: la Valutazione delle Tecnologie</i> .....	46
4.2.4. <i>Gli strumenti: gli Audit clinici</i> .....	48
4.2.5. <i>Gli strumenti: la Gestione del Rischio Clinico</i> .....	49
4.2.6. <i>Gli strumenti: l'Accreditamento</i> .....	51
4.3. Strumenti per il governo e la gestione dei servizi sanitari .....	52
4.3.1. <i>Balanced Scorecard (BSC)</i> .....	53
4.3.2. <i>Contabilità Direzionale (Co.Di.)</i> .....	54
<b>5. PRODURRE SALUTE: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.....</b>	<b>57</b>
5.1. Le priorità di sistema .....	57
5.1.1. <i>La stima di impatto economico del PSR 2008-2010</i> .....	59

<b>5.2. Macrolivello Territoriale</b> .....	<b>61</b>
5.2.1. Premessa .....	61
5.2.2. Gli strumenti di programmazione e ruolo dei Comuni .....	63
5.2.2.1. Piano delle attività territoriali (PAT) .....	63
5.2.2.2. Piano di Zona (PdZ) .....	65
5.2.3. Architettura dei distretti .....	65
5.2.3.1. Funzioni .....	65
5.2.3.2. Articolazione organizzativa .....	67
5.2.4. Nuovi modelli organizzativi e operativi .....	69
5.2.4.1. Il Punto Unico di Accesso (PUA) .....	71
5.2.4.2. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) .....	74
5.2.4.3. La Casa della Salute .....	75
5.2.5. Coordinamento Funzioni Territoriali .....	75
5.2.5.1. Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) .....	75
5.2.5.2. Collegio Aziendale Direttori Distretto .....	75
5.2.5.3. Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali .....	76
5.2.5.4. Comitato Tecnico Regionale delle Attività Distrettuali .....	76
5.2.5.5. Commissione Regionale delle Cure Primarie .....	77
5.2.6. Il sistema dell'Assistenza Primaria .....	77
5.2.6.1. Sistema delle Cure Primarie .....	78
5.2.6.1.1. Nuclei di Cure Primarie .....	79
5.2.6.1.2. Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) .....	81
5.2.6.1.3. Ospedali di comunità .....	81
5.2.6.2. Sistema di supporto alle Cure Primarie .....	81
5.2.6.2.1. Attività ambulatoriale territoriale .....	81
5.2.6.2.2. Assistenza protesica .....	83
5.2.6.2.3. Medicina Termale .....	83
5.2.7. Il sistema dell'assistenza intermedia .....	85
5.2.7.1. Il sistema delle Cure Domiciliari .....	86
5.2.7.1.1. La nutrizione artificiale .....	89
5.2.7.2. Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per gli anziani non-autosufficienti .....	90
5.2.7.2.1. L'offerta attuale residenziale .....	91
5.2.7.2.2. Le caratteristiche degli ospiti (il sistema RUG) .....	92
5.2.7.2.3. Le criticità .....	93
5.2.7.2.4. Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per anziani non autosufficienti .....	93
5.2.7.2.5. Il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali .....	98
5.2.7.2.6. L'impatto economico .....	98
5.2.7.2.7. Sistema di monitoraggio .....	99
5.2.7.3. Il sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità .....	100
5.2.7.3.1. Logiche generali della rete della Riabilitazione .....	101
5.2.7.3.2. L'offerta attuale del sistema extraospedaliero .....	104
5.2.7.3.3. Le criticità della riabilitazione in Abruzzo .....	104
5.2.7.3.4. Il nuovo sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità .....	105
5.2.7.3.5. Il fabbisogno di posti letto extraospedalieri .....	111
5.2.7.3.6. L'impatto economico .....	112
5.2.7.3.7. Sistema di monitoraggio .....	113
5.2.8. I consultori familiari .....	114
5.2.8.1. Criticità .....	117
5.2.8.2. Nuovo assetto e azioni .....	117
5.2.9. Le Dipendenze Patologiche .....	118
5.2.9.1. Piano di Azione per la Prevenzione delle Dipendenze .....	119
5.2.9.2. I Dipartimenti per le Dipendenze .....	119
5.2.9.3. La organizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze .....	120
5.2.9.4. Le attività del dipartimento e l'integrazione territoriale .....	123
5.2.9.5. Stato dei servizi: punti di forza, problematicità .....	124
5.2.9.6. Punti strategici per il cambiamento .....	125
5.2.10. La Salute Mentale .....	126
5.2.10.1. Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete .....	127
5.2.10.2. Riduzione e appropriatezza dei ricoveri in regime ospedaliero .....	128
5.2.10.3. Sviluppo delle attività di Neuropsichiatria infantile .....	128
5.2.10.4. Potenziamento delle attività per l'Autismo Infantile .....	129
5.2.10.5. Riordino della residenzialità psichiatrica .....	130

5.2.10.6. Il fabbisogno di posti letto residenziali psichiatriche e impatto economico .....	134
5.2.10.7. Qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica .....	135
5.2.10.8. Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale .....	136
5.2.10.9. Inserimento socio-lavorativo.....	136
5.2.10.10. Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce .....	137
5.2.10.11. Lotta allo stigma .....	138
5.2.10.12. Commissione Regionale per la Salute Mentale .....	138
5.2.10.13. Formazione .....	139
5.2.10.14. Autovalutazione .....	139
5.2.10.15. Epidemiologia .....	139
<b>5.3. Macrolivello Prevenzione collettiva .....</b>	<b>140</b>
5.3.1. La nuova Sanità Pubblica.....	142
5.3.2. I problemi della prevenzione .....	143
5.3.3. Una rete di servizi di prevenzione per l'identificazione e il controllo dei rischi e la promozione della salute.....	145
5.3.4. Il Dipartimento di Prevenzione .....	146
5.3.5. Articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione .....	147
5.3.6. Strutturazione e modalità di funzionamento .....	150
5.3.7. Obiettivi per sviluppare una politica di promozione della salute .....	153
5.3.8. Formazione e sviluppo del personale .....	157
<b>5.4. Macrolivello Ospedaliero .....</b>	<b>158</b>
5.4.1. RETE EMERGENZA-URGENZA.....	160
5.4.2. RETE CARDIOLOGICA PER L'INFARTO MIocardico ACUTO (IMA) .....	168
5.4.3. RETE NEUROLOGICA PER LO STROKE .....	170
5.4.4. RETE ONCOLOGICA.....	173
5.4.5. RETE EMATOLOGICA .....	177
5.4.6. RETE-NEFRODIALITICA .....	180
5.4.7. RETE DIABETOLOGICA .....	182
5.4.8. RETE DELLE MALATTIE RARE .....	185
5.4.9. RETE DEI TRAPIANTI .....	186
5.4.10. RETE REGIONALE DELLE RISORSE BIOLOGICHE .....	190
5.4.11. RETE DELLA MEDICINA DI LABORATORIO.....	193
5.4.12. RETE DI ANATOMIA PATOLOGIA .....	197
5.4.13. RETE DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI .....	199
5.4.14. RETE DELLA DIAGNOSTICA E DELLA TERAPIA DELLA MEDICINA NUCLEARE IN VIVO E IN VITRO.....	206
5.4.15. RETE DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE.....	208
5.4.16. RETE REGIONALE PER LE PATOLOGIE NUTRIZIONALI EMERGENTI (DISTURBI DEL COMPORTEAMENTO ALIMENTARE, OBESITÀ E MALATTIE METABOLICHE).....	214
5.4.17. RETE PER LA DIAGNOSI E TERAPIA DEI DISTURBI DELL'ACCRESIMENTO, DELLO SVILUPPO PUBERALE E DEL DISAGIO IN EPOCA ADOLESCENZIALE.....	221
5.4.18. IL GOVERNO CLINICO DELLE RETI.....	223
5.4.19. LE AREE FUNZIONALI OMOGENEE (AFO) .....	225
5.4.19.1. AFO MEDICINA .....	225
5.4.19.2. AFO DI CHIRURGIA .....	225
5.4.19.3. AFO MATERNO - INFANTILE.....	226
5.4.19.4. AFO RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA .....	226
<b>5.5. Le attività intermacrolivelli.....</b>	<b>229</b>
5.5.1. La politica del farmaco ed i dispositivi medici.....	229
5.5.1.1. L'assistenza farmaceutica convenzionata .....	230
5.5.1.2. L'assistenza farmaceutica ospedaliera .....	233
5.5.1.3. La rete delle farmacie convenzionate .....	233
5.5.1.4. Obiettivi strategici.....	233
5.5.1.4.1. Area della produzione e dispensazione dei farmaci.....	234
5.5.1.4.2. Area dell'appropriatezza prescrittiva, informazione e farmacovigilanza.....	234
5.5.1.4.3. Area del monitoraggio dell'attività prescrittiva.....	235
5.5.1.5. I Dispositivi Medici .....	235
5.5.2. Il governo del Dolore evitabile.....	235
5.5.2.1. L'ospedale senza dolore.....	236

5.5.2.2. La rete delle Cure Palliative .....	238
5.5.2.2.1. Cure palliative pediatriche .....	241
5.5.3. Le attività di Psicologia .....	242
5.5.4. Il controllo delle liste di attesa.....	244
5.5.5. La Medicina Legale .....	246
5.5.6. La Medicina Penitenziaria.....	248
<b>5.6. L'integrazione socio-sanitaria.....</b>	<b>250</b>
5.6.1. Contrastare le disuguaglianze nella salute: un sistema a garanzia dell'equità ....	252
5.6.1.1. L'osservatorio delle disuguaglianze nella salute .....	259
<b>6. I SISTEMI DI SUPPORTO E SVILUPPO.....</b>	<b>262</b>
6.1. Il Sistema Informativo .....	262
6.2. Il Sistema informatico.....	265
6.3. Il Sistema della Formazione Continua.....	267
<b>ALLEGATO 1 - I DISTRETTI DEL SSR ABRUZZO.....</b>	<b>275</b>
ASL 1 - AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA .....	276
ASL 2 - LANCIANO-VASTO-CHIETI .....	279
ASL 3 - PESCARA.....	282
ASL 4 - TERAMO.....	284
<b>ALLEGATO 2 - OBIETTIVI, AZIONI, TEMPI E SISTEMA DI VERIFICA DEL PSR 2008-2010</b>	<b>286</b>
1 - GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE .....	287
2 - GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	290
3 - DISTRETTO.....	291
4 - CURE DOMICILIARI.....	292
5 - IL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.....	293
6 - IL SISTEMA EXTRAOSPEDALIERO PER LA RIABILITAZIONE E LE DISABILITÀ.....	294
7 - CONSULTORI .....	295
8 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	296
9 - SALUTE MENTALE .....	297
10) PREVENZIONE COLLETTIVA.....	299
11 - IL GOVERNO DEL DOLORE EVITABILE .....	304
12 - FORMAZIONE CONTINUA .....	305
<b>ALLEGATO 3 - Impatto economico (costi sorgenti e cessanti) delle azioni di piano negli anni 2008, 2009 e 2010.....</b>	<b>306</b>
ANNO 2008 .....	307
ANNO 2009 .....	310
ANNO 2010 .....	313
<b>ALLEGATO 4 - I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA PER IL MACROLIVELLO DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA.....</b>	<b>316</b>

# 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.

## ***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), Casa della salute, 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<sup>1,2,3</sup> - 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%).

### 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)<sup>4</sup> 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

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> 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>

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> ISTAT. Database Health for All - HFA 2006. Mortalità 1990-2002 - Dimissioni ospedaliere 1999-2003. Sito Web: [www.istat.it](http://www.istat.it)

traumatismi<sup>5</sup>. 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)<sup>5</sup>. 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<sup>2,3</sup>.

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<sup>5,6,7,8,9,10,11</sup>. 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<sup>6,7,8,9,10</sup>. 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 sottotifica a livello interregionale), mentre le stime di incidenza, prevalenza e mortalità per AIDS e tubercolosi sono inferiori rispetto alla media nazionale<sup>2,3,5</sup>. 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<sup>2,3,5</sup>.

### 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)<sup>12</sup>, 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% dell'Italia e 3,8% del Nord-Est). Il pattern osservato è simile al 2000<sup>13</sup>. 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)<sup>9</sup>.

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

<sup>5</sup> Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2006. Dicembre 2006.

<sup>6</sup> 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.

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

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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/](http://www.tumori.net/it/)

<sup>10</sup> 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](http://www.cuore.iss.it)

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

<sup>12</sup> ISTAT. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005. Roma, Marzo 2007. Sito Web: [www.istat.it](http://www.istat.it)

<sup>13</sup> ISTAT. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 1999-2000. Roma 2002. Sito Web: [www.istat.it](http://www.istat.it)

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 Umbria<sup>14</sup>.

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<sup>12,13</sup>) 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
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

<sup>14</sup> 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](http://www.istat.it)

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)<sup>15</sup>. 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<sup>2,3</sup>, 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, 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 2007<sup>16</sup>, 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 pari al 71% nelle Marche e all'82% in Umbria). In uno studio condotto con interviste a circa 400 donne abruzzesi<sup>17</sup>, il 53% (50-69 anni) dichiara di aver effettuato una mammografia negli ultimi due anni (22% di propria iniziativa, 30% su consiglio medico), 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).

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)<sup>2,3</sup>: 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

<sup>15</sup> CENSIS. Analisi comparativa dei principali servizi per anziani non autosufficienti. Luglio 2005.

<sup>16</sup> 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](http://www.osservatorionazionale screening.it)

<sup>17</sup> 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>

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%)<sup>2,3</sup>. 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)<sup>2</sup>.

## **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)<sup>9</sup>, (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 2005<sup>9</sup> sono oltre 5.000 (0,38%) (nuovi casi del 1990: 4.500)<sup>6</sup>, 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%)<sup>7</sup>. 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 generalizzato<sup>7</sup>. 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 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)<sup>2,3</sup>.

La stima Istat di Ipertensione nota è 12,8%. Nell'indagine dell'Osservatorio Cardiovascolare Nazionale (OCN: ISS/ANMCO)<sup>10</sup>, in un campione abruzzese di persone fra 35 e 74 anni la condizione "ipertensione", registrata con misurazione della pressione (sistolica  $\geq 160$  mmHg o diastolica  $\geq 95$  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  $\geq 126$  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 x 100.000 / anno (Registri Eurodiab e Diamond, 1990-1995)<sup>2</sup>.

La stima OCN di Ipercolesterolemia ( $\geq 240$  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%<sup>10</sup>.

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 x 100.000 negli uomini e 84 x 100.000 nelle donne (Italia: 244 e 95) (Osservasalute 2006, dato 2003)<sup>5</sup>. L'incidenza di IMA nel 2001 su tutta la popolazione, stimata con le SDO e i decessi extraospedalieri (48% del totale), è 187 x 100.000 (2.400 eventi) (129 x 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 x 100.000 (U: 262, D: 130) (tassi standardizzati: U: 213, D: 94 x 100.000 vs Italia: 227 e 98 x 100.000)<sup>10</sup>. 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 x 100.000 - D: 78 vs 98 x 100.000) (Italia - U: 176 vs 219 - D: 95 vs 118)<sup>4</sup>. 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)<sup>2,3</sup>.

La stima Istat 2005 di pregresso Ictus in Abruzzo (13.000 pazienti, 1%) è coerente con altre fonti (stime fino all'1,6%)<sup>18,19</sup> 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<sup>18</sup>, a 275 x 100.000 di L'Aquila<sup>20</sup>; stime da 183 a

<sup>18</sup> 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>

<sup>19</sup> 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](http://www.spread.it)

<sup>20</sup> 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.

349 x 100.000 sono riportate in altri studi<sup>18</sup>; 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)<sup>5</sup>. 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 disabile<sup>17</sup> (nel 35% dei casi con marcata limitazione delle attività quotidiane: 1.000-1.300/anno in Abruzzo); secondo altri studi<sup>18,19</sup>, 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)<sup>4</sup>. 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 pmp<sup>2</sup>. Sulla base dei dati RIDT (Registro Italiano Dialisi e Trapianto)<sup>11</sup>, 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'asma<sup>17</sup>; 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%)<sup>21</sup>. 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 100.000)<sup>4</sup>; tali valori sono in linea con la media nazionale. Nel 1997/2001 si registrano tassi standardizzati di mortalità per malattia polmonare cronica ostruttiva più alti nelle ASL di Lanciano-Vasto, Teramo ed Avezzano-Sulmona<sup>2</sup>.

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)<sup>20</sup>.

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%<sup>17</sup> (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<sup>15,17,22,23,24</sup>; la stima ILSA fra i 65 e

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

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

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)<sup>17</sup>. 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%)<sup>17</sup>.

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 sessi<sup>17</sup> (fino a 3.500 pazienti in Abruzzo); la stima ILSA di prevalenza dei Parkinsonismi fra i 65 e 84 anni è del 3%<sup>22</sup> (oltre 6.000 anziani in Abruzzo), valore distante dalle precedenti fonti. L'incidenza media annuale nella popolazione generale è 10 x 100.000<sup>17</sup> (circa 130 nuovi casi in Abruzzo).

Nel 2005 il tasso di infortuni sul lavoro denunciati in Abruzzo è il 7° più elevato<sup>5</sup>; dal 2001 gli eventi oscillano da circa 23.500 a 24.000 (industria: 20.400-20.600): rapportando gli eventi ad occupati Istat e addetti INAIL i tassi sono stabilmente elevati nel periodo<sup>2,3,5</sup>; le frequenze assolute e relative sono più elevate nelle Province di Chieti e Teramo (minori: L'Aquila). Il tasso di mortalità (decessi/addetti) colloca l'Abruzzo al 6° posto nel 2002-2005 (33-50 decessi/anno, industria: 29-43): nel periodo considerato l'indicatore sembra in lieve flessione (da 14 a 9 x 100.000)<sup>5</sup>. Nel 7-8% dei casi 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). Dal 2001 al 2004 gli incidenti stradali registrati in Abruzzo oscillano fra circa 4.600 e 5.000<sup>2,3</sup>, con un tasso superiore alla media nazionale nel periodo 2002-2004<sup>5</sup> 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<sup>2,3</sup>. 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 x 100.000 negli uomini (Italia: 62,2), 31,0 x 100.000 nelle donne (Italia: 29,2)<sup>4</sup>. 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 (donne)<sup>2,3</sup>; 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)<sup>12,13</sup>. 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

<sup>23</sup> Consiglio Nazionale delle Ricerche. Progetto Finalizzato Invecchiamento. ILSA - Studio Longitudinale Italiano sull'Invecchiamento. (Cap. 3, 4 - Amaducci L, et al). Sito Web: [www.aqing.cnr.it](http://www.aqing.cnr.it)

<sup>24</sup> Istituto Superiore di Sanità. Studio Argento ISS - Sito Web: [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it) (focus/anziani)



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")<sup>5</sup> 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 anziana<sup>21</sup>. Stime del 2-3% di disabilità grave fra gli anziani sono state prodotte in altre indagini<sup>21,22,23</sup>. 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 persistente<sup>25</sup>.

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<sup>2,3</sup> 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).

<sup>25</sup> Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 2003-2006. Sito Web: [www.regione.marche.it](http://www.regione.marche.it)

Alcuni confronti vengono condotti con Marche ed Umbria, considerate la vicinanza geografica e la recente programmazione sanitaria<sup>24,26,27</sup>. 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%)<sup>12</sup>. 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%)<sup>24,25</sup>; 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 anziani<sup>26</sup>.

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%<sup>2,3</sup>.

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‰)<sup>2,3</sup>. 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)<sup>24</sup>. Applicando 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  $\geq 6$  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

<sup>26</sup> Regione Marche. La salute nelle Marche. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Agenzia Sanitaria Regionale; 2005. Sito Web: [www.ars.marche.it/](http://www.ars.marche.it/)

<sup>27</sup> Regione Umbria. Piano Sanitario Regionale 2003-2005. Sito Web: [www.regione.umbria.it](http://www.regione.umbria.it)

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 patologie<sup>5</sup>. 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 comparabili<sup>5</sup>. 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 Abruzzo<sup>17</sup>. Secondo alcuni studi la prevalenza di depressione arriva all'8% (30-49 anni: 12%, >60 anni: 4%), con maggiore frequenza nelle donne<sup>17</sup>. Complessivamente, lo studio ESEMeD<sup>17</sup> 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)<sup>24</sup>.

Osservando gli ultimi dati ospedalieri disponibili a livello interregionale (2002-2003)<sup>5,28</sup> - 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)<sup>27</sup> - con una tendenza all'aumento soprattutto nel periodo 1999-2003<sup>5</sup> - 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)<sup>2,3,24</sup>, 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)<sup>5</sup>.

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 (6,1-11,2‰). 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‰<sup>24, 25</sup>, 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)<sup>27</sup>.

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

<sup>28</sup> 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](http://www.istat.it)

1990 a 17,1 del 2002)<sup>4</sup>. 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<sup>2,3</sup>.

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)<sup>29</sup>. Al riguardo è interessante analizzare l'importante variabilità nell'offerta di servizi per ASL vs bisogni locali<sup>2,3</sup>.

## 2.8. Tossicodipendenze

Dai dati del Rapporto Regione Abruzzo - CNR<sup>30</sup> 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)<sup>5</sup>.

## 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")<sup>17</sup>.

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

<sup>29</sup> Regione Abruzzo. Deliberazione Consiglio Regionale n. 57/1 del 28.12.2006: Piano Sociale Regionale 2007-2009. BUR n. 5 speciale del 19 gennaio 2007. Sito Web: [www.regione.abruzzo.it](http://www.regione.abruzzo.it)

<sup>30</sup> 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](http://www.regione.abruzzo.it)

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 soprappeso 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 soprappeso e il 15% risulta obeso). In Abruzzo la percentuale di persone in soprappeso 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 OCN<sup>10</sup> 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 Isole<sup>5</sup>. 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 Abruzzo<sup>7</sup>. Sulla base di tali dati l'Abruzzo tende ad assomigliare a Molise, Campania, Lazio, Marche ed Umbria (terzo cluster fra Nord e Sud/Isole)<sup>14</sup>. 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 Sicilia<sup>5</sup>. 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<sup>2,3</sup>. 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)<sup>24</sup>.

Nella già citata analisi sui dati Istat<sup>14</sup> 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 individuale<sup>31</sup> 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<sup>32,33,34</sup>.

## **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

<sup>31</sup> 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](http://www.istat.it)

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

<sup>33</sup> 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.

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

costruito un Indice di Area Svantaggiata (IAS)<sup>31</sup> sviluppato sulla base di metodologie sperimentate in Piemonte ed applicate in Italia ed in aree deprivate come la Basilicata<sup>32,33,35,36</sup>. 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).

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-

<sup>35</sup> Regione Basilicata - Osservatorio Epidemiologico. Relazione Sanitaria 2000 - Relazione Sanitaria 2001. Sito Web: [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it)

<sup>36</sup> Regione Piemonte. Lo Stato di Salute della Popolazione in Piemonte. Maggio 2006. Sito Web: [www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)

19 e 20-24 anni<sup>2</sup>. 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 Regione<sup>2</sup>.

**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%)<sup>37</sup>. 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.

---

<sup>37</sup> 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>



**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 2003<sup>38</sup>.

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.

---

<sup>38</sup> 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**

#### **Le ASL e le Aziende Ospedaliere-Universitarie**

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.

Da questo punto discende, anche in previsione della conversione in legge del DDL Turco-Mussi (Atto Senato 1334) che regola questo processo di aziendalizzazione, la ridefinizione dell'assetto del S.S.R., per una realistica possibilità di attenta e razionale gestione di questa fase nuova che incide sostanzialmente sul sistema attuale.

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.

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 costituite 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 2008.

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

Le nuove ASL e AOU dovranno essere operative a partire dal gennaio 2009.

## 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. 24** 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 30 giorni dalla pubblicazione sul BURA della presente legge, la Regione ridefinisce l'articolazione degli Ambiti Sociali per raggiungere la sovapposizione 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.

La nascita dell'ASR-Abruzzo (gennaio 2006) ha avviato la fase di ridefinizione dell'assetto regionale. L'agenzia si è posta come tecnostruttura in parte affiancata e in parte complementare rispetto all'attività dell'assessorato, deputata ad attività di studio, di sviluppo di attività innovative ma anche di supporto operativo alle aziende del sistema. La recente DGR n. 464/P del 14.05.2007 ha ridefinito ruolo e funzioni dell'ASR-Abruzzo:

*L'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo (A.S.R. - Abruzzo)*, concorre al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionale assicurando supporto tecnico-scientifico per l'esercizio, da parte della Regione Abruzzo, delle seguenti finalità:

1. **Per l'osservazione epidemiologica e monitoraggio dei "livelli essenziali di assistenza":**
  - 1.1. Analisi epidemiologica dei bisogni e della domanda espressa dalla popolazione;
  - 1.2. Valutazione del sistema dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari in termini di equità, appropriatezza d'uso, efficacia ed efficienza;
  - 1.3. Monitoraggio dello stato di salute di gruppi di popolazione in condizioni svantaggiate;
  - 1.4. 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;
  - 1.5. Monitoraggio e valutazione di qualità dei processi assistenziali e delle reti cliniche.
2. **Per il supporto tecnico alla Direzione "Sanità" per la programmazione sanitaria e controllo direzionale:**
  - 2.1. Redazione del Piano Sanitario Regionale e degli atti di programmazione settoriale in campo sanitario;
  - 2.2. Redazione del Piano annuale delle prestazioni delle Aziende Sanitarie e delle Strutture private accreditate;
  - 2.3. Definizione dei criteri e dei parametri di finanziamento delle Aziende Sanitarie e delle Strutture private accreditate;
  - 2.4. Processo di budgeting annuale delle Aziende Sanitarie;
  - 2.5. Sistema di contabilità direzionale e controllo di gestione;
  - 2.6. Rapporti con gli Organismi ed Enti nazionali (Ministeri, Conferenza Stato-Regioni, ASSR) e Internazionali;
  - 2.7. Assistenza alle Aziende Sanitarie nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione;
  - 2.8. Valutazione dei risultati annuali e pluriennali delle Aziende Sanitarie.
3. **Per la 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:**
  - 3.1. Promozione e sviluppo delle metodologie e strumenti dell' **EBM (Evidence Based Medicine)** e del **Technology Assessment** nel SSR;
  - 3.2. Promozione e sviluppo dei **processi assistenziali** attraverso:
    - 3.2.1. l'analisi e la reingegnerizzazione dei percorsi assistenziali sulle patologie individuate come rilevanti dalla programmazione regionale;

- 3.2.2. l'analisi e la reingegnerizzazione delle reti cliniche regionali sulle aree individuate come prioritarie dalla programmazione regionali;
- 3.2.3. sperimentazione e messa a regime di metodologie e strumenti per garantire la continuità assistenziale ospedale/territorio.
- 3.3. Promozione delle attività professionali di **audit clinico ed organizzativo**.
- 3.4. Sviluppo di un sistema regionale di monitoraggio per la **gestione del rischio clinico**.
- 3.5. Sviluppo di un sistema regionale di monitoraggio delle **liste di attesa**.
- 3.6. Sviluppo del sistema regionale di **autorizzazione e accreditamento** attraverso:
  - 3.6.1. revisione periodica dei criteri di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
  - 3.6.2. formazione del personale regionale e delle Aziende Sanitarie destinato alle funzioni di autorizzazione e accreditamento;
  - 3.6.3. partecipazione alla costituzione ed al funzionamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento.
- 3.7. 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.
- 3.8. Coordinamento in campo di **Formazione ed E.C.M.** (Educazione Continua in Medicina) attraverso:
  - 3.8.1. 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;
  - 3.8.2. predisposizione della proposta relativa alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale;
  - 3.8.3. accreditamento regionale E.C.M., attraverso la costruzione e gestione del sistema di accreditamento regionale degli eventi formativi e dei Provider;
  - 3.8.4. monitoraggio e valutazione dello stato di attuazione dei programmi di formazione continua aziendali.
- 3.9. Coordinamento delle politiche trasfusionali regionali.
- 3.10. 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:
  - 3.10.1. programmazione regionale;
  - 3.10.2. programmazione e gestione dei servizi territoriali;
  - 3.10.3. professionisti.

Entro il 2007 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.

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**".



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.

## 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.

Nelle more della istituzione formale dei D.I.T.R.O., le ASL devono istituire e rendere operativi, entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURA della presente legge, i Servizi delle Professioni Sanitarie aggregati in forma dipartimentale.

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<sup>39,40,41</sup> 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)<sup>42,43</sup>
- 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 europeo<sup>44</sup>:

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 del paziente
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"<sup>45</sup>;
- provvedere alla sua pubblicazione e diffusione.

---

<sup>39</sup> 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).

<sup>40</sup> 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".

<sup>41</sup> 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".

<sup>42</sup> DPCM 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici" (Statuto dei diritti del cittadino/utente), Direttiva Ciampi

<sup>43</sup> Legge 11 luglio 1995, n. 273 "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni"

<sup>44</sup> Carta Europea dei diritti del malato, Programma europeo di cittadinanza attiva, Roma 2004

<sup>45</sup> D.G.R. 1028 del 15 novembre 2004, "Linee guida regionali" per la redazione carte dei servizi delle Asl d'Abruzzo

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 Pubblico<sup>46</sup> al fine di garantire una rete idonea di punti di informazione ed ascolto.*

## **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

---

<sup>46</sup> Legge 07 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"

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.

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 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.

#### **4.2.6. Gli strumenti: l'Accreditamento**

L'accreditamento è una procedura nata agli inizi del secolo scorso in Nord-America, come strumento di garanzia e promozione della qualità, grazie all'iniziativa promossa da alcune società scientifiche e associazioni professionali, che avevano l'obiettivo di spronare i professionisti al confronto, alla valutazione, e al miglioramento della qualità. Il successo dei programmi attivati portò ad una loro ampia diffusione, prima nei paesi di origine (USA e Canada) e successivamente in molti altri paesi. Oggi sono presenti programmi di accreditamento in molti paesi, ma nella maggior parte dei casi si tratta di esperienze sperimentali o limitate ad alcuni settori e aree geografiche. Solo in alcuni paesi l'accreditamento è divenuto una procedura obbligatoria (Italia, Spagna, Francia, Paesi Bassi), sebbene abbia implicazioni diverse: accesso ai contratti con i soggetti pubblici nei primi due paesi, promozione del miglioramento negli altri due.

Pur nella diversità dei contesti specifici, l'attivazione dei programmi di accreditamento si lega a tre motivazioni fondamentali:

1. Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi.
2. Interesse delle associazioni professionali e delle società scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti come parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti.
3. Richiesta, da parte del servizio sanitario o dei sistemi assicurativi, alle strutture che erogano prestazioni, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione a rapporti contrattuali.

Le prime due motivazioni sono alla base dei programmi di accreditamento volontario, mentre la terza costituisce il fattore determinante la recente diffusione dei programmi di accreditamento obbligatorio o istituzionale.

#### **Il quadro normativo**

L'inserimento del processo di accreditamento nella normativa italiana, iniziato con il D.Lgs 502/92, ha evidenziato come tutto il processo di crescita che si era sviluppato nel mondo era stato recepito anche dal legislatore nazionale, che lo interpretava come un valido strumento di superamento della autoreferenzialità del sistema sanitario e della mancanza di verifiche sostanziali, in particolare sul piano tecnico ed organizzativo. Il D.Lgs 502/92 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. Il successivo D.Lgs 229/99 ne ha accresciuto il significato, definendo che l'accreditamento è funzionale alla programmazione sanitaria, ed è finalizzato a garantire e promuovere la qualità dell'assistenza.

L'accreditamento è quindi uno degli strumenti individuati dalla normativa nazionale per promuovere l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, ed assicurare la qualità dell'assistenza.

Ciò è importante per:

1. il Servizio sanitario nazionale, che acquisisce e garantisce le prestazioni sanitarie per l'utente;
2. il produttore, per il quale è un mezzo per validare, attraverso modalità conosciute e trasparenti, il livello qualitativo della prestazione che fornisce;

3. il cittadino, che può vedere riconosciuto il suo diritto ad un'assistenza di elevata qualità.

### **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 possiamo definire i caposaldi della Qualità Totale:

- focalizzazione sul paziente/cittadino;
- orientamento ai processi assistenziali e organizzativi;
- attivazione dei processi di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ).

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 della Regione Abruzzo (previsto nella Legge Regionale in corso di deliberazione) dovrà tendere a riferirsi ai modelli più attuali (Canadian Council on Health Services Accreditation – Canada; 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.

### **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.



## 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 cliniche
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), Casa della salute, 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
<b>F.S.N. come da DDL Finanziaria 2007</b>	2.018	2.080	2.143	2.213	<b>TOTALE</b>
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
<b>Costi</b>	2.210	2.258	2.268	2.296	<b>TOTALE</b>
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. 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 3**, 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
<b>totale entrate</b>	<b>2.156,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>203,000</b>	<b>203,000</b>	<b>2.359,000</b>
<b>costi della produzione</b>														
- 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
<b>totale costi esterni</b>	<b>847,660</b>	<b>0,000</b>	<b>5,840</b>	<b>-6,880</b>	<b>-13,020</b>	<b>-4,600</b>	<b>4,900</b>	<b>0,841</b>	<b>1,400</b>	<b>20,000</b>	<b>-15,100</b>	<b>4,426</b>	<b>-2,194</b>	<b>845,466</b>
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
<b>totale costi interni</b>	<b>1.409,860</b>	<b>7,245</b>	<b>1,335</b>	<b>2,813</b>	<b>0,000</b>	<b>5,535</b>	<b>10,805</b>	<b>8,785</b>	<b>7,590</b>	<b>25,157</b>	<b>28,454</b>	<b>-17,601</b>	<b>80,118</b>	<b>1.489,978</b>
<b>totale costi produzione</b>	<b>2.257,520</b>	<b>7,245</b>	<b>7,175</b>	<b>-4,068</b>	<b>-13,020</b>	<b>0,935</b>	<b>15,705</b>	<b>9,626</b>	<b>8,990</b>	<b>45,157</b>	<b>13,354</b>	<b>-13,175</b>	<b>77,924</b>	<b>2.335,444</b>
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
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	<b>2.272,520</b>	<b>7,245</b>	<b>7,175</b>	<b>-4,068</b>	<b>-13,020</b>	<b>0,935</b>	<b>15,705</b>	<b>9,626</b>	<b>8,990</b>	<b>45,157</b>	<b>13,354</b>	<b>-4,620</b>	<b>86,479</b>	<b>2.358,999</b>
<b>risultato dell'esercizio</b>	<b>-116,520</b>	<b>-7,245</b>	<b>-7,175</b>	<b>4,068</b>	<b>13,020</b>	<b>-0,935</b>	<b>-15,705</b>	<b>-9,626</b>	<b>-8,990</b>	<b>-45,157</b>	<b>-13,354</b>	<b>207,620</b>	<b>116,521</b>	<b>0,001</b>

## 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'appropriata 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, strutture 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, Casa della Salute 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.

### **5.2.3. 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- quinques, 3- sexes 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 ed Emergenza Sanitaria.
- **Assistenza Intermedia** che eroga attività di assistenza Residenziale e Domiciliare.
- **Assistenza Consulitoriale** 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 consulitoriale, 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.

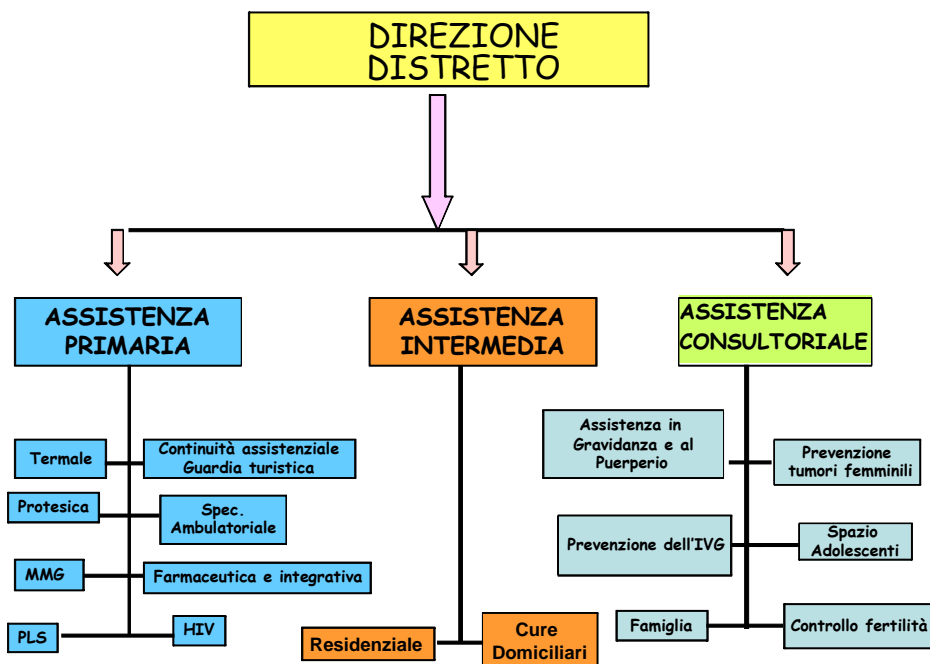
A livello di staff della Direzione di Distretto è previsto un livello di Coordinamento delle Professioni Sanitarie Distrettuale, che assume la responsabilità gestionale ed organizzativa delle figure professionali del comparto, assicurandone una gestione integrata e flessibile, e che rappresenta il riferimento 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;
- 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.

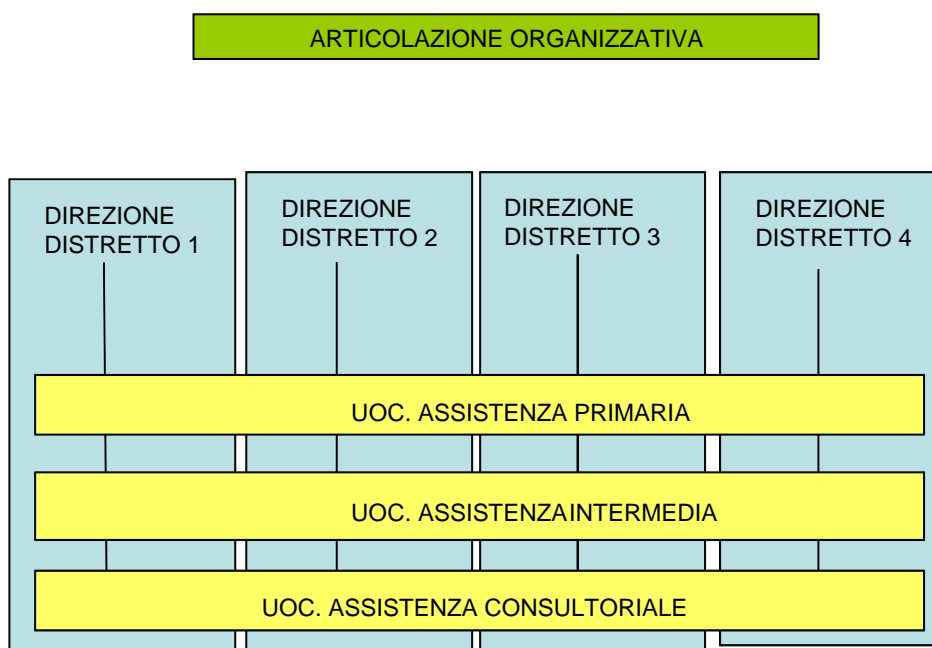
**UOC Assistenza Primaria:** con responsabilità gestionale ed organizzativa su assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, assistenza integrativa e protesica.

**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, programmatoria 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 relazionale<sup>47</sup>; 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 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

<sup>47</sup> Modificato da: Haggerty J L. *Continuity of care: a multidisciplinary review* BMJ 2003;327;1219-1221

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)

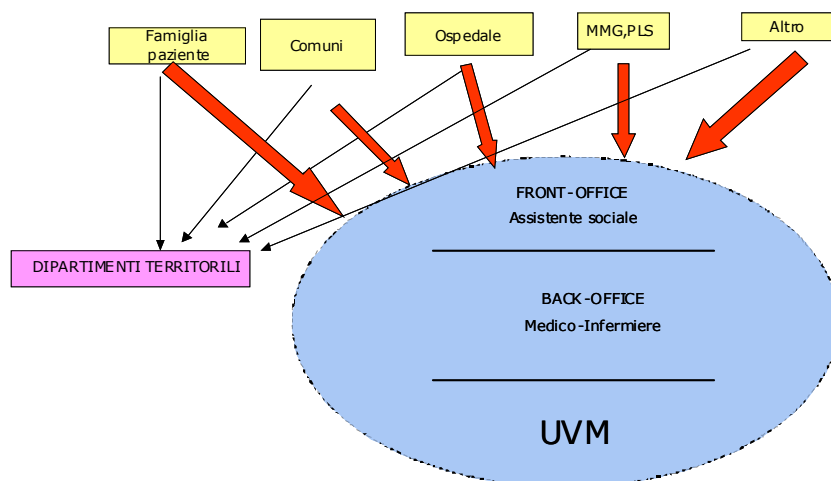
Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per situazioni urgenti ma non comprese 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 dell'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 (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;
- il Fisiatra, nel caso in cui il PAI debba prevedere un programma riabilitativo a domicilio o nelle Strutture Riabilitative (Residenziali e Semi- Residenziali), non definito in precedenza;
- 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.).

#### **5.2.4.3. La Casa della Salute**

Al fine di restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di salute e di promozione della stessa, è importante prefigurare un percorso graduale e costante che ricomponga quanto è frammentato e disperso nell'offerta socio-sanitaria.

In tal senso la realizzazione del modello "Casa della Salute" può senz'altro contribuire a dare la giusta visibilità all'insieme degli interventi sanitari e dell'integrazione socio-sanitaria garantiti dal livello territoriale.

La Casa della salute è, infatti, da intendere come la struttura, fisica e logistica, polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità dell'assistenza con l'ospedale e le attività di prevenzione.

Nella Casa della salute lavorano insieme il personale del distretto, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, con le loro forme associative, gli specialisti ambulatoriali.

Nella Casa della salute devono potere essere effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base.

Nella Casa della salute deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e devono venire attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentano una diagnosi specialistica di 2° livello.

Nella Casa della salute, inoltre, attraverso l'elaborazione da parte degli operatori che in essa operano, devono trovare implementazione le linee guida condivise e i percorsi terapeutici ed assistenziali sulle principali patologie realizzando la continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione.

#### **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;
- Un medico della Pediatria di libera scelta della ASL;
- Un medico della Specialistica ambulatoriale operante nella ASL;
- Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie Territoriale;
- 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;
- Un referente regionale della Pediatria di libera scelta;
- Un referente regionale della Specialistica ambulatoriale.

#### **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;
- Rappresentante della Pediatria di Famiglia;
- Rappresentante della Specialistica ambulatoriale.

#### **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
- Emergenza Sanitaria territoriale
- 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, Casa della Salute, 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 dovrà essere ampliata l'offerta assistenziale attraverso l'istituzione e incentivazione di nuove forme di associazione, che realizzino una copertura dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.

Si tratta di modelli organizzativi, denominati Nuclei per le Cure Primarie della Medicina Generale, in cui è prevista 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, in un'unica sede.

L'offerta assistenziale potrà essere completata dall'inserimento di altre figure professionali del territorio (specialisti ambulatoriali, infermieri, 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, infermieristica e specialistica nel corso delle 24 ore.

Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l'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. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.

Tale modalità organizzativa si pone 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 di norma comprendono un bacino di utenza di 6.000/15.000 assistiti e possono essere così articolati:

A)-Assistenza H 24 in rete con la partecipazione di:

- Medici di Assistenza Primaria
- Medici di Continuità Assistenziale

garantiscono:

- il collegamento in rete per i medici di Assistenza Primaria con possibilità di accesso ai dati dei pazienti da parte dei medici di Continuità Assistenziale al fine di consentire 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;

forniscono i seguenti servizi:

- L'apertura nella fascia oraria 8 – 20, attraverso il coordinamento degli orari, di uno degli ambulatori dei medici di Assistenza Primaria facenti parte del Nucleo di Cure Primarie, e la permanenza di ogni medico nel proprio studio.
- L'assistenza nelle ore notturne, nei prefestivi e nei festivi da parte dei medici di Continuità Assistenziale che avranno dato la loro disponibilità a far parte del Nucleo di Cure Primarie: questi ultimi cureranno l'aggiornamento della scheda informatizzata dei pazienti da essi visitati (obiettività clinica, diagnosi, terapia praticata, motivazione dell'eventuale ricovero) attivando il collegamento con il sistema informatico del medico curante di Assistenza Primaria.
- La possibilità di impiego diurno dei medici di Continuità Assistenziale secondo modalità organizzative definite nel regolamento interno anche ai fini del raggiungimento delle 38 ore settimanali previste dal comma 4 dell'articolo 5 dell'ACN (per i medici a rapporto esclusivo di Continuità Assistenziale).

B)-Assistenza H 24 in gruppo con la partecipazione dei:

- Medici di Assistenza Primaria

- Medici di Continuità Assistenziale associati o singoli
  - Collaboratore di studio dalle ore 8 alle ore 20 assunto secondo i CCNL di categoria
  - Personale infermieristico per 6 ore giornaliere assunto secondo i CCNL di categoria
- garantiscono:

- il collegamento in rete per i medici di Assistenza Primaria con possibilità di accesso ai dati da parte della Continuità Assistenziale al fine di consentire 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.

forniscono i seguenti servizi:

- l'apertura dalle ore 8 alle ore 20 di uno studio nella sede centrale di riferimento
- l'assistenza da parte dei medici di Continuità Assistenziale nelle ore notturne, nei prefestivi e nei festivi anche nella sede centrale di riferimento: questi ultimi cureranno l'aggiornamento della scheda 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 secondo modalità organizzative definite nel regolamento interno anche ai fini del raggiungimento delle 38 ore settimanali previste dal comma 4 dell'articolo 65 dell'ACN per i medici a rapporto esclusivo di Continuità Assistenziale.

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. Deve essere, priva di barriere architettoniche facilmente accessibile e raggiungibile.

Nell'UTAP operano MMG, PLS, MCA, Specialisti ambulatoriali, 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. È rivolto a pazienti affetti da patologie cronico-degenerative associate a particolari e significative condizioni di rischio sociale. 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.

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;
- gestione di processi riabilitativi post- acuzie.

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.

### **5.2.6.2. 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 ospedaliera, 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 ospedaliera, 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.

Nel settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale occorre procedere entro il 2008:

- alla messa a regime di un sistema di monitoraggio sul fenomeno delle liste di attesa;
- alla messa a regime del sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali;
- alla regolamentazione del rapporto con i privati secondo le modalità previste per le case di cura private;
- alle sperimentazioni di specifici progetti per le riduzioni delle liste di attesa;
- allo sviluppo della ambulatorialità integrata secondo il modello del day- service, con cui un centro ambulatoriale gestisce i percorsi dei pazienti con problemi complessi garantendo risposte tempestive senza ricorrere al ricovero.

#### **5.2.6.2.2. Assistenza protesica**

Le prestazioni di assistenza protesica nella Regione Abruzzo sono erogate attraverso i servizi territoriali di Riabilitazione, secondo quanto disciplinato dal Decreto Ministeriale 27 agosto 1999, integrato dall'art. 6 del D.P.C.M. del 7 marzo 2007, che individua

- o la tipologia di prestazioni erogabili
- o gli aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica
- o i fornitori dei dispositivi protesici
- o le modalità di erogazione
- o i tempi minimi per il rinnovo dell'erogazione
- o dispositivi protesici temporanei, provvisori e di riserva
- o numerazione dei dispositivi protesici su misura
- o tariffe e prezzi di acquisto dei dispositivi protesici
- o rapporti tra regioni, aziende USL e fornitori
- o modalità di controllo
- o aggiornamento del Nomenclatore

Dovranno essere previsti punti di erogazione in tutti i Distretti ed individuati percorsi finalizzati a facilitare l'accesso alle prestazioni con particolare riguardo alle dimissioni protette.

A livello regionale è istituito un gruppo di lavoro, composto da:

- o il Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale Riabilitativa e Medicina Sociale, che lo coordina;
- o un rappresentante della ASR;
- o il Dirigente del Servizio Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità;
- o il Responsabile dell'Ufficio Mobilità;
- o il Responsabile dell'Ufficio Assistenza Riabilitativa, RSA e Protesica;
- o un rappresentante dei Servizi riabilitativi delle singole ASL designato dal Direttore Generale.

La costituzione del suddetto gruppo di lavoro è finalizzata alla predisposizione di modelli organizzativi uniformi nelle singole ASL ed alla elaborazione di modelli operativi in grado di assicurare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto della normativa vigente.

Al fine di concorrere alla razionalizzazione delle prescrizioni si ritiene necessario introdurre inoltre le seguenti azioni:

- o attività formativa indirizzata ai Medici prescrittori di dispositivi protesici;
- o istituzione di un Albo Regionale dei Medici prescrittori di dispositivi protesici; l'iscrizione all'Albo Regionale è subordinata alla partecipazione all'attività formativa suddetta.

#### **5.2.6.2.3. Medicina Termale**

Il Termalismo investe aspetti (ambiente, turismo di qualità ed altro) che vanno ben al di là di quello strettamente sanitario.

La Medicina Termale è una branca medica che utilizza a scopo terapeutico e riabilitativo i mezzi di cura termale quali le **acque minerali, i fanghi e le grotte**. Di questi elementi si sfruttano le proprietà fisiche e chimiche, quali il **calore** ad esempio (da cui deriva proprio il termine termale), il quale è in grado di modificare i tessuti fibrosi delle strutture tendinee e capsulo-legamentose delle cicatrici, dando in generale un'azione miorellassante (rilassamento

dei tessuti muscolari), inoltre produce un aumento del flusso di sangue nei vari distretti dell'organismo, a causa della vasodilatazione.

La termoterapia termale viene perciò utilizzata come mezzo antinfiammatorio, analgesico, decontratturante e trofico (di nutrimento).

Nelle cure termali si utilizza anche la **terapia inalatoria** attraverso la quale si ricerca un'azione generale di potenziamento delle difese immunitarie con l'uso di gas terapeutamente attivi (es. solfurei). Le principali patologie che vengono trattate sono quelle di carattere otorinolaringoiatriche e delle vie respiratorie quali: rinosinusiti, bronchiti, faringotonsilliti, laringiti croniche ecc. L'entità del miglioramento aumenta progressivamente nel corso di tre anni consecutivi di terapia dopo i quali la continuità garantisce il mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti. Naturalmente esistono delle controindicazioni alla terapia termale inalatoria costituite principalmente da affezioni acute a carico delle vie respiratorie o riacutizzazioni di patologie croniche (tubercolosi...). I **fanghi** o **peloidi** rappresentano una ulteriore tipologia di cura termale; essi sono utilizzati sotto forma di impacchi e sono costituiti da una mescolanza di acqua minerale e materiale organico o inorganico. I fanghi grazie alle loro caratteristiche chimico fisiche (capacità di trattenere calore, adesione alla superficie corporea), trovano applicazione in veste di antinfiammatori, analgesici, stimolano vari processi metabolici, sono rilassanti e perciò determinano una generale sensazione di benessere psicofisico. L'**antroterapia** si basa invece sull'utilizzo di **grotte** o **stufe** a seconda del grado di umidità e temperatura.

Le grotte si trovano direttamente in connessione con sorgenti idrominerali (di acque) a diversa composizione (es. solfuree), in cui la percentuale di umidità può giungere al 100%; l'aerosol termale che si sviluppa all'interno della grotta stessa è costituito da particelle piccolissime che influenzano positivamente l'attività respiratoria in senso antiallergico.

Nelle grotte naturali secche (stufe) la terapia può essere effettuata a temperature molto elevate rispetto alle grotte umide poiché la sudorazione non viene ostacolata.

Per ultimo, ma non meno importante, si utilizza la crenoterapia esterna che si basa sull'impiego delle acque minerali per contatto (cute e mucose) le quali agiscono in virtù delle loro caratteristiche chimico-fisiche (inalazioni, balneazioni, irrigazioni, fanghi).

Le prestazioni termali sono state ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) ed i cicli di prestazioni erogabili sono individuati nel Decreto Ministeriale 15 aprile 1994 e possono fruirla solo soggetti affetti dalle patologie indicate dal Decreto Ministeriale 15 dicembre 1994.

Nella nostra regione sono attualmente attive, e temporaneamente accreditate, le seguenti strutture termali che trattano principalmente le patologie riportate per ciascun centro:

- **Sorgenti Santa Croce** - Canistro (AQ) - Principali patologie curate: malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato urinario, circolazione e sangue, fegato e vie biliari, ricambio (iperuricemia, gotta), dermatologiche;
- **Caramanico Terme** - Caramanico (PE) - Principali patologie curate: malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato genitale femminile, malattie dell'apparato locomotore, malattie dell'apparato respiratorio, fegato e vie biliari, pelle, ricambio (iperuricemia, gotta);
- **Terme di Popoli** - Popoli (PE) - Principali patologie curate: malattie dell'apparato locomotore, malattie dell'apparato respiratorio, circolazione e sangue;
- **Terme Ovidio** - Raiano (AQ) - Principali patologie curate: malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato locomotore, malattie dell'apparato respiratorio, fegato e vie biliari, pelle.

Con il presente piano si prevede uno sviluppo delle Politiche di Salute della Regione nei confronti del Termalismo attraverso:

- l'individuazione, per le attività di prevenzione e di riabilitazione di interesse termale, di percorsi e tipologie di prestazioni adeguate a garantire efficacia dei trattamenti;
- la salvaguardia e, ove possibile, il miglioramento dei livelli attuali di qualità nell'erogazione dei cicli di cura termale;
- il coinvolgimento e la collaborazione delle Aziende Termali per la realizzazione di indagini e ricerche di rilevanza statistica ed epidemiologiche, mirate ad obiettivi di interesse sanitario.

Infine per la valenza non solo sanitaria del Termalismo e per l'indotto che riesce a creare (posti di lavoro, turismo) si ritiene di dover prevedere una incentivazione al potenziamento di questo settore.

### **5.2.7. Il sistema dell'assistenza intermedia**

Il sistema dell'assistenza intermedia rappresenta il complesso dei servizi integrati territoriali, la cui azione è finalizzata a promuovere una più rapida guarigione dalle malattie, a prevenire i ricoveri non necessari, a fornire assistenza nei casi di dimissioni tempestive e a favorire l'autosufficienza ritardando il passaggio dalla condizione di predisabilità a quella di disabilità.

Il settore dell'assistenza intermedia si configura come il *setting* più adatto e meno costoso per l'erogazione dell'assistenza *long term* proprio per quelle situazioni di cronicità dove i percorsi clinico- assistenziali devono essere definiti con efficacia ed efficienza, mantenendo elevati standard di qualità assistenziale.

I principi fondamentali dell'assistenza intermedia si fondano su:

- un'assistenza centrata sulla persona;
- un robusto processo di valutazione;
- la partnership tra diversi attori;
- un accesso tempestivo ai servizi specialistici.

Le UUOO che compongono il sistema dell'Assistenza intermedia sono quelle che hanno responsabilità gestionale ed organizzativa su cure domiciliari, residenziali, semiresidenziali, della riabilitazione territoriale. 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.

Le **prestazioni residenziali e semiresidenziali** rappresentano il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di strutture accreditate per la specifica funzione. Ne consegue una connotazione della prestazione come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 6-12 (semiresidenziale) o 24 ore (residenziale) e non come singolo atto assistenziale.

Lo sviluppo del sistema residenziale è fondamentale per:

a) favorire l'uso appropriato del regime di assistenza ospedaliera e nel contempo garantire la continuità dell'assistenza ospedale/territorio, allo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico- organizzative per il reinserimento a domicilio;

b) garantire i percorsi di assistenza nella cronicità, con la consapevolezza che la residenzialità non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che preveda la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Un elemento fondamentale da sottolineare nell'assetto organizzativo delle residenze è quello del **"nucleo assistenziale"**, inteso come area distributiva delle degenze autonoma per dotazioni e servizi, articolato di norma su 20 p.l..

Poiché non è ipotizzabile il trasferimento del paziente ad ogni variazione sostanziale dei suoi bisogni assistenziali nel caso di un ricovero medio-lungo, il nucleo non può essere interpretato come una struttura rigida, ma come una unità organizzativa strutturata per fornire determinati livelli di assistenza nella quale è ragionevole che venga assistita anche una certa percentuale (10-20%) di pazienti appropriati per altri livelli, ma il cui numero ed intensità assistenziale sia tale da non mettere in crisi l'organizzazione interna del nucleo stesso.

Parallelamente è auspicabile che ogni struttura residenziale ottenga l'accreditamento per più livelli assistenziali e sia quindi organizzata in più nuclei (Strutture polivalenti).

### **5.2.7.1. Il sistema delle Cure Domiciliari**

Il presente piano sanitario si pone *l'obiettivo strategico* di potenziamento dell'assistenza domiciliare e degli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità ed alla famiglia, mediante l'implementazione e qualificazione della capacità di presa in carico *delle Cure Domiciliari*.

La rete delle cure domiciliari deve:

assicurare la continuità dell'assistenza medica, infermieristica, specialistica a domicilio;

favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale;

strutturare percorsi integrati di sostegno alla famiglia;

facilitare l'accesso ai servizi ed alla erogazione di presidi e degli ausili necessari a domicilio.

Riguardo al sistema delle cure domiciliari le priorità, per il periodo di validità del presente piano sanitario, sono essenzialmente quelle di sviluppare "*criteri di appropriatezza*" di questa modalità di assistenza attraverso:

- la piena applicazione delle linee guida regionali per un'uniforme interpretazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti alle cure domiciliari e per dare un significato omogeneo alle caratteristiche di questo tipo di assistenza;
- sviluppo ed implementazione della qualità dell'assistenza mediante la rispondenza ai criteri presenti nel Manuale della Qualità delle Cure Domiciliari redatto dalla ASR-Abruzzo;
- il progressivo ampliamento dell'erogazione delle cure nel domicilio familiare degli assistiti, finalizzando l'incremento previsto degli stanziamenti per tale regime di assistenza;
- la strutturazione di risorse professionali multidisciplinari proprie e/o con rapporto funzionale;
- la disponibilità e l'utilizzo di risorse strumentali come ausili per la mobilitazione e la prevenzione di complicanze da immobilizzazione, presidi per le medicazioni difficili e per l'alimentazione artificiale, tecnologie innovative per la telemedicina e la teleassistenza;
- una valutazione dell'efficacia ed efficienza attraverso la lettura degli esiti raggiunti da coloro che utilizzano tale forma di assistenza;
- l'integrazione, sia in termini di programmazione che di erogazione, dell'assistenza realizzata dalle risorse del SSR e degli EE.LL. con le reti sociali di solidarietà attraverso forme di collaborazione sviluppate dai soggetti presenti nel territorio per l'attuazione dei LEA e dei LIVEAS.

Il documento "Il Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida" emanate con la deliberazione n°224 del13/03/2007 definisce i criteri di eleggibilità e la caratterizzazione dei diversi livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari, in funzione della natura del bisogno, della intensità, della complessità, della durata media, e delle fasce orarie di operatività.

Il presente PSR definisce e puntualizza i seguenti aspetti:

- Operatore Sociale nelle Cure Domiciliari
- Presa in carico
- Cartella Domiciliare Integrata
- Scheda di Rilevazione Assistenziale Domiciliare (RAD)
- Organizzazione Servizio Cure Domiciliari
- Sistemi di Monitoraggio
- Stima di Impatto Economico

### **Operatore Sociale nelle Cure Domiciliari**

Alle figure previste nelle varie tipologie di cure si aggiunge l'Operatore Sociale che svolge attività previste dai LIVEAS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) per un minimo di 30' ad accesso.

#### ***Presa in carico***

I presupposti essenziali per l'attivazione di un programma di Cure Domiciliari sono:

- compatibilità delle condizioni cliniche dell'Assistito con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;
- presa in carico del Medico curante per le problematiche di tipo sanitario;
- consenso informato da parte dell'assistito e della sua famiglia;
- verifica dell'idoneità della condizione abitativa;
- verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;

- rafforzamento del ruolo del familiare di riferimento, care giver, attraverso la valutazione ed il potenziamento delle sue capacità e competenze, con la possibile partecipazione alla UVM per la verifica e l'adeguamento delle attività previste dal PAI.

A questo livello si devono sviluppare percorsi assistenziali per alcune tipologie di pazienti (es.: anziani con polipatologie; pazienti affetti malattia di Alzheimer, ecc.) con l'obiettivo di una forte integrazione interprofessionale e interdisciplinare per garantire una compiuta continuità dell'assistenza e il maggior livello ottenibile di efficacia delle prestazioni da erogare.

### ***Cartella Domiciliare Integrata***

Al domicilio del paziente sarà conservata una cartella integrata, ad uso di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari, al fine di:

- assicurare la continuità dell'assistenza e l'integrazione multiprofessionale,
- garantire e facilitare l'accesso alle informazioni indispensabili all'assistenza e cura del paziente.

Parte integrante e sostanziale della Cartella, che riporta tutti gli accessi e gli interventi, le prescrizioni ed i referti, è il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che rappresenta il mezzo attraverso il quale vengono descritti e condivisi gli obiettivi di assistenza ed i risultati attesi. La definizione del modello di Cartella Domiciliare Integrata da adottare nel Sistema della Cure Domiciliari è rimandata ad una successiva elaborazione, a cura del Gruppo di Coordinamento Regionale delle CD della ASR Abruzzo, in collaborazione con le ASL.

### ***Scheda di Rilevazione Assistenziale Domiciliare (RAD)***

Si introduce, la RAD Scheda di Rilevazione Assistenza Domiciliare, già descritta nel documento Cure Domiciliari Linee Guida, che al pari della SDO per il macrolivello ospedaliero, rileva le prestazioni erogate nel contesto del programma di assistenza domiciliare e favorisce la condivisione di un modello di raccolta, analisi e lettura dei dati.

La RAD rappresenta lo strumento di base per implementare ed alimentare il flusso informativo regionale, che dovrà essere messo a punto anche secondo le indicazioni ed esigenze del nuovo sistema informativo nazionale, e dovrà contenere informazioni di carattere organizzativo, sulla tipologia dell'assistenza erogata e di costo, da definire entro il primo semestre del 2008.

La compilazione della RAD deve essere completata al termine dell'episodio di cura, contestualmente alla chiusura della Cartella Domiciliare Integrata.

### ***Organizzazione Servizio Cure Domiciliari***

Il livello organizzativo delle Cure Domiciliari prevede responsabilità direttive ed operative di seguito definite.

#### **Direzione distrettuale CD**

Il livello direttivo è svolto dal Direttore di Distretto e da un Dirigente Medico della UO Assistenza intermedia.

Il Direttore di Distretto garantisce:

- la negoziazione del budget per le Cure Domiciliari;
- la definizione delle strategie operative per l'attuazione del Piano Aziendale;
- la definizione, con le Direzioni aziendali, di protocolli d'intesa per la costruzione di percorsi preferenziali d'accesso alle UO ed ai servizi aziendali;
- i rapporti con i Mmg e i Pls per agevolare l'accesso alle Cure Domiciliari dei pazienti eleggibili in questo livello;
- la proposta e la gestione delle convenzioni con i erogatori terzi e con la rete di supporto;
- la definizione dei protocolli organizzativi sanitari e sociosanitari d'intesa con i Responsabili degli Enti gestori dei servizi socio- assistenziali;
- l'analisi dei costi e della qualità delle prestazioni;

Il Dirigente Medico di UO garantisce:

- il corretto uso delle risorse assegnate ed il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- i contatti con le direzioni ospedaliere e i servizi territoriali per assicurare la continuità delle cure;
- l'attivazione ed il monitoraggio di percorsi preferenziali d'accesso alle UO e servizi aziendali;
- la negoziazione delle risorse dedicate afferenti al CdC delle Cure Domiciliari;

- il monitoraggio e la verifica delle attività e l'utilizzo delle risorse;
- l'individuazione delle necessità formative di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari.

### **Gruppo Operativo Distrettuale**

La direzione del Gruppo Operativo Distrettuale è affidata ad un Dirigente Medico. La gestione operativa delle attività e la relativa organizzazione è in capo ad un Coordinatore delle Professioni Sanitarie che:

- Contribuisce allo sviluppo un piano integrato e individuale di cure, anche per atti di cura semplici o di bassa intensità, con chiara esplicitazione dei risultati attesi.
- Sovrintende ed organizza l'assistenza infermieristica domiciliare secondo le indicazioni del MMG, per un bisogno sanitario semplice, o secondo quanto previsto dal PAI, per interventi domiciliari a maggior complessità.
- Pianifica il corso di un episodio di cura ricercando la sincronizzazione degli interventi, la successione degli stessi in rispondenza ai bisogni e ai criteri di adeguatezza nell'uso delle risorse;
- Facilita e coordina l'attuazione degli interventi individuati e condivisi dai membri del Gruppo Operativo Distrettuale.
- Attiva, su richiesta dei MMG, le consulenze specialistiche domiciliari.
- Organizza l'accesso del paziente alle strutture di II° livello per consulenze specialistiche e strumentali attraverso i canali preferenziali attivati.
- Gestisce e verifica la richiesta di materiale sanitario - farmaceutico ed il suo utilizzo.
- Predisponde, su segnalazione dei sanitari ospedalieri, concordato con il MMG, il piano assistenziale provvisorio per i pazienti ancora ricoverati prima della loro dimissione (dimissione protetta).
- Mantiene i rapporti con il paziente e i familiari di riferimento.

### **Sistemi di monitoraggio**

La definizione del sistema di indicatori verrà affidata a un gruppo di lavoro, che sulla base delle indicazioni

- del PSR 2008-2010,
- delle Linee guida regionali sulle Cure Domiciliari (LR 224/13.03.07)
- del Mattone 13, per la costruzione dei flussi informativi relativi alle Cure Primarie e Domiciliari

elaborerà un elenco idoneo al monitoraggio e verifica della assistenza domiciliare.

### **Stima impatto economico**

Per la valutazione di impatto economico delle cure domiciliari si è fatto riferimento a recenti studi che hanno valorizzato l'assistenza resa a domicilio, superando l'utilizzo di strumenti remunerativi delle singole prestazioni, ed introducendo uno strumento centrato sulla complessità dei bisogni per profilo assistenziale<sup>48</sup>.

La stima d'impatto economico viene fatta in coerenza con quanto previsto con il Piano di Risanamento (LR 224/13.03.07) (Tabella 6).

---

<sup>48</sup> Documento conclusivo "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare del 30 settembre 2002; "Bilanciamento costi e qualità nei servizi di Cure Domiciliari Sanitarie" di Scaccabarozzi G. e coll.;

"Progetto finanziare i costi per la long term care Asl Lecco" Scaccabarozzi G. e coll.

Documento del Comitato Ministero Salute Cure Palliative. Anno 2002.

In questi progetti, i criteri classificativi sono legati:

- al Valore della Giornata Effettiva d'Assistenza (GEA), come indicatore di complessità,
- al Coefficiente d'intensità assistenziale (CIA)
- alla durata del piano di cura

Legge 30 Dicembre 2004, N° 311: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo"



**Tabella 6 - Stima dei costi per profili assistenziali**

<b>TIPOLOGIA Cure Dom.</b>	<b>gg assistenza</b>	<b>Costo gg €</b>
Oncologici	60	50
Critici	120	21
fratture	60	35
Vasculopatie	120	21
ADI semplice	30	6

Tali valori economici sono stati rapportati alle tipologie delle cure domiciliari previste nelle Linee Guida sul "Sistema delle Cure Domiciliari " e alla stima degli assistiti delle varie tipologie emerse dall'indagine effettuata nel 2006 sulla domiciliarità in Abruzzo<sup>49</sup> dell' Indagine delle CD

Nella Tabella 7 viene presentata la classificazione delle cure domiciliari in base alla tipologia di cura. La Tabella 8 mostra la stima di impatto economico.

**Tabella 7 – Classificazione dei livelli delle cure domiciliari**

<b>TIPOLOGIA CD</b>	<b>CLASSIFICAZIONE CD</b>
Oncologici	III e IV LIVELLO
Critici	
fratture	
Vasculopatie	
ADI semplice	I e II LIVELLO

**Tabella 8. - Stima di impatto economico delle cure domiciliari**

<b>STIMA DI IMPATTO ECONOMICO CURE DOMICILIARI</b>						
	<b>2007</b>		<b>2008</b>		<b>2009</b>	
<b>TREND</b>	<b>1,6%</b>		<b>2,20%</b>		<b>3%</b>	
<b>CLASSIFICAZIONE</b>	Assistiti	Costi	Assistiti	Costi	Assistiti	Costi
<i>Cure prestazionali<sup>50</sup></i>	9.153	€ 1.309.000	11486	€ 1.557.710	16.000	€ 1.853.675
<i>I e II livello</i>	7.551	€ 1.359.180	9477	€ 1.705.860	13.200	€ 2.376.000
<i>III e IV livello</i>	6.178	€ 13.770.762	7754	€ 17.283.666	10.800	€ 24.073.200
<b>TOTALE</b>	<b>22.882</b>	<b>€ 16.438.942</b>	<b>28717</b>	<b>€ 20.547.236</b>	<b>40.000</b>	<b>€ 28.302.875</b>

### 5.2.7.1.1. La nutrizione artificiale

La nutrizione artificiale (N.A.) - sia enterale che parenterale - è uno strumento terapeutico insostituibile che consente:

- la prevenzione ed il trattamento della malnutrizione;
- il miglioramento del decorso clinico e della prognosi di numerose patologie;
- la significativa riduzione di morbilità e mortalità;
- la sensibile riduzione della ospedalizzazione del malato e dei costi ad essa correlati.

Tra gli obiettivi del presente Piano vi è l'attivazione nelle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo di un adeguato Servizio di Nutrizione Artificiale da destinare a pazienti nei quali, a causa della

<sup>49</sup> Indagine ASR-Abruzzo sulle Cure Domiciliari in Abruzzo anno 2005.

<sup>50</sup>Per questo tipo di cura ci si è basati sul sistema di remunerazione delle singole prestazioni

patologia da cui sono affetti, l'alimentazione per via naturale è impossibile, insufficiente o controindicata.

Nei suddetti casi la NA assume la configurazione di trattamento cronico "salvavita" in quanto costituisce l'unico provvedimento terapeutico per assicurare la sopravvivenza del paziente. Quando un programma nutrizionale nasce all'interno di una struttura ospedaliera – in seguito ad intervento terapeutico o chirurgico – e prosegue sul territorio, si rende necessaria l'attivazione di un programma di nutrizione artificiale domiciliare (N.A.D.).

La Commissione Nazionale L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) ha istituito un apposito sottogruppo con lo scopo di approfondire l'analisi delle attività assistenziali domiciliari e ha definito le cure domiciliari integrate suddividendole in tre livelli. Il terzo livello, già definito in passato ospedalizzazione domiciliare, comprende tutte le prestazioni riguardanti la nutrizione artificiale.

La N.A.D. può essere erogata, a seconda delle situazioni e/o patologie:

- a pazienti non autosufficienti dal punto di vista alimentare;
- ai pazienti che necessitano di cure domiciliari integrate di terzo livello.

L'intervento programmatico della Regione Abruzzo, recependo le linee guida della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (S.I.N.P.E.), i criteri di accreditamento ADI-SINPE e le indicazioni dettate dai nuovi L.E.A, viene principalmente indirizzato alla creazione di un contesto normativo ed organizzativo nel quale garantire ai pazienti l'accesso alle terapie nutrizionali necessarie contestualmente utilizzando in modo razionale le risorse disponibili.

Al fine di disciplinare l'erogazione della N.A.D. in modo omogeneo sul territorio regionale, la Giunta Regionale, con proprio provvedimento – avvalendosi di un apposito gruppo di lavoro all'uopo istituito - provvede a:

- definire il modello organizzativo per l'erogazione delle prestazioni di nutrizione artificiale da parte delle AA.SS.LL.;
- individuare le patologie e le situazioni in cui necessita un trattamento di nutrizione artificiale;
- definire le responsabilità assistenziali di tutti gli operatori sanitari coinvolti (medico ospedaliero, farmacista ospedaliero, dietista, infermiere professionale esperto di nutrizione artificiale, medico di distretto, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta) nei rispettivi ambiti di competenza;
- predisporre un nomenclatore per l'individuazione della tipologia di prestazioni di nutrizione artificiale;
- individuare un elenco dei dispositivi medici, soluzioni nutrizionali e di tipologie di supporti nutrizionali orali utilizzabili;
- predisporre un tariffario per le prestazioni di nutrizione artificiale al fine di garantire la compensazione regionale e interregionale dei costi sostenuti dalle AA.SS.LL. per le stesse;
- definire le modalità per l'attivazione di un Registro Regionale per la N.A.D. con funzioni di osservatorio epidemiologico.

### **5.2.7.2. Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per gli anziani non-autosufficienti**

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post- acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

Gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che

accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra- ospedaliero.

E' inoltre opportuno sottolineare che la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza.

Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

La prestazione in regime di ricovero ospedaliero in acuzie risulta del resto caratterizzata dalla necessità di risolvere in tempi brevi e con ampia disponibilità di professionalità e tecnologie, le gestione di eventi acuti e problematiche di salute classificabili come "critiche" in relazione alla fase di malattia e/o alla necessità di disporre, in continuità di spazio e di tempo, della massima quantità di opzioni diagnostico- terapeutiche.

La prestazione di "post- acuzie" si caratterizza altresì con la necessità di erogare un complesso di cure con finalità riabilitative ("riabilitazione") o clinico- internistiche ("lungodegenza post- acuzie"), aventi un obiettivo definito e raggiungibile in un arco temporale relativamente prevedibile e comunque limitato.

Le prestazione "residenziale" qualifica invece un ambito di erogazione, a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico a patologie croniche, connotato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza. Andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, per *sollievo del nucleo familiare*.

### 5.2.7.2.1. L'offerta attuale residenziale

Il quadro dell'attuale offerta residenziale per gli anziani non autosufficienti è riportato nelle Tabelle 9 e 10:

**Tabella 9 – RSA: posti letto autorizzati e accreditati nella Regione Abruzzo**

RSA - Posti letto autorizzati e accreditati Regione Abruzzo									
Ente	Ubicazione	Gest*	ASL	PL aut anziani	PL aut disabili	PL aut Alzh/ demenze	PL accr anziani	PL accr disabili	PL accr Alzh/ demenze
Comune di Alfedena (AQ)	Alfedena	1	101	40	0	0	0	0	0
INI Canistro s.r.l. Località Cotardo Canistro (AQ)	Canistro	2	101	60	0	0	56	0	0
Opera "S. Maria della Pace" Via Collutri, 1 - Celano (AQ)	Celano	2	101	50	0	0	40	0	0
Soc. "Villa Gaia" Via A. De Lito, 1 - Lecce dei Marsi (AQ)	Lecce dei Marsi	2	101	30	0	0	24	0	0
Istituto Don Orione Via Corradini, 21 - Avezzano	Avezzano	2	101	40	15	0	29	15	0
Soc. Coop. Soc. 2000 a r. l. Pax Christi Via Dalmazia, 116 Vasto Marina (CH) - Sede op. Castel di Sangro	Castel di Sangro	2	101	40	0	15	16	0	12
Società S. Domenico Via della Difesa, 1 - Villalago (AQ)	Villalago	2	101	20	0	0	16	0	0
Società Alfa Polaris Avezzano (AQ)	Avezzano	2	101	40	16	0	0	0	0
Villa S. Giovanni s.a.s. Via Monte Bondone, 2 - S. Giovanni Teatino (CH)	San Giovanni Teatino	2	102	47	13	0	39	11	0
Società S. Rita s.r.l. Via Gesù, 35 S. Maria Imbaro (CH)	Santa Maria Imbaro	2	103	40	0	0	40	0	0
Società EMME EMME s.n.c. Sede leg. Roma - Sede op.: Casalbordino	Casalbordino	2	103	20	0	20	15	0	15
S. Vitale s.r.l. Atessa (CH) - Sede op.: S. Salvo	San Salvo	2	103	40	0	0	32	0	0
Coop. Soc. "SAMIDAD" a r.l. Lanciano - Sede op.: Celenza sul Trigno	Celenza sul Trigno	2	103	25	0	0	20	0	0
Società S.T.A. s.r.l. Castiglione M.M. (CH)	Castiglione Messer Marino	2	103	40	0	0	0	0	0
Unità Sanitaria Locale L'Aquila - Montecreale (AQ)	Montecreale	1	104	40	20	0	40	20	0
Fondazione S. Maria della Pace - Sede leg. Roma - Sede op.: Fontecchio	Fontecchio	2	104	50	15	15	50	15	15
Soc. "EUMEDICA" s.r.l. Via L'Aquila, 10 - Pescara - Sede op.: L'Aquila	L'Aquila	2	104	57	18	0	46	14	0
Società Villa Dorotea" s.r.l. - Roma - Sede op.: Scoppito (AQ)	Scoppito	2	104	60	0	0	48	0	0
Unità Sanitaria Locale Pescara Via Paolini, 47 - Pescara - Città Sant'Angelo (PE)	Città Sant'Angelo	1	105	40	0	0	40	0	0
Unità Sanitaria Locale Pescara Via Paolini, 47 - Pescara - Tocco da Casauria (PE)	Tocco da Casauria	1	105	40	0	0	40	0	0
Casa di Cura De Cesaris S.p.A. C.da Bucciarelli, 13 - Spoltore (PE)	Spoltore	2	105	100	0	15	90	0	14
Soc. "CISE" s.r.l. via Venezia - Pescara - Sede operativa: Montesilvano	Montesilvano	2	105	60	0	0	36	0	0
Fondazione Papa Paolo VI - Pescara - Pescara	Pescara	2	105	20	10	0	0	0	0
Fondazione Papa Paolo VI - Pescara - Pescara - Civitavecchia	Civitavecchia	2	105	20	0	0	16	0	0
Psicogeriatrica Azzurra di "Villa Serena" - Città S. Angelo	Città Sant'Angelo	2	105	80	0	0	80	0	0
Unità Sanitaria Locale Teramo Castlenti (TE)	Castlenti	1	106	20	20	0	20	20	0
Cris '89 s.r.l. Via Bompadre, 36 - Giulianova (TE)	Giulianova	2	106	20	26	14	10	13	7
Psicogeriatrica - Teramo	Teramo	1	106	40	0	0	40	0	0
<b>totali</b>				<b>1179</b>	<b>153</b>	<b>79</b>	<b>883</b>	<b>108</b>	<b>63</b>

\* 1: pubblico; 2: privato

**Tabella 10 – Centri Residenziali: posti letto autorizzati e accreditati nella Regione Abruzzo**

Centri residenziali (CR) - Posti letto autorizzati e convenzionati Regione Abruzzo -					
Ente	Ubicazione	Tipo*	ASL	PL aut tot	PL accr.
Soc. "C. Simeoni" a r.l. Orsogna (CH) - Sede operativa: Orsogna (La casa del sole)	Orsogna	2	102	50	50
Soc. "C. Simeoni" a r.l. Orsogna (CH) - Sede operativa: Guardiaregre (Sen. E. Borrelli)	Guardiaregre	2	102	25	25
Soc. "LIDO" s.r.l. Casa Albergo "Il Castello" - Crecchio (CH)	Crecchio	2	102	43	43
Soc. "LIDO" s.r.l. " - Crecchio (CH) - Sede di Ortona "T. Berardi"(CH)	Ortona	2	102	80	80
I.P.A.B. "Istituti Riuniti S. G. Battista" Viale Cappuccini n. 4 - Chieti	Chieti	1	102	198	198
Istituto "Figlie di San Camillo" - Grottaferrata (Roma) - Sede di Bucchianico (CH)	Bucchianico	2	102	40	40
Coop. Soc. "Fraternitas" - Castelfrentano	Castel Frentano	2	103	30	30
Residenza per anziani "Piccolo rifugio La Cicala" - Atessa (CH)	Atessa	2	103	48	48
Istituto "Sacri Cuori C. Ciampoli" - S.Vito Chietino (CH)	San Vito Chietino	2	103	25	25
Istituto "Sacri Cuori Maria Assunta" - Lanciano (CH)	Lanciano	2	103	35	35
Casa Religiosa Antoniano - Lanciano (CH)	Lanciano	2	103	60	60
Centro Servizi per Anziani del Comune di L'Aquila	L'Aquila	1	104	40	40
Società "Il Giardino" - Popoli (Pe)	Popoli	2	105	63	63
Soc. "IS.EN.CO." s.r.l. Ripa Teatina (CH) - Sede operativa Teramo	Teramo	2	106	24	24
Cris '89 s.r.l. Via Bompadre, 36 - Giulianova (TE)	Giulianova	2	106	30	30
I.P.A.B. Casa di Riposo "F. Alessandrini" - Civitella del Tronto (TE)	Civitella del Tronto	1	106	73	73
I.P.A.B. Casa di Riposo "G. De Benedictis" - Teramo	Teramo	1	106	142	142
<i>totali</i>				1006	1006

\* 1: pubblico; 2: privato

### 5.2.7.2.2. Le caratteristiche degli ospiti (il sistema RUG)

Le caratteristiche degli ospiti delle residenze sono state rilevate attraverso l'utilizzo dello strumento RUG vers. III (strumento di classificazione dei pazienti fondato sulla valutazione multidimensionale dei bisogni e sull'impegno assistenziale richiesto)<sup>51</sup>.

L'indagine è stata condotta in tutte le RSA e Residenze Assistenziali accreditate dal Servizio Sanitario Regionale ed è attualmente in fase di sperimentazione nelle Case di Riposo.

Per quanto concerne le RSA, sono state prese in considerazione tutte le 22 strutture accreditate presenti sul territorio. Durante la fase di rilevazione (sett. – ott. 2006) sono stati valutati complessivamente 996 pazienti distribuiti percentualmente nelle seguenti macro classi RUG riportate in Tabella 11:

**Tabella 11 – RSA Anziani Accreditate**

MACRO GRUPPO	PERCENTUALE
Assistenza intensiva	24,3
Assistenza specialistica	43,4
Polipatologia	14,0
Deficit Cognitivi	6,7
Deficit Comportamentali	2,5
Riduzione funzioni fisiche	9,1

L'indice di case mix medio, ovvero la complessità della casistica trattata dalla struttura, risulta mediamente essere di 1,28 con oscillazioni che vanno da 0,75 a 1,70.

Dall'analisi di questi dati si evidenzia una sostanziale adeguatezza del regime di assistenza erogata in RSA: circa il 64%, dei pazienti è distribuito nelle classi per cui il ricovero in RSA risulta essere appropriato, il 12% dei pazienti necessiterebbe di un ricovero a minore

<sup>51</sup> Il sistema RUG (Resource Utilization Group) è un sistema di classificazione dei pazienti ricoverati in strutture residenziali, basato sul fabbisogno assistenziale dei pazienti e finalizzato alla remunerazione dei relativi costi

Macrogruppo RUG	Descrizione	Struttura
RUG 1-14	Riabilitazione	Riabilitazione
RUG 15-17	Terapia Intensiva e Cure Mediche Complesse	Comi Permanenti
RUG 18-20	Cure Mediche Complesse	Lungodegenza, poi RSA
RUG 21-26	Polipatologie ed instabilità clinica	Lungodegenza, poi RSA
RUG 27-30	Deficit Cognitivo	RSA Alzheimer
RUG 31-34	Disturbi del Comportamento	Residenze psichiatriche
RUG 35-44	Disabilità Fisica	Residenze Assistenziali

complessità assistenziale ed un 24% di essi di un ricovero a maggiore complessità assistenziale rispetto all'RSA.

Nell'analisi condotta nelle R.A. accreditate (febbraio- marzo 2007) lo strumento diversifica notevolmente la casistica trattata rispetto alle RSA: nelle strutture analizzate emerge la distribuzione percentuale dei casi nelle macro classi RUG rappresentata nella Tabella 12.

**Tabella 12 Residenze Assistenziali Accreditate**

<b>MACRO GRUPPO</b>	<b>PERCENTUALE</b>
Assistenza intensiva	8,5
Assistenza specialistica	39,8
Polipatologia	17,0
Deficit Cognitivi	12,8
Deficit Comportamentali	4,0
Riduzione funzioni fisiche	17,9

L'indice di case-mix medio per questa tipologia di strutture risulta essere di 1,02 con una oscillazione che va da 0,67 a 1,34.

Da questi dati emerge che la maggior parte dei pazienti, circa l'80%, necessiterebbe di un regime di ricovero a maggiore complessità assistenziale, mentre per la restante parte di essi il sistema di assistenza è adeguato alla tipologia di ricovero in RA.

Dal confronto del case-mix tra le RSA e le RA risulta abbastanza evidente il maggior assorbimento di risorse presente nelle prime. Nonostante ciò, si riscontra tuttavia un'elevata percentuale di pazienti ospiti in RA che, potenzialmente, necessiterebbero di un regime di ricovero a maggior complessità assistenziale.

L'applicazione del sistema RUG consentirà di indirizzare al ricovero in RSA i pazienti compresi tendenzialmente tra la classe RUG 18 e la 30, mentre saranno più propriamente destinati alle Residenze Assistenziali pazienti inseriti in classi RUG dalla 35 alla 44, con una variabilità complessiva extra macrogruppo oscillante dal 10% ed il 20%.

La rilevazione ha finora dimostrato un'attendibilità dello strumento di valutazione multidimensionale basato sui RUG, tale per cui si può prevedere una messa a regime dello stesso all'interno del Sistema Sanitario Regionale entro il 2008.

#### **5.2.7.2.3. Le criticità**

Le criticità che emergono dal raffronto tra quadro dei bisogni e sistema dell'offerta della residenzialità per anziani non autosufficienti possono essere ricondotte ai seguenti punti:

- carenza complessiva dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti, particolarmente rilevante per le RSA-demenze e per i Centri Residenziali;
  - forte disomogeneità nella distribuzione territoriale dell'offerta residenziale;
  - carenza di offerta semiresidenziale;
  - sistema tariffario delle prestazioni residenziali non aggiornato con i costi di produzione;
  - non stabilizzazione dei flussi informativi regionali (ancora in fase di sperimentazione)
- che, oltre a consentire la rilevazione dell'episodio di ricovero, permettano di costruire indici di case-mix assistenziali dei soggetti assistiti e di valutare l'appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali residenziali.

#### **5.2.7.2.4. Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per anziani non autosufficienti**

Il percorso che ha portato alla strutturazione della rete ha tenuto conto dei principi indicati dalla normativa nazionale e regionale, in essere ed in itinere (Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA e Progetto "Mattone 12" sulle Prestazioni residenziali e semiresidenziali), adattandoli al proprio contesto regionale.

#### **Il nuovo sistema residenziale**

La classificazione delle diverse tipologie di residenze, o di nuclei residenziali, si basa sulla complessità assistenziale definita in modo coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito:

- a) RSA anziani**
- b) RSA demenze**
- c) Residenze Assistenziali (RA) (ex Centri Residenziali)**

I percorsi che portano alle prestazioni delle strutture residenziali possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post- acuzie o dal domicilio.

L'ammissione in tutte le strutture residenziali è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) che si avvale di strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, che devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case- mix assistenziale e/ o della "fragilità", e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. (cfr. § 5.2.7.2.2.).

La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

Sia nelle RSA anziani che nelle RSA demenze, viene garantito un "progetto riabilitativo di struttura" che prevede trattamenti e mobilitazioni periodiche dei soggetti che devono eseguire programmi di mantenimento.

Per ogni tipologia di struttura considerata vengono di seguito riportate schede sintetiche (Tabelle 13-15) articolate nei seguenti punti:

- Tipologia di utenza**
- Tipologia di struttura**
- Modalità di accesso**
- Durata di degenza**
- Standard di struttura**
- Standard minimi di personale**
- Tariffa**
- Fabbisogno**
- Sistemi di classificazione del paziente**

**Tabella 13 – RSA anziani (scheda sinottica)**

<b>RSA anziani</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: anziani non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	
Pazienti non autosufficienti non assistibili a domicilio con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.	
<b>Tipologia di struttura</b>	
Residenze Sanitarie Assistenziali anziani o nuclei RSA anziani (minimi 20 PL) in strutture polivalenti	
<b>Modalità di accesso</b>	
Valutazione da parte dell' UVM	
<b>Durata di degenza</b>	
Senza limite predefinito, ma sottoposti a rivalutazione, da parte dell'UVM, ogni 90 gg per verifica possibilità di reinserimento a domicilio e conferma appropriatezza livello di assistenza	
<b>Standard di struttura</b>	
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento	
<b>Standard minimi di personale*</b>	
Assistenza medica 160 min/die per nucleo- Infermiere h 24 - Assistenza globale** > 140 min di cui assistenza infermieristica > 45 min	
<b>Tariffa</b>	
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva: 105-125 €, di cui a carico del SSR 75-85 €. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.	
<b>Fabbisogno</b>	
3,1 posti letto per 1.000 > 65 anni	
<b>Sistema di classificazione del paziente</b>	
RUG	

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

**Tabella 14 - RSA demenze (scheda sinottica)**

<b>RSA demenze</b>
<b>Bisogno da soddisfare: pazienti affetti da demenza</b>
<b>Tipologia di utenza</b>
Pazienti affetti da demenza senile, non assistibili a domicilio, nella <u>fase centrale</u> della malattia in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico"
<b>Tipologia di struttura</b>
Residenze Sanitarie Assistenziali demenza o nuclei RSA demenze (minimi 20 PL) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso</b>
Valutazione da parte dell'UVM
<b>Durata di degenza</b>
Per la durata della fase centrale della malattia, con periodica valutazione da parte dell'UVM
<b>Standard di struttura</b>
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento + controllo ambientale e giardino alzheimer
<b>Standard minimi di personale*</b>
Assistenza medica 120 min/die per nucleo - Infermiere h 12- Assistenza globale** > 140 min di cui assistenza infermieristica > 40 min
<b>Tariffa</b>
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva: 115-135 €, di cui a carico del SSR 85 -95 €. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno</b>
1,6 posti letto per 1.000 > 65 anni
<b>Sistema di classificazione del paziente</b>
RUG

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*



**Tabella 15 – Residenze assistenziali (scheda sinottica)**

<b>Residenze Assistenziali (RA)</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: anziani non autosufficienti con media necessità di tutela sanitaria</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	
Pazienti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con bassa necessità di tutela Sanitaria che necessitano di prestazioni di lungoassistenza/mantenimento	
<b>Tipologia di struttura</b>	
Residenze assistenziali per anziani non autosufficienti o nuclei RA (minimi 20 PL) in strutture polivalenti	
<b>Modalità di accesso</b>	
UVM	
<b>Durata di degenza</b>	
Senza limite preordinato con valutazioni periodiche su indicazione delle UVM	
<b>Standard di struttura</b>	
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento	
<b>Standard minimi di personale*</b>	
Assistenza medica 80 min/die per nucleo - Infermiere h 8 - Assistenza globale** > 100 min di cui Assistenza infermieristica > 20 min	
<b>Tariffa</b>	
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva: 65-85 €, di cui a carico del SSR 35 -45 €. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale	
<b>Fabbisogno</b>	
9,5 posti letto per 1.000 > 65 anni	
<b>Sistema di classificazione del paziente</b>	
RUG	

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

### La semiresidenzialità

Si prevede lo sviluppo/potenziamento di due tipologie di semiresidenzialità come indicato nella Tabella 16:

**Tabella 16 – Semiresidenzialità per anziani (scheda sinottica)**

<b>Semiresidenzialità per anziani (SR anziani)</b> per erogare trattamenti di mantenimento per anziani presso centri diurni
<b>Semiresidenzialità per pazienti anziani affetti da demenza (SR demenze)</b> per erogare prestazioni di cure estensive presso centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale
Gli <b>standard orientativi* minimi di personale</b> per le prestazioni semiresidenziali sono:
<b>SR anziani</b> : Assistenza globale** > 40 min (Staff: Infermiere, OSS, Animazione)
<b>SR demenze</b> : Assistenza globale > 60 min. Staff: Infermiere, OSS, Psicologo
<b>Fabbisogno</b>
<b>SR anziani</b> : 0.7 pl x 1000 > 65 anni
<b>SR demenze</b> : 0.7 pl x 1000 > 65 anni
<b>Tariffe</b>
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente le tariffe dovrebbero collocarsi all'interno dei seguenti range: <b>SR anziani</b> : Tariffa complessiva: 35-50 €, di cui a carico del SSR 20-30 €. <b>SR demenze</b> : Tariffa complessiva: 45-60 €, di cui a carico del SSR 30-40 €. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

### 5.2.7.2.5. Il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali

Il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali , riportato in Tabella 17, è stato calcolato sulla base dei seguenti parametri:

- ◆ **percentuale anziani non autosufficienti** = 3% della popolazione > 65 anni (stima massima dei range di prevalenza da letteratura);
- ◆ **tasso di copertura della popolazione anziana non-autosufficiente con la residenzialità e semiresidenzialità del 50%**. Il restante 50% della popolazione anziana non autosufficiente verrà assistita con le diverse forme Assistenza Domiciliare integrata, per favorire il mantenimento degli anziani nella propria dimensione familiare.

**Tabella 17 - Tassi dell'offerta residenziale e semiresidenziale**

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 aa
RSA anziani	3,1
RSA demenze	1,6
Residenze assistenziali	9,5
Semiresidenzialità anziani	0,7
Semiresidenzialità demenze	0,7

Il quadro del fabbisogno di posti letto **residenziali e semiresidenziali per anziani**, suddiviso per ASL, è riportato in Tabella 18 (in nota viene riportato il quadro del fabbisogno riferito alle attuali 6 ASL<sup>52</sup>).

**Tabella 18 - Fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali per anziani**

	RSA anziani	RSA demenze	RA	Semir. anziani	Semir.demenze	Totale
<b>ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila</b>	203	108	623	48	48	1030
<b>ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti</b>	264	139	806	62	62	1333
<b>ASL 3 Pescara</b>	198	105	604	46	46	999
<b>ASL 4 Teramo</b>	185	98	567	44	44	938
<b>Totale regione</b>	<b>850</b>	<b>450</b>	<b>2600</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>4300</b>

### 5.2.7.2.6. L'impatto economico

Sulla base del fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali riportate nel paragrafo precedente, è stata effettuata la stima di impatto economico sulla base dei parametri riportati nella Tabella 19:

<sup>52</sup> Quadro del fabbisogno di PL riferito alle attuali 6 ASL

	RSA anziani	RSA demenze	RA	Semir. anziani	Semir.demenze	Totale
<b>ASL 1 Avezzano-Sulmona</b>	134	71	411	32	32	680
<b>ASL 2 Chieti</b>	114	60	348	27	27	576
<b>ASL 3 Lanciano-Vasto</b>	150	79	458	35	35	757
<b>ASL 4 L'Aquila</b>	69	37	212	16	16	350
<b>ASL 5 Pescara</b>	198	105	604	46	46	999
<b>ASL 6 Teramo</b>	185	98	567	44	44	938
<b>Totale regione</b>	<b>850</b>	<b>450</b>	<b>2600</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>4300</b>

**Tabella 19 – Parametri utilizzati per la simulazione di impatto economico**

<b>Tipologia di struttura</b>	<b>Tasso di occupazione</b>	<b>Costo giornata degenza (€)</b>
RSA anziani	95%	80
RSA demenze	95%	90
Residenze assistenziali	95%	40

La stima per l'impatto economico della semiresidenzialità è stata effettuata considerando un costo/die a carico del SSR di 25 € per la semiresidenzialità per anziani e di 35 € per la semiresidenzialità per pazienti affetti da demenza, calcolato su 260 giorni di attività anno.

L'impatto economico complessivo risulta il seguente, riportato nella Tabella 20:

**Tabella 20 - Stima di impatto economico**

<b>Tipologia di struttura</b>	<b>Stima costo sistema (€)</b>
RSA anziani	23.579.000
RSA demenze	14.043.375
Residenze assistenziali	36.062.000
Semiresidenzialità anziani	1.300.000
Semiresidenzialità demenze	1.820.000
<b>Totale</b>	<b>76.804.375</b>

La spesa attuale è di circa 39.000.000 euro (contratti negoziali strutture private 2005-2007).

Al fine di evitare che l'incremento, progressivo, dei posti in residenzialità e semiresidenzialità comporti un aumento della spesa generale per i Comuni e/o per gli utenti, sarà necessaria una valutazione dell'impatto economico della compartecipazione alla spesa. Dall'esito della valutazione la Regione potrà, se necessario, aumentare la quota tariffaria a carico del sistema sanitario o individuare ulteriori risorse da stanziare per finanziare la quota sociale a carico dei Comuni e/o degli utenti.

#### **5.2.7.2.7. Sistema di monitoraggio**

Di seguito viene riportato un primo elenco di indicatori da includere nel sistema regionale di monitoraggio.

##### *Indicatori di struttura*

- N. di Posti Letto accreditati per le diverse tipologie su popolazione
- Tasso di occupazione medio dei posti letto accreditati
- N. di nuove ammissioni annue su popolazione
- N. Giornate di Degenza su popolazione
- Durata media della degenza
- % di ospiti provenienti dall'Ospedale
- % di ospiti provenienti da struttura di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione)
- % di ospiti provenienti da altra struttura residenziale
- % di ospiti provenienti dal Domicilio
- % di ospiti dimessi e reinseriti a domicilio

##### *Indicatori di qualità*

- % di infezioni nosocomiali
- % di piaghe da decubito
- % di cadute

### 5.2.7.3. Il sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità

La risposta che un sistema offre al problema delle disabilità rappresenta uno dei maggiori indici di equità e qualità del sistema sanitario e sociale in generale. Infatti, oltre al carico di morbilità conseguente alla distribuzione delle patologie prevalenti in una popolazione, le disabilità peggiorano le condizioni socioeconomiche iniziali e pertanto costituiscono un problema di primaria importanza non solo dal punto di vista sanitario, ma anche sociale, un problema non solo del singolo, ma della famiglia e dell'intera collettività<sup>53</sup>.

Nel 1980 l'OMS con il documento *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) ha introdotto l'importante distinzione fra *menomazione*, definita come "perdita o anomalìa a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica", *disabilità*, definita come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano" e *handicap*, definita come la "condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o ad una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali". L'aspetto innovativo di questo documento è stato quello di associare la condizione di un individuo non solo a strutture e funzioni del corpo umano, ma anche ad attività individuali o di partecipazione alla vita sociale.

Nel 2001 la stessa istituzione col documento *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) ha promosso un cambiamento sostanziale nell'approccio alla condizione, definendo un nuovo paradigma di riferimento e un linguaggio unificato per descrivere lo stato di salute di una persona: si assiste ad un rovesciamento dei termini di riferimento, parlando in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione anziché di impedimenti, disabilità, handicap.

La malattia è origine di menomazioni sul piano delle funzioni e delle strutture corporee le quali a loro volta sono conseguenza di limitazioni nelle attività della vita quotidiana e della partecipazione alla vita sociale. Fattori personali e ambientali possono modificare gli esiti disabilitanti di una patologia. Le linee causali sono però reciproche a tutti i livelli e quindi anche fattori ambientali o personali sono in grado di mantenere, aggravare o in taluni casi spiegare limitazioni nello svolgimento di attività o nella partecipazione alla vita sociale. Questo quadro non solo è plausibile ma anche sostenuto dall'evidenza scientifica.

L'evoluzione delle due concezioni, sottintese alle classificazioni ICDH 1980 e ICF 2001, sono sintetizzate nella Tabella 21:

---

<sup>53</sup> I contenuti di questo paragrafo sono in larga misura ripresi dal "Piano Regionale della Riabilitazione Regione Autonoma Friuli Venezia-Giulia" (DGR 606/2005), di cui si condividono i principi ispiratori

**Tabella 21 – Confronto tra “concezioni” di disabilità nell’ICDH 1980 e ICF 2001**

	<b>ICDH 1980</b>	<b>ICF 2001</b>
<b>DEFINIZIONI DI “DISABILITÀ”</b>	Un problema personale derivato da limitazioni funzionali indotte da menomazioni fisiche e psichiche	Le conseguenze di salute derivate dai fattori multidimensionali che limitano le abilità, l’autonomia e la partecipazione
<b>STRATEGIE DI INTERVENTO</b>	Contenere o eliminare il deficit funzionale attraverso interventi individuali	Rimuovere barriere, facilitare gli accessi, promuovere la qualità della vita con la persona interessata
<b>METODOLOGIA DI INTERVENTO</b>	Prevedere servizi medici, riabilitativi, per l’inserimento lavorativo e il sostegno psicologico	Superare una visione settoriale dei bisogni e supportare le persone e le famiglie attraverso una pluralità di strumenti e servizi, favorendo contestualmente processi di cambiamento socio-ambientale
<b>SOGGETTI COINVOLTI</b>	Medici e altri professionisti della riabilitazione e dell’intervento sociale	L’utente, la sua famiglia e la comunità, i professionisti già coinvolti, altre persone con disabilità, altri tecnici per consulenza e informazione.
<b>GIUSTIFICAZIONE DELL’INTERVENTO</b>	Compensazione proporzionale alla gravità della menomazione	Interventi e benefici sono necessaria condizione per la piena fruizione dei diritti soggettivi della persona
<b>RUOLO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ</b>	Oggetto di interventi, paziente, beneficiario, oggetto di ricerca	Soggetto responsabile ed attivo nella formulazione del progetto di vita personalizzato e nei processi di ricerca

Il presente piano è un primo intervento in tale direzione, ma sicuramente non è ancora sufficiente ed esaustivo, almeno per due motivi.

Il primo è dovuto alla pluralità di ambiti di intervento per l’attuazione delle strategie generali (come i trasporti, le politiche del lavoro, le iniziative culturali, l’interazione col volontariato, la promozione dello sport, ecc).

Il secondo, perché l’attore principale, la comunità, senza la quale la partecipazione rimane solo una enunciazione di principio, necessita di un intervento articolato, diffuso e protratto nel tempo, che muove anche da iniziative locali, che sappiano vivificare le ricchezze di ciascun territorio.

Pertanto, vi è consapevolezza che qualunque atto programmatico futuro dovrà avere come principio guida l’approccio olistico ai problemi della persona con disabilità avendo come finalità il contrasto alla istituzionalizzazione e quindi l’enfasi sulla autonomia e la partecipazione.

La medesima attenzione dovrà guidare gli estensori della programmazione integrata territoriale, che, con i PAT e i PdZ, metteranno in rete tutte le risorse che possono contribuire sinergicamente per migliorare la qualità della vita del soggetto.

Il Piano, nelle sua articolazione dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero, punta ad indirizzare il massimo delle risorse riabilitative verso le disabilità che richiedono un intervento riabilitativo più complesso. Deve essere fatto uno sforzo decisivo per definire in questo ambito modelli operativi chiari e funzionali nonché livelli di assistenza omogenei su base regionale e trasparenti per gli utenti e le famiglie. Deve, inoltre, essere avviato il monitoraggio della qualità, dell’appropriatezza e degli esiti degli interventi di riabilitazione.

### **5.2.7.3.1. Logiche generali della rete della Riabilitazione**

La **Rete della Riabilitazione** è costituita da un complesso di **setting operativi** (ospedale, residenze, semiresidenze, ambulatorio e domicilio) che hanno l’obiettivo di garantire il massimo recupero funzionale e socio-relazionale nei soggetti affetti da menomazioni e limitazioni funzionali congenite od acquisite.

**Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi** è la individuazione di un **obiettivo terapeutico** da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante un **percorso assistenziale** che garantisca l’insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate. Nelle tabelle 22 e 23 vengono riportati i setting operativi e il percorso di assistenza “tipo” sulla base dei quali costruire i profili di assistenza specifici.

**Tabella 22- Setting operativi della riabilitazione**

TIPOLOGIA DI SETTING E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI RIFERIMENTO	CRITERI GENERALI DI SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI SETTING
Ricovero in Unitá Operative ospedaliere per acuti i cui bisogni riabilitativi sono soddisfatti da un servizio specialistico riabilitativo (Medicina Fisica e Riabilitativa)	<p>Quando i pazienti sono in fase acuta, e clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con problematiche cliniche la cui gestione richiede un intervento continuativo da parte di specialisti di discipline diverse dalla Medicina Fisica e Riabilitativa.</p> <p>Gli interventi riabilitativi hanno l'obiettivo di collaborare alla prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie nelle patologie disabilitanti o a rischio di disabilitá.</p> <p>É compito del servizio riabilitativo attivare le procedure e prendere i contatti necessari per garantire la continuitá assistenziale attraverso la presa in carico del paziente da parte delle strutture riabilitative della rete assistenziale regionale, in modo adeguato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali del paziente stesso.</p>
Ricovero ordinario in Unitá Operative ospedaliere di riabilitazione intensiva (Codice disciplina 56)	<p>Quando i pazienti hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e permangono a rischio potenziale di instabilitá clinica tale da rendere necessaria una tutela medica specialistica riabilitativa e necessitano di interventi di nursing specificatamente dedicato ed articolato nell'arco delle 24 ore. I pazienti possono giovare, inoltre, di un intervento riabilitativo intensivo nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione), nonchè di un supporto multispecialistico e tecnologico di livello ospedaliero.</p>
Ricovero in day hospital in Unitá Operative ospedaliere di Riabilitazione intensiva (codice disciplina 56)	<p>Quando i pazienti, affetti da disabilitá modificabile di varia origine, hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprendivo distribuito nell'arco delle ore diurne ed un supporto multidisciplinare e tecnologico ospedaliero, senza la necessitá di una tutela medica ed interventi di nursing per l'intero arco delle 24 ore.</p>
Degenza in Residenze di Riabilitazione Estensiva e Semiresidenziale	<p>Quando i pazienti, affetti da disabilitá modificabile di varia origine, hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e sono a basso rischio potenziale di instabilitá medica oppure si trovano in condizione di non autosufficienza con disabilitá croniche, abbisognevoli nell'arco delle 24 ore (6/12 ore per le semiresidenziali) di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprendivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione). <i>continua</i></p>
Degenza in RSA disabili adulti gravi ed RSA disabili adulti	<p>Destinata a soggetti non autosufficienti con scarse prospettive di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali é necessario un progetto riabilitativo di struttura finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo- relazionali.</p>
Intervento ambulatoriale	<p>Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulantí, che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite, nonchè per coloro che sono affetti da menomazioni e disabilitá di modesta entitá e gravitá, abitualmente segmentarie, transitorie e/o croniche.</p> <p>L'erogazione degli interventi riabilitativi ambulatoriali si caratterizza in due ben distinte tipologie generali di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Attivitá ambulatoriali</b> finalizzate alla realizzazione di <b>programmi riabilitativi nell'ambito di progetti riabilitativi individuali</b>, relativi a soggetti affetti da disabilitá importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine da parte di un team riabilitativo multiprofessionale quali, ad esempio, i pazienti affetti da paralisi motorie, deficit di coordinazione, disturbi del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, amputazioni, ecc.</li> <li>• <b>Attivitá ambulatoriali</b> finalizzate all'erogazione di <b>semplici prestazioni</b> valutative e terapeutiche nei confronti di disabilitá transitorie e/o minimali quali le artropatie degenerative segmentali, esiti di fratture scheletriche, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, ecc. che richiedono l'esecuzione di brevi programmi terapeutico- riabilitativi e sono orientate ad un largo numero di utenti (Prestazione specialistica Fisica-Riabilitativa).</li> </ul>
Intervento domiciliare	<p>Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita che debbono acquisire abilità specifiche nell'ambiente in cui vivono, nonchè per soggetti con difficoltá di trasporto e che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite.</p>

**Tabella 23- Profilo Assistenziale Riabilitativo Tipo (Base)**

FASE	DIMENSIONE/ target principale/i	OBIETTIVI (finalità principali degli interventi riabilitativi)	AZIONI
<b>ACUTA:</b> dal momento dell'insorgenza della lesione fino alla stabilizzazione delle problematiche internistiche (stabilità o miglioramento dei parametri vitali, nelle condizioni generali e locali)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• danno</li> <li>• menomazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• supporto agli interventi assistenziali nella prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie</li> <li>• minimizzazione delle menomazioni</li> <li>• predisporre il percorso paziente garantendo la continuità assistenziale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificare e prevenire i potenziali danni e menomazioni conseguenti alla malattia ed alle procedure assistenziali</li> <li>• effettuare una prognosi di recupero ed individuare i bisogni riabilitativi futuri del paziente (Diagnosi riabilitativa e delineazione di massima del progetto/percorso riabilitativo)</li> <li>• attivare e predisporre quanto necessario per una tempestiva consegna del paziente alle strutture della rete</li> </ul>
<b>POST-ACUTA:</b> dalla stabilizzazione delle funzioni vitali e del danno fino al raggiungimento di un livello di autonomia in grado di permettere di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menomazione</li> <li>• attività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trattamento delle menomazioni</li> <li>• minimizzazione della disabilità residua</li> <li>• informazione ed addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti inemendabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• effettuare una completa diagnosi riabilitativa</li> <li>• formulazione ed avvio del progetto riabilitativo individuale, articolato in programmi specifici per le diverse aree di intervento.</li> <li>• pianificazione della dimissione:</li> <li>• predisposizione dell'ambiente di vita</li> <li>• addestramento del paziente e dei famigliari alla gestione delle problematiche residue</li> <li>• adeguata riconsegna del paziente al MMG</li> <li>• informazione e coinvolgimento dei servizi e delle strutture sociali necessarie a facilitare la vita nel proprio ambiente</li> <li>• formalizzazione di indicazioni per l'ulteriore realizzazione del progetto riabilitativo individuale</li> <li>• programmazione del follow up</li> </ul>
<b>DEL COMPLETAMENTO DEL RECUPERO:</b> dal raggiungimento del livello di autonomia in grado di permettere di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita, fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menomazione</li> <li>• attività</li> <li>• partecipazioni</li> <li>• fattori contestuali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trattamento delle menomazioni</li> <li>• minimizzazione della disabilità residua</li> <li>• informazione ed addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti inemendabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attualizzazione del progetto riabilitativo individuale</li> <li>• realizzazione dei programmi riabilitativi necessari al completamento del progetto riabilitativo individuale</li> </ul>
<b>DEGLI ESITI:</b> • dalla stabilizzazione della disabilità residua al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale e la migliore qualità di vita possibile, in funzione delle menomazioni e disabilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• partecipazioni</li> <li>• fattori contestuali</li> <li>• attività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facilitazione all'utilizzo ottimale delle abilità e competenze acquisite in ambito familiare, sociale e lavorativo</li> <li>• modificazione ed adattamento dell'ambiente di vita per favorire al meglio l'utilizzo delle capacità residue</li> <li>• mantenimento del livello di abilità e di competenze acquisito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controlli periodici</li> <li>• predisporre e realizzare gli interventi previsti nel progetto riabilitativo individuale e quanti si rendessero necessari per il mantenimento della funzionalità e della qualità di vita raggiunti</li> </ul>

### 5.2.7.3.2. L'offerta attuale del sistema extraospedaliero

Il quadro dell'offerta attuale extraospedaliera per la Riabilitazione e Disabilità è riportata nella tabella 24:

**Tabella 24 – Posti letto accreditati Istituti riabilitazione ex art. 26**

Posti letti accreditati Istituti riabilitazione ex art. 26						
ASL	Nome	Sede	Tipo*	Rei**	Ree**	PL tot
101	CENTRO DI RIABILITAZIONE NOVA SALUS	TRASACCO	2		35	35
102	VILLA MARISTELLA	CHIETI	2		70	70
102	PICCOLA OPERA CHARITAS	CHIETI	2		8	8
102	FONDAZIONE ISTITUTO S. CATERINA	FRANCAVILLA AL M.	2		120	120
102	CENTRO DI RIABILITAZIONE VILLA PINI	CHIETI	2	225		225
103	ISTITUTO S. FRANCESCO	GISSI	2		80	80
103	ISTITUTO S. FRANCESCO	VASTO	2		16	16
103	ISTITUTO S. FRANCESCO	VASTO	2	50	50	100
103	MONTEFERRANTE (VILLA GIULIA)	LANCIANO	2		32	32
104	VILLA DOROTEA	L'AQUILA	2	40	80	
105	PAOLO VI - MADONNA DEL MONTE	BOLOGNANO	2	50		50
105	PAOLO VI	PESCARA	2		30	30
105	PICCOLA OPERA CHARITAS	SPOLTORE	2		16	16
105	ISTITUTO DON ORIONE	PESCARA	2		15	15
106	PICCOLA OPERA CHARITAS	GIULIANOVA	2		190	190
106	CENTRO DI RIABILITAZIONE S. AGNESE	PINETO	2	78		78
<i>totali</i>				<b>443</b>	<b>742</b>	<b>1185</b>

\* 1: pubblico; 2: privato

\*\* Rei=Residenziale Intensiva

\*\* Ree=Residenziale Estensiva

L'offerta attuale di PL accreditati delle RSA disabili è riportata nel § 5.2.7.2.1.

### 5.2.7.3.3. Le criticità della riabilitazione in Abruzzo

Il sistema di offerta dei servizi di Riabilitazione nella Regione Abruzzo presenta una serie di criticità legate alla assenza di percorsi clinici e regole definite, configurando una situazione di indeterminatezza che è particolarmente delicata anche perchè la grande maggioranza delle strutture erogatrici sono private, mentre quelle pubbliche sono per lo più ubicate in piccoli ospedali in fase di riconversione.

Problemi particolari sono rappresentati da :

- ◆ utilizzo improprio delle Unità operative di "Riabilitazione Ospedaliera cod. 56"
- ◆ utilizzo indiscriminato del livello assistenziale "Riabilitazione Intensiva extraospedaliera ad alta intensità assistenziale"
- ◆ sovradotazione complessiva di posti letto di "intensiva", come somma della riabilitazione ospedaliera cod. 56 e dell'intensiva extra- ospedaliera (1.053 p.l. di cui 610 cod. 56)
- ◆ assenza di protocolli e di criteri coerenti di accesso ai diversi livelli assistenziali

Per quanto attiene la "Riabilitazione Intensiva extraospedaliera ad alta intensità assistenziale di livello A" si rileva una incongruenza tra tipologia di assistenza e tariffe riconosciute.

I parametri tariffari si collocano nettamente al di sopra delle media nazionale per prestazioni di Riabilitazione Intensiva cod. 56, collocandosi invece in linea con i parametri tariffari della Neuroriabilitazione cod. 75. La degenza autorizzata (120 giorni, prorogabili) si colloca del resto in linea con i parametri diffusamente adottati per lo stesso cod. 75.

I criteri di accesso non sono definiti in modo adeguato, così che la tipologia di pazienti trattati in queste unità operative (ictus, artroprotesi d'anca etc.) risulta per lo più riferibile alla attività tipica dei reparti di Riabilitazione cod. 56. Pazienti di questo tipo sono usualmente trattati da altre regioni a regimi tariffari più bassi e con limiti di degenza di circa 60 giorni.

La Riabilitazione Intensiva extra- ospedaliera si configura attualmente come un contenitore indistinto che accoglie pazienti ad alta variabilità che dovranno più propriamente essere



collocati in livelli assistenziali adeguati ai loro effettivi bisogni: Unità di Riabilitazione di 3° livello ( cod. 28, cod. 75 e cod. 80), Unità Riabilitazione Intensiva di 2° livello (codice 56) ed in parte in Unità di Riabilitazione Estensiva Extra- Ospedaliera. Il piano di riordino ospedaliero prevede l'ampliamento della Lungodegenza (cod. 60) in cui si prevede l'accoglimento di pazienti attualmente ricoverati, a causa dell'assenza di tali reparti, nei reparti per acuti o in quelli di riabilitazione.

L'anomalia regionale risulta chiara confrontando alcuni dati delle strutture residenziali ex. art 26 (con PL residenziali e semiresidenziali) in Abruzzo rispetto al dato medio italiano, come riportato in Tabella 25:

**Tabella 25 – Confronto posti letto e giornate di assistenza in Abruzzo con dati medi italiani**

	<b>Posti letto x 1000 ab.</b>	<b>Giornate di assistenza x 1000 ab.</b>
<b>ABRUZZO</b>	<b>0.94</b>	<b>269.7</b>
<b>ITALIA</b>	<b>0.43</b>	<b>129.5</b>
<b>Differenziale</b>	<b>+ 121%</b>	<b>+ 108%</b>

#### **5.2.7.3.4. Il nuovo sistema extra-ospedaliero per la Riabilitazione e le Disabilità**

Nella LR 6/2007 sono state ridefinite tipologie e dotazioni del macrolivello ospedaliero con l'introduzione dell'alta specialità di riabilitazione: Unità spinali, UGCA-RAI e UGCA.

#### **Il sistema residenziale**

Per quanto attiene la riabilitazione extraospedaliera, il presente piano propone una classificazione delle prestazioni che consenta di monitorare in modo affidabile i Livelli di Assistenza effettivamente erogati, tenendo conto delle indicazioni delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998, del Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria (DPR 14 febbraio 2001), del Decreto sui LEA (DPCM 29 novembre 2001), dei documenti del Progetto "Mattone 12" sulle Prestazioni residenziali e semiresidenziali e della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA.

Classificazione delle strutture riabilitative extra-ospedaliere:

- a) Residenze Riabilitazione Estensiva**
- b) USAP (Unità Speciali di Accoglienza Prolungata)**
- c) RSA disabili adulti gravi**
- d) RSA disabili adulti**
- e) Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva**
- f) Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva**

I percorsi che portano alle prestazioni delle strutture residenziali possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti, da una struttura di post- acuzie o dal domicilio.

Fermo restando il diritto di scelta del luogo di cura da parte dell'utente, il giudizio di appropriatezza per l'ammissione alle diverse tipologie di strutture residenziali è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale). I progetti riabilitativi individuali, il programma riabilitativo e il progetto riabilitativo di struttura verranno definiti dalle equipe riabilitative delle strutture residenziali e semiresidenziali, che ne daranno informazione, documentata, alla UVM, entro 10 giorni dall'ammissione del paziente. In caso di mancata informazione non sarà riconosciuto diritto a compenso a favore della struttura erogante.

Apposite Linee guida di regolamentazione delle attività di riabilitazione, oltre a quanto previsto dalla LR 6/2007 e dal presente piano, verranno redatte entro il 2007.

Per ogni tipologia di struttura considerata vengono di seguito riportate schede sintetiche (Tabelle 26-31) articolate nei seguenti punti:

**Tipologia di utenza**  
**Tipologia di struttura**  
**Modalità di accesso**  
**Durata di degenza**  
**Standard di struttura**  
**Standard minimi di personale**  
**Tariffa**  
**Fabbisogno**  
**Sistemi di classificazione del paziente**

**Tabella 26 - Residenze di riabilitazione estensiva (scheda sinottica)**

<b>Residenze di Riabilitazione Estensiva</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: interventi di riabilitazione estensiva</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva anche ad alto impegno assistenziale	
<b>Tipologia di struttura</b>	
Residenze di Riabilitazione Estensiva (strutture ex art. 26) o nuclei di riabilitazione estensiva (minimo 20 PL) in strutture polivalenti	
<b>Modalità di accesso</b>	
UVM	
<b>Durata di degenza</b>	
Riabilitazione estensiva di norma fino a 240 gg, condizionata dal progetto/programma riabilitativo	
<b>Standard di struttura</b>	
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento	
<b>Standard minimi di personale*</b>	
Assistenza medica: 180 min/die per nucleo; Infermiere h 24 - Assistenza globale** > 130 min/paz/die (Assistenza globale** > 180 min/paz/die per i pazienti ad alto impegno assistenziale) Terapia Riabilitativa > 60 min/paz/die - < 180 min/paz/die	
<b>Tariffa</b>	
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa Riabilitazione Estensiva: 130 - 150 € Tariffa Riabilitazione Estensiva ad alto impegno assistenziale: 160-190 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale	
<b>Fabbisogno</b>	
0,5 posti letto per 1.000 abitanti	
<b>Sistemi di classificazione del paziente</b>	
ICF + RUG	

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

**Tabella 27 – Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (USAP - Scheda sinottica)**

<b>USAP</b> <b>(Unità Speciali di Accoglienza Prolungata)</b>
<b>Bisogno da soddisfare: soggetti a responsabilità minimale</b>
<b>Tipologia di utenza</b>
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, socioriabilitative in regime residenziale, dedicate a persone in stato vegetativo, con responsabilità minimale, o con gravissime insufficienze respiratorie, che necessitano di cure complesse per il supporto a funzioni vitali
<b>Tipologia di struttura</b>
Unità Speciali di Accoglienza Prolungata
<b>Modalità di accesso</b>
L'accesso alle USAP può essere effettuato direttamente dai reparti per acuti, da reparti di riabilitazione intensiva o estensiva da strutture riabilitative per UGCA (cod.75) o dal domicilio per "periodi di sollievo. UVM (per i periodi di "sollievo")
<b>Durata di degenza</b>
Senza limite preordinato
<b>Standard strutturali</b>
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
<b>Standard minimi di personale*</b>
Assistenza medica: 180 min/die per nucleo; Infermiere h 24 - Assistenza globale** > 210 min/paz/die Terapia Riabilitativa > 30 min/paz/die
<b>Tariffa</b>
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa: 210 -220 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno</b>
0,05 posti letto per 1.000 abitanti
<b>Sistemi di classificazione del paziente</b>
RUG

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

**Tabella 28 – RSA disabili adulti gravi (scheda sinottica)**

<b>RSA disabili adulti gravi</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: gravi disabilità adulti</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi), totalmente non autosufficienti in almeno 3 ADL con disturbi del comportamento non assistibili a domicilio
<b>Tipologia di struttura</b>	Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti gravi o nuclei RSA disabili adulti gravi (minimo 20 PL) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso e durata</b>	UVM
<b>Durata di degenza</b>	Senza limite preordinato, condizionato dal progetto riabilitativo di struttura e da valutazioni periodiche
<b>Standard di struttura</b>	DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
<b>Standard minimi di personale*</b>	Assistenza medica: 80 min/die per nucleo; Assistenza globale** > 160 min/paz/die Terapia Riabilitativa > 30 min/paz/die
<b>Tariffa</b>	Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa: 135-155 € di cui almeno il 70% a carico del SSR. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
<b>Fabbisogno</b>	0,15 x 1000 ab.
<b>Sistemi di classificazione del paziente</b>	ICF + RUG

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

**Tabella 29 – RSA disabili adulti (scheda sinottica)**

<b>RSA disabili adulti</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: disabilità adulti</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti privi di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia ( <i>DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare</i> ), non assistibili a domicilio
<b>Tipologia di struttura</b>	Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti o nuclei RSA disabili adulti (minimo 20 PL) in strutture polivalenti
<b>Modalità di accesso</b>	UVM
<b>Durata di degenza</b>	Senza limite preordinato, condizionato dal progetto riabilitativo di struttura e da valutazioni periodiche
<b>Standard di struttura</b>	DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
<b>Standard minimi di personale*</b>	Assistenza medica: 80 min/die per nucleo; Assistenza globale** > 130 min/paz/die Terapia Riabilitativa > 30 min/paz/die
<b>Tariffa</b>	Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa: 110-115 € di cui almeno il 40% a carico del SSR. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno</b>	0,22 x 1000 ab.
<b>Sistemi di classificazione del paziente</b>	ICF+ RUG

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

**Tabella 30 - Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva (scheda sinottica)**

<b>Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	
Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a). Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.	
<b>Tipologia di struttura</b>	
Residenze o nuclei in strutture polivalenti per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali	
<b>Modalità di accesso</b>	
UVM	
<b>Durata di degenza</b>	
Senza limite preordinato, ma condizionato dal piano di trattamento e dal progetto individuale	
<b>Standard di struttura</b>	
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento	
<b>Standard minimi di personale*</b>	
Terapia psico-educativa > 240 min - Assistenza globale** > 150 min	
<b>Tariffa</b>	
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa: 280-300 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale	
<b>Fabbisogno</b>	
15 p.l.	
<b>Sistemi di classificazione del paziente</b>	
ICD 10 + ICF	

*\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione*

*\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)*

**Tabella 31 - Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva (scheda sinottica)**

<b>Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: disturbi del comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	
Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b). Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.	
<b>Tipologia di struttura</b>	
Residenze o nuclei in strutture polivalenti per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da disturbi del comportamento o da patologie neuropsichiatriche	
<b>Modalità di accesso</b>	
UVM	
<b>Durata di degenza</b>	
Senza limite preordinato, ma condizionato dal piano di trattamento e dal progetto individuale	
<b>Standard di struttura</b>	
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento	
<b>Standard minimi di personale*</b>	
Assistenza globale** > 180 min/paz/die - Assistenza medica: 160 min/die per nucleo; Terapia psico-educativa > 120 min/pz/die Terapia Riabilitativa > 60 min/paz/die	
<b>Tariffa</b>	
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa: 260-280 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale	
<b>Fabbisogno</b>	
25 p.l.	
<b>Sistemi di classificazione del paziente</b>	
ICD 10 + ICF	

\*standard orientativi che verranno puntualmente definiti nel manuale di autorizzazione

\*\* è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, professioni sanitarie della riabilitazione, per nucleo, per ospite (totale minuti/20)

### **La semiresidenzialità, la ambulatorialità e la domiciliarità riabilitativa**

Per i pazienti che non necessitano di assistenza residenziale estensiva nelle 24 ore si prevedono modalità di assistenza semiresidenziali, ambulatoriali (in forme diverse) e domiciliari, con le caratteristiche degli interventi riabilitativi delineati nella Tabella 22 (cfr. § 5.2.7.3.1.)

#### **5.2.7.3.5. Il fabbisogno di posti letto extraospedalieri**

Il fabbisogno di posti letto residenziali (Tabella 32) è stato definito sulla base di dati medi nazionali e di indicazioni ricavate da documenti di lavoro da parte di commissioni tecniche ministeriali (in particolare la Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA).

Stimando la popolazione disabile nell'ordine del 2% della popolazione totale si ritiene di dover valutare la quota di posti letto necessari nell'ordine del 4% della popolazione disabile, corrispondenti ad un tasso complessivo di posti letto per le diverse tipologie dell'1 x 1.000 abitanti.

**Tabella 32 – PL residenziali per Tipologia (PL x 1000ab)**

Tipologia struttura	PL per 1.000 ab.
Residenze di Riabilitazione Estensiva	0,5
USAP	0,05
RSA disabili adulti	0,22
RSA disabili adulti gravi	0,15
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva	15 PL
Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva	25 PL

Il quadro del fabbisogno di posti letto residenziali, suddiviso per ASL, è quello riportato nella Tabella 33 (in nota viene riportato il quadro del fabbisogno riferito alle attuali 6 ASL<sup>54</sup>)

**Tabella 33 – Fabbisogno di posti letto residenziali**

	Residenze di Riabilitazione Estensiva	USAP	RSA disabili adulti	RSA disabili adulti gravi	Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva	Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva	Totale (di riga)
<b>ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila</b>	152	15	67	45			279
<b>ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti</b>	196	20	87	57			360
<b>ASL 3 Pescara</b>	154	15	68	46			283
<b>ASL 4 Teramo</b>	148	15	66	44			273
<b>Totale regione</b>	<b>650</b>	<b>65</b>	<b>288</b>	<b>192</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>1235</b>

#### 5.2.7.3.6. L'impatto economico

Sulla base del fabbisogno di posti letto extraospedalieri riportato nel precedente paragrafo, è stata effettuata la stima di impatto economico sulla base dei parametri indicati nella Tabella 34:

**Tabella 34 – Parametri utilizzati per la simulazione di impatto economico .**

Tipologia struttura	Tasso di occupazione	Costo giornata degenza (€)
Residenze di Riabilitazione Estensiva	90%	154
USAP	100%	210
RSA disabili adulti	90%	112
RSA disabili adulti gravi	90%	145
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva	100%	300
Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva	100%	280

<sup>54</sup> Quadro del fabbisogno di PL riferito alle attuali 6 ASL

	Residenze di Riabilitazione Estensiva	USAP	RSA disabili adulti	RSA disabili adulti gravi	Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva	Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva	Totale (di riga)
<b>ASL 1 Avezzano-Sulmona</b>	100	10	44	30			184
<b>ASL 2 Chieti</b>	88	9	39	26			162
<b>ASL 3 Lanciano-Vasto</b>	108	11	48	31			198
<b>ASL 4 L'Aquila</b>	52	5	23	15			95
<b>ASL 5 Pescara</b>	154	15	68	46			283
<b>ASL 6 Teramo</b>	148	15	66	44			273
<b>Totale regione</b>	<b>650</b>	<b>65</b>	<b>288</b>	<b>192</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>1235</b>



Per le attività semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari (semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare) è stata stimata una spesa procapite di 16 €.

L'impatto economico stimato è riportato nella Tabella 35:

**Tabella 35 – Stima di impatto economico complessivo**

<b>Tipologia struttura</b>	<b>Stima costo sistema (€)</b>
Residenze di Riabilitazione Estensiva	32.864.436
USAP	4.979.460
RSA disabili adulti	10.585.382
RSA disabili adulti gravi	7.064.064
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva	1.642.500
Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva	2.555.000
Semiresidenziale/Ambulatoriale/Domiciliare	20.788.352
<b>Totale</b>	<b>80.479.194</b>

L'attuale costo di sistema è di circa 92 milioni di €.

Al fine di evitare che l'adozione del nuovo sistema tariffario per i posti in residenzialità e semiresidenzialità comporti un aumento della spesa generale per i Comuni e/o per gli utenti, sarà necessaria una valutazione dell'impatto economico della compartecipazione alla spesa. Dall'esito della valutazione la Regione potrà, se necessario, aumentare la quota tariffaria a carico del sistema sanitario o individuare ulteriori risorse da stanziare per finanziare la quota sociale a carico dei Comuni e/o degli utenti.

#### **5.2.7.3.7. Sistema di monitoraggio**

Di seguito viene riportato un primo elenco di indicatori da includere nel sistema regionale di monitoraggio.

##### *Indicatori di struttura*

- N. di Posti Letto accreditati
- Tasso di occupazione medio dei posti letto accreditati
- N. di nuove ammissioni annue su popolazione
- N. Giornate di Degenza su popolazione
- Durata media della degenza
- % di ospiti provenienti da degenza per acuti
- % di ospiti provenienti da unità di lungodegenza/riabilitazione
- % di ospiti provenienti dal domicilio
- % di ospiti dimessi e reinseriti a domicilio
- N. dei pazienti in lista di attesa per ricovero su totale posti accreditati
- Durata media della attesa prima del ricovero
- % di ospiti provenienti da altra struttura residenziale

##### *Indicatori di qualità*

- % di infezioni nosocomiali
- % di piaghe da decubito
- % di cadute

## 5.2.8. I consultori familiari

Ad oltre trenta anni dall'emanazione della Legge 29 Luglio 1975 n. 45 "Istituzione dei Consultori Familiari" importanti trasformazioni sono intervenute nel panorama sanitario italiano, a partire dalla L.833/78 e attraverso le attuazioni dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali favorendo un ricco e stimolante percorso sul versante della tutela della salute della donna, della coppia, del concepito, del neonato, del bambino e della famiglia in generale.

In questo delicato e strategico settore si è inserito il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) - adottato con decreto del 24 aprile 2000 e già previsto nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998/2000 - che rappresenta tuttora un valido ed indispensabile strumento di programmazione, verifica e valutazione in relazione all'area materno infantile e per quanto attiene lo specifico dell'attività consultoriale.

Proprio per il riflesso che interventi specifici di promozione alla salute hanno sulla qualità ed il benessere della popolazione generale attuale e futura, nel P.O.M.I. la tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di enorme valenza strategica in linea con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che considera uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale il miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino. In questo processo un ruolo molto importante è istituzionalmente rivestito dai Consultori Familiari (C.F.) che, con la presenza di una équipe multidisciplinare in cui diversi professionisti operano sinergicamente, garantiscono l'integrazione socio-sanitaria degli interventi rivolti alla tutela della salute, in particolare femminile e dell'età evolutiva.

Il P.O.M.I., dunque, ribadisce la necessità del completamento della rete consultoriale (come specificato dalla L. N°34/1996: 1 C.F. ogni 20.000 abitanti)dettagliando anche progetti strategici da realizzare, azioni e specifici indicatori di processo, di risultato e di esito nell'ottica di una programmazione scientificamente definita, nel rispetto dei parametri strutturali, per aree di attività. Gli obiettivi individuati dal P.O.M.I. risultano i seguenti:

1. completare la rete consultoriale secondo la L n. 34/1996
2. disponibilità di profili professionali richiesti dal lavoro d'équipe
3. migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene scelte consapevoli per garantire il benessere psico-fisico
4. migliorare l'informazione e l'educazione alla salute nell'ambito della sessualità e della maternità e paternità responsabili
5. migliorare l'informazione e l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa
6. migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato
7. prevenire il ricorso all'IVG
8. ridurre l'incidenza dei tumori femminili - collo dell'utero e della mammella - e della mortalità ad essi associata
9. migliorare il benessere psico-fisico nell'età post-fertile
10. migliorare le coperture vaccinali

La legge istitutiva nazionale ha chiaramente indicato scopi, finalità, campi di attività e prestazioni da garantire nel Consultorio connotato come un servizio sanitario che, peraltro, presenta ampie aree di integrazione con il sociale.

Come è noto, all'art. 2 il legislatore ha previsto, unitamente ad un'armonica rete di Consultori Familiari pubblici, anche il riconoscimento di Consultori istituiti da Enti e Associazioni privati, purché rispondenti alle finalità definite dalla legge stessa.

In Abruzzo tale recepimento è avvenuto con la L.R. 26 aprile 1978, N° 21 "Istituzione del servizio per l'assistenza alla famiglia, all'infanzia, alla maternità e paternità responsabili" che, oltre alle finalità stabilite dalla Legge 405/75 e nel determinare l'organizzazione ed il funzionamento dei Consultori, prevede anche:

- la diffusione delle conoscenze scientifiche in merito all'igiene della gravidanza e alla fisiologia del parto, alle malattie ereditarie, familiari e congenite;
- la promozione di indagini, incontri, dibattiti volti alla divulgazione delle finalità e delle prestazioni del servizio;

- la collaborazione tra le sedi erogative consultoriali e le altre strutture sanitarie al fine di assicurare la continuità e l'integrazione dei vari momenti assistenziali.

### **SITUAZIONE ATTUALE**

Annualmente la Regione Abruzzo, su proposta del Componente la Giunta preposto alla Sanità e secondo le previsioni programmatiche che postulano un'equilibrata articolazione territoriale del servizio, adotta un piano di finanziamento dei Consultori Familiari, predisposto ai sensi dell'art. 6 della L. 405/75 nonché della L.R. 21/78.

Nella D.G.R. di riparto del finanziamento viene evidenziato che: "deve essere garantita l'attuazione di programmi specifici volti alla prevenzione ed alla tutela della salute (protezione materno-infantile, consulenza, applicazione Legge n°194/78, Legge n°40/2004, prevenzione infezioni HIV, screening per la prevenzione e diagnosi precoce delle neoplasie, ecc.) anche in raccordo con altri servizi delle Aziende USL e alla luce della recente normativa nazionale e regionale. In ciascun consultorio devono essere garantite le figure professionali previste dalle norme istitutive prevedendo altresì la consulenza legale, per la risoluzione delle problematiche inerenti la coppia e in particolare i minori, in almeno un consultorio per ciascuna Azienda U.S.L."

Nella regione Abruzzo sono funzionanti - nelle 6 Aziende Sanitarie Locali - 84 Consultori Familiari, di cui 9 privati (Tabella 36). Per l'analisi dei dati, riferiti all'anno 2005, sono state utilizzate le apposite schede ministeriali inviate annualmente in Regione dalle strutture consultoriali. Sfuggono alla rilevazione del dato in quanto non previste nelle schede, le informazioni relative alle donne immigrate, disaggregate per nazionalità e prestazioni richieste.

I Consultori Familiari anche in Abruzzo si trovano oggi a rispondere a nuove esigenze che comportano nuove e più articolate richieste in relazione ai bisogni espressi ma anche latenti ed in particolare:

- .a) le nuove problematiche che riguardano i minori e gli adolescenti
- .b) la necessità di integrare e comprendere le culture e i bisogni delle donne e famiglie immigrate

Una maggiore attenzione è stata negli anni dedicata alle problematiche adolescenziali mediante l'offerta attiva di incontri in ambito scolastico e la messa a disposizione di spazi riservati presso il servizio consultoriale, con la promozione dell'agio e di contrasto del disagio. Inoltre, per quanto attiene l'area dei minori, il coinvolgimento dell'equipe multidisciplinare presente nel Consultorio risulta strategicamente proficuo anche in relazione alle adozioni (nazionali e internazionali) all'affido familiare, al contrasto dell'abuso.

**Tabella 36 - Consulteri familiari pubblici e privati in Abruzzo nel 2007**

<b>CONSULTORI IN ABRUZZO</b>				
<b>PUBBLICI</b>				
<b>ASL L'AQUILA</b>		<b>ASL AVEZZANO-SULMONA</b>		
<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>SEDE</b>	<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>SEDE</b>	
DIPARTIMENTO ASSISTENZA DI BASE	L'Aquila	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE	Avezzano	
	L'Aquila-Paganica		Carsoli	
	Montereale		Castel di Sangro	
	Rocca di Mezzo		Castelvecchio Subequo	
	Distretto di Basciano		Celano	
	S. Demetrio De' Vestini		Civitella Roveto	
<b>ASL PESCARA</b>			Luco dei Marsi	
<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>SEDE</b>		Pescina	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Pescara- sede centrale		Pratola Peligna	
	Bussi		Scanno	
	Catignano		Sulmona	
	Città S. Angelo		Tagliacozzo	
	Loreto Aprutino		<b>ASL CHIETI</b>	
	Montesilvano		<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>SEDE</b>
	Penne	Chieti		
	Pescara 1	Chieti Scalo		
	Pescara 2	Filetto		
	Pescara 3	Francavilla al mare		
	Pianella	Guardiagrele		
	Popoli	Miglianico		
	Scafa	Orsogna		
	Spoltore	Ortona		
Torre de Passeri	S. Giovanni Teatino			
<b>ASL TERAMO</b>		Tollo		
<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>SEDE</b>	<b>ASL LANCIANO - VASTO</b>		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Atri	<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>SEDE</b>	
	Bellante	Atessa		
	Bisenti	Casalbordino		
	Castiglione Messer Raimondi	Casoli		
		Castiglione Messer Marino		
	Castilenti	Gissi		
	Cellino Attanasio	Lama dei Peligni-Toricella Peligna		
	Cermignano	Lanciano		
	Giulianova	S.Vito Chietino		
	Isola del Gran Sasso	San Salvo		
	Montorio al Vomano	Vasto		
	Mosciano S. Angelo	Villa S. Maria- Quadri		
	Nereto	<b>PRIVATI</b>		
	Notaresco	<b>CONSULTORIO</b>	<b>SEDE</b>	
	Val Vomano-Penna S. Andrea	A.G.E.	Ortona	
	Pineto	A.I.E.D.	L' Aquila	
	Roseto degli Abruzzi	ALPHA-Cooperativa sociale	Chieti Scalo	
	S.Egidio alla Vibrata	C.I.F. - Consultorio familiare ONLUS	Avezzano	
	Silvi	C.I.F.	Chieti	
	Teramo	C.I.F.	L' Aquila	
	Tortoreto	C.I.F.	Pescara	
	Villa Rosa	CON.FAM. DIOCESANO Diocesi Teramo	Atri	
		U.C.I.P.E.M.	Pescara	

### 5.2.8.1. Criticità

1. Diffomità in ambito regionale, per quanto riguarda il coordinamento delle attività consultoriali in seno alle Aziende USL:
  - o -Avezzano-Sulmona, Dipartimento Materno Infantile;
  - o -Chieti, Servizio di Medicina delle Comunità, Dipartimento di Prevenzione;
  - o -Lanciano-Vasto, Servizio medicina di Comunità, Dipartimento Materno-Infantile;
  - o -L'Aquila, Unità Operativa Consultori, Dipartimento Assistenza di Base;
  - o -Pescara, Ufficio Medicina delle Comunità, Dipartimento di Prevenzione;
  - o -Teramo, Ufficio Medicina delle Comunità, Dipartimento di Prevenzione.
2. Disomogeneità rispetto allo standard previsto dalla L. N° 34/1996 (1C.F. ogni 20.000 abitanti). La media regionale è di un C.F. ogni 17.323 ab. Se si considera solo la rete pubblica (n.75 consultori) mentre si passa ad un C.F. ogni 15.468 ab se si considera l'intera rete (84 di cui 9 privati). In entrambi i casi la ASL di Teramo è quella che detiene un maggior numero di consultori (21) anche in rapporto alla popolazione (circa 1 C.F. ogni 14.000 abitanti)
3. Le dotazioni di operatori all'interno delle UO Consultoriali. Infatti spesso non è presente l'equipe multidisciplinare per lo svolgimento delle funzioni consultoriali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere, nonché eventualmente altre figure professionali (sociologo, legale, mediatore linguistico-culturale, genetista, ecc.)
4. Disomogeneità degli orari di apertura al pubblico
5. Spazi inadeguati e scarsità del numero dei locali in rapporto alla tipologia di prestazioni da erogare

### 5.2.8.2. Nuovo assetto e azioni

E' previsto dal presente P.S.R. (c.f.r. capitolo architettura del distretto) l'Unità Operativa Complessa Assistenza Consultoriale interdistrettuale, con il compito di garantire l'omogeneità nell'ambito della ASL rispetto a organizzazione della rete (orari, spazi, sedi), l'ottimizzazione delle risorse umane, il collegamento funzionale con il Dipartimento Materno Infantile.

Il Consultorio assume quindi il profilo di Unità Operativa nella quale si realizzano programmi di prevenzione in cui siano definiti gli obiettivi, i sistemi e gli indicatori di valutazione (di processo e di esito), la popolazione bersaglio, le procedure operative per offrire le misure di prevenzione e le risorse necessarie sia umane che economiche e strumentali. E' previsto un Coordinamento delle Professioni sanitarie che assume la responsabilità gestionale ed organizzativa delle figure professionali del comparto.

Gli ambiti prioritari di intervento ritenuti necessari per l'espletamento delle funzioni consultoriali sono i seguenti:

- La salute della donna e della coppia nelle diverse fasi della vita (adolescenza, età fertile, menopausa).
- Controllo della fertilità (procreazione responsabile, consulenza per fertilità e sterilità di coppia, prevenzione e percorso IVG).
- Il percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio, post-puterperio, allattamento al seno)
- La salute sessuale (educazione alla affettività e sessualità, consulenza sessuologia)
- La prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile.
- La prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.
- Le relazioni di coppia e di famiglia (l'educazione alla genitorialità, la promozione del benessere e la prevenzione del disagio familiare).
- Medicina preventiva in età evolutiva (bilanci di salute, educazione sanitaria, prevenzione dell'handicap).

Si ritiene adeguata la presenza di sedi erogative consultoriali ogni 20.000 abitanti nelle zone urbane, mentre nelle zone rurali si può prevedere anche per 10.000 abitanti. Attività specifiche (PAP test, incontri con la popolazione e con le scuole) potranno essere svolte in sedi diverse e maggiormente decentrate.

Per quanto riguarda le attività integrate con il Settore Sociale, per il quale i Comuni sono soggetti titolari, dovranno essere programmate all'interno dei Piani di Zona ed approvate attraverso lo strumento dell'accordo di programma tra ASL ed Ambito Sociale Territoriale. Interventi organizzativi ed operativi della aziende sanitarie saranno rivolti a:

- Razionalizzare la rete con copertura delle zone carenti;
- Garantire un coordinamento sia funzionale che operativo a livello sia aziendale che intra e interdistrettuale;
- Assicurare la dotazione di risorse umane sulla base degli standard stabiliti e favorire modalità di lavoro e attività coordinate e integrate tra gli operatori dei consultori e quelli sociali degli altri servizi territoriali relativamente alle politiche di sostegno alle famiglie e alla genitorialità;
- Adottare un omogeneo sistema di rilevazione dei dati di attività che tramite l'utilizzo di indicatori identificati a livello regionale, permetta confronti e valutazioni;
- Razionalizzazione delle attività;
- Sviluppare flussi informativi attraverso l'acquisizione di strumenti informatici e la formazione del personale;
- Condivisione con gli Operatori di metodi, protocolli, con particolare riguardo a percorsi preferenziali per gli utenti che garantiscano l'accesso alle prestazioni di II livello.

## 5.2.9. Le Dipendenze Patologiche

Il **Sistema dei Servizi per le Dipendenze** della Regione Abruzzo, Ser.T., Ser.A., Enti Ausiliari, si caratterizza per i seguenti elementi:

1.1 Omogeneità di "mission".

1.2 Alto grado di collaborazione e condivisione operativa.

1.3 Solida strutturazione come punto di riferimento realizzatasi nel corso dell'ultimo ventennio.

1.4 Spiccata capacità di lettura del territorio.

1.5 Particolare attenzione al "total quality management" e implementazione e messa a regime di un sistema di gestione della attività efficiente, orientato alla valutazione costi/efficacia e all'alimentare la base dati **dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Dipendenze**.

1.6 Una solida esperienza nel campo della prevenzione universale e selettiva.

Queste qualità sono state costruite nel tempo partendo dal comune sentire che il paziente è "al centro" di un processo assistenziale e terapeutico a cui partecipano attivamente più attori, ognuno portatore di un proprio "sapere" e di una propria professionalità da considerare a tutti gli effetti "un sistema" come risorsa e opportunità aggiuntiva offerta al paziente.

Il "Sistema dei servizi" della Regione Abruzzo ha maturato finora esperienza e capacità per potersi porre obiettivi in linea con le **nuove sfide** che il fenomeno della diffusione e consumo di sostanze psicotrope ed alcool propongono ed in particolare (Report Regione Abruzzo 2001-2004; "I giovani in Abruzzo Franco Angeli"; Relazione al Parlamento 2006 ):

- L'aumento dell'uso di sostanze, soprattutto psicostimolanti.
- La crescita della cultura della "normalizzazione dell'uso".
- L'aumento del poliabuso e del consumo di alcool.
- L'ampliamento della fascia d'età dell'utenza.
- L'aumento della utenza femminile.
- L'aumento della utenza genitoriale che nel 2005 rappresenta il 15% dell'utenza totale (da ricerca Progetto Mosaico anno 2005).
- L'aumento dell'incidenza del disturbo psichiatrico nell'utenza.
- Il passaggio al SSN dei Presidi per le Tossicodipendenze degli Istituti Penitenziari.

La complessità che emerge da questi nuovi bisogni rende necessaria una evoluzione dei servizi per le dipendenze da "sistema" erogatore di prestazioni a "sistema di reti territoriali,

relazionali, pensanti e progettuali". Reti di assistenza centrate sul paziente e sul territorio, aperte per favorire l'ingresso da tutti i punti, con collegamenti formalizzati e con "missioni definite", con risorse sufficienti e con centri di regia e coordinamento che favoriscano la "funzionalità" della rete e la partecipazione attiva dei vari servizi verso una alta integrazione.

### **Le priorità**

1. Mantenere e migliorare l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Dipendenze.
2. Promuovere una efficace attività di prevenzione delle dipendenze.
3. Mettere a regime la manutenzione del sistema di gestione delle attività dei servizi denominato Proteus, parte costitutiva integrata del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale.
4. Rafforzare il Sistema dei Servizi per le dipendenze della regione Abruzzo con la attivazione dei Dipartimenti per le Dipendenze.

### **5.2.9.1. Piano di Azione per la Prevenzione delle Dipendenze**

#### Obiettivi

1. Attivare, secondo le indicazioni del Piano Sociale Regionale 2007-2009, o di altri strumenti di programmazione specifici dell'Assessorato alle Politiche Sociali, e del Piano Nazionale per la prevenzione delle dipendenze, azioni di supporto agli Enti territoriali (ambito territoriale, comune, provincia, regione) per la prevenzione delle dipendenze.
2. Promuovere percorsi per una prevenzione efficace.

#### Azioni

1. Le azioni di prevenzione delle dipendenze, nell'ottica di una ecologia del benessere, vanno realizzate dalla complessità delle agenzie sociali territoriali. La loro azione è tanto più efficace quanto più coordinata, anche formalmente, e quanto più questo coordinamento è visibile, riconosciuto e condiviso. Il Dipartimento per le Dipendenze è la struttura territoriale indispensabile per il supporto tecnico scientifico alle azioni di prevenzione. A tal fine è necessario mettere a norma i servizi del dipartimento.

2. Valorizzare le esperienze maturate e positivamente valutate nei territori.

3. Condividere e promuovere le raccomandazioni delle Organizzazioni scientifiche internazionali (NIDA, OEDT).

4. Promuovere l'attuazione di programmi globali di prevenzione efficaci e valutati riguardanti sia le sostanze psicoattive legali e illegali che i comportamenti di dipendenza siano attuati nella più ampia misura possibile.

5. Sostenere l'attuazione e lo sviluppo di programmi di prevenzione comuni dei servizi pubblici, delle comunità scolastiche, delle pertinenti ONG, degli enti locali, dell'associazionismo e del terzo settore.

### **5.2.9.2. I Dipartimenti per le Dipendenze**

L'importanza dell'attivazione dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche è legata ai seguenti elementi:

- E' importante una strategia di presenza, apertura e interscambio costante tra la rete dei servizi e territorio, tra cittadini e operatori, per creare una compartecipata promozione della salute. Il sistema dei servizi regionale è una realtà peculiare in quanto il rapporto esistente tra pubblico e privato accreditato non opera in regime di concorrenza ma di collaborazione. E' opportuno trasformare la collaborazione in "rete terapeutica" che dia risposte a tutte le forme di dipendenza, da droghe legali e da droghe illegali, e che veda il paziente ed il suo programma al centro del comune interesse.
- E' utile territorializzare la programmazione degli interventi sia di prevenzione che di cura e riabilitazione, partendo da una comune lettura dei bisogni, per favorire una più alta integrazione tra i servizi ed un più efficace uso delle risorse.
- Esiste la necessità di armonizzare le procedure e gli interventi anche per offrire agli Enti Terzi (Prefetture, Tribunali, Provveditorati, Commissioni Medico Legali ecc.) operatività e protocolli condivisi.

- Sono indispensabili attività di costante sorveglianza epidemiologica e di monitoraggio non solo sulle attività cliniche ma soprattutto sulla evoluzione sociale di un fenomeno in rapida e costante evoluzione, multiforme e multifattoriale come la diffusione del consumo di sostanze e dei comportamenti d'abuso nella popolazione e tra le fasce d'età adolescenziali per poter programmare interventi precoci sulla domanda e sulla prevenzione primaria individuale e sociale.
- E' necessario decentrare il processo decisionale e prevedere modalità di coordinamento delle risorse territoriali improntate a criteri di condivisione e collegialità. Questo permette di dare più tempestiva lettura dei mutamenti dello scenario locale, di governare più efficacemente l'assetto organizzativo, di attuare costantemente la valutazione degli esiti dei trattamenti e di fare progettazione e programmazione in comune.
- E' necessario che a partire dai bisogni territoriali percepiti, si attivino risorse e si implementino reti di servizi capaci di dare risposte nell'ambito territoriale o collegandosi alla rete regionale anche per perseguire un obiettivo di crescita e di autonomia oltre che per limitare l'acquisto di prestazioni e servizi fuori regione.
- Migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità nella gestione e nell'uso delle risorse umane e finanziarie.

#### *Le modalità operative dei Dipartimenti per le dipendenze*

Il dipartimento va inteso come una organizzazione di rete tra diverse unità operative orientate da una stessa mission con forte vincolo relazionale e di comportamento regolamentato da protocolli formali conosciuti e condivisi.

All'interno della ASL è costituito dai servizi aziendali strutturati con cui condivide obblighi istituzionali con autonomia operativa e di gestione di risorse e di budget.

A livello territoriale interagisce in modo integrato, funzionale, progettuale e consultivo, con il privato sociale accreditato e con le agenzie e i servizi importanti ed influenti alla propria attività.

#### **5.2.9.3. La organizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze**

Relativamente alla organizzazione dipartimentale, tenuto conto di quanto espresso nella "Direttiva regionale - guida alle aziende sanitarie locali d'Abruzzo per l'adozione degli atti aziendali" si ritiene che:

- nell'ipotesi di un dipartimento intra-aziendale questo debba avere le caratteristiche di un dipartimento di tipo "strutturale";
- nella ipotesi di un dipartimento interaziendale il modello di riferimento sia quello "funzionale".

Va altresì sottolineato che la rete a sostegno di interventi "a favore dei giovani" ma anche delle famiglie (genitorialità), dei minori e delle disabilità psichiche legate comunque ai comportamenti di uso patologico/abuso/dipendenze è formata, oltre che dalle molte e diverse strutture intra-aziendali (Servizi di emergenza, Servizi dell'area materno-infantile, Servizi dell'area della salute mentale e della Prevenzione), anche da una serie di altre realtà sia del privato sociale (volontariato, comunità terapeutiche, ecc) che di Agenzie territoriali (enti locali, enti del volontariato, scuola, uffici di governo, tribunali di sorveglianza e dei minori).

Per rendere questa rete in grado di dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali, complete e ottimali dal punto di vista gestionale è necessario che le agenzie territoriali vengano ascoltate e coinvolte nella progettualità del dipartimento.

Si propone pertanto di integrare gli organi previsti dalla citata direttiva (Direttore e Comitato di dipartimento) con altri organi funzionali con compiti prevalentemente di consultazione e progettualità.

Il dipartimento aziendale per le dipendenze viene pertanto ad essere così disegnato:

- Organi funzionali.
- Unità Operative territoriali aziendali.
- Strutture e servizi accreditati.
- Enti, servizi di vicinanza e strutture di rete importanti ed influenti.



## **Organi funzionali**

Sono organi funzionali del dipartimento:

- **Il direttore** (come descritto nella direttiva citata)
- **Il Comitato di dipartimento** (come descritto nella direttiva citata)
- **Il Comitato di consulenza e programmazione**

E' formato dal direttore del dipartimento o un suo delegato, dai direttori delle U.O. complesse, i responsabili delle U.O. semplici, un responsabile aziendale della assistenza territoriale o distretti, i responsabili degli Enti accreditati del settore dipendenze o loro delegati, 2 delegati eletti dall'Assemblea.

Ha funzione di consulenza, ricerca e programmazione.

Analizza dinamicamente i problemi e individua precocemente i bisogni e le risorse del territorio per produrre risposte coerenti ed efficaci.

In relazione alla domanda individua e programma i processi e i protocolli clinici, educativi, gli interventi sociali, preventivi e riabilitativi più appropriati e qualificati.

Promuove la cooperazione tra tutti gli erogatori di servizi e ne individua i fabbisogni formativi.

Identifica la mission ed opera per facilitare la costituzione e la manutenzione della rete assistenziale e sociale del territorio.

Elabora e predispone per il Comitato di Dipartimento un programma di intervento complessivo.

Propone gli interventi opportuni volti al miglioramento della qualità dei processi e dei servizi.

Può proporre l'attivazione di gruppi di lavoro tematici.

- **L'assemblea**

E' formata dai rappresentanti dei servizi del dipartimento, dai rappresentanti degli enti accreditati e delle Comunità terapeutiche, dai rappresentanti dei distretti, dai rappresentanti del D.S.M., dei medici di medicina generale, dei consultori o dei servizi per l'età evolutiva e del Dipartimento di Prevenzione, i rappresentanti delle agenzie territoriali, enti locali, enti del volontariato, scuola, uffici di governo, tribunali di sorveglianza e dei minori.

È l'organo di riferimento del Comitato di Consulenza e Programmazione in quanto rappresenta la centralità del territorio e della persona in rapporto ai bisogni di salute.

Ha funzione di confronto e sensibilizzazione.

Informa il Comitato di Consulenza e Programmazione sulle priorità locali e sulla rilevazione della domanda.

Esprime pareri non vincolanti al Comitato di Consulenza e Programmazione.

Elegge due rappresentanti per il Comitato di Consulenza e Programmazione.

Sono organi di supporto:

- **Segreteria tecnico-amministrativa**

Coordina le attività amministrative dei servizi aziendali del dipartimento, predispone gli atti relativi ai protocolli funzionali e operativi tra servizi aziendali, le strutture accreditate e i servizi della rete extra-aziendali, si rapporta con il servizio amministrativo aziendale.

Si raccorda con il servizio di monitoraggio per la raccolta dei flussi informativi e supporta la programmazione e la progettazione.

Svolge attività di segretariato nella preparazione e nella realizzazione delle riunioni ai diversi livelli di organizzazione.

Coordina e integra il servizio amministrativo per tutte le U.O. in cui il dipartimento è articolato.

La composizione e il funzionamento sono proposti dal direttore e approvati dal comitato.

- **Servizio di monitoraggio, valutazione e progettazione**

All'interno del Dipartimento viene istituito il **Servizio di monitoraggio del territorio, valutazione e progettazione** con compiti di ricerca sulla evoluzione della diffusione dell'uso delle sostanze e sugli stili di consumo nel territorio al fine di percepire con tempestività i bisogni di intervento o di assistenza espressi e programmare il più precocemente possibile strategie socio sanitarie di prevenzione, di contrasto o di governo. A tale scopo il servizio si raccorda con gli osservatori epidemiologici aziendali e regionale. Il servizio attua ricerca sulla

qualità dei servizi e della rete dipartimentale. Opera in stretta collaborazione con i comitati a cui fornisce i dati necessari alla progettazione ed alla valutazione e partecipa alla elaborazione ed alla progettazione sia degli interventi di prevenzione che di formazione.

### **Unità Operative territoriali aziendali**

Sono Unità Operative territoriali del dipartimento:

- I Ser.T.
- I Servizi di Alcologia
- I Centri antitabacco
- I Presidi per le Dipendenze presso le Case Circondariali
- Le Strutture residenziali/semiresidenziali e Comunità Terapeutiche pubbliche

Sono definite in U.O. Complesse e U.O. Semplici.

Hanno il compito di realizzare l'attività istituzionale e di programma (come da budget) ed erogare l'offerta di servizi all'utenza e in particolare dell'accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione/reinserimento sociale.

Propongono e concordano protocolli relazionali e operativi di rete.

Perseguono e verificano costantemente il livello di qualità del servizio proponendo processi di miglioramento possibili.

Negozano il proprio budget con il dipartimento e ne realizzano gli obiettivi.

Propongono, realizzano e partecipano ad attività di formazione.

Le U.O. semplici sono costituite nell'ambito delle U.O. Complesse e operano in autonomia e sinergia con esse. Sono dotate di sede idonea e stabiliscono rapporti e protocolli di rete con le principali agenzie socio sanitarie territoriali ed in particolare con i distretti.

All'interno delle U.O. Complesse devono essere attivate le funzioni:

- Unità di front line e di accoglienza
- Unità di trattamento farmacologico
- Unità di terapie e counselling psicologico/sociale/educativo
- Unità di reinserimento e riabilitazione e segretariato sociale

### **Le strutture assistenziali accreditate**

Sono partner delle U.O. aziendali del dipartimento e nodo importante e prioritario della rete assistenziale dipartimentale. Partecipano ai lavori dell'Assemblea. Operano in rapporto integrato e formalizzato con le U.O. aziendali.

Sono costituite dalle Comunità Terapeutiche residenziali e semiresidenziali accreditate secondo i protocolli e i criteri espressi dalla regione.

E' necessario che alla luce dei bisogni emergenti acquisiscano flessibilità e varietà nella offerta di nuovi servizi in concordanza con la progettualità dipartimentale, sul principio che il paziente deve trovare, per quanto possibile, il suo percorso di cura all'interno del suo territorio e che la progettazione, l'organizzazione e la attivazione delle risorse territoriali siano la strategia che realizzano tale finalità. Un modello che tra l'altro permette non solo di adeguare la risposta delle strutture ai bisogni prioritari o emergenti dei pazienti, ma anche di recuperare in chiave economica quote importanti di spesa per servizi attualmente acquistati fuori regione.

### **Enti, servizi di vicinanza e strutture di rete importanti ed influenti.**

Sono nodi di interazione e collaborazione importanti o influenti sulle attività dei servizi del dipartimento.

Le strutture definite **importanti** sono quelle che possono apportare contributi in chiave di facilitazioni o soluzioni al lavoro dei servizi.

Possono essere individuate in:

i reparti ospedalieri di M.I., di degenza psichiatrica, il pronto soccorso, il 118, il laboratorio analisi, il dipartimento di salute mentale, il consultorio, il medico di medicina generale, gli enti locali e i servizi di tutela sociale, il volontariato organizzato e non accreditato, le agenzie del lavoro, l'UEPE, il tribunale minori e adulti, il carcere, le scuole, ecc.....

Ai fini di un sistema di rete a supporto di un intervento integrato sulle attività di prevenzione, cura e reinserimento è indispensabile predisporre e concordare con i vari attori protocolli di intesa e di comportamento sulla reciproca interazione finalizzati al miglioramento

dei processi dell'intervento sulla utenza, sulla migliore circolarità della comunicazione, sul migliore impiego delle risorse.

Possono partecipare ai lavori dell'assemblea.

Le strutture definite **influenti** sono quelle con cui è utile stabilire una alleanza strategica di rete.

Possono essere rappresentate da:

I massmedia, i rappresentanti dei sindacati, le associazioni rappresentanti gli utenti o le famiglie degli utenti, i gruppi di auto aiuto, gli oratori parrocchiali, le rappresentanze di movimenti politici, etc.

E' opportuno stabilire un rapporto di comunicazione ed una interazione stabile.

Possono partecipare all'assemblea.

#### **5.2.9.4. Le attività del dipartimento e l'integrazione territoriale**

La integrazione tra Dipartimento per le dipendenze e territorio e in particolare con il distretto, può avvenire attraverso un sistema organizzativo e di management che utilizzi come supporto il Modello della Performance e quello dei processi.

**Il Modello della Performance** di Walters tende a permettere il raggiungimento di risultati ottimali partendo da una visione condivisa e globale dell'utente e dei suoi bisogni. I principali indicatori di performance della operatività quotidiana sono:

**La soddisfazione del cliente** attraverso la verifica dell'aumento dell'utenza, il grado di ritenzione in trattamento, l'indagine sugli indici di gradimento e sugli incidenti critici.

**La flessibilità** definita come reattività dei processi interni del servizio e dell'organizzazione alle domande in costante evoluzione dei clienti.

**La produttività** che indica l'efficacia con cui sono gestite le risorse in funzione degli obiettivi e della flessibilità.

Questi tre indicatori collegano la vision e gli obiettivi del servizio e dell'azienda alle misurazioni della pratica quotidiana (qualità, disponibilità e varietà dei trattamenti, tempi d'attesa e sprechi). La mission del dipartimento è una gestione integrata dei processi che aumentino la qualità e la varietà e disponibilità dei trattamenti, riducendo i tempi di attesa e gli sprechi.

Cio' è possibile sviluppando e gestendo simultaneamente questi indicatori all'interno della rete territoriale dei servizi con un lavoro di coordinamento per individuare e sviluppare collegamenti e connessioni che "leghino" l'organizzazione, le unità operative, i dirigenti, gli operatori ai "clienti" ed alla "comunità territoriale" e per costruire dinamicamente "assistenza" su di essi.

In questo modello e' importante che ogni servizio si colleghi alle risorse del proprio territorio per mettere a punto una varietà di risposte, qualificate e integrate, alla complessità dei bisogni dell'utente tossicodipendente nelle aree dell'accoglienza, della clinica e dello psico- sociale.

Si implementa quindi una evoluzione da un sistema "Ser.T. centrico" o "Ser.A. centrico" ad una dimensione in cui il servizio specialistico diventa "**attivatore di risorse**" e "**costruttore di rapporti**" con snodi funzionali territoriali che operano su processi condivisi sui bisogni assistenziali e rispondenti agli indicatori di soddisfazione, flessibilità e risultato.

#### **L'importanza dei processi**

Un'organizzazione può erogare prestazioni per "funzioni" o per "processi". La differenza è sostanziale in quanto prevede che operando per "funzioni" si attivano step specialistici ognuno dei quali risponderà a caratteristiche organizzative e professionali che soddisfino i bisogni e i tempi della funzione rispetto alla globalità del progetto terapeutico.

Un sistema che lavori sui "processi", si serve delle diverse "funzioni" orientandole alla produzione di un outcome che tenga principalmente conto del bisogno utente.

#### **Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche**

##### **Mission**

Creare una alleanza terapeutica tra paziente/cittadino e operatori per prevenire, curare i danni indotti da comportamenti a rischio, dall'uso problematico e dalle dipendenze da sostanze legali, illegali e da comportamenti. Recuperare e reinserire la persona al suo ruolo

sociale. Lavorare per una ecologia del benessere non pregiudiziale ma consapevole della complessità e polimorfismo delle dipendenze.

### **Vision**

Attivare una rete di servizi multidisciplinare integrata pubblico privato sociale.

### **Obiettivi**

Valutare una analisi dei bisogni di disagio e di cura espressi dal territorio.

Individuare, attivare ed integrare tutte le risorse possibili territoriali.

Predisporre un'offerta di servizi adeguata ai bisogni, flessibile e varia.

Progettare una valutazione di qualità dei servizi e di funzione di rete.

### **Strumenti: Dipartimento per le dipendenze**

1. Amministrare le risorse e gestire la operatività a livello locale dei servizi territoriali.
2. Servizio di monitoraggio, prevenzione e formazione.
3. Ser.T., Ser. Alcolologia, Ser. Tabagismo, Unità Operative per le dipendenze nelle Carceri.
4. Servizi aziendali territoriali, Medici di medicina generale.
5. C.T. e Servizi Accreditati del privato sociale e Assemblea delle agenzie del territorio.

### **Metodo**

Confronto, coordinamento, integrazione, progettazione comune, valutazione.

### **Attività**

- Ricerca territoriale , monitoraggio comportamenti a rischio ed analisi dei bisogni.
- Definizione e attivazione di procedure e protocolli operativi di servizi e di rete.
- Sportelli territoriali di ascolto per intercettare precocemente il disagio.
- Servizi di accoglienza e presa in carico a soglia diversificata.
- Presa in carico globale e diagnosi multidisciplinare.
- Trattamenti integrati, condivisi e valutabili, con progetto di cura personalizzato, basato sulla evidenza scientifica.
- Reinserimento sociale, riqualificazione formativa e lavorativa.
- Aggiornamento e formazione continua degli operatori dei servizi e della rete.
- Valutazione tra pari.
- Valutazione delle attività, dei processi e degli esiti.

### **Risultati attesi a breve e medio termine:**

- Integrare i servizi nella rete territoriale.
- Diversificare ed ampliare l'offerta di servizi in funzione dei bisogni.
- Migliorare la ritenzione dei pazienti in trattamento per poter dare efficacia alla relazione terapeutica.
- Dare omogeneità all'offerta di programmi terapeutici basati sull'evidenza.
- Costruire rapporti di dialogo, confronto e collaborazione tra servizi e agenzie.

## **5.2.9.5. Stato dei servizi: punti di forza, problematicità**

### **Punti di forza:**

- I Ser.T. sono strutture ben inserite nel territorio e buon punto di riferimento per l'accoglienza ed il trattamento delle dipendenze da sostanze psicotrope e ciò viene evidenziato anche dai dati statistici dell'affluenza dei pazienti ai servizi, flusso stabile e in costante crescita negli anni (tab.1).
- Hanno acquisito buon livello di professionalità e perseguito un costante aggiornamento professionale (cfr. PROGETTO P.O.R.).
- In un contesto di posizioni problematiche convivono alti livelli di motivazioni con episodi di severa stanchezza ( cfr CD La motivazione degli operatori).
- Hanno sviluppato un buon sistema di rapporti (soprattutto informali) con le altre strutture territoriali in particolare con le Comunità Terapeutiche presenti.
- Hanno buone potenzialità per ampliare l'offerta di servizi.

### **Punti di problematicità**

I punti critici sono da individuare:

- Nella "chiusura " dei servizi su se stessi, in pratica si è in attesa del paziente e non ci si apre al territorio per andare "verso" il bisogno.
- A livello di "rete territoriale" i Ser.T. sono stati riconosciuti come strutture specializzate e hanno avuto una "delega" totale sul trattamento delle dipendenze il che ha fatto sì che

alla "chiusura nei propri confini" si è arrivati un po' per scelta un po' per rifiuto indotto (anche in via pregiudiziale).

- Nonostante la rilevazione di consumi e bisogni emergenti molto più articolati e complessi (cfr CD i giovani d'Abruzzo) i trattamenti sono principalmente centrati sul pz. dipendente da eroina e si fa fatica ad implementare altre forme di assistenza su altre forme di dipendenza ( alcolismo, tabagismo, dipendenza senza sostanza).

- La prevenzione pur di buona qualità e livello viene effettuata prevalentemente nella scuola (cfr Progetti PED) mentre il territorio resta al di fuori di interventi di continuità e viene piuttosto coinvolto in attività di progetto.

- La progettualità e l'accesso a fondi e finanziamenti è ridotta rispetto alle potenzialità.

- Manca un rapporto di coordinamento e progettazione comune tra le strutture territoriali (Ser.T. e Comunità in particolare) per adeguare nuove offerte terapeutiche ai nuovi bisogni espressi dall'utenza. Bisogna trovare risorse e risposte nel territorio e recuperare una buona parte della quota di servizi acquistati fuori regione,(che per i servizi delle nostre aziende rappresentano una passività importante del budget).

#### **5.2.9.6. Punti strategici per il cambiamento**

Una rimodulazione dei servizi in chiave dipartimentale richiede una organizzazione progressivamente più complessa e qualificata, oltre che un alto grado di flessibilità, per poter rispondere tempestivamente ai nuovi fabbisogni.

Tutto questo si potrà realizzare con un progressivo incremento di risorse nel triennio (che vanno recuperate dal macrolivello ospedaliero) e se si riuscirà a riequilibrare e coordinare una reale e concreta organizzazione tra le diverse compagini in gioco (pubblico, privato sociale convenzionato e volontariato) creando un sistema coordinato, organico e coerente con gli indirizzi europei in materia di droga.

## 5.2.10. La Salute Mentale

Nel Piano Sociale 2007-2009, nel capitolo sull'integrazione socio-sanitaria redatto congiuntamente dai due Assessorati, venivano rilevate le principali criticità della nostra Regione riconducibili sostanzialmente ai seguenti aspetti:

- una risposta quasi esclusivamente di tipo sanitario con eccessivo ricorso ad una residenzialità psichiatrica, produttiva di nuove criticità, al punto di ritenere che non sia stato ancora superato il modello custodialistico rappresentato dagli ex ospedali psichiatrici;
- una non piena applicazione del progetto obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale il quale precisa quali devono essere le strutture di servizi definendone gli standard di funzionamento ed avviando la priorità a promuovere pratiche e politiche di impulso a programmi ed interventi centrati sulla comunità;
- il cambiamento dei luoghi e dei metodi della cura, spostando l'attenzione dalla malattia in sé alla totalità della persona, ai suoi bisogni e diritti, alle sue capacità, promuovendo cittadinanza, innalzando la qualità della vita, favorendo autonomia ed emancipazione;
- una mancata attuazione del processo di riorganizzazione dei servizi secondo il modello dipartimentale a centralità territoriale (CSM) in costante e forte interazione con il Distretto di Base e l'Ambito Territoriale Sociale, come già previsto dal precedente Piano Sanitario Regionale;
- una separazione operativa per cui i Centri di Salute Mentale, i Centri Diurni Psichiatrici, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le strutture Residenziali, le Comunità Terapeutiche, le Case di Cura sono spesso "isole" di un lavoro privo di continuità e di obiettivi condivisi.

Venivano, altresì, fornite indicazioni sulla natura delle politiche regionali degli interventi per il disagio psichico con particolare riguardo:

- alla creazione di una rete diffusa di servizi collocati a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico delle persone con disagio psichico;
- alla rimodulazione dei servizi riabilitativi, finalizzata alla progettualità individuale con l'assunzione della piena responsabilità da parte del Centro di salute mentale territoriale competente;
- a favorire lo sviluppo di strutture residenziali e semi-residenziali, non totalizzanti, finalizzate alla piena integrazione sociale.

Per quanto riguarda gli Ambiti Sociali sono state individuate le seguenti priorità:

- la pianificazione di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale ed il Centro di Salute Mentale territorialmente competente di un Programma territoriale sociosanitario sulla Salute Mentale, da approvare attraverso apposito accordo di programma, che ricomprenda al suo interno tutti gli interventi sociali e sanitari da attivare sul territorio per la definizione dei progetti riabilitativi sociosanitari individualizzati, centrati sulla persona e sui suoi bisogni;
- la pianificazione di interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione dei disturbi mentali da parte del CSM territorialmente competente attraverso collegamenti funzionali fra strutture a carattere sanitario, servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- il coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei progetti personalizzati;
- il rafforzamento della rete di interventi domiciliari, anche prevedendo percorsi di accoglienza ed accudimento rimodulati rispetto ai bisogni espressi e rilevati;
- la previsione di modalità di intervento integrati nelle situazioni di emergenza;
- l'attivazione di strumenti innovativi per la integrazione sociale e lavorativa, anche favorendo la nascita e lo sviluppo di cooperative sociali di tipo "B", superando barriere e pregiudizi che ancora oggi riducono le opportunità per utenti e familiari.

Lo stesso Piano Sociale rimandava al Piano Sanitario una specifica attenzione per quanto riguarda le priorità, gli obiettivi, le risorse e l'organizzazione territoriale sanitaria.

In aggiunta alle criticità individuate nel Piano Sociale, e a conferma delle stesse, si segnala:

- l'elevato tasso di ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da disturbi psichici: 9,6 casi per 1000 abitanti in Abruzzo contro 5,9 per 1000 in Italia (dati ISTAT 2006);
- l'elevato numero di posti letto in Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (alta residenzialità): 6,2 p.l. per 10000 abitanti in Abruzzo contro 1, elevabile a 2, per 10000 su indicazioni del Progetto Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale 1998-2000;
- la bassa offerta di Centri Diurni: 0,62 per 10000 abitanti in Abruzzo, contro 1,05 in Italia.

Sulla base di tali criticità, sono stati individuati i seguenti macroobiettivi di sistema:

1. Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete
2. Riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero
3. Sviluppo delle attività della Neuropsichiatria Infantile
4. Potenziamento delle attività per l'Autismo Infantile
5. Riordino della residenzialità psichiatrica
6. Qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica
7. Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale
8. Inserimento socio-lavorativo
9. Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce
10. Lotta allo stigma sociale

#### **5.2.10.1. Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete**

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è la struttura di riferimento della rete della tutela della salute mentale, che esercita le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico.

Il CSM definisce ed attua programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e di "rete", nella strategia della continuità terapeutica, assumendone la responsabilità per il territorio di propria pertinenza. Il CSM promuove la ricerca e l'attivazione di azioni a sostegno della vita quotidiana a domicilio ed in alloggi comunitari, per la gestione di attività di tempo libero, attività di socializzazione e di animazione, in collaborazione con le associazioni e le cooperative sociali.

Il DSM interviene tempestivamente nelle situazioni di crisi, contribuendo alla riduzione al ricorso al ricovero ospedaliero, attraverso attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica, programmi di rilevamento dei segni precoci di crisi, tempestivi interventi domiciliari ed ambulatoriali con il coinvolgimento dei familiari e della rete.

A tal fine entro il 2008, le aziende sanitarie si attivano per la realizzazione dell'obiettivo di apertura dei CSM tendenzialmente 12 ore al giorno, 6 giorni su 7; si individuano due aree pilota (L'Aquila e Teramo) nelle quali sperimentare l'integrazione socio-sanitaria anche in funzione della verifica della necessità di attivazione di un servizio di accoglienza psico-sociale attivo nelle 24 ore.

Nei CSM non saranno ubicati posti-letto per il ricovero, per evitare il ricorso a ulteriori possibilità di ricoveri psichiatrici. Il potenziamento del CSM deve essere principalmente indirizzato ad erogare interventi tempestivi ed efficaci nell'ambiente di vita dell'utente.

Occorre potenziare il collegamento tra CSM e Dipartimenti delle dipendenze patologiche per la gestione dei pazienti con "doppia diagnosi", per i quali occorre prevedere la costruzione di un percorso assistenziale ad hoc.

Il CSM si raccorda con i servizi sociali ed i servizi del Ministero di Grazia e Giustizia, e attraverso la sottoscrizione di protocolli e convenzioni, per gli interventi di diagnosi, consulenza e presa in carico delle persone con disturbo mentale detenute negli istituti Penitenziari e attiva

risorse per avviare programmi di riabilitazione in alternativa all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

### **5.2.10.2. Riduzione e appropriatezza dei ricoveri in regime ospedaliero**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che è attivo presso la struttura ospedaliera, è integrato e in continuità con le altre strutture del DSM e in particolare col CSM.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto responsabile del progetto sul singolo caso, collabora alla gestione del ricovero delle persone di competenza territoriale e stabilisce il più rapidamente possibile un programma di presa in carico territoriale.

Il DSM deve perseguire l'obiettivo della progressiva riduzione dei trattamenti sanitari obbligatori, dei ricoveri ripetuti, della loro durata e dell'inappropriatezza dei ricoveri.

I DSM si dotano, in accordo con il CSM di programmi volti al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- Definizione, in accordo con i servizi dell'emergenza-urgenza e l'ordine pubblico, di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza e per le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.
- Ridefinizione della modalità del ricovero, al fine di evitare ogni forma di contenzione fisica e limitare allo stretto necessario il ricorso all'uso dei farmaci a scopo esclusivamente sedativo.
- Ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri nell'SPDC focalizzando l'attenzione sui pazienti così detti **alti frequentatori** (porta girevole) e sui ricoveri a più alto rischio di inappropriatezza (nevrosi depressive, disturbi organici, e ritardi mentali).
- Utilizzo del Day Hospital Psichiatrico, anche extra-ospedaliero, in modo da poter evitare il ricovero di utenti la cui patologia sia di media gravità compatibilmente con la sede di residenza dell'utente. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in tale ambiente sarà effettuata in deroga alla normativa relativa alle linee-guida sulle attività cliniche a ciclo diurno - Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo del 7/7/2006 (n. 37 - Ordinario) (vedi trattamenti semi-residenziali).
- Facilitazione e rafforzamento dei rapporti fra SPDC, componente essenziale del Dipartimento di Salute Mentale e le altre forze che lavorano nel territorio che sono tradizionalmente identificate nei medici di famiglia, negli enti locali, associazioni dei familiari, volontariato.
- Minimizzazione del ricovero in riabilitazione ospedaliera (Codice 56) per patologie psichiatriche (< al 3% del totale dei ricoveri del reparto), laddove non si riscontrino gravi e concomitanti franche condizioni di disabilità fisica.

### **5.2.10.3. Sviluppo delle attività di Neuropsichiatria infantile**

Negli ultimi anni alcune problematiche neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza, hanno assunto una sempre maggiore evidenza e richiedono risposte assistenziali sempre più articolate e complesse.

I Progetti Obiettivo Materno Infantile e Tutela Salute Mentale presuppongono una rete omogenea di Unità Operative in grado di assicurare la prevenzione e la cura dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva, erogando livelli di assistenza uniformi in tutto il territorio nazionale.

Attualmente esistono alcune criticità nella risposta assistenziale in età evolutiva che possono essere riassunte nei seguenti punti:

- 1) scarsa omogeneità nella distribuzione dei servizi di neuropsichiatria infantile nel territorio regionale e scarso collegamento funzionale con altri servizi (pediatria di base, consultori familiari, neuroriabilitazione, ecc.);
- 2) scarsa presenza di interventi pluridisciplinari e pluriprofessionali con reale presa in carico globale dei casi trattati e con risposte assistenziali prevalentemente riabilitative;
- 3) assenza di posti letto dedicati all'urgenza psichiatrica in età adolescenziale e carente risposta assistenziale per la diagnosi e cura di disturbi neurologici acuti in età evolutiva.

Al fine di dare risposte assistenziali adeguate ed omogenee ai bisogni di salute neuropsichica nell'età evolutiva si prevede quanto segue:



- I Servizi di Neuropsichiatria Infantile sono strutture operative, deputate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni). Ogni provincia (azienda sanitaria locale o ospedaliera) è dotata di un'unità operativa complessa di neuropsichiatria infantile. Le unità operative territoriali, ospedaliere o miste di neuropsichiatria infantile possono essere collocate dalle direzioni aziendali nel dipartimento di salute mentale con collegamento funzionale al dipartimento materno-infantile oppure nel dipartimento materno-infantile con collegamento funzionale al dipartimento di salute mentale.
- Le equipe multidisciplinari di neuropsichiatria infantile, composte dal neuropsichiatria infantile, dallo psicologo dell'età evolutiva, dal terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, dal logopedista, dall'assistente sociale, operano in collaborazione con la famiglia del minore ed il personale docente della scuola, per garantire la presa in carico globale e l'integrazione scolastica e sociale, in particolare nelle situazioni di handicap.  
Alle U.O. di neuropsichiatria infantile è demandato il compito di realizzazione e verifica dei progetti terapeutici, educativi e riabilitativi integrati e personalizzati, con il coinvolgimento dei familiari, sia per quanto riguarda la riabilitazione in ambito residenziale che ambulatoriale (ex art. 26).
- La modalità preferenziale di ricovero in neuropsichiatria infantile è il day hospital (terapeutico-riabilitativo), con possibilità di realizzare spazi dedicati a procedure specifiche per il ricovero nei reparti di psichiatria per le urgenze psichiatriche adolescenziali e nei reparti di pediatria per le patologie neurologiche acute del bambino che richiedono indagini strumentali e di laboratorio o procedure cliniche complesse.

#### 5.2.10.4. Potenziamento delle attività per l'Autismo Infantile

Al fine di dare risposte alle gravi problematiche dei bambini affetti da autismo, l'attuale "Centro Regionale per le Psicosi Infantili", ridenominato "**Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo Infantile (CRRAI)**", diventa il polo regionale di riferimento come unità operativa complessa della Azienda USL di L'Aquila che opera in regime ambulatoriale e di ricovero alternativo all'ordinario (day hospital, day-service).

Tale polo sarà riferimento per la rete degli interventi degli otto **Centri Diurni** di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico.

Tali Centri sono gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende USL territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale della Regione Abruzzo caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari.

**L'attività del CRRAI** è finalizzata allo svolgimento dei compiti sottoelencati:

- diagnosi e cura dei disturbi dello spettro autistico;
- collaborazione con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e Materno-Infantile delle Aziende USL della Regione Abruzzo nonché con i Pediatri di LS e MMG;
- coordinamento delle attività socio-sanitarie dei centri diurni di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico;
- promozione delle attività di ricerca ed istituzione di borse di studio per lo sviluppo delle conoscenze in materia di disturbi pervasivi dello sviluppo;
- implementazione di adeguate attività di "audit" clinico e civico.

**Le attività dei Centri diurni** di trattamento educativo-riabilitativo sono finalizzate allo svolgimento, con modalità diurne – semiresidenziali, dei compiti sottoelencati:

1. facilitare lo sviluppo psicologico degli utenti presi in carico in un contesto naturale e stimolante;
2. migliorarne l'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale;
3. consolidarne le abilità e competenze cognitive acquisite e potenziarne quelle esistenti;
4. svilupparne l'adattamento emozionale e sociale, l'autonomia e l'indipendenza correggendone i comportamenti disadattativi;

5. consentire agli adolescenti un progressivo distacco dalla famiglia e, quando possibile, l'inserimento lavorativo.

#### 5.2.10.5. Riordino della residenzialità psichiatrica

L'attuale sistema residenziale in campo psichiatrico è caratterizzato da un forte sbilanciamento verso la residenzialità lungo assistenza a scapito delle forme di residenzialità leggera.

	RESIDENZIALITA' PSICHIATRICA				Totale
	A	B	C	D	
<b>ASL 1 Avezzano-Sulmona</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>36</b>
<b>ASL 2 Chieti</b>	<b>213</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>136</b>	<b>359</b>
<b>ASL 3 Lanciano-Vasto</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60</b>
<b>ASL 4 L'Aquila</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>42</b>
<b>ASL 5 Pescara</b>	<b>132</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>84</b>	<b>222</b>
<b>ASL 6 Teramo</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>16</b>	<b>88</b>
<b>Totale</b>	<b>421</b>	<b>30</b>	<b>68</b>	<b>288</b>	<b>807</b>

Legenda:

- a) strutture residenziali terapeutico riabilitative (struttura protetta)
- b) strutture residenziali socio-riabilitativa a più alta attività assistenziale (struttura semiprotetta – casa famiglia)
- c) strutture residenziali socio-riabilitativa a minore attività assistenziale (struttura semiprotetta – casa famiglia)
- d) strutture residenziali terapeutico riabilitative per specifiche patologie psichiatriche

Il nuovo sistema residenziale opera un graduale spostamento, da realizzarsi nell'arco del triennio, verso strutture residenziali "leggere", come luoghi di "abitare assistito", ove si realizzino progetti riabilitativi integrati e personalizzati con il coinvolgimento dei familiari, della rete sociale, delle associazioni e della comunità, sotto la regia del CSM.

Si prevedono le seguenti **tipologie di strutture**

- a. Residenze riabilitative per la post-acuzie**
- b. Case famiglia**
- c. Gruppi appartamento di convivenza**
- d. Residenze protette**

Per ogni tipologia di struttura considerata vengono di seguito riportate schede sintetiche articolate nei seguenti punti: Tipologia di utenza; Tipologia di struttura; Modalità di accesso; Durata di degenza; Standard di struttura; Standard minimi di personale; Costo per il SSR; Fabbisogno (Tabelle 37 - 39).

**Tabella 37 - Residenze Riabilitative psichiatriche per la post acuzie (scheda sinottica)**

<b>Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie</b>	
<b>Bisogno da soddisfare:</b>	<b>trattamento riabilitativo successivo alla ospedalizzazione o riacutizzazione di sintomi</b>
<b>Tipologia di utenza</b>	Pazienti in fase subacuta (ad es. che hanno subito un ricovero in SPDC o una riacutizzazione dei sintomi) con conseguente perdita temporanea e parziale della propria autonomia o con specifiche patologie psichiatriche che non possono essere trattati a domicilio o in una struttura a più intensità assistenziale
<b>Tipologia di struttura</b>	Struttura riabilitativa di tipo comunitario (8-12 PL)
<b>Modalità di accesso</b>	Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
<b>Durata di degenza</b>	Durata tendenziale di 4-6 mesi, con possibilità di prolungamento fino ad un massimo di 12 previa valutazione da parte del CSM
<b>Standard di struttura</b>	DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
<b>Standard di personale</b>	Deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: Psichiatra, Psicologi, Psicoterapeuti, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Infermiere , Assistenti Sociali , OTA/OSS, Operatori e maestri d'arte Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione.
<b>Tariffa</b>	Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Costo a carico del SSR: 140 – 190 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
<b>Fabbisogno</b>	1.2 x 10.000 ab.

**Tabella 38 - Casa Famiglia (scheda sinottica)**

<b>Casa Famiglia</b>
<b>Bisogno da soddisfare: pazienti che richiedono trattamento riabilitativo di media intensità</b>
<b>Tipologia di utenza</b>
Pazienti che richiedono trattamento riabilitativo di media intensità sulle 24 ore, con programmi riabilitativi di recupero prolungati
<b>Tipologia di struttura</b>
Struttura riabilitativa di tipo familiare con intenzione abitativa e di socializzazione (massimo 8 PL)
<b>Modalità di accesso</b>
Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
<b>Durata di degenza</b>
Durata massima 24 mesi, con periodica valutazione da parte del CSM
<b>Standard di struttura</b>
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
<b>Standard minimi di personale</b>
Deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: Psichiatra, Psicologi, Psicoterapeuti, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Infermiere, Assistenti Sociali, OTA/OSS, - Operatori e maestri d'arte Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione
<b>Tariffa</b>
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Costo a carico del SSR: 110 - 130 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno</b>
1 x 10.000 ab.

**Tabella 39 - Gruppi Appartamento di convivenza (scheda sinottica)**

<b>Gruppi Appartamento di convivenza</b>
<b>Bisogno da soddisfare: pazienti con bassa necessità di Trattamento Sanitario</b>
<b>Tipologia di utenza</b>
Pazienti con bassa necessità di Trattamento Sanitario che necessitano di prestazioni socio-sanitarie
<b>Tipologia di struttura</b>
Struttura di tipo abitativo (4/6 PL)
<b>Modalità di accesso</b>
Valutazione da parte del CSM con un Progetto Individualizzato Territoriale Integrato (ASL-Ambito Sociale)
<b>Durata di degenza</b>
Durata illimitata flessibile, con periodica verifica da parte del CSM-Ambito Sociale
<b>Standard di struttura</b>
DPR 29 novembre 2001 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
<b>Standard minimo di personale</b>
Deve essere garantita la presenza per alcune ore al giorno secondo programma del CSM-ambito sociale delle seguenti figure professionali: OTA-OSA anche dei Servizi Sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, psicologo Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione
<b>Tariffa</b>
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva a carico del SSR: 20-40 € e con integrazione di risorse sociali e familiari a modello budget di salute. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
<b>Fabbisogno</b>
0.7 x 10.000 ab.

**Tabella 40 - Residenze Protette (scheda sinottica)**

<b>Residenze Protette</b>	
<b>Bisogno da soddisfare: pazienti con bassi livelli stabilizzati di autonomia</b>	
<b>Tipologia di utenza</b>	
Pazienti con bassi livelli stabilizzati di autonomia, non totalmente in grado di provvedere a se stessi e temporaneamente impossibilitati a rientrare in famiglia, che necessitano di semplici programmi riabilitativi di mantenimento ad alta intensità, anche in conseguenza a precedenti lunghi periodi di istituzionalizzazione e/o precedenti internamenti in Ospedali Psichiatrici Giudiziari.	
<b>Tipologia di struttura</b>	
Struttura riabilitativa di tipo comunitario (8/10 PL) ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo . ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo .	
<b>Modalità di accesso</b>	
Progetto Individualizzato Territoriale (CSM-Ambito Sociale)	
<b>Durata di degenza</b>	
Durata flessibile, con periodica verifica da parte della ASL-Ambito Sociale	
<b>Standard di struttura</b>	
DPCM 29 novembre 2001 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento	
<b>Standard di personale*</b>	
Deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: Psichiatra, Psicologi, Psicoterapeuti, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Infermiere , Assistenti Sociali, OTA/OSS, - Operatori e maestri d'arte Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione	
<b>Tariffa</b>	
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva a carico del SSR: 80-100 € Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale	
<b>Fabbisogno</b>	
1.1 x 10.000 ab.	

### 5.2.10.6. Il fabbisogno di posti letto residenziali psichiatriche e impatto economico

La previsione del fabbisogno tende ad avvicinare la dotazione residenziale a quella prevista dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (2 x 10.000 ab.), potenziando fortemente le forme "leggere" di assistenza tutelare.

Le dotazioni di posti letto residenziali per ASL sono riportate nella Tabella 41 (in nota<sup>55</sup> viene riportato il quadro del fabbisogno riferito alle attuali 6 ASL).

**Tabella 41 - Fabbisogno di posti letto della residenzialità psichiatrica**

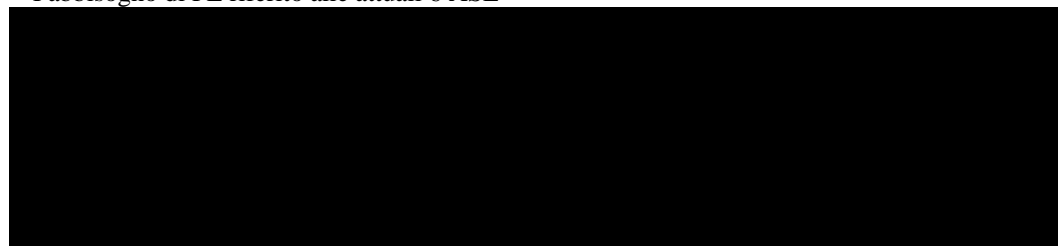
	RESIDENZIALITA' PSICHIATRICA				
	Res. Riab. Post-acuzie	Casa Famiglia	Gruppi appartamento	Residenze Protette	Totale
ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	36	30	21	33	120
ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	47	39	27	43	156
ASL 3 Pescara	37	31	22	34	124
ASL 4 Teramo	36	30	21	33	120
<b>Totale</b>	<b>156</b>	<b>130</b>	<b>91</b>	<b>143</b>	<b>520</b>

Sulla base del fabbisogno dei posti letto riportati nella Tabella 41, è stata effettuata la stima d'impatto economico (Tabella 43) sulla base dei parametri riportati nella Tabella 42.

**Tabella 42 - Parametri utilizzati per la simulazione di impatto economico**

Tipologia di struttura	Tasso occupazione	Costo giornata degenza
<b>Residenze Riabilitative Psichiatriche Post-acuzie</b>	100%	170 euro
<b>Case Famiglia</b>	100%	120 euro
<b>Gruppi appartamento</b>	100%	30 euro
<b>Residenze Protette</b>	100%	90 euro

<sup>55</sup> Fabbisogno di PL riferito alle attuali 6 ASL



L'impatto economico complessivo risulta il seguente:

**Tabella 43 - Stima di impatto economico**

<b>Tipologia di struttura</b>	<b>Stima costo sistema</b>	
<b>Residenze Riabilitative Psichiatriche Post-acuzie</b>	9.674.379	euro
<b>Case Famiglia</b>	5.690.811	euro
<b>Gruppi appartamento</b>	995.892	euro
<b>Residenze Protette</b>	4.694.919	euro
<b>Totale</b>	21.056.002	euro

L'attuale costo del sistema residenziale è di ca. 29 milioni euro. A tale costo va aggiunto quello relativo alla riabilitazione psichiatrica erogata in regime ospedaliero (Codice 56) per un complessivo importo nel 2006 di ca. 4 milioni di euro.

Al fine di evitare che l'incremento, progressivo, dei posti in residenzialità "leggere" e semiresidenzialità comporti un aumento della spesa generale per i Comuni e/o gli utenti, sarà necessaria una valutazione dell'impatto economico della compartecipazione alla spesa. Dall'esito della valutazione la Regione potrà, se necessario, aumentare la quota tariffaria a carico del sistema sanitario o individuare ulteriori risorse da stanziare per finanziare la quota sociale a carico dei Comuni e/o degli utenti.

#### **5.2.10.7. Qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica**

E' fondamentale promuovere l'acquisizione da parte delle strutture di **requisiti di qualità** che garantiscano l'appropriatezza delle procedure e degli interventi finalizzati al miglioramento delle abilità sociali del paziente in vista di una dimissione e reinserimento sociale.

I requisiti di qualità, che dovranno essere predisposti entro il 2007, devono rispondere ai seguenti criteri:

- qualificazione della residenzialità allo scopo di renderla "luogo di abitare assistito", con progetti riabilitativi integrati e personalizzati, con il coinvolgimento dei familiari, della rete sociale, delle associazioni e della comunità, con la regia del CSM;
- misurabilità e loro graduazione su una scala valoriale (es.: da 0 a 5 con un livello per la sufficienza e per la eccellenza);
- focalizzazione sul progetto riabilitativo individualizzato;
- attenzione alle attività di socializzazione e reinserimento in comunità;
- attenzione agli aspetti di confort alberghiero;
- rilevazione dei trattamenti ad evidenza scientifica (psicoterapie individuali e di gruppo, riabilitazione sociale, trattamento farmacologico, etc.) e prove di evidenza degli esiti, documentate (da operatori, paziente, famiglia);
- adozione di strumenti di valutazione validati dalla comunità scientifica e dagli operatori (es.: Honos, VADO...);
- valutazione degli esiti: costruzione di indicatori sanitari e sociali (dimissioni dal trattamento sanitario, reinserimento del paziente nel tessuto sociale/lavorativo).

### 5.2.10.8. Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale

Il DSM deve promuovere il potenziamento dei trattamenti in regione semi-residenziale in entrambi gli ambienti destinati a tali trattamenti: il Day-Hospital ed il Centro Diurno.

Il Day-Hospital ha la funzione di:

- permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi;
- effettuare interventi farmacologici, e psicoterapeutico-riabilitativi;
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Il day-hospital psichiatrico effettua un'analisi dei problemi prioritari del paziente, un'attenta valutazione multidimensionale, con la identificazione di un piano di cura specifico e personalizzato basato su cicli. Le prestazioni erogate prevedono il coinvolgimento di più figure professionali nell'ambito di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale con la presenza di figure professionali quali i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TRP), accanto alla presenza delle più tradizionali figure del medico, dello psicologo e dell'infermiere.

Le prestazioni erogate distinguono un "DH Diagnostico" (inerenti procedure testologiche, ematochimiche e tecnico-strumentali, valutazioni di funzionamento sociale e valutazioni familiari e di rete) ed un "DH Terapeutico" (inerenti erogazione di trattamenti farmacologici e psicoterapeutici-psicosociali individuali e familiari e specifici monitoraggi).

La gestione dei Centri Diurni permane di competenza del Servizio pubblico, come articolazione dipartimentale e/ o come Servizio che risponde ad esigenze di integrazione socio-sanitaria (area dell'integrazione DPCM 29-11-2001), con facoltà di convenzionamento per la loro gestione con cooperative sociali di tipo A. Se ne prevede un graduale potenziamento professionale attraverso la stabilizzazione degli organici con figure professionali specifiche TRP, Educatori, animatori, che, formati ad hoc, realizzino progetti riabilitativi e attività di psicoterapia individuale e di gruppo, opportunamente integrati a tutti i servizi territoriali pubblici (laboratori artistico ricreativi, centri culturali, circoli sportivi centri di formazione professionale, aree dei tirocini professionali, cooperative di servizi, aziende di produzione, uffici vari ecc.), svolgendo altresì una funzione di raccordo e di collegamento con tutte le articolazioni del sociale. Nonostante la connotazione "sociale" dei Centri Diurni è opportuno che le figure preposte alla realizzazione degli obiettivi specifici per ciascun paziente adottino sistematicamente degli strumenti di valutazione validati e appropriati utili al monitoraggio dei processi di cambiamento. Si prevede la realizzazione di almeno un centro diurno per ciascun CSM.

### 5.2.10.9. Inserimento socio-lavorativo

Tra i soggetti affetti da disturbi psichici la percentuale di disoccupazione è notevolmente superiore rispetto alla popolazione generale e l'autonomia lavorativa è uno dei principali obiettivi dichiarati dagli utenti dei servizi psichiatrici e dai loro familiari. Numerose evidenze dimostrano che i programmi di inserimento lavorativo nei soggetti affetti da disturbi psichici gravi hanno un effetto positivo sul piano clinico, sul piano della fiducia e dell'autostima e sul piano sociale ed economico. In Italia, la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha creato uno scenario nuovo e del tutto particolare. L'articolo 11 introduce la possibilità di stipulare convenzioni con il datore di lavoro al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili e molte aziende hanno messo a disposizione postazioni utilizzabili anche per utenti psichiatrici. I soggetti affetti da disturbi psichici sono però assunti solo con progetti mirati, e la preparazione per attuare questi progetti non è ancora patrimonio condiviso.

La **Regione Abruzzo** ha investito molte risorse per le strutture residenziali e riabilitative psichiatriche, tale esclusivo investimento determina circuiti chiusi di residenzialità senza reintegro nel tessuto sociale di tali individui. Tale dato è stato rilevato dall'ISS in una analisi sistematica di tutte le SR italiane condotta nel 2000. La qualità e l'efficacia dei programmi riabilitativi messi in atto nelle diverse strutture risultano fortemente disomogenee nelle diverse aree territoriali. Nelle strutture residenziali psichiatriche gli interventi riabilitativi centrati sull'inserimento lavorativo sono erogati solo al 10 % degli utenti (e anche nei Centri Diurni e



nei Centri di Salute Mentale gli interventi di inserimento lavorativo rappresentano la minoranza rispetto ad altri interventi riabilitativi). Considerando che circa il 38% dei disabili iscritti nelle liste di collocamento provinciali sono disabili mentali e/o intellettivi, i DSM devono considerare tra gli obiettivi principali della riabilitazione psichiatrica la promozione di strategie volte all'inserimento lavorativo dei loro utenti. Pertanto risulta essenziale:

#### ***Promuovere la cultura dell'inserimento lavorativo***

E' essenziale in primo luogo promuovere iniziative mirate ad approfondire la conoscenza del territorio, e a far crescere fra gli operatori psichiatrici una cultura della riabilitazione rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare all'inserimento lavorativo, sia per gli utenti già occupati.

Tra le iniziative da mettere in atto vi sono:

- organizzare momenti teorici e pratici, di formazione degli operatori;
- effettuare un censimento del percorso formativo e lavorativo, pregresso ed attuale, degli utenti con gravi problemi psichici;
- effettuare un censimento di tutte le realtà di impresa sociale e formazione della zona, usufruibili nei percorsi di avviamento al lavoro per attivare;
  - strumenti quali tirocini e borse lavoro;
  - verificare l'ottemperanza alle norme vigenti in merito ai posti vacanti per collocamento disabili (Convenzioni ex-art.11, L. 68/99), da parte delle stesse Aziende Ospedaliere presso cui si opera, dei Comuni e delle ASL;
  - verificare l'applicazione delle Convenzioni di cui all'articolo 5 della Legge 381/91 ("Disciplina delle Cooperative Sociali"), da parte delle Aziende Ospedaliere, ASL e Comuni;
  - promuovere una rete per l'inserimento lavorativo costituita da:
    - Ufficio collocamento disabili della Provincia;
    - Commissioni per la valutazione delle capacità lavorative (ASL);
    - Centri per l'impiego della Provincia, Servizi per l'integrazione lavorativa (SIL);
    - Centri di formazione professionale (CFP);
    - Cooperative sociali di tipo B;
    - Aziende pubbliche e private socialmente sensibili/mature;
    - Organizzazioni sindacali;
    - Associazioni del volontariato e di familiari;
    - ASL;
    - Comune;

al fine di integrare e potenziare opportunità sociali volte all'integrazione lavorativa nei territori di appartenenza.

#### **5.2.10.10. Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce**

In base alle direttive dell'attuale Piano Sanitario Nazionale e in base al vecchio Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000, è necessario potenziare gli aspetti informativi sulla sofferenza psichica.

E' raccomandato che ogni dipartimento di salute mentale programmi almeno un progetto rivolto alla popolazione generale e alla popolazione giovanile finalizzato al miglioramento degli stili di vita, alla conoscenza semplice ma scientifica delle principali malattie mentali e delle più diffuse dipendenze in modo da favorire il ricorso tempestivo ai servizi di salute mentale e un contemporaneo processo di riduzione dei pregiudizi nella popolazione nei riguardi delle malattie psichiatriche.

#### *Gli interventi precoci*

Tenendo presenti le raccomandazioni del Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale, del Piano Sanitario Nazionale e delle le linee guida NICE (Nazional Institute Clinical Excellence) è crescente l'attenzione nei riguardi della precocità degli interventi. Si individuano le seguenti linee di azione:

- Progetti mirati all'individuazione precoce di sintomi precursori e prodromici di psicosi: ansia, depressione, disturbi cognitivi, deficit del rendimento scolastico e del funzionamento sociale.
- Prevenzione e trattamento degli esordi psicotici (first episode) e affettivi, attraverso appositi servizi o unità operative o strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale
- Progetto MIPRESP (già presentato in assessorato sanità Abruzzo).
- Presenza nella Regione almeno di un servizio /centro di riferimento regionale per la diagnosi e per l'intervento precoce dei disturbi che insorgono nella popolazione giovane adulta. Tale centro può essere identificato nel Servizio SMILE (Servizio per il Monitoraggio l'Intervento precoce e la Lotta agli esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani), inserito nell'UOC di Psichiatria a direzione Universitaria, della ASL dell'Aquila.
- Collegamento funzionale con i Servizi per l'infanzia e l'adolescenza (Neuropsichiatria infantile, Consultori, Pediatria) e medicina generale; interventi sui disturbi dello sviluppo, individuazione di casi nell'età 10-18 per opportuni interventi preventivi, stati mentali a rischio.
- Promozione della "cittadinanza competente" potenziando la consapevolezza delle famiglie e dei pazienti sui percorsi di cura e sulla condivisione dei trattamenti.

#### **5.2.10.11. Lotta allo stigma**

Per contrastare gli effetti negativi dello stigma e della discriminazione è necessario realizzare dei programmi di comunicazione, rivolti alla popolazione generale, con particolare riferimento al mondo giovanile per:

- aumentare le conoscenze e la comprensione sulla natura dei "disagi" e delle malattie mentali e sulle diverse possibilità di trattamento e di reintegrazione culturale e sociale;
- promuovere campagne di informazione e di orientamento dell'opinione pubblica volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone con "disagio" e verso quelle affette da disturbi mentali;
- promuovere azioni specifiche che prevengano e superino la discriminazione e il pregiudizio in specifici gruppi sociali;
- coinvolgere l'Università per un'attività costante di ricerca e formazione;
- riorganizzare i servizi territoriali perché siano in grado di prendere in carico la persona, di inserirla e seguirla nella comunità attraverso il suo coinvolgimento attivo e il sostegno alla propria famiglia.

#### **5.2.10.12. Commissione Regionale per la Salute Mentale**

Al fine di seguire il Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale 1998/2000, sulla base dei valori, dei principi e delle pratiche definiti nella "Dichiarazione sulla Salute Mentale per l'Europa" e nel Piano d'azione" sottoscritti da tutti i governi europei nella Conferenza promossa dall'OMS a Helsinki il 12-15 gennaio 2005, e per garantire il perseguimento degli obiettivi presenti dal presente piano viene istituita la **Commissione Regionale per la Salute Mentale**

Tale Commissione sarà presieduta congiuntamente dagli Assessori alla Sanità e alle Politiche Sociali e composta:

- dai Direttori di Dipartimento di Salute Mentale;
- dai rappresentanti delle Università Abruzzesi;
- dalle Associazioni di Utenti e Familiari;
- da un rappresentante tecnico dell'Assessorato alle Politiche Sociali;
- da rappresentanti della Direzione Sanità e deill'ASR-Abruzzo;
- da un rappresentante dell'ANCI.

Entro in primo semestre del 2008 la Commissione deve predisporre e proporre al Consiglio regionale il Progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale.

#### **5.2.10.13. Formazione**

Attualmente è carente la programmazione di una formazione-aggiornamento su tematiche essenziali per il miglioramento della qualità professionale degli operatori della salute mentale. Mentre le tematiche di tipo psicopatologico sospinte dalle case farmaceutiche sono ben rappresentate nei corsi di aggiornamento, normalmente assenti sono invece (e quindi vanno programmate), argomenti che riguardano:

- la qualità professionale;
- efficacia degli interventi di psicoterapia, psicosociali e farmacologici;
- lo sviluppo organizzativo.

Nel riordino del sistema di Formazione continua regionale (cfr. cap. 6.3.) e nei piani di formazione aziendali la formazione in ambito psichiatrico dovrà trovare un'adeguata rappresentazione, con il coinvolgimento attivo dell'università e delle società scientifiche.

La Regione si impegna a collaborare strettamente con le Università in relazione alla programmazione dei fabbisogni formativi delle figure professionali sanitarie nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, figure preparate secondo standard nazionali, ed a facilitare il loro inserimento nell'ambito delle strutture del DSM. Fra il personale a tempo pieno operante nelle residenze italiane nel resoconto Progress-Residenze solo l'1,6% era rappresentato da TRP contro un 9.7% di personale con diverse qualifiche ed un 9.6% di personale non qualificato (de Girolamo et al. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. Br J Psychiatry. 2002;181:220-5).

#### **5.2.10.14. Autovalutazione**

Attualmente i Dipartimenti e le Unità Operative non si sottopongono ad una utile auto valutazione nè ad una valutazione delle procedure e dei processi che caratterizzano le unità stesse da parte di visite ispettive volontarie tra pari.

- e' necessario avviare un **processo di accreditamento volontario tra pari**, così detto di eccellenza attraverso delle visite reciproche che permettano un confronto sulle pratiche al fine di un miglioramento delle stesse;
- diffondere la cultura dell'**auto valutazione dei servizi** con il coinvolgimento attivo dei pazienti. A questo proposito si reputa opportuno che tutti i Dipartimenti impieghino in modo routinario strumenti di auto valutazione utili per valutare le criticità e attivare processi di miglioramento continuo di qualità. (Vedi l'esperienza del SPUDC a direzione Universitaria -ASL L'Aquila- e i questionari utilizzati).

#### **5.2.10.15. Epidemiologia**

All'interno della funzione epidemiologica regionale, nell'arco del triennio, verrà sviluppata una sezione di epidemiologia psichiatrica.

Tra le prime azioni da sviluppare è quella di attivare un'**indagine conoscitiva** sull'attuale popolazione ricoverata presso le strutture residenziali valutando l'aspetto clinico, il funzionamento sociale e le prospettive di dimissione.

Parimenti dovrà essere curata la messa a regime di flussi ad hoc.

I Dipartimenti dovranno nominare un referente che si interfacci direttamente con il livello regionale.

### 5.3. MACROLIVELLO PREVENZIONE COLLETTIVA

Il PSN 2006-2008 e il PSR 1999-2001 hanno confermato i chiari segnali di impegno nel perseguimento di una politica per la salute che rivolge l'attenzione ai rapporti tra politiche europee e sistema della salute italiano e che si distacca profondamente dai precedenti approcci basati essenzialmente su di una semplice (e semplicistica) riorganizzazione dei servizi.

La nuova strategia per la salute che viene adottata implica radicali trasformazioni quali:

- un nuovo stile di assistenza sanitaria il cui impatto andrà valutato sulla base di effettivi miglioramenti del livello di salute e della qualità dei servizi prestati oltre che sulla loro efficienza economica;
- un ruolo più forte attribuito agli EELL nella promozione della salute attraverso i momenti della programmazione negoziata, verifica e controllo degli interventi che si concretizzano nei PAT e PDZ;
- la modificazione dei fattori sociali, economici e ambientali che conducono alla perdita della salute attraverso iniziative politiche intersettoriali nel campo della istruzione, occupazione, trasporti, ecc.;
- la presa di posizione nei confronti del problema delle disuguaglianze in salute e della esclusione sociale.

Un tale approccio si ispira al concetto della "Nuova Sanità Pubblica" che l'OMS già nel 1996 definiva come l'insieme degli "sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile".

Questa definizione riassume tutti gli elementi caratterizzanti del moderno concetto di Sanità pubblica. Questa "nuova sanità pubblica" è il risultato di una profonda revisione della propria missione e dei propri contenuti scientifici avvenuta in questi ultimi anni in tutta Europa: essa aspira ad un ruolo di co-decisione con altre amministrazioni sulle politiche che producono salute.

La nuova sanità pubblica sposta, cioè, il dibattito dal presupposto di tutelare/recuperare la salute agendo sulla malattia verso un nuovo modello indirizzato alla diretta creazione/produzione di salute.

Di qui la necessità di un cambiamento sia in termini di obiettivi sia del modus operandi degli operatori. Gli obiettivi di sanità pubblica vanno introdotti nelle più generali politiche economiche e sociali. Le misure, le politiche e l'economia della produzione di salute devono essere portate avanti da uno 'sforzo organizzato' della 'comunità/società' che inizia a livello locale per finire a livello globale.

E' necessaria una modifica organizzativa che preveda l'introduzione ed il potenziamento di un modo nuovo di gestire la sanità: "la mobilitazione e la gestione di tutte le risorse della società, non solo quelle specificatamente destinate alla sanità, per migliorare lo stato di salute della popolazione mediante qualsiasi mezzo si dimostri appropriato" (Hunter DJ - Berman PC: Public Health management. Time for a new start? Europ. J. Public Health 1997, 7, 345-9).

Per gli **operatori di sanità pubblica** si affaccia, dunque, la necessità di dedicarsi con maggiore impegno ad almeno quattro compiti, non nuovi, ma sicuramente da risvegliare:

- agire come 'testimoni d'accusa' in riferimento a tutti i processi che possono distruggere e/o disturbare la salute dei cittadini;
- diventare elementi di monitoraggio, sensibili e critici, sulla qualità della vita e dei fattori determinanti la salute dei cittadini;
- agire come agenti per la programmazione strategica di progetti innovativi di sviluppo umano.

Sotto questo profilo il termine **prevenzione** va dunque interpretato in stretta connessione con almeno altri due termini della definizione: *promozione della salute* ed *equità sociale*.

**PROMOZIONE DELLA SALUTE** - E' il processo che mette in grado gruppi e individui di aumentare il controllo sui fattori determinanti della salute e di migliorarla, contemplando il miglioramento sia degli stili di vita sia delle condizioni di vita rilevanti ai fini della salute. La promozione della salute non considera unicamente interventi e attività volti a rafforzare le conoscenze e le capacità individuali, bensì anche misure tese a modificare le condizioni

economiche e ambientali, in modo che incidano positivamente sulla salute dell'individuo e della popolazione.

Le strategie fondamentali per la promozione della salute, descritte nella Carta di Ottawa (OMS 1986) sono:

- **perorare la causa della salute, per creare le condizioni essenziali per la salute** (*advocacy*). Occorre diffondere la conoscenza di ciò che è necessario fare per migliorare la salute della popolazione e di come la gente e la società civile possa contribuire a tale fine. Componenti essenziali sono a) la ricerca per migliorare le prove di efficacia dei vari interventi non soltanto clinici ma anche di sanità pubblica e b) una robusta strategia di informazione, educazione e comunicazione sulla salute.
- **mettere in grado** (*enabling*) **e consentire a tutte le persone di sviluppare al massimo le loro potenzialità di salute** (*empowerment*). Vanno accresciute le potenzialità e le capacità esistenti (persone, specifiche competenze, reti di interessi e altre risorse), mentre sono necessarie nuove competenze nelle diverse branche della sanità, come la nuova 'scienza' della rilevazione dei bisogni di salute, la valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche, i 'communication skills', ecc.
- **mediare e unire tra i diversi interessi esistenti nella società** (*mediating*), **al fine di perseguire la salute** (*policy*). Il fine ultimo di ogni politica pubblica dovrebbe essere un maggiore benessere e quindi una migliore salute per la popolazione. Tale finalità non può essere perseguita con progetti occasionali e a breve termine.

Le strategie per la promozione della salute in un mondo globalizzato, descritte nella Carta di Bangkok (OMS 2005) sono:

- e) **sostenere la causa della salute** basandosi sui diritti umani e la solidarietà;
- f) **investire** in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili per indirizzare i determinanti della salute;
- g) **creare competenze** per lo sviluppo politico, la capacità di guida, la pratica della promozione della salute, la diffusione delle conoscenze, la ricerca e l'alfabetizzazione sanitaria;
- h) **regolare e legiferare** per assicurare un alto livello di protezione da ogni causa di danno alla salute e permettere uguali opportunità di salute e benessere per tutti;
- i) **associarsi e costruire alleanze** tra il settore pubblico, quello privato, le organizzazioni non governative e la società civile per creare azioni sostenibili. Va rafforzato il lavoro collaborativo all'interno delle istituzioni pubbliche a cominciare dalle strutture di governo, tra organismi addetti alla salute pubblica nazionali e regionali, e tra autorità sanitarie e enti locali. Ciò richiede un riconoscimento delle differenze culturali e di processo che esistono tra le varie organizzazioni allo scopo di ottenere una migliore comprensione reciproca.

**EQUITÀ SOCIALE** - non è solo un principio che, insieme al rispetto della dignità umana, alla tutela del soggetto debole e alla solidarietà costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario, ma anche un valido strumento di programmazione. Essa può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti. Essa rappresenta anche un criterio di efficienza allocativa: i gruppi sociali svantaggiati in quanto a salute rappresentano infatti 'sacche di prevenibilità' su cui è più efficiente agire, con gli strumenti opportuni ed efficaci, per guadagnare salute.

Un ultimo elemento da tenere in considerazione è quello di *sviluppo sostenibile*: la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, di efficacia e di efficienza produttiva ed allocativa. Sotto questo tema si può collocare la linea di riflessione sulla prevenzione efficace (*Evidence-based prevention*) e sulla applicazione dei **LEA** (**L**ivelli **E**ssenziali di **A**ssistenza) dell'assistenza sanitaria collettiva di cui è in corso la revisione.

### 5.3.1. La nuova Sanità Pubblica

Questo nuovo contesto culturale ed organizzativo impone quindi un profondo ripensamento sul significato e sulla pratica della sanità pubblica nel nostro Paese ed in particolare nella nostra Regione. In tale contesto il termine "prevenzione" può apparire in qualche modo riduttivo per una organizzazione (Dipartimento di Prevenzione) che ha il compito non soltanto di prevenire la malattia ma in primo luogo di promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere attraverso interventi che spesso trascendono i confini del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile.

I Dipartimenti di Prevenzione devono riuscire nel duplice, complicato intento di presidiare gli obiettivi di salute in un nuovo rapporto con altre istituzioni e altri settori e integrarsi maggiormente nell'organizzazione sanitaria aziendale per potenziarne l'efficacia complessiva.

Queste esigenze necessitano di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura stessa della Sanità Pubblica i cui elementi caratterizzanti, ben evidenziati nelle "Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali" (Conferenza Stato-Regioni del 25/07/2002) possono essere riconosciuti in:

#### a) **VALUTAZIONE DEI BISOGNI E IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO** (*RISK ASSESSMENT*)

Si tratta della cultura epidemiologica della quantificazione dei fenomeni di interesse sanitario, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di priorità di intervento.

L'epidemiologia assume, quindi, un valore strategico per le Aziende Sanitarie tale da suggerirne un rafforzamento e un allargamento per avviare un sistema di collaborazione operativa con le Direzioni strategiche aziendali e con la Regione per:

- descrivere la situazione epidemiologica regionale per quanto riguarda i parametri di salute più rilevanti;
- identificare scenari epidemiologici possibili in relazione alle diverse azioni previste e identificare e misurare gli indicatori necessari per monitorare gli effetti delle azioni intraprese".

Due appaiono dunque i terreni di intervento principali dell'**epidemiologia** per la Sanità Pubblica: quello **descrittivo** delle condizioni di salute della popolazione e quello **valutativo** della efficacia degli interventi sanitari e sociali.

La *descrizione* delle condizioni di salute della popolazione è finalizzata alla rilevazione dei fenomeni salienti che devono condizionare le scelte di programmazione socio-sanitaria ai fini della individuazione degli obiettivi e degli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sui quali si fondano i PAT e i PDZ.

In questo ambito sono attualmente disponibili, o comunque reperibili, informazioni derivanti da flussi o elaborazioni correnti che tradizionalmente pervengono al SSN (es.: quadro demografico, natalità, mortalità, malattie infettive, zoonosi...) o facilmente reperibili da parte delle strutture sanitarie (es.: infortuni sul lavoro e malattie professionali) o prodotte dalle strutture stesse (es.: dimissioni ospedaliere, riconoscimenti di invalidità civile), il cui livello di completezza e di elaborazione rappresenta tuttavia una notevole criticità nelle differenti Aziende sanitarie.

Per altre informazioni su temi rilevanti, fatti oggetto di intervento da parte del Piano Regionale della Prevenzione (stili di vita, incidenti stradali e domestici...), sono in corso studi e progetti ad hoc.

Risulta evidente la necessità di riprogettare, in tempi brevi, flussi informativi necessari all'esercizio della prevenzione. Essi dovranno essere comuni a tutte le Aziende sanitarie e monitorati in modo omogeneo, con il minor dispendio possibile di energie.

L'*epidemiologia valutativa* dovrà trovare applicazione crescente nel prossimo futuro, sia per la valutazione di interventi programmati (piani mirati, screening, educazione alla salute) e, più in generale, per la valutazione di efficacia delle tecnologie di prevenzione, sia per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi dei Piani per la Salute.

#### b) **SANITÀ PUBBLICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA** (*Evidence-based public health*):

Questa nuova cultura ha già portato alla stesura di un documento nazionale per l'abrogazione delle pratiche obsolete. Anche nella nostra Regione è in corso a livello tecnico un percorso di revisione delle normative vigenti a seguito del quale vanno ridefinite le competenze

delle strutture del Dipartimento di Prevenzione di ciascuna AUSL. L'entrata in vigore di specifiche norme di abrogazione di pratiche obsolete consentirà a ciascuna AUSL il recupero di risorse (umane, strumentali, finanziarie ...) da riqualificare per il raggiungimento di obiettivi generali di prevenzione collettiva, oggi sicuramente da rafforzare, con riguardo agli obiettivi strategici di sanità pubblica. Al riguardo, nella nostra Regione è stato già licenziato l'art. 210 della LR n. 6/2005 e ss.mm. ed integrazioni che ha abrogato il libretto di idoneità sanitaria ed introdotto l'obbligo per gli utenti di frequentare specifici corsi di formazione ed aggiornamento in materia di igiene della persona.

**c) ANALISI SISTEMICA**

E' la necessità di organizzare gli sforzi della società da parte dei professionisti della prevenzione con un approccio (analisi organizzativa, analisi per processi e re-ingegnerizzazione ecc.).

Tale capacità va sviluppata nei diversi ambiti di lavoro: in ambito di servizio tali strumenti consentono di riprogettare i servizi il che, alla luce della *Evidence-based public health*, si tradurrà in miglioramenti dell'efficacia e dell'efficienza produttiva.

In ambito di comunità, invece, l'approccio sistemico dovrebbe condurre ad una integrazione del DP con gli altri livelli di assistenza e favorire il coinvolgimento degli altri soggetti della sussidiarietà orizzontale (volontariato, terzo settore, organizzazioni cittadini e utenti, mondo della formazione, settori produttivi, istituzioni locali), aumentando le probabilità di successo.

**d) COMUNICAZIONE**

E' oggi una funzione critica per i DP: deve contribuire alle analisi della percezione del rischio e quindi alla gestione dei rapporti con il pubblico in situazioni di rischio per la salute, al fine di produrre una corretta informazione attraverso i canali di maggiore diffusione. Una efficace comunicazione con i cittadini deve essere di supporto agli interventi di promozione della salute aiutando ad indurre i cambiamenti auspicati. Deve rappresentare lo strumento per la condivisione dei criteri di priorità degli interventi, a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), indispensabile per rapporti improntati alla trasparenza, ma anche per incrementare la possibilità di perseguimento degli obiettivi individuati. In quest'ottica la comunicazione assolve alle importanti funzioni di *marketing* sociale e di sviluppo del senso di affiliazione nel cittadino, contribuendo ad aumentare la credibilità del DP.

**e) ASSICURAZIONE DI QUALITÀ (*quality assurance*)**

Da un lato deve promuovere la valutazione critica e continua dei processi e degli esiti dei progetti e in generale del lavoro dei servizi, dall'altro, deve predisporre culturalmente i professionisti alla verifica continua della coerenza e appropriatezza delle loro attività e degli interventi effettuati, rispetto agli obiettivi di prevenzione identificati. Il tutto al fine di innescare, insieme ad un atteggiamento critico e costruttivo, meccanismi di revisione e miglioramento continuo della qualità professionale, della qualità tecnologica e della qualità relazionale.

### **5.3.2. I problemi della prevenzione**

Il contesto e lo stato attuale delle attività di prevenzione primaria presentano numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi, emersi anche dall'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte dei Dipartimenti di Prevenzione, promossa nel 2006 dall'ASR Abruzzo, che evidenzia un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi, essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità animale) e di contabilità.

In sintesi, le criticità emerse sono:

- le risorse: la L.R. 37/99: Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ha stabilito per i Dipartimenti di Prevenzione un appannaggio del 6,50% delle risorse finanziarie del FSR, vincolato all'espletamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi che lo compongono ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.502/92 e s.mi. La situazione al 2006 ha registrato una spesa notevolmente inferiore rispetto a quella prevista dal Piano, nonostante le reiterate affermazioni di principio e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure. Paradigmatici di tale situazione sono i dati relativi alla dotazione organica di personale per la prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, a fronte del potenziale bacino di bisogni di tutela di salute del territorio abruzzese. E'

evidente come tale carenza di investimento abbia contribuito alla limitazione dello sviluppo dei Dipartimenti di Prevenzione, con una implosione delle iniziative e delle potenzialità di prevenzione;

- le diseguaglianze: in ambito regionale esistono importanti differenze sia dal punto di vista dei problemi di salute, sia dal punto di vista dello stato organizzativo dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione;
- la frammentazione: nonostante l'esistenza del "Dipartimento di Prevenzione", le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i Servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione;
- lo stile di lavoro: il Dipartimento di Prevenzione, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata. Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità organizzative.

Nel corso degli ultimi anni, in attuazione del "Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2005-07" si è assistito ad uno sforzo da parte di molti operatori e Servizi che hanno prodotto alcuni avanzamenti (miglioramento dell'organizzazione e programmazione, realizzazione di alcuni progetti di lavoro coordinato, iniziale sviluppo di reti collaborative, ecc.). Tuttavia, l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, influenzano scarsamente il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente;

- la comunicazione del rischio: si evidenzia una inadeguata capacità di gestione della comunicazione del rischio, in assenza di una precedente cultura consolidata in tal senso nei Dipartimenti di Prevenzione. Infatti, sono state completamente trascurate le valutazioni costo-efficacia, le analisi del rischio, le possibilità di applicazione del principio di precauzione e le dimostrazioni di efficacia degli interventi preventivi (ad esempio, alcuni interventi di educazione sanitaria sembrano non incidere se non superficialmente sui comportamenti a rischio).

Queste scelte hanno obbligato i Dipartimenti di Prevenzione a ridurre la loro capacità effettiva di intervento e di proposizione. Ne hanno sofferto soprattutto alcune funzioni (epidemiologica, di promozione e educazione alla salute e di prevenzione nutrizionale).



Il quadro fin qui descritto viene sintetizzato nella Tabella 44:

**Tabella 44 - Indagine conoscitiva dei dipartimenti di prevenzione**

<b>INDAGINE CONOSCITIVA DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE</b>
<b>Profilassi delle malattie infettive e diffuse</b>
<b>Situazione: a)</b> per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate vengono rispettati gli obiettivi dell'OMS; nell'ambito del PNEMeRC i Servizi sono impegnati nel raggiungimento degli obiettivi fissati <b>b)</b> vengono effettuate le indagini epidemiologiche per malattie infettive e quasi ovunque sono stati predisposti programmi per eventi di origine infettiva
<b>Tutela della collettività dai rischi connessi all'inquinamento ambientale</b>
<b>Situazione: a)</b> buon controllo delle acque destinate al consumo umano; <b>b)</b> non completo controllo su: smaltimento rifiuti solidi urbani; detenzione e smaltimento rifiuti speciali, tossici e nocivi; acque di balneazione; scarichi civili, produttivi e sanitari; inquinamento atmosferico e acustico; radiazioni ionizzanti
<b>Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi agli ambienti di vita e di lavoro</b>
<b>Situazione: a)</b> Carenza di interventi continui e coordinati in materia di: informazione, educazione e promozione della salute - collaborazione ad attività di prevenzione secondaria - rilevazione epidemiologica dei rischi e dei danni negli ambienti di vita; <b>b)</b> assenza in tutto il territorio regionale di una attività di base continuativa per la conoscenza dinamica del territorio e dei rischi da lavoro; <b>c)</b> assenza, in materia di lavoro, in quasi tutto il territorio regionale di attività programmate di tipo valutativo e di promozione delle fasi valutative; <b>d)</b> carenza e disomogeneità di una attività di vigilanza e controllo programmata negli ambienti di lavoro; <b>e)</b> insufficiente risposta qualitativa in più della metà del territorio regionale alla richiesta di valutazione delle condizioni di salute dei lavoratori; <b>f)</b> carenza delle attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita e di lavoro; <b>g)</b> compiuto espletamento delle attività di certificazione sanitarie e dei compiti di polizia mortuaria
<b>Sanità pubblica veterinaria</b>
<b>Situazione: a)</b> favorevole nel controllo ed eradicazione delle malattie di interesse antropozoonosico; <b>b)</b> favorevole nel controllo (è attiva su tutto il territorio l'anagrafe canina e delle colonie feline) ma non nel contenimento della popolazione canina randagia e degli animali inselvatichiti; <b>c)</b> vengono svolte attività di igiene urbana ma non sono attivi sistemi di sorveglianza strutturati; <b>d)</b> disomogeneità e difficile interpretazione dei dati forniti in merito al controllo dell'utilizzo dei farmaci veterinari; <b>e)</b> insufficiente attuazione dei programmi di classificazione delle acque da pesca e allevamento molluschi bivalvi (530/92) e dell'anagrafe dinamica del patrimonio zootecnico (317/96); <b>f)</b> favorevole nel controllo sui prodotti lattiero caseari e quella sul commercio al minuto
<b>Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale e vegetale</b>
<b>Situazione: a)</b> l'attività di controllo della filiera produzione - somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati, anche se è attuata su tutto il territorio, risulta non esaustiva in quanto viene rilevata un'assenza di criteri condivisi e, quindi, sussiste difformità di svolgimento; <b>b)</b> favorevole l'attività di controllo della filiera produzione - somministrazione degli alimenti di origine vegetale; <b>c)</b> favorevole nel controllo di alimenti e bevande; <b>d)</b> carenza della sorveglianza nutrizionale
<b>CRITICITA' EMERSE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ disomogeneità dell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni;</li> <li>▪ il sistema informativo;</li> <li>▪ la funzione di vigilanza e controllo;</li> <li>▪ la funzione di sorveglianza nutrizionale;</li> <li>▪ l'integrazione dei servizi;</li> <li>▪ la funzione epidemiologica;</li> <li>▪ la funzione di informazione e di comunicazione</li> </ul>

### **5.3.3. Una rete di servizi di prevenzione per l'identificazione e il controllo dei rischi e la promozione della salute**

Per cercare di portare a soluzione le criticità evidenziate e ridare vigore ad una politica di prevenzione è evidente che il passo fondamentale è quello di riorientare il Sistema Sanitario Regionale verso una politica di promozione della salute, improntandolo sulla conoscenza epidemiologica delle problematiche: queste si dovranno considerare quale base di programmi a breve/medio/lungo periodo, da articolarsi secondo priorità determinate dalle valutazioni del rischio emerso, oltre che raffrontate con le disponibilità economiche.

#### **5.3.4. Il Dipartimento di Prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura complessa dotata di autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato per centri di costo e di responsabilità ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive integrazioni e modifiche.

Pur articolandosi in Servizi, il Dipartimento di Prevenzione realizza una integrazione delle attività degli stessi secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni, della unireferenzialità per l'utenza.

Il Dipartimento, in particolare per le attività rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce ...), trova collocazione funzionale delle proprie articolazioni organizzative periferiche presso le Aree Distrettuali dove svolge le attività su richiesta.

La **missione** dei Dipartimenti di Prevenzione, mediante iniziative coordinate con i Distretti e con i Dipartimenti della Azienda e prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline, è quella di promuovere azioni rivolte alla individuazione ed alla rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, di agire per garantire la tutela dello stato di benessere e della salute collettiva e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione perseguendo le strategie di:

- conoscenza epidemiologica dei bisogni della popolazione;
- conoscenza epidemiologica della salute delle popolazioni animali;
- promozione della salute attraverso processi di educazione, informazione e formazione;
- prevenzione degli stati morbosi;
- miglioramento della qualità della vita e degli stili di vita attraverso la conoscenza, il controllo e la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza, la definizione degli obiettivi, l'integrazione funzionale tra le diverse strutture operative del Dipartimento, la programmazione delle azioni, il continuo monitoraggio dei processi e la valutazione dei risultati.

In particolare, le **funzioni** del Dipartimento di Prevenzione sono:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- Sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; riproduzione animale e genetica; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine vegetale;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Tutela della salute nelle attività sportive.

Per il potenziamento e lo sviluppo delle attività di prevenzione, assumono un significato centrale le attività di vigilanza. La stessa, se opportunamente orientata ed ispirata ai principi della correttezza e della continuità, è uno degli elementi indispensabili alla efficacia della prevenzione primaria. L'organizzazione dell'attività di vigilanza deve essere rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi, sulla cui base programmare e valutare le azioni intraprese. Occorre, inoltre, ridefinire ambiti e priorità, in modo da conseguire equilibrio e integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte ugualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione.

Alcune criticità presenti nell'attuale svolgimento delle funzioni di vigilanza possono essere così affrontate:

- le nuove funzioni di vigilanza: l'applicazione di nuove norme e regolamenti comunitari richiede l'adozione di modalità di vigilanza e il possesso di competenze ancora non sufficientemente consolidate nella rete dei Servizi di prevenzione. Il rafforzamento e l'adeguamento di tali capacità devono avvenire sulla base di precise indicazioni di priorità (ispirate all'impatto sulla salute dei vari possibili interventi), e della chiara distinzione tra i ruoli e le responsabilità di controllo ufficiale e di autocontrollo;
- la definizione di un nuovo modello organizzativo che preveda criteri uniformi di programmazione e gestione, nonché la definizione dei compiti e degli ambiti di intervento delle attività di vigilanza.

Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi che lo compongono, la funzione di vigilanza, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, va considerata come strumento specialistico nell'ambito di ciascun Servizio dipartimentale, a fianco della informazione, formazione e assistenza e di tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa; pertanto non si prevede la separazione delle funzioni di vigilanza da quelle complessive dei singoli Servizi. Nell'ambito dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione, si individuano referenti con funzioni di coordinamento.

In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il Dipartimento garantisce le suddette funzioni anche a supporto dell'autorità sanitaria locale.

Alla luce di quanto finora evidenziato, occorre, quindi, *attivare* un percorso di qualificazione dei Dipartimenti di Prevenzione mirato a:

- a) adeguamento strutturale dei Dipartimenti di Prevenzione al nuovo assetto istituzionale della sanità abruzzese, con i vincoli di cui al D.Lgs.229/99 ed alle recenti raccomandazioni delle linee guida nazionali sui Dipartimenti di Prevenzione;
- b) potenziamento della Promozione della salute quale mission dell'area della prevenzione;
- c) rivisitazione delle procedure e degli adempimenti attuali, al fine di identificare quelli di dubbia o nulla utilità preventiva (Appropriatezza, Evidence Based Preventive Health);
- d) implementazione di metodologie di valutazione e di comunicazione del rischio e loro conseguente applicazione nei rapporti con l'utenza e gli enti di maggior efficacia;
- e) definizione del modello organizzativo, tenendo presente la necessità del rispetto della singola professionalità nell'ottica del team multidisciplinare;
- f) definizione della dotazione di risorse umane per ogni struttura semplice e/o complessa;
- g) suddivisione del lavoro, come previsto dal comma 2, art. 7 quater del D.Lgs.229/99 per aree dipartimentali e strutture organizzative nell'ambito delle suddivisioni territoriali.

### **5.3.5. Articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle seguenti Strutture complesse Aziendali:

- Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica;
- Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione;
- Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro;
- Servizio di Sanità Animale;
- Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto, deposito, somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le funzioni sanitarie, tecniche e amministrative dei Servizi sono svolte dal personale in dotazione agli stessi.

E' inoltre prevista un'**area amministrativa di supporto** cui è preposto un responsabile amministrativo, le cui attività a supporto del Direttore del Dipartimento sono le seguenti:

- Collaborazione nella gestione del budget assegnato al Dipartimento;
- Collaborazione nel controllo di gestione;
- Collaborazione nella formazione e aggiornamento del personale;
- Collaborazione nella raccolta informazioni sanitarie;

- collaborazione nella gestione dei flussi sanitari;
- predisposizione di atti amministrativi;
- coordinamento delle attività amministrative tra i Servizi

I Servizi operano quali centro di costo e di responsabilità. Sono dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi del Servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite e si integrano e coordinano tra loro, nell'ambito della programmazione degli interventi e delle risorse.

L'attività del Dipartimento di Prevenzione trova concreta realizzazione nel territorio per cui i Servizi del Dipartimento possono essere articolati in Strutture operative territoriali oltre che in Strutture dedicate a specifiche, rilevanti funzioni.

Le attività territoriali di alcuni Servizi del Dipartimento vengono svolte in ciascuna area distrettuale dalle Unità Operative Territoriali aventi precisi ambiti di autonomia tecnico-decisionale.

### ***Assetto Organizzativo dei Servizi***

L'assetto dei Dipartimenti di Prevenzione, sulla base delle indicazioni della L.R. n. 37/99, delle Linee Guida Atti Aziendali n. 1115 del 09/10/2006 e ss.mm. viene definito sulla base di:

- articolazione funzionale,
- articolazione organizzativa:
  - modalità di strutturazione (governo - regolazione e controllo),
  - modalità di integrazione interfunzionale.

**Articolazione funzionale** - Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nei seguenti Servizi Aziendali:

#### ***1) Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica***

Il Servizio si articola nelle seguenti aree funzionali di attività in relazione alle peculiarità territoriali e all'organizzazione Aziendale:

- Epidemiologia e sistemi di sorveglianza;
- Prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffuse;
- Tutela della salute e sicurezza degli ambienti aperti;
- Tutela della salute e sicurezza degli ambienti confinati;
- Prevenzione delle malattie cronico degenerative;
- Comunicazione e promozione della salute

Le attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica sono riportate in esteso in **Allegato 4**

#### ***2) Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro***

Il Servizio si articola nelle seguenti aree funzionali di attività in relazione alle peculiarità territoriali e all'organizzazione Aziendale:

- epidemiologia occupazionale e comunicazione e promozione della sicurezza
- igiene e medicina del lavoro
- sicurezza degli ambienti di lavoro
- verifiche tecnico-impianistiche

Le attività del Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro sono riportate in esteso in Allegato 4.

#### ***3) Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione***

Il Servizio si articola nelle seguenti aree funzionali di attività in relazione alle peculiarità territoriali e all'organizzazione Aziendale:

- igiene degli alimenti e delle bevande
- igiene della nutrizione
- acque a destinazione umana

Le attività del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione sono riportate in esteso in Allegato 4.

#### **4) Servizio di Sanità Animale**

Il Servizio si articola nelle seguenti aree funzionali di attività in relazione alle peculiarità territoriali e all'organizzazione Aziendale:

- Sanità animale e profilassi delle malattie infettive ed infestive;
- Sorveglianza epidemiologica;
- Anagrafe zootecnica e movimentazione animale;
- Prevenzione e controllo del randagismo;

Le attività del Servizio di Sanità Animale sono riportate in esteso in Allegato 4.

#### **5) Servizio dell'Igiene della produzione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati**

Il Servizio si articola nelle seguenti aree funzionali di attività in relazione alle peculiarità territoriali e all'organizzazione Aziendale:

- Igiene delle carni e loro derivati
- Igiene dei prodotti della pesca e loro derivati
- Igiene del latte, miele, uova e loro derivati
- Sorveglianza e vigilanza per la sicurezza alimentare e per la tutela della salute dei consumatori

Le attività del Servizio dell'Igiene della produzione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati sono riportate in esteso in Allegato 4.

#### **6) Servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**

Il Servizio si articola nelle seguenti aree funzionali di attività in relazione alle peculiarità territoriali e all'organizzazione Aziendale:

- Igiene degli allevamenti e della fauna selvatica, controllo dell'alimentazione, della riproduzione animale, dell'uso del farmaco e dello smaltimento dei rifiuti di origine animale e derivati;
- Igiene delle produzioni zootecniche, prevenzione delle contaminazioni chimiche, fisiche e biologiche nella fase di produzione primaria e nella vendita diretta degli alimenti di origine animale;
- Vigilanza e controllo sul benessere e sperimentazione animale.

Le attività del Servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche sono riportate in esteso in Allegato 4.

Il Servizio di Medicina delle Comunità (istituito ai sensi della L.R. 37/99) non viene riconfermato nell'attuale PSR. Pertanto, le funzioni precedentemente attribuite al predetto Servizio, vengono così riorganizzate:

a) La promozione della salute, l'educazione alla salute, gli screening oncologici e non, restano assegnati, con il relativo personale dedicato, al Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica.

b) Le U.U.O.O. Consultoriali, conformemente al D.Lgs 502/92, al D.Lgs 229/99 e s. m. e i.. trovano allocazione nell'Area Distrettuale.

#### **7) Tutela della Salute nelle attività sportive**

In Abruzzo, grazie all'impulso della Scuola di Specializzazione in Medicina della Sport della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Chieti-Pescara (tra le prime scuole create in Italia) e successivamente quella dell'Università de L'Aquila, si è sviluppata una tradizione culturale e professionale di cui godono moltissimi servizi pubblici e privati di medicina dello sport dell'intero Paese

La Medicina dello sport riveste una grande rilevanza non solo per soddisfare le esigenze di legge degli atleti e le indicazioni degli organismi nazionali ( Ministero della salute , Ministero dello Sport , CONI , etc.), ma più in generale, nella pratica sportiva non agonistica, per la promozione della salute e l'adozione di stili di vita salutari.

Le attività della Medicina dello Sport sono riportate in Allegato 4, e vengono sviluppate attraverso le seguenti funzioni:

- Certificazione idoneità
- Monitoraggio informatico delle certificazioni
- Controllo di qualità e sorveglianza sulle certificazioni e strutture accreditate o autorizzate
- Sorveglianza igienico-sanitaria degli impianti sportivi
- Prescrizione dell'attività motoria (sport-terapia) in relazione all'adozione di corretti stili di vita
- Promozione all'attività motoria nella popolazione in generale
- Promozione all'attività motoria in particolare nell'età evolutiva , nei disabili ed anziani
- Prevenzione e lotta al doping

Per la medicina dello sport si prevede, in ciascuna delle 4 ASL, l'istituzione del Servizio di "Tutela della Salute nelle attività sportive", struttura semplice o complessa (in rapporto al volume delle attività svolte, alla complessità organizzativa e al bacini di utenza) a valenza dipartimentale.

### **5.3.6. Strutturazione e modalità di funzionamento**

#### **A) Modalità di strutturazione (governo - regolazione e controllo)**

Gli organismi di direzione del Dipartimento di Prevenzione sono:

- 1) il Direttore di Dipartimento
- 2) il Comitato di Dipartimento

1) il **Direttore del Dipartimento** è il Direttore di uno dei Servizi del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale su una terna proposta dal Comitato di Dipartimento. Le modalità per l'individuazione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, devono tener conto di quanto stabilito dall'art. 7 quater, comma 1 del D.Lvo 502/92 e s.m.i..

Ha i seguenti compiti:

- predisporre annualmente, di concerto con il Comitato di Dipartimento, il Piano delle attività, della formazione e dell'utilizzazione delle risorse disponibili. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e verifica sono assicurate dalla partecipazione attiva degli altri Dirigenti e degli operatori assegnati al Dipartimento;
- presiedere il Comitato di Dipartimento;
- dirigere il Dipartimento in conformità alle direttive ed ai programmi della Direzione Aziendale ed in accordo alle proposte del Comitato di Dipartimento;
- redigere regolarmente, con cadenza annuale, ovvero su richiesta del Direttore Generale, una relazione nella quale sintetizza il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali;
- assicurare un rapporto costante, diretto e personale, con i Responsabili delle Strutture Aziendali e con gli altri Direttori di Dipartimento;
- promuovere le verifiche periodiche sulla qualità secondo gli standard stabiliti.

Inoltre, sono attività di esclusiva competenza del Direttore del Dipartimento:

- coordinare la gestione delle risorse comuni, umane e strumentali, in modo da assicurare il funzionamento del Dipartimento secondo criteri di efficacia e di efficienza;
- negoziare con la Direzione i contenuti del budget;
- assegnare alle varie Unità operative le risorse tecnologiche, umane, economico-finanziarie, sulla base dei criteri definiti dal budget negoziato e sulla base degli indirizzi stabiliti dal Comitato di Dipartimento;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi di budget ed intervenire laddove il raggiungimento degli stessi sia ostacolato da comportamenti difforni da quelli definiti;
- proporre al Direttore Generale la modifica degli obiettivi che risultano essere irraggiungibili per motivi non imputabili alla struttura dipartimentale.

2) Il Comitato di Dipartimento è costituito da:

- i direttori delle strutture complesse;

- i dirigenti responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale (se previste);
- i rappresentanti, quali membri eletti, della dirigenza medica e medico-veterinaria non apicale, in numero pari ad 1/3 del numero delle strutture complesse arrotondato all'unità superiore, avendo cura di assicurare la presenza di almeno un rappresentante;
- un rappresentante della Dirigenza Sanitaria non medica ed uno della Dirigenza PTA quale membri eletti (se presenti nell'organico);
- due rappresentanti eletti tra il personale del comparto, appartenenti alle UUOO afferenti al Dipartimento.

Il responsabile della gestione amministrativa del Dipartimento dovrà partecipare alle riunioni del Comitato, come supporto amministrativo.

Le funzioni del Comitato del Dipartimento, nel rispetto del budget assegnato, sono le seguenti:

- concordare con il Direttore di Dipartimento il Piano Annuale delle attività tenendo conto degli obiettivi delle singole strutture operative e degli indirizzi strategici dell'Azienda;
- proporre la gestione delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale;
- fornire indicazioni per la gestione del budget assegnato al Dipartimento;
- stabilire i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza data;
- proporre i piani di aggiornamento del personale e dell'attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
- proporre, nell'ambito del budget assegnato i fabbisogni di risorse sia per il personale sia per la dotazione strumentale, valutandone le priorità ed il rapporto costi-benefici;
- proporre l'istituzione di gruppi operativi interdisciplinari;
- valutare proposte e problemi che gli sono sottoposti da appartenenti al Dipartimento in relazione a problemi od eventi di particolare rilievo.

## **B) Modalità di integrazione interfunzionale**

L'assetto finora delineato, desunto dai disposti legislativi in materia e dalle indicazioni delle società scientifiche e professionali interessate, comporta un elevato rischio di settorialità degli interventi, di duplicazione delle prestazioni e, conseguentemente, di dispendio di risorse per il Dipartimento di Prevenzione e per l'Azienda ASL in generale.

Occorre quindi prevedere un insieme di azioni mirate a favorire l'integrazione funzionale dei diversi settori, mirate a garantire agli utenti interventi coordinati e integrati.

### 1. Integrazione intra-servizi e intra-aree.

I Direttori di Servizio sono tenuti alla identificazione delle aree di sovrapposizione dei diversi settori dei rispettivi servizi e a costituire dei gruppi di lavoro permanenti o temporanei per la messa a punto di protocolli di intervento integrati.

Il Direttore del Servizio è tenuto alla valutazione della corretta applicazione dei protocolli individuati.

### 2. Integrazione interservizi

Tramite gruppi di lavoro permanenti o temporanei, istituiti dal Direttore del Dipartimento, dovranno essere messe a punto le procedure di intervento almeno su:

- a) indagini epidemiologiche in caso di intossicazioni, tossinfezioni alimentari;
- b) vigilanza e controllo della filiera produzione – commercializzazione - somministrazione nei luoghi ove si riscontrano contemporaneamente la presenza di alimenti di origine animale e vegetale;
- c) vigilanza e controllo dell'ambiente e delle strutture di allevamento;
- d) rilascio di pareri igienico-sanitari per i quali è previsto il coinvolgimento di diversi servizi.

I Direttori dei Servizi interessati sono tenuti alla valutazione della corretta applicazione dei protocolli individuati. Il Direttore del Dipartimento è tenuto alla verifica delle valutazioni effettuate dai Direttori di Servizio.

### 3. Integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e altri Servizi di AUSL

Nell'ambito del processo di cambiamento del rapporto con i cittadini si sta verificando il passaggio da una prevenzione "somministrata" alle persone (campagne di vaccinazione, interventi di vigilanza ecc.) ad una prevenzione condivisa con la comunità e da essa

partecipata; ciò nel contesto di una programmazione elaborata localmente, espressione di una strategia mirante a promuovere la salute.

Gli obiettivi di salute, come già esposto in precedenza, andranno pertanto perseguiti con programmi di attività che realizzino il più possibile i principi richiamati dalle "Linee guida per la prevenzione sanitaria e l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione" adottate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 luglio 2002, cercando cioè di coniugare la prevenzione con la promozione della salute e con l'equità sociale, intesa come "uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti". In questo ampliamento di prospettiva i Dipartimenti di Prevenzione riconoscono nei **Distretti** il luogo dell'integrazione e della condivisione dei programmi, proprio in quanto il Distretto - espressione dell'assistenza sanitaria primaria - costituisce lo snodo dell'integrazione sociosanitaria e diventerà sempre più il punto di riferimento per il cittadino. Ad esempio, l'organizzazione delle campagne di screening dovrà essere definita e valutata insieme al Distretto nel suo impatto sulla popolazione di riferimento, con l'obiettivo di garantire l'accesso ai servizi di diagnosi precoce a tutti i soggetti delle fasce di età a rischio.

Il ruolo del Dipartimento è di coordinamento e di direzione delle strategie di prevenzione collettiva ed in questo senso vanno riposizionate le iniziative di prevenzione e di promozione della salute. Queste ultime non possono prescindere dai bisogni di salute (espressi e non), analizzati e rappresentati in ambito distrettuale, cui anche i Dipartimenti di Prevenzione, con le conoscenze e competenze epidemiologiche che sono loro proprie, devono partecipare. Questo anche in relazione alle problematiche di carattere ambientale ed al loro impatto sulla salute, in collaborazione con ARTA e Comuni.

Quanto detto è in linea con le strategie in materia di sanità pubblica dell'U.E. (Programma di Azione Comunitario 2003-2008) e nazionali (Linee guida per la prevenzione, già citate, e Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007).

E' quindi evidente come l'obiettivo da perseguire non può essere il trasferimento di competenze o di risorse verso il Distretto, bensì il riconoscimento di quest'ultimo quale luogo elettivo del processo decisionale; sarà così l'UCAD la sede del confronto e dell'elaborazione condivisa di programmi locali, senza alcun conflitto circa la titolarità tecnica delle materie, e la redazione dei PAT e PDZ sarà l'occasione concreta per pianificare gli interventi integrati tra i diversi attori del sistema sanitario e sociale.

Nel confronto con il Distretto saranno da promuovere la revisione ed il miglioramento degli assetti organizzativi del sistema di erogazione delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione, con particolare riferimento a quelle alla persona, in quanto va perseguita la massima distrettualizzazione possibile - compatibilmente con la necessità di un utilizzo efficiente delle risorse - per portare la sede di erogazione della risposta vicino al cittadino (nel suo "punto di riferimento per la salute"), e rendere facilmente ed ugualmente accessibili per tutti, le prestazioni che sono garantite nell'ambito dello specifico livello di assistenza.

In ogni caso, il Direttore del Dipartimento e i Direttori dei Servizi del Dipartimento devono collegarsi con il Direttore di Distretto, limitatamente agli aspetti di carattere organizzativo, fermo restando la loro autonomia per gli aspetti inerenti alla responsabilità tecnico-professionale e alla gestione delle risorse umane assegnate al Dipartimento.

Il Direttore Sanitario dell'Azienda USL, su proposta dei Direttori di Dipartimento e dei Distretti, definirà, entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente Piano, apposito protocollo che preveda:

- utilizzo comune di risorse strutturali, strumentali e di personale;
- procedure di rapporto con l'utenza al fine di giungere - almeno per le informazioni di carattere generale ed altre prestazioni finalizzate alla semplificazione dell'accesso degli utenti -, ad uno **sportello territoriale unico**;
- integrazione degli operatori delle due macrostrutture (Distretto e Dipartimento di prevenzione) nei programmi coordinati di promozione della salute, di informazione ed educazione sanitaria;
- collaborazione con gli operatori della medicina di base (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta).

#### 4. Integrazione tra Dipartimento di Prevenzione ed Enti Regionali

Il coordinamento tra i Dipartimenti di Prevenzione e l'ARTA sono disciplinati dalla L.R. 64 del 1998 (Istituzione della Agenzia Regionale per la Tutela Ambientale - ARTA).



I Dipartimenti di Prevenzione assicurano, mediante accordi con l'ARTA, il coordinamento e l'integrazione delle proprie attività. In particolare dovranno provvedere a integrare le attività nelle materie di comune interesse:

- allestimento di archivi e banche dati comuni;
- elaborazione e realizzazione di programmi di vigilanza e controllo integrati;
- collaborazione in ambito tecnico-scientifico e operativo al fine di garantire identiche procedure autorizzative in ambito regionale;
- svolgimento delle funzioni relative alla stima e alla prevenzione dei rischi fisici, chimici e biologici e degli inquinanti ambientali

Inoltre, i Servizi Veterinari del Dipartimento devono trovare il supporto tecnico-scientifico e di laboratorio nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. A tal fine, l'attività annuale delle ASL deve essere preventivamente programmata su specifici piani predisposti.

### **C) Le attività di medicina legale**

Fra le competenze dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione non rientrano le funzioni di Medicina Legale.

#### **5.3.7. Obiettivi per sviluppare una politica di promozione della salute**

La programmazione regionale è coerente con le direttive del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie che ha fornito indicazioni alle Regioni per la elaborazione del *Piano Regionale della Prevenzione*. Tale Piano riguarda la prevenzione delle malattie cardiovascolari, il piano vaccinale, il diabete, gli screening oncologici (PAP test, mammografia e colon retto), la prevenzione degli incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, il controllo dell'obesità e le recidive di incidenti cardiovascolari.

La trattazione tecnica di questi argomenti è rinviata ad altri documenti deliberati dalla Giunta Regionale; in questa sede si richiamano i contenuti e le strategie generali.

Richiamandosi agli obiettivi indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005- 2007 adottato (23 marzo 2005) dalla Conferenza Stato Regioni, che a sua volta riprende i temi dell'accordo di Cernobbio, si evidenziano i seguenti temi strategici di intervento:

- **Prevenzione cardiovascolare, diabete ed obesità** comprensiva di interventi (da potenziare) che puntano a migliorare comportamenti e stili di vita (riducendo così i fattori di rischio ed agendo anche nelle prime epoche della vita) e di interventi che mirano a ridurre le complicanze e le recidive (in cui è fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta);

- **Diagnosi precoce dei tumori**

- consolidamento/miglioramento dello *screening* per il tumore della cervice uterina
- miglioramento dello *screening* del tumore mammario
- avvio/miglioramento del programma di *screening* del cancro del colon retto

Tali attività sono svolte attualmente da strutture diverse dal Dipartimento di Prevenzione a cui sono da ricondurre gli aspetti attinenti alla organizzazione (social marketing, convocazione dei soggetti eleggibili, sollecito dei non rispondenti, call center telefonico, gestione dell'agenda appuntamenti), alla comunicazione e alla valutazione della efficacia degli interventi sanitari. Si tratta di attività da affidare opportunamente ai professionisti della Sanità Pubblica operanti nei Dipartimenti di Prevenzione. Infatti, esse attengono al loro know how specifico in quanto: il "percorso organizzativo" è sovrapponibile a quello proprio dei programmi di vaccinazione e di promozione della salute e l' "azione preventiva" è rivolta a grandi numeri di "soggetti sani" (mission storica della Sanità Pubblica).

- **Vaccinazioni e sorveglianza delle malattie infettive:**

- condividere, tramite apposita Commissione regionale con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, i criteri per la scelta dei nuovi vaccini (fondati sull'EBP e su scelte che ne graduino la priorità), definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per categorie particolari, valutare l'opzione e l'introduzione di altri preparati in relazione alle condizioni epidemiologiche, raccordando le strategie con i dati epidemiologici della Regione Abruzzo;
- migliorare la sorveglianza delle malattie infettive integrando, sul modello di altri Paesi Europei, tutte le informazioni disponibili nel Sistema Informativo Regionale (anche nell'ambito dell'implementazione di un sistema informativo regionale della prevenzione) o con indagini e studi specifici.

▪ **Prevenzione degli incidenti stradali:**

- contribuire all'obiettivo fissato dall'OMS di ridurre del 50% la mortalità e disabilità per incidente stradale attraverso l'attività di educazione sanitaria;
- proseguire nella raccolta dei dati di analisi e partecipare alla costituzione dell'osservatorio epidemiologico degli incidenti stradali;
- sviluppare strumenti e programmi di comunicazione, informazione educazione, per promuovere la cultura della sicurezza stradale nella popolazione ed indurre il cambiamento degli stili di vita e dei comportamenti a rischio;
- contribuire alla diffusione della cultura della sicurezza stradale nella Amministrazione Pubblica, anche con iniziative di formazione per il personale degli Enti Locali;
- creare le precondizioni strutturali ed ambientali, in collaborazione anche con altre Direzioni centrali, idonee alla prevenzione degli incidenti stradali ed alla conduzione di stili di vita sani anche in tema di mobilità;
- individuare percorsi per approfondire la conoscenza degli incidenti domestici e, attraverso l'analisi del fenomeno, definire strategie di prevenzione possibili, anche in sinergia con attori esterni alla sanità.

▪ **Tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro**

La cultura della prevenzione degli infortuni sul lavoro si associa ad un lavoro di qualità, regolare e sicuro, che può consentire uno sviluppo economico duraturo e con meno infortuni. Nel definire gli obiettivi di prevenzione, è previsto il ruolo essenziale del Comitato regionale ex art. 27 D.Lgs 626/94 a cui nel triennio saranno resi disponibili ulteriori elementi informativi desunti da indagini epidemiologiche, dalle schede di morte, pronto soccorso ecc.

A livello regionale sarà sviluppata una politica attiva di coordinamento, vigilanza, assistenza e coordinamento per i diversi soggetti coinvolti e saranno garantite alle Aziende le risorse necessarie per svolgere i volumi di attività programmata. Dovranno essere definiti specifici indicatori di attività e controllo, al fine di adeguare e dimensionare ai risultati attesi, i volumi delle attività di prevenzione, ispezione e vigilanza e di mantenere e potenziare la comunicazione dei risultati raggiunti.

I Servizi PSAL devono incrementare la loro attività istituzionale in tema di vigilanza e controllo con l'obiettivo prioritario di ridurre la frequenza degli infortuni, in particolare nei settori produttivi a maggior rischio: edilizia, agricoltura e metalmeccanico, e ridurre ulteriormente il numero delle malattie professionali correlate al lavoro. Inoltre, con un'azione integrata con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione, dovranno concorrere a perseguire i seguenti obiettivi:

- 1) sorvegliare l'evoluzione dei rischi e dei danni da lavoro per mettere in luce gli aspetti e le tendenze epidemiologicamente più rilevanti, soprattutto riguardo a:
  - a) gestione degli infortuni gravi e mortali, continuando la collaborazione con l'INAIL (protocollo Regione-INAIL);
  - b) prevenzione del rischio cancerogeno con una migliore mappatura del rischio e un monitoraggio adeguato degli esposti e degli ex-esposti;
- 2) promuovere e monitorare l'applicazione della normativa;
- 3) facilitare l'informazione e la formazione, in particolar modo nelle piccole aziende, dei diversi soggetti interessati e in modo specifico dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- 4) allestire progetti formativi prioritariamente rivolti alle scuole tecniche (incentrati su salute e sicurezza sul lavoro), al fine di creare una coscienza ed una consapevolezza forte tra gli studenti prossimi ad una reale integrazione nel mondo del lavoro.

Oltre a quanto sopra, nella programmazione dei Servizi PSAL per il triennio è necessario prendere in considerazione alcuni elementi di novità:

- forte incidenza dei lavori atipici (lavori in affitto, interinali, temporanei, a contratto, in collaborazione coordinata e continuativa...);
- cantieri temporanei e mobili con complessità nell'integrazione e nel coordinamento (committente, azienda appaltatrice, sub appalti, lavoratori autonomi);
- nuova tipizzazione della forza lavoro con problemi di comunicazione, informazione, formazione e controllo (extracomunitari, lavoro sommerso, ecc.);
- necessità di arginare il fenomeno delle persecuzioni psicologiche nei luoghi di lavoro, definito mobbing, fornendo anche assistenza al lavoratore;
- le disabilità e l'inserimento lavorativo del lavoratore "inabile".

Oltre al Piano Nazionale della Prevenzione, il Ministero della Salute ha recentemente approvato (DPCM 04/05/2007) il Programma "**GUADAGNARE SALUTE** – Rendere facili le scelte salutari", proseguendo il proprio impegno nell'azione di contrasto alle malattie croniche. Ha collaborato, infatti, alla definizione di una strategia europea di contrasto all'obesità che è stata approvata il 15 novembre 2006 ad Istanbul nel Corso della Conferenza Ministeriale intergovernativa, nel corso della quale i Ministri della Salute hanno sottoscritto per i propri Governi una dichiarazione di appoggio alle misure nazionali ed internazionali di contrasto all'obesità. I quattro principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica) in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro Paese sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

E', pertanto, necessario programmare un intervento di salute pubblica che affronti in maniera globale questi fattori di rischio, consentendo al Paese di *guadagnare salute*. Tale programma consentirà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (Amministrazioni centrali e regionali, Enti locali, settori privati).

Alle priorità indicate dal Piano Nazionale della Prevenzione e dal PSN 2006-2010 si affiancano quelle dettate dalle esigenze della Regione Abruzzo.

E' di rilievo dare concreta attuazione, in accordo con le parti sociali, al "**Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro**" approvato il 1 agosto 2007 dalla Conferenza Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano che fissa, sulla materia, obiettivi strategici del SSN per il consolidamento e lo sviluppo dell'attuale sistema e le tematiche di particolare rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale con l'obiettivo prioritario di arginare il fenomeno degli incidenti mortali sul lavoro.

#### ▪ **Sistema informativo per la Prevenzione**

Vi è l'esigenza di disporre di un sistema informativo affidabile a completo sostegno delle attività di prevenzione. Si tratta di ricondurre ad unitarietà i sistemi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

#### ▪ **Progetto di Re.T.E.**

Con riferimento al monitoraggio degli obiettivi di salute del PSR, è necessario lo sviluppo della funzione epidemiologica *decentrata* per la valutazione comparativa di bisogni, domanda ed indicatori di morbi-mortalità evitabile *vs* differenze e criticità dei sistemi socio-sanitari locali (Comuni, aggregati territoriali e microaree comunali).

Il sistema di supporto, ricerca e sviluppo proposto, sulla base di un percorso progettuale e di fattibilità da sperimentare nel triennio, è rappresentato dalla **Rete Territoriale di Epidemiologia**, coordinata dalle Istituzioni Regionali (Agenzia Sanitaria – Osservatorio Epidemiologico – Osservatorio Sociale) ed Aziendali/Territoriali preposte alla funzione epidemiologica.

Lo strumento di avvio del *Progetto di Re.T.E.* per la valutazione comparativa di salute, bisogni e criticità assistenziali/territoriali è rappresentato dalla "Relazione sullo stato di salute della popolazione – 2007" (*RS\_07*); la stesura collettiva della *RS\_07* ha come obiettivo immediato la lettura critica e comparativa degli indicatori disponibili fra territori, al fine di avviare rilevazioni locali, di routine e *ad hoc*, sostenibili con le risorse umane e finanziarie pubbliche (e di organizzazioni no-profit di utilità sociale) disponibili/attivabili a livello centrale e periferico.

La definizione delle priorità viene effettuata dal basso, attraverso le proposte degli operatori sanitari e socio-assistenziali partecipanti alla *Re.T.E.* sulla base di seminari condotti dalla Cabina di regia del progetto (coordinamento istituzionale "soft" con supporto metodologico e formativo), a partire dalle criticità di salute ed assistenziali evidenziate nelle analisi e dalla praticabilità di rilevazioni / applicabilità di metodologie più o meno complesse

(progetti pilota per registri locali di morbi-mortalità, validazione dei dati amministrativi per scopi epidemiologici, valutazioni rapide / "rapid epidemiologic assessments").

Le aree critiche di salute (morbosità/disabilità/mortalità/f. di rischio), bisogni ed assistenza - individuate con le suddette metodologie e strategie - vengono sviluppate ed analizzate su base territoriale e, all'interno dei territori, per fasce di età, sesso e status socio-economico. L'obiettivo di medio termine è produrre, a partire dalla *RS\_07* di riferimento, rapporti locali sullo stato di salute di popolazioni e comunità in riferimento alle politiche sociali e sanitarie adottate ed all'accessibilità/utilizzo dei servizi (piano di epidemiologia regionale/territoriale).

#### ▪ **Sicurezza alimentare**

Premesso che l'analisi del rischio rappresenta uno strumento essenziale per garantire la sicurezza degli alimenti, è indispensabile l'attivazione di sistemi di sorveglianza e monitoraggio sulla situazione sanitaria degli allevamenti, sul livello di contaminazione degli alimenti e sulla incidenza di infezioni di origine alimentare nell'uomo. Tutto questo, considerando i diversi aspetti della catena di produzione alimentare come un unico processo a partire dalla produzione primaria inclusa. Appare pertanto necessario avere a disposizione un sistema informativo omogeneo regionale e realizzare una banca dati delle attività produttive del settore alimentare. La pianificazione di ispezioni e campionamenti, che le normative di indirizzo europeo (Reg 882/2004/CE) inquadrano quale atto fondamentale per la verifica dei sistemi di autocontrollo adottati dagli operatori degli stabilimenti alimentari, dovrà essere orientata alla valutazione dei rischi presenti sul territorio regionale per quanto realisticamente possibile.

E' determinante attivare un sistema di conoscenza dell'attività espletata quale presupposto dell'analisi del rischio. Tale compito implica un controllo basato su un rapporto di tipo informativo con gli operatori alimentari, al fine di consentire ad essi di operare in termini probabilistici di minimizzazione del rischio. Un corretto sistema di controllo consentirà, inoltre, di esplicitare un rapido ed efficace intervento in caso di emergenza alimentare. Si può ben comprendere come il conseguimento di tali risultati possa generare la possibilità nei Servizi del Dip., che operano nelle filiere alimentari, di poter agire non solo attraverso operazioni ispettive. La strategia indicata dal Libro Bianco sulla Sicurezza Alimentare, e quindi dal Reg. 178/2002/CE, riassunta dallo slogan "dai campi alla tavola", evidenzia inoltre la necessità di trovare momenti d'incontro e di coordinamento con i vari attori partecipanti alla sicurezza degli alimenti: Sanità, Agricoltura, Associazioni di Categoria e di consumatori.

▪ In particolare, la **Sanità Pubblica Veterinaria** opera nel quadro della prevenzione sanitaria a tutela della salute umana garantendo la salute, il benessere e la corretta alimentazione degli animali produttori di alimenti, la sicurezza degli alimenti di origine animale e favorendo il rapporto di convivenza tra animali e uomo.

L'adeguamento del sistema della SPV alle nuove esigenze derivanti dal mutamento del quadro istituzionale, economico e normativo e dall'identificazione di nuovi rischi sanitari potrà assicurare il raggiungimento di tali obiettivi. Inoltre, sarà attivata una banca dati delle attività produttive del settore alimentare, condivisa con il Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, per cui le attività ispettive e di campionamento saranno pianificate sulla base dell'analisi del rischio e saranno coinvolti nel progetto le principali componenti interessate alla sicurezza alimentare (agricoltura, associazioni di produttori e consumatori).

L'entrata in vigore dei nuovi regolamenti Comunitari, compresi nel "Pacchetto Igiene", ha modificato il contesto operativo della SPV, introducendo un innovativo sistema di gestione del rischio in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale. Un ulteriore elemento da tenere in considerazione è quello di prevenzione e Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria sostenibile che non determini impatto regolamentare eccessivo, distorsivo e diseconomico.

Questo introduce nella fase di programmazione sanitaria della prevenzione i concetti di priorità, di efficacia e di efficienza produttiva ed allocativa e di proattività delle funzioni di sanità pubblica che derivano da azioni sanitarie coerenti con l'obiettivo di tutela della salute comportando effetti positivi sul piano socioeconomico ed ambientale.

Per la profilassi malattie infettive animali dovranno essere attivate azioni per il mantenimento e miglioramento dello stato sanitario degli allevamenti bovini attraverso il proseguimento del risanamento degli allevamenti. Nel corso del triennio dovrà essere integrata e coordinata l'attuazione dei 3 principali piani di controllo annuale (residui di farmaci e contaminanti ambientali, alimentazione animale e controllo degli alimenti di origine animale) e migliorato il sistema di sorveglianza sanitaria degli allevamenti e del livello di contaminazione

degli alimenti di origine animale. Si rinvia ad altri documenti tecnici la prevenzione e la gestione della possibile pandemia di influenza aviaria.

### **Miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute**

L'inserimento in un ambiente di qualità, o comunque il miglioramento della qualità ambientale, determina una sopravvivenza maggiore ed una incidenza minore di patologie cronico-degenerative. L'intervento nei settori dell'aria, acqua, suolo, alimenti, rumorosità ambientale, sostanze chimiche pericolose, ambienti confinati (in particolare le abitazioni, le scuole, gli ospedali...), esposizione a campi elettromagnetici e radiazioni ionizzanti, in maniera integrata tra il Dipartimento di Prevenzione e le altre strutture, sanitarie e non, diviene elemento determinante per realizzare una efficace prevenzione ambientale. L'attuale situazione di frammentazione degli interventi e l'insufficiente coordinamento tra i singoli enti, in assenza di una valutazione complessiva del sistema "ambientale" regionale, determina interventi di scarsa efficacia in termini di prevenzione. E' necessario creare una base dati comune a livello regionale tra i vari enti interessati, da cui derivare accordi di programma tramite conferenze di servizio o accordi congiunti di programma. Per perseguire tali obiettivi occorre attivare in sede regionale gruppi di lavoro formalmente costituiti, orientati per funzioni e composti da rappresentanti dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione e degli altri Enti chiamati in causa, aventi la finalità di supporto tecnico operativo alle funzioni di coordinamento, indirizzo e controllo proprie della Regione.

#### **5.3.8. Formazione e sviluppo del personale**

La ridefinizione del quadro delle funzioni e attività dei dipartimenti di Prevenzione e l'acquisizione di nuove, o più approfondite, conoscenze e tecniche per le attività innovative (valutazione dei rischi ambientali e comportamentali; valutazione dei danni; controllo dei fattori di rischio...) comportano un riallineamento delle conoscenze e dei comportamenti degli operatori su temi sia di aggiornamento tecnico professionale che di natura metodologica e organizzativa. Nell'arco di vigenza del PSR, verranno pertanto promosse a cura della Regione specifiche iniziative di formazione e aggiornamento per sostenere i Dipartimenti di Prevenzione nell'opera di innovazione da sviluppare.

In particolare verranno avviate iniziative di formazione aggiornamento sui seguenti temi:

- a) l'osservazione epidemiologica per i Servizi di Prevenzione,
- b) la valutazione del rischio e le mappe previsionali dei rischi,
- c) progettazione operativa e valutativa,
- d) applicazione delle normative CEE.

Il Servizio Sanità e Veterinario della Regione e l'Agenzia Sanitaria Regionale, avvalendosi di un apposito gruppo di lavoro, individueranno gli specifici obiettivi educativi, le metodologie organizzative e il piano di valutazione delle iniziative formative da avviare. Verrà inoltre pianificata una indagine sui bisogni formativi degli operatori, per predisporre ulteriori progetti formativi. Al termine del triennio è atteso il raggiungimento di uno standard di programmazione regionale per la formazione e l'aggiornamento.

## 5.4. MACROLIVELLO OSPEDALIERO

Il riordino del macrolivello ospedaliero è stato avviato con la Legge Regionale 6/2007 in cui sono stati definiti principi, modelli organizzativi e gli aspetti dotazionali (posti letto) della rete ospedaliera abruzzese.

Per quanto attiene la **dotazione di posti letto**:

- per l'**ospedalità pubblica** le Direzioni Generali Aziendali (come previsto nel § 3.1.2. Programmazione Aziendale della LR 6/2007) hanno determinato con gli atti aziendali<sup>56</sup>, gli obiettivi di rimodulazione dei posti letto del 60% entro il 31.12.2007 ed il restante 40% entro la data del 31.12.2008;
- l'**ospedalità privata** deve procedere (come previsto nel § 5.4. I posti letto della rete ospedaliera privata della LR 6/2007) alla riduzione dei posti letto *"al momento del raggiungimento del budget negoziato e, comunque, alla data del 31.12.2007"*. Entro la stessa data, la Regione *"ferme restando le misure di contenimento della spesa e invariato il numero dei PL complessivamente riconosciuti a ciascuna struttura privata accreditata e delle discipline accreditate"*, vaglierà eventuali proposte di modifica *"dei numeri dei PL riconosciuti per singole discipline e la loro articolazione strutturale sia per le singole strutture sia per i gruppi"*.

Nel § 3.2. **Progetto reti cliniche e percorsi assistenziali** del Piano di riordino ospedaliero venivano fornite le seguenti indicazioni:

*La progettazione operativa delle reti cliniche verrà predisposta all'interno del P.S.R., in quanto l'elemento fondante delle reti cliniche è quello della logica dei **Percorsi assistenziali**, che prevedono il fondamentale coinvolgimento del territorio (sistema riabilitazione extra-ospedaliera; sistema delle cure domiciliari; etc.).*

*La riforma dell'assetto del macrolivello distrettuale avverrà nel prossimo P.S.R., nel rispetto delle linee guida che precedono, dove si realizzerà il riallineamento della programmazione ospedaliera con quella di sistema.*

*Il processo di progettazione vedrà il **coinvolgimento degli operatori** per dare sostanza alla pratica della clinical governance (governo clinico), che rappresenta uno degli obiettivi da perseguire costantemente nella prassi operativa della regione.*

Il piano di innovazione delle reti cliniche<sup>57</sup>, di cui vengono delineate le linee direttrici nei capitoli successivi, per concretizzarsi dovrà basarsi sull'analisi di dati e sul ridisegno dei sistemi informativi, sul coinvolgimento di tutte le componenti del sistema assistenziale, sia quelle tecnico-professionali, sia quelle gestionali, su un'analisi approfondita della fattibilità e dell'impatto del profondo processo di riorganizzazione necessario e, in alcuni casi, anche su sperimentazioni organizzative realizzate ad hoc.

In ogni caso, qualunque sia il disegno di riorganizzazione che emergerà dal confronto (già iniziato) con tutti i professionisti interessati, questo dovrà accompagnarsi ad adeguate leve di sostegno dell'innovazione organizzativa, tra le quali sono da contemplare:

- la *valorizzazione del personale*, principale capitale delle aziende sanitarie, attraverso un'adeguata politica delle risorse umane, che includa sistemi di sviluppo delle professionalità, idonei sistemi di valutazione tendenti a far emergere le componenti migliori;
- la *formazione*, intesa come leva strategica delle politiche di valorizzazione del personale e di innovazione organizzativa, mirata a sviluppare una prospettiva di azione formativa permanente per il miglioramento continuo delle competenze

<sup>56</sup> § 3.1.2. Programmazione Aziendale della LR 6/2007 - Sulla base dei parametri di programmazione regionale, le Direzioni Generali Aziendali, sentito il Consiglio dei Sanitari e la Conferenza dei Sindaci, formulano e sottopongono al parere obbligatorio ma non vincolante della competente commissione consiliare, entro 3 mesi dall'approvazione del piano, una proposta Aziendale di riordino

<sup>57</sup> Si prevede, così come contemplato nel dai comma 4 del paragrafo 3.2 del "Piano di Riordino Posti Letto Ospedalieri" di cui alla L.R. n. 6 del 05 aprile 2007, lo sviluppo e riassetto delle seguenti reti: Rete emergenza-urgenza, Rete cardiologia, Rete per lo Stroke (Ictus cerebrale), Rete dei trapianti, Rete oncologica, Rete nefrodialitica, Rete ematologia, Rete traumatologica, Rete diabetologica, Rete laboratori, Rete della diagnostica per immagini, Rete della salute mentale, Rete per i disturbi del comportamento alimentare, Rete di immunoematologia e medicina trasfusionale, Rete per diagnosi e terapia dei disturbi dell'accrescimento, dello sviluppo puberale e del disagio in epoca adolescenziale Rete delle malattie rare.

tecnico-professionali di tutto il personale ed una prospettiva finalizzata ad accompagnare i processi di innovazione delle organizzazioni e di miglioramento della produzione;

- lo *sviluppo della ricerca*, essendo quest'ultima uno dei motori fondamentali di innovazione del sistema per rispondere alle nuove sfide e per migliorare i risultati.

In aggiunta allo sviluppo degli interventi sulle diverse reti cliniche (paragrafi da 5.4.1. a 5.4.18) è stato predisposto un ulteriore paragrafo (5.4.19) in cui vengono riportate specifiche su alcune discipline che non sono ricomprese nelle reti e ulteriori precisazioni che integrano i contenuti della LR 6/2007.

Gli standard minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di personale delle strutture facenti parti delle reti verranno definite nel Manuale di Autorizzazione, previsto nel d.d.l.r. in materia di Autorizzazione e accreditamento approvato in Va Commissione Consiliare.

Stante il nuovo modello organizzativo *Hub e Spoke*, previsto dalla LR 6/2007, è opportuno precisare:

1. Il modello non è generalizzabile, ma viene previsto per specifiche patologie, nelle quali tale modello ha già mostrato evidenze di efficacia;
2. Una stessa struttura/U.O. può essere hub per una patologia e spoke per un'altra a seconda delle caratteristiche strutturali/tecnologiche e delle abilità professionali (skill) presenti.
3. La classificazione è flessibile in quanto l'acquisizione/perdita nelle equipe delle UU.OO. degli skill professionali per lo svolgimento di prestazioni a più alta complessità comporta una riclassificazione nella rete per patologia dell'U.O.

### 5.4.1. RETE EMERGENZA-URGENZA

Premesso che il Sistema di Urgenza-Emergenza è già attivo nella regione, il presente capitolo vuole costituire un aggiornamento normativo ed organizzativo che contribuisca a risolvere le riscontrate criticità del sistema, ad adeguare l'assetto organizzativo alle scelte di politica sanitaria operate dalla Regione Abruzzo in materia di riordino della rete ospedaliera (L.R. 6/07), infine a favorire un "utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale" (L.R. 20/06).

L'obiettivo sostanziale è quello di assicurare una risposta globale ed uniforme sull'intero territorio della regione, in linea con le attese dei cittadini; si rende pertanto necessario che le strutture deputate all'urgenza-emergenza operino in rete e siano in grado di assicurare - senza discontinuità - risposte sempre adeguate alle reali necessità, quindi di livello progressivamente crescente ed in integrazione operativa con le strutture ospedaliere, attraverso percorsi clinico-assistenziali condivisi.

Il Sistema di Urgenza-Emergenza, in base alla normativa nazionale e regionale vigente, è sostanzialmente composto da due settori tra loro strettamente correlati: il Servizio di Emergenza Territoriale "118", nelle sue articolazioni, e la Rete Ospedaliera costituita dalle UU.OO. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza, che vanno a realizzare il D.E.A. a valenza Aziendale.

La Giunta Regionale si avvale, per la realizzazione degli obiettivi sottoindicati, dell'attività del **COMITATO REGIONALE EMERGENZA- URGENZA ABRUZZO (CREA)** che risulta costituito dai Direttori dei DEA, delle C.O. 118, e dal **Responsabile del Servizio Emergenza Sanitaria della Direzione Sanità**.

Il CREA governa la programmazione del sistema di urgenza-emergenza.

E' prioritario tra i compiti del CREA favorire e coordinare iniziative regionali per giungere ad una formazione specifica per l'emergenza, compresi i rapporti con l'Università per l'istituzione della scuola di specializzazione in Medicina d'emergenza e urgenza.

Il CREA esprime parere obbligatorio sugli atti di pertinenza emanati dalla Regione Abruzzo **e sulle proposte presentate dalla STRUTTURA REGIONALE EMERGENZA SISTEMA 118 (SRES-118)**.

Il CREA è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità, o da suo delegato, e si riunisce almeno una volta ogni tre mesi. La Direzione Sanità deve invece garantire il necessario supporto amministrativo.

#### **Dipartimento di emergenza e accettazione**

Il D.E.A. rappresenta una aggregazione di UU.OO., che mantengono la propria autonomia clinico-assistenziale ed organizzativa, ma che riconoscono la interdipendenza funzionale mediante l'adozione di un comune percorso clinico-assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida e completa nella gestione del paziente acuto e grave.

Sulla base della normativa nazionale, così come integrata da quella regionale, il DEA ha valenza aziendale e prevede al suo interno tutte le UU.OO. di Pronto Soccorso presenti nell'ambito aziendale, nonché il Sistema di Emergenza Territoriale "118" competente per territorio.

Per garantire un razionale impiego delle risorse umane, tecnologiche ed alberghiere, nonché un'efficace gestione delle urgenze, anche attraverso la corretta identificazione dell'Ospedale più idoneo a trattare le singole patologie, ogni DEA si doterà di un protocollo che tracci i percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di avere un comportamento unitario e condiviso tra gli attori del sistema. Tale principio sarà esteso all'intero territorio regionale al fine di realizzare una compiuta rete tra i vari Dipartimenti, in grado di garantire una completa assistenza per tutte le patologie, anche in relazione ai diversi gradi di criticità.

La fase successiva dovrà prevedere un raccordo con le UU.OO. diagnostiche e di ricovero, anch'esso basato su percorsi condivisi, onde evitare comportamenti disomogenei che potrebbero vanificare la catena del soccorso in situazioni di urgenza-emergenza.

#### **Funzioni**

- Assicurare adeguati livelli di assistenza dal primo soccorso a tutte le fasi successive.



- Assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con altri ospedali sede di DEA e di Pronto Soccorso situati sul territorio di riferimento, nonché, se necessario, con analoghe strutture regionali ed extraregionali.
- Organizzare e gestire un sistema di valutazione continua e di promozione della qualità dell'assistenza e dell'uso appropriato delle risorse.
- Favorire, con opportuna programmazione, il più elevato livello di aggiornamento continuo del personale afferente.
- Promuovere e contribuire alla educazione sanitaria della popolazione; finalizzata, in particolare, ad un corretto utilizzo del sistema di emergenza-urgenza ed accettazione.

### **Il sistema informativo**

La registrazione di tutta l'attività di soccorso costituisce elemento indispensabile ad una conoscenza ed analisi dei dati di attività, delle risorse impegnate e dei processi posti in essere, capace di consentire un miglioramento organizzativo basato su una consapevole programmazione.

Anche a tale scopo, assume valore indispensabile la creazione di una rete informatica che colleghi tutte le strutture regionali coinvolte nel sistema di urgenza-emergenza; nella fase attuale il sistema "118" e le UU.OO. di Pronto Soccorso dispongono di autonome reti informatiche che però non colloquiano tra di loro.

Le UU.OO. di Pronto Soccorso, inoltre, svolgono la funzione limitatamente ad ogni singola Azienda Sanitaria senza possibilità di incrociare i dati con altre strutture della Regione.

Tale condizione appare estremamente limitativa, anche per la impossibilità di conoscere la disponibilità di posti-letto in ambito regionale, quantomeno per le UU.OO. coinvolte nell'emergenza. L'utilizzo di innovazioni tecnologiche e di ricerca in questo settore deve costituire elemento strategico del presente Piano al fine di pervenire ad un unico sistema informatico che consenta, in tempo reale, di trasmettere e ricevere informazioni indispensabili per un corretto e funzionale impiego delle risorse di cui il Sistema Sanitario Regionale dispone.

La rete informatica, oltre che costituire un aggiornato archivio anamnestico, potrà inoltre rappresentare la base di supporto su cui far confluire trasmissioni di dati ed immagini e per tutti i progetti di sviluppo che l'innovazione tecnologica metterà sul mercato

### **La rete ospedaliera**

In aggiunta all'incremento della traumatologia agricola, industriale, stradale e domestica, negli ultimi decenni si è assistito ad un costante aumento delle patologie cardiovascolari collegate ai modificati stili di vita; a ciò si aggiunge una sempre crescente sensibilità individuale della popolazione, che è portata a ricorrere, spesso impropriamente, alle strutture di Pronto Soccorso, non solo per patologie che mostrano chiara evidenza, ma, talora, anche per escludere sospetti o diagnosticare precocemente possibili stati morbosi che ancora non manifestano segni clinici evidenti.

Il modello organizzativo operante ha sicuramente contribuito al miglioramento della gestione delle situazioni acute e gravi. Tuttavia, esso presenta, al momento, elementi di criticità relativamente:

- alla riorganizzazione della rete ospedaliera e conseguente riduzione di posti- letto per acuti;
- alla richiesta di maggiore appropriatezza dei ricoveri;
- al sempre crescente ricorso dei cittadini alle cure di Pronto Soccorso, tanto da calcolare che un terzo della popolazione, con punte del 40%, si rivolgono ogni anno alle strutture ospedaliere.

E' pertanto evidente la necessità di individuare correttivi atti a migliorare la condizione sia degli operatori sanitari che dei cittadini, che dal Pronto Soccorso si attendono sia una riduzione dei tempi di attesa, che un miglioramento della qualità delle prestazioni. Tali correttivi, tuttavia, non devono annullare l'indispensabile funzione di filtro del Pronto Soccorso; una funzione che ha assunto particolare pregnanza.

### **Le UU.OO. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (ex Pronto Soccorso)**

sono strutture complesse, hanno sede in tutti i Presidi Ospedalieri della Regione, prevedono

organico autonomo, come previsto dalla DGR 204 del 30/04/2002 , e, per l'attività svolta , sono da intendersi assimilate alle strutture di terapia sub-intensiva.

### **Funzioni**

- Accettazione per i casi elettivi e programmati, avvalendosi dell'accettazione amministrativa.
- Funzione di triage, obbligatoria per le strutture che prevedono oltre 25.000 accessi/anno.
- Accettazione di pazienti in condizione di urgenza differibile ed indifferibile.
- Accettazione di pazienti in condizioni di emergenza.
- Esecuzione di accertamenti diagnostici e provvedimenti terapeutici urgenti.
- Stabilizzazione dei parametri vitali.
- Ricovero nella U.O. più idonea.
- Funzione di filtro al ricovero ospedaliero, avvalendosi, per tale funzione, dell'impiego di letti di osservazione breve.

### **U.O. semplice di Osservazione Breve (O.B.)**

Non è infrequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici non sempre ben definiti, tali da non consentire un rapido inquadramento diagnostico, né tanto meno la possibilità di una immediata dimissione; allo stesso tempo l'attivazione di un ricovero urgente potrebbe poi rivelare i caratteri della inappropriatazza.

In tale ottica, si inserisce la funzione dell'O.B., che rappresenta un moderno ed ormai collaudato sistema, che permette di svolgere correttamente una efficiente funzione di filtro, evitando ricoveri inutili, senza però esporre il paziente ad una dimissione che potrebbe pregiudicare il suo stato di salute.

L'U.O. di medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza, parte sostanziale del DEA, ha quindi nel suo contesto le attività di Pronto Soccorso, Osservazione Breve (O.B.).

L'O.B. è allocata in un'area adiacente al P.S. ed accoglie i pazienti che necessitano di stabilizzazione clinica e/o definizione diagnostica in un periodo, di norma, non superiore alle 24 ore. La dotazione di posti letto tecnici è pari al 2-3% della dotazione complessiva del Presidio Ospedaliero, con contestuale riduzione di un analogo numero di posti letto ordinari.

*Integrazione con altri servizi:* i servizi diagnostici del Presidio devono avere, nei confronti dell'O.B., la stessa disponibilità prevista per il Pronto Soccorso, effettuando esami con risposte "just in time".

Le caratteristiche amministrative e procedurali relative all'O.B. sono contenute nella deliberazione di G.R. n. 1535 del 27/12/06.

### **Emergenza territoriale "118"**

Il sistema emergenza territoriale (Sistema 118), attivo da 20 novembre 1995, ha i seguenti riferimenti normativi:

- L.R. 24.4.1990, n. 48 (Programmazione sanitaria regionale);
- D.P.R. 27.3.1992 (Atto di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza);
- L.R. 25.10.1994, n. 72 (Piano Sanitario Regionale per il triennio 1994/1996);
- Atto di intesa tra Stato e regioni dell'11.4.1996 (Approvazione linee guida);
- L.R. 2.7.1999, n. 37 (Piano Sanitario Regionale - Triennio 1999-2001);
- D.G.R. 21.10.1998, n. 2790 (Sistema di emergenza sanitaria facente capo al numero "118" - Aggiornamento tariffe dei trasporti sanitari e di emergenza e disposizioni varie);
- D.G.R. 30.4.2002, n. 204 (Riorganizzazione del Sistema di Urgenza ed Emergenza Sanitaria);
- L.R. 26.4.2004, n. 15.

Con L.R. 25 ottobre 1994, n. 72, ove viene approvato il PSR per il triennio 1994/1996, al punto 3.1 la Regione Abruzzo emana gli indirizzi di organizzazione e funzionamento delle attività di urgenza e di emergenza territoriale. Il Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 prende ufficialmente avvio il 20 novembre 1995, con la seguente organizzazione:

- 4 Centrali Operative provinciali: Pescara, Chieti, Teramo, L'Aquila

- 19 Unità Operative (Ambulanza ALS con autista, infermiere professionale e medico) ubicate nei presidi ospedalieri delle AUSL della Regione con attività h24:
  - . ASL PE: Pescara, Penne, Popoli
  - . ASL CH: Chieti, Ortona, Guardiagrele
  - . ASL LA-VA: Lanciano, Vasto, Atesa, Casoli, Gissi
  - . ASL TE: Teramo, Atri, Sant'Omero, Giulianova
  - . ASL AV-SU: Avezzano, Sulmona, Castel di Sangro
  - . ASL AQ: L'Aquila.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 204, del 30 aprile 2002, il sistema viene fortemente potenziato con l'istituzione di 27 nuove U.O., tutte ALS, di cui 16 ad operatività h12.

Si confermano i contenuti delle norme già in vigore, purché non in contrasto con le presenti disposizioni.

L'organizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale regionale necessita di una rimodulazione per ovviare ad alcune criticità che si sono manifestate, tra le quali emergono:

- problemi di coordinamento operativo tra Centrale Operativa e postazioni di soccorso periferiche;
- ridotta dotazione dei mezzi di soccorso;
- mancanza di schemi di convenzioni da definirsi a livello regionale e da stipularsi, in modo uniforme a livello di ASL, con gli enti e le associazioni di volontariato per il soccorso di base;
- carenza di un piano integrato per le maxi-emergenze e la medicina delle catastrofi;
- parziale superamento del concetto di trasporto, sempre e comunque del paziente al pronto soccorso più vicino, con quello di trasporto assistito al pronto soccorso più idoneo per intervenire nel modo più rapido e razionale nell'iter diagnostico- curativo;
- assenza di una rete di lavoro strutturata ed armonizzata in grado di "guidare, modulare, migliorare, valutare" nelle sue componenti tra fase extra-ospedaliera e intra-ospedaliera;
- mancanza di un efficace programma di formazione ed aggiornamento omogeneo, diffuso a tutte le componenti della rete dell'emergenza;
- mancanza di un efficace sistema di monitoraggio e valutazione della qualità delle prestazioni;
- mancanza di sistemi di Telemedicina finalizzati a:
  - o migliorare le prestazioni diagnostico-terapeutiche in termini di correttezza e tempestività;
  - o permettere la conoscenza in tempo reale dei letti disponibili nell'area critica;
  - o predisporre dei progetti di ricerca inerenti sistemi efficaci e modalità di comunicazione e trasmissione di dati ed immagini, in grado di migliorare la qualità ed i tempi di diagnosi e terapia sul luogo dell'emergenza.

Valutate le criticità del sistema di emergenza extra-ospedaliero, facente capo al numero unico 118, si ribadiscono gli indirizzi precedentemente espressi nelle forme di legge nazionale e regionale, a conferma di una linea coerente con la strategia complessiva in atto, integrandoli necessariamente con i seguenti punti, che costituiscono specifico impegno per la giunta regionale:

- coordinamento del sistema di emergenza territoriale-118 con le attività di protezione civile e di difesa civile, anche attraverso individuazione di specifici livelli di programmazione e di intervento, in sede aziendale e regionale, che tengano conto delle funzioni e risorse necessarie per garantire l'operatività adeguata a fronteggiare eventuali maxi-emergenze e/o il manifestarsi di rischi nucleari, batteriologici, chimici e radioattivi (NBCR);
- previsione di un nuovo assetto di governo della programmazione del sistema di emergenza territoriale-118, tendente ad omogeneizzare le modalità di risposta e, comunque, i percorsi assistenziali;
- organizzazione di un sistema di trasporto sanitario di emergenza con caratteristiche di appropriatezza e flessibilità in coerenza con il riordino della rete ospedaliera, con previsione dei correlati supporti assistenziali medici e infermieristici h24;

- organizzazione di un sistema di trasporto sanitario secondario con utilizzo di unità (mezzi e personale) dedicate che non possono essere le medesime utilizzate per l'emergenza;
- attivazione, nelle C.O. del "bed service" per la ricerca di posti di unità di terapia intensiva o specialistica nella rete regionale;
- istituzione dei punti di primo intervento;
- istituzione delle UU.OO. Semplici - 118 nelle ASL di Lanciano -Vasto e Avezzano - Sulmona;
- assimilazione della U.O. complessa C.O. e delle Unità Operative territoriali, in considerazione della tipologia di attività, alle strutture di terapia sub-intensiva;
- individuazione delle Unità Operative territoriali come articolazioni (27B e 27C) delle strutture complesse C.O. e del DEA.

Sulla base di quanto evidenziato, al fine di ottimizzare l'erogazione dell'assistenza sanitaria nell'ambito dell'emergenza territoriale, sia sotto l'aspetto qualitativo sia per il rispetto dei tempi di intervento previsti dalla normativa vigente, si rende necessario procedere ad un riassetto e potenziamento delle postazioni (unità operative) esistenti sul territorio, come indicato nella Tabella 45:

**Tabella 45 – Riassetto e potenziamento delle UO del Territorio**

C.O. 118	U.O. 20/11/1995	U.O. giugno 2007	U.O. P.S.R.
PESCARA	PESCARA	PESCARA	PESCARA
	POPOLI	POPOLI	POPOLI
	PENNE	PENNE	PENNE
		MONTESILVANO	MONTESILVANO
		CATIGNANO (H12)	CATIGNANO (H12)
		S. VALENTINO(H12)	PIANELLA (H12)
		SCAFA (H12)	SCAFA (H24)
			CARAMANICO (H12)
CHIETI	CHIETI	CHIETI	CHIETI
	ORTONA	ORTONA	ORTONA
		FRANCAVILLA AL MARE	FRANCAVILLA AL MARE (estivo H24 non estivo H12)
	GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE
		PASSOLANCIANO (postazione invernale)	PASSOLANCIANO (postazione invernale)
	LANCIANO	LANCIANO	LANCIANO
	VASTO	VASTO	VASTO
			SAN SALVO (H12)
	GISSI	GISSI	GISSI
	ATESSA	ATESSA	ATESSA
	CASOLI	CASOLI	CASOLI
			CASTIGLIONE (H24)
			LAMA DEI PELIGNI (H12)
			TORRICELLA PELIGNA (H12)
			VILLA S. MARIA(H24)
L'AQUILA	L'AQUILA	L'AQUILA	L'AQUILA
	AVZZANO	AVEZZANO	AVEZZANO
	SULMONA	SULMONA	SULMONA
	CASTEL DISANGRO	CASTEL DI SANGRO	CASTEL DI SANGRO
		CARSOLI	CARSOLI
		NAVELLI (H12)	NAVELLI (H12)
		MONTEREALE(H12)	MONTEREALE(H12)
		PESCASSEROLI(H12)	PESCASSEROLI(H12)
			PESCINA (H24)
			TAGLIACOZZO(H24)
			OVINDOLI (H12)
		CASTEL DI SANGRO (H12)	
		PRATOLA PELIGNA (H 12)	
TERAMO	TERAMO	TERAMO	TERAMO
	ATRI	ATRI	ATRI
	GIULIANOVA	GIULIANOVA	GIULIANOVA
	SANT'OMERO	SANT'OMERO	SANT'OMERO
		PINETO-SILVI	PINETO-SILVI
		ROSETO	ROSETO
		ALBA A. MARTINSICURO (H12) (sede a Tortoreto)	ALBA A. MARTINSICURO (H12)
		ISOLA DEL GRAN SASSO	ISOLA DEL GRAN SASSO (H12)
		CASTILENTI (H12)	BISENTI-CASTIGLIONE (H12)
			MONTORIO (H12)
			S. EGIDIO ALLA VIBRATA (H12)
			CASTELNUOVO (H12)
			VAL VOMANO(H12)

Presso la Direzione Sanità viene istituita la STRUTTURA REGIONALE EMERGENZA SISTEMA 118 (SRES-118) con funzioni di monitoraggio, verifica e controllo delle attività di pertinenza.

La SRES-118 è presieduta dal Responsabile del Servizio Emergenza Sanitaria della Direzione Sanità ed è composta dai Responsabili delle C.O. 118.

Predisporre proposte per la formazione del personale e l'utilizzo ottimale delle risorse economiche destinate al sistema 118, in particolare per quanto riguarda la dotazione di mezzi e tecnologie al fine di pervenire alla loro omogeneizzazione a livello regionale ed evitare frammentazione quali-quantitativa a livello di ASL, anche con l'individuazione di modalità unificate degli acquisti tramite un'unica Azienda USL ovvero attraverso il Servizio Emergenza Sanitaria della Direzione Sanità.

Tali proposte vanno sottoposte al parere obbligatorio del CREA, il quale si pronuncia entro 30 giorni dalla presentazione delle medesime. Decorso tale termine, si prescinde dal parere.

La **SRES-118** può avvalersi di esperti su specifiche esigenze riferite a particolari aspetti connessi all'emergenza.

Alla **SRES-118** sono, inoltre, affidati i seguenti compiti:

- indirizzare e verificare l'omogeneità di risposta all'emergenza delle Centrali Operative 118 secondo protocolli regionali riconosciuti (formazione, aggiornamento, protocolli, linee guida, mezzi, articolazione organizzativa, rapporti con AA.VV., ecc) anche attraverso adeguamenti tecnologici ed operativi
- supportare, in caso di maxiemergenze o catastrofi, coordinandole ed affiancandole, l'operatività delle CO 118
- mantenere il collegamento tecnico e scientifico con le CO 118, con i Dipartimenti Emergenza ed Urgenza provinciali, con i servizi di Pronto Soccorso, con le Direzioni delle Aziende Sanitarie
- incrementare la capacità di risposta e l'integrazione delle strutture sanitarie coinvolte nell'emergenza territoriale
- coordinare il sistema di emergenza urgenza con le attività di protezione civile e di difesa civile, anche attraverso individuazione di specifici livelli di programmazione e di intervento, in sede aziendale e regionale, che tengano conto delle funzioni e risorse necessarie per garantire l'operatività adeguata a fronteggiare eventuali maxi-emergenze e/o il manifestarsi di rischi NBCR
- progettare nuovi modelli tesi alla riduzione e controllo della richiesta impropria di prestazioni sanitarie urgenti
- monitorare il livello di risposta complessivo del sistema regionale dell'emergenza-urgenza, verificandone annualmente i risultati
- favorire e coordinare iniziative regionali per giungere ad una formazione specifica per l'emergenza, compresi i rapporti con l'Università per l'istituzione della scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza ed Urgenza Territoriale
- individuare ed attivare le modalità di ottimizzazione di utilizzo delle risorse umane destinate al sistema 118 al fine di uniformarne le dotazioni a livello regionale

#### **UNITA' OPERATIVE SEMPLICI 118**

Le C.O. di Chieti e L'Aquila ricomprendono nel loro territorio di attività due ASL, Chieti e Lanciano-Vasto e L'Aquila e Avezzano-Sulmona, rispettivamente.

Tale situazione operativa ha determinato, negli anni, una situazione di fatto dove gli unici rapporti con la C.O. riguarda la gestione degli interventi territoriali, mentre tutto ciò che attiene a protocolli operativi, gestione e formazione del personale medico, sanitario e tecnico è rimessa o ai competenti Uffici delle ASL o ai singoli dirigenti dei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri dove insistono le U.O. 118.

Le ovvie conseguenze sono: ritardi e omissioni nella formazione e aggiornamento del personale medico, in particolare quello convenzionato, discrepanze operative fra i vari equipaggi, conflitti con i Pronto Soccorso, difficoltà nella gestione degli interventi stessi, mancanza assoluta di coordinamento e gestione dei trasporti secondari rimessi alle direzioni sanitarie dei singoli presidi ospedalieri.

Per le ragioni suesposte e permanendo l'attuale configurazione delle ASL, è prevista, rispettivamente, presso la ASL di Lanciano-Vasto e la ASL Avezzano-Sulmona l'attivazione di una U.O.S. 118 la cui responsabilità verrà affidata ad un medico, su indicazione del Responsabile della competente C.O. 118 e d'intesa con il Direttore Generale della ASL interessata. Tale Unità è, comunque dipendente, sotto l'aspetto organizzativo e funzionale, dalla C.O. 118 provinciale.

A tale Unità operativa sono attribuiti i seguenti compiti:

- Coordinamento/controllo delle attività delle postazioni 118 medicalizzate e non e disciplina dei trasporti protetti in collaborazione attiva con la Centrale Operativa Provinciale 118.
- Integrazione tra Servizi Territoriali e Presidi Ospedalieri, Pronto Soccorso e Terapie Intensiva.
- Espletamento delle attività di formazione e informazione per tutto il personale impegnato nei servizi di emergenza.
- Coordinamento con i competenti uffici dei servizi sanitari di base e delle risorse umane per la piena attuazione delle norme inerenti il personale medico a rapporto di convenzione e dipendente.
- Coordinamento, durante il periodo a maggior afflusso turistico, del potenziamento del servizio di emergenza territoriale.
- Interazione con la Centrale Operativa per l'attivazione dell'elisoccorso, predisponendo adeguate misure di sicurezza per l'atterraggio e il decollo del mezzo aereo.
- Gestisce, distribuisce e controlla le apparecchiature e i presidi medico-chirurgici in dotazione a tutte le U.O. 118 della ASL e controlla le ambulanze in servizio.

#### **PUNTO DI PRIMO INTERVENTO**

In considerazione della riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Abruzzo, dell'istituzione degli ospedali del territorio, della concentrazione negli ospedali maggiori delle reti dell'urgenza-emergenza e dei DEA, nella logica del modello hub e spoke, si ritiene indispensabile implementare i Punti di primo intervento quali unità di " Pronto Soccorso Territoriale ", ove poter dare una prima risposta a patologie di profilo medio-basso, ma attrezzato anche per effettuare un primo soccorso adeguato in caso di accesso di pazienti critici, curando la prima stabilizzazione e il trasporto protetto verso i Presidi Ospedalieri adeguati alla patologia in esame. Questo presidio è affidato ai medici dell'urgenza - emergenza e personale infermieristico. Presso ognuno di questi Punti di Primo intervento staziona una autoambulanza del 118, medicalizzata, che viene utilizzata per gli interventi di soccorso sul territorio e per il trasporto protetto di pazienti critici verso i presidi ospedalieri.

Questa organizzazione configura un modello di assistenza che tende a fare del territorio l'ambito elettivo per la soddisfazione dei bisogni compatibili con le cure primarie, qualificando altresì l'offerta assistenziale ospedaliera che, liberata dalle risorse impropriamente dedicate a funzioni vicarianti del territorio potrà evolvere verso modelli evoluti e sempre più specializzati.

Il punto di primo intervento utilizza la rete telefonica e telematica dell'emergenza e ottimizza la propria attività con le risorse della telemedicina.

I Punti di Primo Intervento/Pronto soccorso territoriali sono ubicati nei presidi ospedalieri riconvertiti ex L.R. 6/2007 e/o altre sedi definite dalla programmazione regionale e/o aziendale.

## 5.4.2. RETE CARDIOLOGICA PER L'INFARTO MIocardICO ACUTO (IMA)

Sulla base delle esperienze internazionali e nazionali sul tema dell'Infarto Miocardico Acuto (IMA), nonché dall'analisi dei Documenti prodotti dalle Società Scientifiche (in particolare dall'ANMCO: Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) è stato articolato il disegno presentato di seguito, fondato sul modello *Hub and Spoke* applicato alla gestione dell'Infarto Miocardico Acuto (IMA).

### MODELLO HUB E SPOKE PER L'IMA

#### **PRIMO LIVELLO *Spoke***

Struttura: Servizio di Cardiologia "di base"

Funzioni:

- *Follow-up* pazienti cardiopatici
- Funzioni specialistiche del distretto
- Gestione ospedalizzazione a domicilio (*home care*)
- Riabilitazione post acuta (continuità di cura)

#### **SECONDO LIVELLO *Spoke***

Struttura: U.O. di Cardiologia

Funzioni:

- le funzioni del primo livello spoke
- *Assistenza in degenza*
- *Diagnostica ambulatoriale*
- *Follow-up attivo del cardiopatico a rischio*

#### **PRIMO LIVELLO HUB**

Struttura: secondo livello spoke + UTIC presente nel presidio

Funzioni:

- le funzioni del secondo livello spoke
- *Assistenza in degenza intensiva*

#### **SECONDO LIVELLO *Hub*<sup>58</sup>:**

Struttura: primo livello Hub + Laboratorio di Emodinamica diagnostico-invasiva (interventistica) presenti nel presidio

Funzioni:

- le funzioni del primo livello hub
- terapia interventistica del territorio di riferimento, provinciale o sovra-provinciale (con almeno 300- 400 Angioplastiche/anno)

#### **TERZO LIVELLO *Hub*:**

Struttura: secondo livello Hub + Cardiochirurgia (abilitata o non al trapianto cardiaco)

Funzioni:

- le funzioni del secondo livello hub
- cardiocirurgia rivolta a popolazione di ambito regionale o sovra-regionale

*N.B.: Sono considerati Spoke tutti i mezzi di soccorso 118. All'interno della Rete flessibilità di "circolazione" di operatori (Spoke-Hub).*

---

<sup>58</sup> La presenza di un Laboratorio di Emodinamica Diagnostica che, comunque, deve garantire 500 procedure complessive di cui almeno 300 coronarografie per il mantenimento dello skill di almeno 2 emodinamisti –(Ital Heart J Supp. Vol 4, nov 2003, pag 908) ma che non svolge attività interventistica non è condizione sufficiente per l'attribuzione di Hub di II livello nel Rete per l' IMA. Si ricorda, come riportato nell'introduzione al § 5.4., che lo stesso centro può essere HUB di livello più elevato nella rete per altre patologie.



L'individuazione delle localizzazioni delle funzioni hub e spoke della rete verrà effettuata sulla base dei seguenti criteri (nel rispetto di quanto disposto dalla LR 6/2007):

**CRITERI DI BASE:**

1. STRUTTURA e ORGANIZZAZIONE delle UU.OO (strutture, organico, tecnologie, ecc.)
2. STRUTTURA e ORGANIZZAZIONE di altre UU.OO. specifiche di presidio (es.: DEA di 2° livello, Rianimaz., ecc.), tecnologie disponibili, personale, ecc.
3. BACINO DI UTENZA
4. RAGGIUNGIBILITA'

*Altri Criteri che saranno definiti dai gruppi di lavoro degli attori della rete*

**CRITERI LEGATI ALLA PRODUZIONE:**

1. ATTIVITA' (es. volumi, performance, livello di complessità degli interventi di inquadramento diagnostico, stratificazione, risposta terapeutica, ecc...)
2. APPROPRIATEZZA
3. ESISTENZA DI PROTOCOLLI OPERATIVI PREDEFINITI INTRAOSPEDALIERI (pronta disponibilità di posti letto per i pazienti acuti, trasferimento pazienti, gestione consulenze, etc.)
4. ESISTENZA DI PERCORSI ASSISTENZIALI PREDEFINITI nelle strutture direttamente coinvolte nella rete,
5. TEMPESTIVITÀ di assistenza per patologie acute, come l'IMA e lo Stroke

*Altri Criteri che saranno definiti dai gruppi di lavoro degli attori della rete*

L'altra attività cardiologica correlata alla rete IMA è quella della **Riabilitazione post-cardiochirurgica e post-acuzie** per la quale :si prevedono due funzioni strettamente correlate:

1. Funzione "hub" di riferimento per le cardiochirurgie e per le Cardiologie con UTIC.
2. Funzione di Riabilitazione ambulatoriale o in D.H. svolta da tutti i cardiologi ospedalieri.

**Gestione dello Scopenso cardiaco**

Per la gestione dello scopenso cardiaco è fondamentale lo sviluppo di un disegno reticolare integrato tra i MMG e gli specialisti, sia distrettuali, sia ospedalieri, a partire dalla "stratificazione" del rischio, dalla conseguente suddivisione dei pazienti in *sub-target* in ragione del grado di avanzamento della loro patologia (che corrisponde ad un diverso livello di complessità assistenziale), e dalla pianificazione di *follow-up* personalizzati e di percorsi assistenziali mirati.

E' importante, inoltre, la strutturazione delle reti intra-ospedaliere (cardiologie- medicine-geriatriche, etc.) e la connessione con la rete della Domiciliarità, delle urgenze e con le Reti per altre patologie, considerato in quest'ultimo caso che l'incidenza maggiore o minore dello Scopenso cardiaco è in rapporto anche con l'efficacia con la quale vengono gestiti, da parte del sistema, i pazienti con IMA e con Diabete Mellito.

Il Modello *Hub and Spoke*, come già detto in altre parti di questo capitolo, si presta per un'applicazione nella gestione di patologie acute. Per lo scopenso cardiaco, tale modello risulta applicabile soltanto nelle componenti strutturate del sistema, ed in particolare nella rete ospedaliera e nella rete degli "ambulatori dedicati", che possono costituire (laddove essi riescano ad integrarsi con i MMG e con la rete ospedaliera), uno strumento molto significativo per ridurre i ricoveri evitabili e per migliorare le caratteristiche del follow-up dei pazienti e la loro qualità di vita.

Nella Regione Abruzzo, pertanto, si prevede la strutturazione di una Rete degli AMBULATORI DEDICATI ALLO SCOMPENSO, secondo la seguente struttura:

- AMBULATORIO *SPOKE* (1° livello), ovvero un ambulatorio inserito a livello distrettuale, extraospedaliero.
- AMBULATORIO *SPOKE* (2° livello) (*Hub* del 1° livello): ambulatorio inserito presso una struttura ospedaliera, suddivisibile, a seconda delle potenzialità interventistiche della struttura (cateterismo, resincronizzazione con stimolazione biventricolare, impianto di defibrillatore, etc.), in livello 2A e 2B.

- **AMBULATORIO HUB (3° livello):** ambulatorio inserito presso U.O. di Cardiologia ospedaliera con Laboratorio di Emodinamica ed Elettrofisiologia interventistica, in grado di garantire la gestione di interventi complessi (CRT, ICD, PM, PTCA, cateterismo, etc.).

### 5.4.3. RETE NEUROLOGICA PER LO STROKE

L'incidenza dell'ictus in Italia, in base ai principali studi epidemiologici disponibili, è di 1,65-2,75 nuovi casi di primo ictus per mille abitanti/anno (Tabella 46).

**Tabella 46 - Studi incidenza di primo ictus in Italia**

	<b>Autori</b>	<b>Anno</b>	<b>Tasso incidenza</b>	<b>Tasso incidenza corretto</b>	<b>Tasso mortalità a 30 gg</b>
Umbria	Ricci et al.	1991	2,54 ‰	1,55 ‰	20,3%
Valle D'Aosta	D'Alessandro et al.	1992	2,23 ‰	2,15 ‰	31%
Veneto	Lauria et al.	1995	2,24 ‰	1,70 ‰	33% (23% a 7 gg)
<b>Abruzzo</b>	<b>Carolei et al.</b>	<b>1997</b>	<b>2,75 ‰</b>	<b>2,37 ‰</b>	<b>25,6%</b>
Calabria	Di Carlo et al.	2003	1,79 ‰	1,99‰	23,7
Sicilia	Iemolo et al.	2002	1,65 ‰	2,45 ‰	38%

Il numero annuale medio di ictus (derivati dalla codifica del solo DRG 14) nel triennio 2002-2004 nella regione Abruzzo è di 2.771 (Tabella 47) con un'incidenza di circa 2,31/1000 abitanti. Tale dato concorda con quello dello studio (2,3/1000) derivato da 7 regioni italiane su una popolazione di 28.854.000 abitanti.

**Tabella 47 - Numero ricoveri per DRG 14 (Ictus Cerebrale) nei presidi ospedalieri delle ASL d'Abruzzo nel triennio 2002-04**

<b>ASL</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Media</b>
Chieti	354	308	315	<b>326</b>
L'Aquila	391	380	441	<b>404</b>
Avezzano-Sulmona	422	453	409	<b>428</b>
Lanciano-Vasto	448	473	446	<b>456</b>
Pescara	602	657	645	<b>635</b>
Teramo	555	526	486	<b>522</b>

Dalla letteratura emerge in modo evidente il valore dato da un'assistenza "organizzata" (*managed care*) al paziente con *Stroke* rispetto all'assistenza cosiddetta "convenzionale".

È stato necessario attendere i risultati di una revisione sistematica dei 23 studi randomizzati controllati disponibili (per un totale di 4.911 pazienti) per evidenziare in modo convincente che i pazienti trattati in centri che offrivano un'assistenza dedicata avevano una prognosi migliore (in termini di sopravvivenza e disabilità) rispetto a quelli ricoverati in reparti di medicina, neurologia e geriatria sprovvisti di modalità assistenziali "ad hoc".

Dal punto di vista quantitativo la superiorità dell'assistenza fornita in un contesto dedicato si concretizza nella prevenzione di un decesso ogni 33 pazienti trattati e nel rientro a domicilio, in condizioni di autonomia funzionale, di un caso in più ogni 20 trattati. I benefici si manifestano in tutti i pazienti senza differenze di sesso, età, tipo e gravità del deficit (*Stroke Unit Trialist's Collaboration 2004, Cochrane Review*).

Anche per lo stroke c'è consenso unanime sulla validità del modello *Hub and Spoke*, ed è già previsto nel Documento della Commissione Tecnico-Scientifica del 2005<sup>59</sup>.

### **IL DISEGNO DELLA RETE**

La forma denominata Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN) è certamente quella più diffusa e tutte le indicazioni di letteratura concordano con la necessità di adattare le scelte del "tipo" di *Stroke Unit* alle caratteristiche del contesto, *in primis* la domanda di salute, la struttura dei servizi già disponibili e le loro potenzialità attuali, la tipologia e le potenzialità dell'istituto (il presidio ospedaliero) nel quale è allocata la *Stroke Unit*.

La *Stroke Unit* non va pertanto pianificata in modo asettico ed isolato, ma all'interno del *sistema organizzativo* nel quale essa si trova ad operare; all'interno, cioè, di una serie di connessioni significative a livello locale (il 118 ed il Pronto Soccorso sono di fatto uno *spoke* del sistema assistenziale), ed all'interno della struttura complessiva del più ampio sistema regionale.

E' utile orientarsi verso forme "miste" di *Stroke Unit*, nelle quali, oltre all'acuzie, si cerchi di valorizzare al massimo la disponibilità e lo sviluppo di questa funzione importantissima per il recupero dell'autonomia del paziente e per la sua qualità di vita. Ogni contesto locale, comunque, in ragione della propria storia e delle proprie potenzialità e coerentemente con il disegno regionale delle reti, articolerà la struttura di rete nella maniera più idonea.

La Tabella 48 mostra il disegno della Rete.

---

<sup>59</sup> In data 13/10/2005 è stata istituita presso la Direzione Sanità della Regione Abruzzo (con Determinazione n. DG 9/14) una Commissione Tecnico-Scientifica con funzione di programmazione organizzativa nell'ambito degli interventi concernenti l'ictus. Questa commissione ha redatto un documento "Progetto di un percorso diagnostico-assistenziale e di una rete regionale per il trattamento del paziente con ictus". Il documento è stato successivamente recepito dall'Assessore ed approvato dai Direttori Generali delle ASL abruzzesi.

**Tabella 48 – Disegno della rete dello Stroke**

SCHEMA DELLE STRUTTURE		
<p>Per <i>stroke unit</i>, (o Unità di Trattamento Neurovascolare: <i>UTN</i>) si deve intendere "una unità di 4-16 letti in cui i malati con ictus sono seguiti da un gruppo multidisciplinare di infermieri, di tecnici della riabilitazione e di medici competenti ed esclusivamente dedicati alle malattie cerebrovascolari (in grado di svolgere le funzioni fondamentali, sia di tipo diagnostico, sia di tipo terapeutico)"</p>		
<p><u>CENTRO TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (CTN)</u> (in P.O. DI 3° LIVELLO) CON <i>UTN</i> di tipo COMBINATO (ACUTO- RIABILITATIVO) (*)</p> <p>E' una struttura preposta ad assistere pazienti con <i>stroke</i> complicato, con emorragia intracerebrale o subaracnoidea e tutti quelli che necessitano di specifici interventi (ad es., chirurgia o procedure endovascolari).</p> <p>(*) Le <i>Stroke Unit (UTN)</i> possono essere anche di tipo "acuto", ma nella Regione Abruzzo al momento la scelta del modello combinato è ritenuta la soluzione più adatta a garanzia dell'integrazione e continuità ed assistenziale.</p>	<p><i>UTN</i> (di 2° livello**) inserita in un contesto con i seguenti requisiti minimi: Neurochirurgia, Chirurgia vascolare, Neuroradiologia interventistica e Servizi di Cardiologia</p> <p>** Il 1° o 2° livello della <i>UTN</i> è correlato alle potenzialità interne alla <i>Stroke Unit</i> o alle potenzialità complessive del Presidio ospedaliero (Istituto) nel quale è allocata la <i>Stroke Unit</i>.</p>	<p>HUB 3° LIVELLO</p>
<p><u>UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (UTN):</u> (in P.O. DI 2° LIVELLO) 1. di tipo COMBINATO (ACUTO-RIABILITATIVO)</p> <p>Ha personale, programmi, <i>expertise</i> ed infrastruttura per assistere pazienti con <i>stroke</i> non complicato. Utilizza terapie dell'acuzie (come rtPA endovenoso).</p>	<p><i>UTN</i> (di 1° livello)</p> <p>È auspicabile che in un ospedale di secondo livello gli esami di laboratorio e lo studio radiologico con TC e/o RM siano effettuati entro il tempo massimo di 60 minuti dal ricovero e siano possibili gli interventi terapeutici con trombolitici per via generale o locoregionale entro 3 ore dall'esordio dei sintomi. La consulenza del neurochirurgo deve essere disponibile nel tempo massimo di due ore.</p>	<p>HUB 2° LIVELLO, SPOKE DEL 3° LIVELLO</p>
<p><u>SERVIZIO TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (STN)</u> (in P.O. di 1° livello <i>senza UTN</i>)</p>	<p>Dotati di un gruppo dedicato (<i>Stroke Team</i>) ma non attrezzati per la terapia, si limitano alla diagnosi ed alla stabilizzazione (ove possibile, ricorso alla consulenza di telemedicina), con invio dei pazienti "non- gestibile" al 2° livello (cioè paziente severo o acuto entro le 3 ore dall'evento).</p> <p>GARANZIE MINIME per ogni struttura che riceve paziente con <i>stroke</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC entro 24 ore</li> <li>- Valutazione immediata da parte di personale medico esperto nella gestione dello <i>stroke</i></li> <li>- Valutazione da parte di personale paramedico (terapisti della riabilitazione) entro 24-48 h</li> <li>- TC e Laboratorio disponibile 24 h e con consulenze cardiologiche e neurologiche immediate</li> </ul> <p>+ possibilità di studio dei vasi del collo ed intracranici e cavità cardiache</p> <p>In ogni caso garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso del catetere vescicale solo se necessario,</li> <li>- Prevenzione delle lesioni cutanee e dei blocchi articolari,</li> <li>- Alimentazione-idratazione adeguate anche ai disfagici,</li> <li>- Trattamento dell'iperpiressia,</li> <li>- Prevenzione e trattamento delle complicanze infettive</li> <li>- Ricorso precoce alla mobilitazione, agli interventi riabilitativi motori e neuropsicologici.</li> </ul>	<p>SPOKE 1° LIVELLO CON <i>STN</i></p> <p>Il <i>Team</i> ospedaliero indicato dalla letteratura consta, al minimo, di un medico ed un altro operatore h 24, che intervengono su chiamata nel tempo massimo di 15 minuti, con rapporti con il Dipartimento di Emergenza, che è parte integrante del <i>CTN</i>, e con il 118 (le ambulanze 118 ed i PS sono considerati centri <i>Spoke</i> del sistema)</p> <p>Il modello organizzativo "stroke team" che, utilizzando linee guida e protocolli, ha la funzione di diffondere anche in centri periferici la cultura dell'ictus, può trovare applicazione immediata dove già sono presenti competenze e risorse e disponibili e nelle situazioni geografiche particolarmente sfavorevoli.</p>

#### 5.4.4. RETE ONCOLOGICA

I tumori continuano a rappresentare la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari.

L'**incidenza** in aumento è in parte sostenuta da quei casi in cui la diagnosi è stata anticipata attraverso gli screening. Più casi dunque, più precoci, con una prognosi migliore, e di conseguenza un netto miglioramento dell'indicatore della sopravvivenza a cinque anni.

In **Abruzzo**, pur in assenza di dati regionali il carico stimato di casi di tumore è pari a quello delle regioni del Centro.

Infatti, recenti stime (ISS - età 0-84 anno 2005) documentano che, in Abruzzo, l'incidenza di tutti i tumori è pari a 284 (tasso standardizzato) per 100.000 nei maschi e 207 (tasso standardizzato) per 100.000 nelle donne e la mortalità è di 173 (tasso standardizzato) per 100.000 nei maschi e di 89 (tasso standardizzato) per 100.000 nelle donne.

Nonostante l'epidemiologia relativa all'universo oncologico offra uno scenario incoraggiante sia sotto il profilo della sopravvivenza sia a livello di remissione, il problema del percorso clinico- assistenziale da proporre al paziente oncologico resta uno dei nodi più impegnativi che il servizio sanitario pubblico si trova a dover organizzare.

Tale problema nasce dal fatto che la gestione del paziente oncologico configura, inevitabilmente, percorsi assistenziali spesso di lunga durata che necessitano di strutture specifiche ed adeguatamente attrezzate e il coinvolgimento di diverse specialità cliniche.

*In tale ambito le singole azioni cliniche devono trovare un filo conduttore comune, per coordinare e ricomporre l'intero processo del paziente tenendo presente gli aspetti relativi all'umanizzazione delle prestazioni erogate.*

In Abruzzo, il Piano Oncologico Regionale approvato con Legge Regionale n. 61 del 1996 ha individuato come strutture deputate all'organizzazione e all'assistenza oncologica regionale la Commissione Oncologica Regionale, le Strutture a Valenza Regionale e 6 *Comprensori Oncologici*, dedicati ognuno al bacino di utenza di una Azienda Sanitaria Locale ed articolati in Unità Operative di degenza, di Day Hospital, Ambulatori e assistenza territoriale. Inoltre, nell'ambito dei Comprensori sono presenti afferenze funzionali con altre specialità.

##### **Aspetti clinico-organizzativi**

Il problema della cura dei tumori rimane uno dei nodi più impegnativi che il Servizio sanitario pubblico si trova a dover sciogliere. Se dal punto di vista clinico, infatti, non mancano difficoltà, in termini organizzativi e gestionali, i problemi che ne derivano risultano altrettanto complessi.

- **Le patologie** oncologiche presentano le peculiarità di essere **trasversali**, cioè di coinvolgere potenzialmente quasi tutte le specialità cliniche e di colpire in più del 50% dei casi pazienti con oltre 65 anni di età, quasi sempre afflitti da altre patologie croniche.
- **Le terapie** si svolgono in strutture specifiche (reparti ospedalieri, day hospital, ambulatori, ambito domiciliare) che vanno dotate, a seconda dei casi, di attrezzature adeguate alle diverse necessità del paziente.
- **I percorsi** di cura presentano innumerevoli sfaccettature, risultando, spesso, di lunga durata.

E' proprio per le complessità clinico-organizzative caratteristiche del settore oncologico, così come per la frammentarietà dei percorsi di cura e assistenza oggi presenti in Abruzzo, con il conseguente rischio di una graduale dispersione di risorse umane e materiali, che è necessario riorganizzare i servizi volta a ottimizzare l'intero processo di *management* dei pazienti oncologici.

Il principio fondamentale ispiratore su cui si fonda una **RETE ONCOLOGICA** è quello della centralità del paziente e della **presa in carico globale e continua della persona malata**.

La rete ha come obiettivo quello di contribuire ad alimentare un processo virtuoso di integrazione fra ospedale e territorio, avvicinando sempre più i servizi alla persona malata e al suo contesto e garantendo nel tempo:

- il superamento delle disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari erogati;
- il raggiungimento di sempre più elevati standard di trattamento;
- una maggiore semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e terapia;
- il graduale avvicinamento dei servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura.

La Rete Oncologica è costituita dal **Comitato Regionale di Coordinamento della Rete Oncologica** (CRCRO) e dai **Poli Oncologici**.

Il **Comitato Regionale di Coordinamento della Rete Oncologica** (CRCRO) è costituito dai rappresentanti delle diverse discipline afferenti alla diagnostica e al trattamento di patologie oncologiche.

In particolare fanno parte del CRCRO:

- i coordinatori dei poli;
- i radioterapisti (Direttori delle Unità di Radioterapia);
- il direttore Agenzia Sanitaria Regionale;
- un epidemiologo dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
- un medico della Direzione Sanitaria dell'Assessorato Regione Abruzzo;

Inoltre, verranno individuati e nominati ogni due anni:

- fino a 3 chirurghi dedicati alle patologie oncologiche;
- fino a 2 anatomo patologi;
- un medico di medicina generale.

Tale gruppo di lavoro verrà integrato con la partecipazione di altri specialisti dedicati alla diagnostica e al trattamento di patologie oncologiche (radiologi, radiologici interventisti, patologi clinici ecc..) che verranno di volta in volta individuati.

Compiti del CRCRO sono:

- Definire linee guida di comportamento pratico ed i percorsi assistenziali per alcune delle patologie neoplastiche.
- Monitorare la loro applicazione nei vari punti della Rete.
- Mettere a disposizione valutazioni di tipo scientifico su nuove modalità terapeutiche.
- Avviare attività di ricerca volte alla valutazione della qualità di cura e, se necessario, sul profilo di tossicità dei diversi presidi terapeutici.

Per ciò che attiene la politica del farmaco, il CRCRO opererà congiuntamente alla Commissione Regionale del Farmaco e coerentemente con le decisioni dalla stessa assunte .

Il Comitato avrà sede presso l'Agenzia Sanitaria Regionale presso la quale sarà anche individuata una segreteria organizzativa.

Il Comitato è presieduto, dal Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale o da un suo delegato.

Il Presidente ha le seguenti funzioni:

- Convoca e presiede il CRCRO
- Ratifica e dispone la messa in atto delle decisioni prese dal CRCRO

Inoltre, di volta in volta il Comitato di Coordinamento Regionale della Rete Oncologica regionale andrà a costituire, per specifici problemi e percorsi assistenziali, dei gruppi di lavoro con collaborazione di altre figure professionali.

I **Poli Oncologici**, coincidenti con i Comprensori oncologici esistenti nella Regione, sono una aggregazione funzionale di U.O. e di Servizi che intervengono sul percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti affetti da patologie neoplastiche.

Le predette U.O. e Servizi possono essere collegati in Dipartimenti strutturali e/o aggregazioni funzionali.

Le Direzioni Generali Aziendali, predispongono, con uno specifico atto aziendale, entro 3 (tre) mesi dall'approvazione del presente Piano Sanitario Regionale la formalizzazione del Polo Oncologico con l'individuazione di tutte le U.O. e i Servizi quali parti integranti del Polo stesso.

Il coordinatore del Polo Oncologico è il Direttore dell'U.O. di Oncologia Medica.

// **Centro di Indirizzo al Percorso clinico** e il **Gruppo Interdisciplinare Cure** rappresentano i due **elementi strutturali della Rete** più importanti e **innovativi**: grazie ad essi è possibile realizzare il principio della presa in carico globale e continua del paziente.

#### **Centro di Indirizzo al Percorso clinico**

Il Centro di Indirizzo al Percorso clinico è una struttura operativa **da creare ex-novo** collocata nell'ambito dei Poli Oncologici. Il Centro di Indirizzo al Percorso clinico, accoglie i pazienti, li indirizza ai Gruppi Interdisciplinari Cure da esso attivati, ne assicura la presa in carico iniziale e il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico, tenendo traccia del loro percorso diagnostico-terapeutico. Il Centro di Indirizzo al Percorso clinico è il punto di riferimento assistenziale per il paziente che:

- accoglie, al suo arrivo, il paziente indirizzatogli dal medico di famiglia o proveniente da altre strutture/reparti;
- informa circa le modalità di accesso ai servizi e le prenotazioni, le professionalità disponibili, i centri specializzati, gli orari, ecc...;
- attiva il gruppo Interdisciplinare Cure;
- garantisce che i percorsi diagnostico-terapeutico e assistenziale siano effettuati secondo le modalità interdisciplinari, gestendone anche l'iter amministrativo;
- verifica la continuità assistenziale, controllando che vi sia sempre un soggetto (Gruppo Interdisciplinare Cure, Unità operativa, medico di medicina generale, ecc..) che abbia in carico il paziente;
- aggiorna e conserva la documentazione informatica, tra cui un database sulle patologie trattate, sulle cartelle cliniche dei pazienti, ecc;
- mantiene costanti rapporti con gli altri Centri Accoglienza e Servizi della Rete.

#### **Gruppo Interdisciplinare Cure**

A differenza del Centro Accoglienza e Servizi, il Gruppo Interdisciplinare Cure non rappresenta una struttura creata ex novo, bensì una **nuova modalità operativa** di strutture terapeutiche già esistenti resa possibile dal lavoro interdisciplinare svolto da tutte le professionalità mediche direttamente interessate al percorso diagnostico-terapeutico conseguente a una determinata patologia oncologica.

Il Gruppo Interdisciplinare Cure, composto da medici appartenenti a differenti Unità operative, interne o esterne al Polo Oncologico, stabilisce ed applica il trattamento terapeutico appropriato:

- Prende in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, il che comporta anche l'eventuale prescrizione e la prenotazione di esami nonché la definizione di uno scadenziario di visite;
- comunica al Centro di Indirizzo al Percorso clinico la presa in carico di un paziente il cui ingresso non sia stato registrato direttamente dal Centro stesso;
- cura il paziente nel rispetto dei protocolli procedurali in vigore;
- discute collegialmente i casi trattati, definisce e applica un iter terapeutico univoco nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi;
- assicura l'adeguata comunicazione con il paziente e i suoi familiari, nel pieno rispetto del codice deontologico.

Sono integrati in modo funzionale con i Poli Oncologici i medici appartenenti alle diverse branche specialistiche del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) che si occupano della strategia terapeutica dei pazienti oncologici nonché i servizi farmaceutici aziendali (ospedalieri e territoriali) sia per le funzioni di preparazione e manipolazione dei farmaci antitumorali, sia per il governo delle reazioni avverse a tali farmaci, sia per l'epidemiologia dell'utilizzo dei farmaci.

Il Polo Oncologico, attraverso il *Centro di Indirizzo al Percorso clinico* svolge attività di facilitazione dei percorsi e di supporto nei confronti di tutte le strutture ospedaliere ed ambulatoriali, alle quali spettano direttamente le attività che coinvolgono direttamente il paziente e che vanno dalla diagnosi e alla terapia, alla degenza ordinaria e di day hospital, al follow-up e alle cure domiciliari.

### **Il ruolo del medico di famiglia**

E' ampiamente riconosciuto il ruolo fondamentale svolto dai medici di famiglia nell'ambito della **prevenzione**, sia primaria (informazione/sensibilizzazione) che secondaria (programmi di screening), dei tumori nonché nell'azione di **monitoraggio** dei presidi terapeutici e a livello di **intermediazione** tra la medicina territoriale e quella ospedaliera.

Il medico di medicina generale, attraverso l'attività svolta sul territorio e il contatto immediato e continuativo con tutti gli utenti del Servizio sanitario, dovrà contribuire in maniera sostanziale al consolidamento della Rete Oncologica, essendo coloro che, nella maggior parte dei casi, per primi introducono il paziente nell'ambito della Rete stessa, presentandola e proponendola come modalità di cura e di assistenza.

Il contributo del medico di famiglia rappresenta uno dei nodi indispensabili allo sviluppo della Rete. Egli, infatti, agendo in qualità di intermediatore fra territorio e ospedale, potrà contribuire ad alimentare il dialogo ed il rapporto di **collaborazione** professionale tra i vari operatori sanitari; la sua presenza stabile e capillare sul territorio, inoltre, permette di creare innumerevoli punti di accesso alla Rete.

L'apporto del medico di famiglia risulta di estrema rilevanza durante tutto l'iter seguito dal paziente all'interno della Rete, anche nell'eventuale fase terminale che il malato, con o senza il supporto dei propri familiari, si trovi a dover affrontare, sia nell'ambito di una struttura sanitaria sia, a livello domiciliare.

### **Il paziente oncologico**

Per la sua estrema fragilità (fisica e psicologica) il paziente oncologico necessita di calore umano, perciò la vicinanza di parenti e amici è di estrema importanza. Ha bisogno di capire e di elaborare ciò che gli sta accadendo e in quale direzione sta andando. Non può permettersi il lusso di sprecare il suo tempo.

Il suo percorso, nelle varie fasi che la malattia può comportare, sarà guidato e informato grazie sia all'attività svolta dal Centro di Accoglienza e Servizi di riferimento sia al contributo costante del medico di famiglia, ma soprattutto grazie all'effettiva integrazione fra strutture ospedaliere e territoriali e alla modalità operativa multidisciplinare svolta da tutti i soggetti che gravitano attorno al paziente nelle varie fasi della malattia.

### **L'accesso alla Rete Oncologica**

Il medico di medicina generale indirizza il paziente verso la Rete seguendolo durante tutto l'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale. L'accesso alla Rete potrà avvenire anche tramite l'intervento del medico specialista, la partecipazione del paziente ad un programma di screening o il suo passaggio dal Pronto soccorso o da altro reparto ospedaliero.

I principali obiettivi da perseguire nel triennio possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- ◆ Formalizzazione dei Poli Oncologici (da parte delle Direzioni generali aziendali - entro 3 mesi dall'approvazione del PSR)
- ◆ Nomina dei componenti del CRCRO (da parte della regione - entro 3 mesi dall'approvazione del PSR)
- ◆ Attivazione del Centro di Indirizzo al Percorso clinico e del Gruppo Interdisciplinare Cure (da parte delle Direzioni generali aziendali - entro 6 mesi dall'approvazione del PSR)
- ◆ Definizione dei percorsi clinico-assistenziali partendo dalle patologie oncologiche più rappresentative (Gruppi di lavoro regionali - entro il 2008)
- ◆ Attivazione dei percorsi clinico-assistenziali (entro il 2009)



## 5.4.5. RETE EMATOLOGICA

La Regione Abruzzo, considerato che nel proprio territorio da tempo sussiste una significativa incidenza e prevalenza di malattie del sangue (dati Osservatorio Epidemiologico Regionale), che tali patologie richiedono un approccio assistenziale molto diversificato in termini di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza domiciliare e terapie palliative, già nel 1998 ha istituito la Rete Ematologica Regionale (Legge Regionale n° 5 del 3 Febbraio 1998).

A dieci anni dalla sua istituzione, la Rete Ematologia Regionale ha comportato per i malati ematologici un miglioramento complessivo della qualità delle cure.

Tuttavia in considerazione dell'aumentata incidenza di queste patologia e della disponibilità di cure innovative più efficaci è necessario un programma di potenziamento, razionalizzazione e riorganizzazione della Rete Ematologia Regionale per garantire una uniforme efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni assistenziali e per evitare, in alcuni ambiti territoriali, il fenomeno della mobilità extraregionale.

### **Obiettivo strategico del processo di potenziamento**

- Rendere più efficiente l'attuale modello organizzativo rafforzando gli "strumenti di rete", in modo tale consentire un maggiore governo del sistema attraverso l'integrazione di tutti processi assistenziali dedicati al paziente ematologico.
- Potenziare e razionalizzare la capacità di offerta assistenziale delle Aziende Sanitarie regionali e facilitare l'accesso alle cure specialistiche e la continuità dell'assistenza a tutti i pazienti ematologici.
- Rendere più competitiva la struttura di offerta delle Aziende Sanitarie soprattutto nei territori di confine, esercitando così un maggiore controllo sui flussi migratori dei pazienti ematologici, orientando la domanda assistenziale verso le strutture sanitarie regionali.

### **Obiettivi assistenziali della Rete Ematologia Regionale.**

Gli obiettivi assistenziali della Rete Ematologia Regionale sono i seguenti:

- recuperare la centralità del malato ematologico, garantendo a tutti i pazienti la realizzazione di un processo assistenziale ottimale (multidisciplinare ed interdisciplinare), che preveda il coordinamento e l'integrazione funzionale di tutti i livelli di intervento necessari in termini di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza domiciliare e terapie palliative con tempestività ed efficacia,
- Garantire il miglioramento delle prestazioni assistenziali attraverso attività di formazione continua e la partecipazione a programmi di ricerca clinica e biomedica (arruolamento di pazienti in studi clinici controllati).

### **Riferimenti della programmazione regionale**

Al fine di qualificare e razionalizzare l'intervento della Regione nella gestione delle malattie del sangue viene ridefinita la Rete Ematologica Regionale sulla base di quanto previsto dalla Legge Regionale n° 5 del 3 Febbraio 1998 e di quanto previsto dal piano di riordino della rete ospedaliera definito con Legge Regionale n° 6 del 20.04.07.

### **Criteri organizzativi della rete ematologia regionale.**

La Rete Ematologia Regionale si propone di fornire strumenti per facilitare l'integrazione fra le strutture ematologiche regionali, di regolamentare e possibilmente uniformare le attività diagnostico-terapeutiche-assistenziali, nel rispetto dell'autonomia delle singole strutture ma anche in relazione al livello di competenza e di tecnologie disponibili.

Per raggiungere questi obiettivi occorre facilitare lo scambio d'informazioni, definire percorsi diagnostico-terapeutici e programmi di cura condivisi, perseguire un uso appropriato dei ricoveri per acuti ed una più razionale ospedalizzazione in regime di Day Hospital, anche in stretta collaborazione con i Dipartimenti di Medicina Generale e di Medicina Trasfusionale.

### Il Centro Regionale di riferimento

La Rete ematologia Regionale è organizzata secondo il modello Hub & Spokes, nel quale il Dipartimento di Ematologia della ASL di Pescara conferma la funzione di Centro di riferimento regionale per l'Ematologia Clinica ed il Trapianto Emopoietico ed la vocazione assistenziale di "Centro di eccellenza", concentrando tutte le strutture specialistiche necessarie per l'assistenza ematologia ed onco-ematologica di elevata specializzazione e sviluppando livelli assistenziali coerenti. Al Centro Regionale di riferimento sono attribuite le funzioni già previste dall'art. 3 della Legge Regionale n° 5 del 3 Febbraio 1998 ed in particolare:

- a) Prevenzione primaria e diagnosi delle emopatie costituzionali e delle coagulopatie congenite
- b) Trattamento dei pazienti con empatie acute e patologie croniche in regime di ricovero ordinario, di DH o ambulatoriale
- c) Il trattamento di pazienti con empatie acute sottoposti a terapia intensiva e/o trapianto emopoietico
- d) Attività di didattica e di formazione del personale specialistico
- e) Elaborazione di protocolli sperimentali per lo sviluppo di terapie e tecnologie avanzate

### La rete specialistica di primo livello

Alle altre strutture ematologiche regionali viene demandato il ruolo di "antenne assistenziali" di primo livello, per la gestione dei programmi di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione ed il trattamento non intensivo dei pazienti ematologici ed onco-ematologici.

La rete delle strutture specialistiche di primo livello consente di assistere i pazienti ematologici nei rispettivi territori di provenienza, attraverso l'utilizzo di strutture specialistiche ambulatoriali, Day-Service, Day-Hospital e, ove fosse necessario, dei posti letto di area funzionale medica. Le prestazioni erogate dalla rete specialistica di primo livello comprendono:

- Diagnosi, stadiazione e impostazione del programma terapeutico sulla base di protocolli condivisi.
- Somministrazione di chemioterapia e immunoterapia.
- Somministrazione di terapie di supporto.
- Follow-up.
- Coordinamento dell'assistenza domiciliare e terapie riabilitative.
- Supporto per la gestione della fase terminale.

Le strutture appartenenti alla rete ematologia di primo livello si avvalgono di Laboratori di base e specialistici dedicati, ubicati presso i Servizi di Patologia Clinica, Medicina Trasfusionale, Citologia ed Anatomia Patologica delle proprie Aziende Sanitarie, nonché dei Laboratori specialistici collegati al Centro Regionale di riferimento.

### **Le strutture della Rete Ematologia Regionale**

La Rete Ematologia Regionale è costituita dalle seguenti strutture:

#### USL PESCARA

Dipartimento di Ematologia:

- U.O. Ematologia Clinica con posti letto dedicati, compresa l'Onco-ematologia Pediatrica
- U.O. Trapianto Emopoietico con posti letto dedicati
- Servizio delle Malattie Emorragiche e Trombotiche con annesso Centro Regionale delle Malattie Rare del sangue e degli organi emopoietici (Ordinanza Regionale D.G. 03 del 30.01.02)
- D.H. di Ematologia presso il P.O. di Popoli aggregato al Servizio Trasfusionale

Il Dipartimento di Ematologia si avvale dei Laboratori specialistici di 1°, 2° e 3° livello e dell'U.O.C. di Microbiologia e Virologia Clinica, ubicati presso Dipartimento di Medicina Trasfusionale, e del Servizio di Genetica Medica.

#### ASL LANCIANO-VASTO

- DH di Ematologia presso il P.O. di Vasto con posti letto AFO aggregato al Servizio Trasfusionale.

#### ASL TERAMO

- DH di Ematologia presso il P.O. di Teramo con posti letto AFO

#### ASL CHIETI

- DH Ematologia presso il P.O. di Chieti aggregato al Servizio Trasfusionale

#### ASL AVEZZANO/SULMONA

- DH di Ematologia presso il P.O. di Avezzano con posti letto AFO
- DH di Ematologia presso il P.O. di Sulmona con posti letto AFO aggregato al Servizio Trasfusionale

#### ASL L'AQUILA

- DH di Ematologia presso il P.O. di L'Aquila con posti letto AFO

### **La Commissione Ematologia Regionale**

Le relazioni organizzative e funzionali all'interno della rete verranno organizzate per specifici ambiti di intervento organizzativo e assistenziale. A tale scopo la Rete Ematologia Regionale si avvale della Commissione Ematologia Regionale, che svolge funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, organizzativo e di supporto alla programmazione regionale, con l'obiettivo di garantire l'uniformità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, l'appropriatezza e la congruità degli interventi assistenziali.

La commissione Ematologia Regionale è composta dai seguenti membri:

- Assessore Regionale alla Sanità o un suo delegato
- I responsabili delle strutture ematologiche regionali
- Il Dirigente del Dipartimento di Medicina trasfusionale responsabile dei laboratori specialistici avanzati compresi i laboratori di manipolazione cellulare
- Un esperto di Epidemiologia e di percorsi assistenziali dell'ASR-Abruzzo
- Un dipendente Regionale con funzione di segretario

La Commissione Ematologia Regionale si propone i seguenti obiettivi:

- 1- Implementare lo scambio d'informazioni tra i Centri possibilmente attraverso la realizzazione di un data base regionale dei pazienti con le patologie di maggiore rilevanza (Linfomi, Mieloma, Leucemie), da gestire attraverso un collegamento in rete delle strutture.
- 2- Definire percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per le patologie di maggiore prevalenza (linfomi, Mieloma, Leucemie). In particolare, entro tre mesi dalla sua istituzione la Commissione deve provvedere alla elaborazione dei PAC per le tre principali patologie elencate.
- 3- Definire ed approvare, congiuntamente alla Commissione Regionale del Farmaco, protocolli terapeutici condivisi, in linea con le raccomandazioni delle Società scientifiche e nel rispetto delle direttive Regionali e dell'AIFA sull'impiego dei farmaci antitumorali. I risultati dei protocolli condivisi debbono essere oggetto di una valutazione dell'outcome in un Report annuale, ma anche attraverso eventi scientifici o pubblicazioni.
- 4- Individuare gruppi di lavoro preposti a definire i requisiti minimi necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture ematologiche, al fine di garantire livelli uniformi di assistenza. I gruppi di lavoro, entro 6 mesi, debbono elaborare un documento da sottoporre all'Agenzia Sanitaria Regionale.
- 5- Collaborare con l'ASR-Abruzzo all'attivazione ed aggiornamento di un registro regionale delle emopatie, al fine di rilevare in maniera più accurata la reale frequenza delle patologie ematologiche di maggiore rilevanza in termini di peso economico-assistenziale, soprattutto con l'obiettivo di definire bisogni territoriali, l'entità dei flussi migratori ed orientare la destinazione delle risorse.
- 6- La Commissione deve elaborare programmi di ricerca clinica e di laboratorio, anche in collaborazione con istituzioni scientifiche Nazionali ed Internazionali.
- 7- La Commissione deve elaborare programmi di aggiornamento del personale sanitario
- 8- Deve individuare strumenti idonei di integrazione funzionale con le altre Reti regionali coinvolte nei processi diagnostico terapeutici dei pazienti ematologici.

Per lo svolgimento delle attività di cui sopra, la Commissione Ematologia si avvale di gruppi di lavoro interdisciplinari e multidisciplinari.

## 5.4.6. RETE-NEFRODIALITICA

L'incidenza ed il peso sociale delle nefropatie sono in costante aumento in Italia e nel mondo e richiedono un impegno crescente delle strutture sanitarie e l'impiego di notevoli risorse finanziarie, strumentali ed umane.

Recenti dati internazionali confermano un incremento significativo dell'Insufficienza Renale Cronica (IRC) di grado lieve con una prevalenza del 9 % nella popolazione maschile e dell'8 % in quella femminile.

La terapia sostitutiva della funzione renale rappresenta nei paesi industrializzati una delle voci più gravose della spesa sanitaria.

Questo dato è significativamente cresciuto nell'ultimo decennio dato che, con le tecniche e le risorse attuali, il trattamento emodialitico si è esteso anche a fasce di età avanzate (oltre i 90 anni) e a tutti i pazienti affetti da patologie gravi associate all'uremia, che, negli anni '70 venivano esclusi dai trattamenti sostitutivi della funzione renale.

L'IRC è, pertanto, una realtà di grande impatto clinico-sociale-economico sul Servizio Sanitario per tre fattori principali:

- 1) il numero di pazienti affetti da IRC è in costante ascesa per l'aumento di età della popolazione generale e delle patologie ad essa correlate, soprattutto ipertensione arteriosa e diabete mellito tipo 2, che rappresentano oggi le principali cause di IRC;
- 2) la mortalità e la morbilità cardiovascolare nell'IRC sono significativamente elevate sia nei pazienti in trattamento conservativo che in quelli sottoposti a trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale).
- 3) i trattamenti dialitici sono una terapia ad alto costo sia sociale (il paziente dializzato deve dedicare molte ore settimanali alla terapia sostitutiva) sia economico (le spese sanitarie per ogni paziente sono dell'ordine di 40000-50000 euro/anno).

I costi puri della terapia sostitutiva sono poi amplificati da quello delle comorbidità (in particolare quella cardiovascolare) che è in continua crescita con conseguente aumento del numero di pazienti ad alta complessità dialitica, dell'ospedalizzazione dei pazienti dializzati, del significativo tasso di disabilità permanente, delle necessità sociali e del carico assistenziale ed emotivo sulle stesse famiglie.

I dati del **Registro Abruzzo di Dialisi e Trapianto** mostrano come anche nella nostra Regione vi sia stato, e continui ad esserci, un progressivo e costante incremento negli anni del numero di pazienti in terapia sostitutiva renale. La prevalenza di tali pazienti è infatti passata da 865 per milione di persone (pmp) nel 2003 a 885 nel 2004 e 907 nel 2005, arrivando a 935 nel 2006, con un incremento annuo medio pari al 2.5%. Al 31.12.2006, risultavano essere in trattamento dialitico cronico in Abruzzo 992 pazienti. Di questi, oltre la metà ha un'età superiore ai 65 anni.

Anche la incidenza, ossia i pazienti che nel corso dell'anno solare di riferimento hanno cominciato una terapia sostitutiva renale cronica, è in progressivo aumento in Abruzzo. Si è infatti passati da 153.9 pmp nel 2003 a 164.6 nel 2006 (incremento del 7%). Nell'anno 2006 la fascia di età più numerosa nell'ambito dei nuovi ingressi in dialisi è stata rappresentata dai soggetti ultrasessantacinquenni.

Alla luce dei suddetti dati epidemiologici avremo nella nostra Regione, nell'anno in corso, circa 215 nuovi ingressi (rispettivamente 50 circa/anno nelle Province di L'Aquila, Pescara e Teramo e 65 nella Provincia di Chieti) con un tasso di crescita dei pazienti incidenti di circa il 2% annuo. Conseguentemente il numero dei pazienti prevalenti (attualmente 992), al netto di trapianti e decessi, crescerà di circa il 2,5% annuo.

Per quanto riguarda la degenza nefrologica il fabbisogno complessivo di posti letto è di 50-60 posti letto/ milione di abitanti (10% dei quali per "day-hospital") pari, al minimo, ad un posto ogni 20.000 residenti. La necessità di ricovero per i pazienti dializzati è di 0.8-1 ricovero per paziente per anno con degenza media di dieci giorni circa.

### OFFERTA

In Abruzzo sono presenti 23 Centri di Dialisi, di cui 21 (91.3%) pubblici, di cui 2 territoriali a gestione mista pubblico-privato, 1 (8.7%) privato provvisoriamente accreditato ed 1 privato solo autorizzato.

La dislocazione nel territorio risulta la seguente: 8 centri in Provincia di Chieti di cui uno territoriale, 4 in Provincia di Teramo di cui uno territoriale, 4 in Provincia di Pescara e 7 in Provincia de L'Aquila di cui uno privato provvisoriamente accreditato ed uno privato solo autorizzato.

Attualmente l'offerta dei posti letto tecnici di dialisi globale è di 201 pmp, insufficiente a coprire le crescenti necessità della popolazione nei due turni giornalieri previsti ed inferiore del 10% circa alla media nazionale (219 p.m.p.). Tale situazione viene parzialmente compensata dalla percentuale di penetrazione della dialisi peritoneale significativamente superiore alla media nazionale. Per quanto concerne la degenza nefrologica l'offerta attuale è di 53 letti p.m.p. e di 15 p.m.p. di day hospital.

Nella nostra Regione è presente un unico Centro Trapianti di Rene a L'Aquila che dal 2001 al 09.06.2007 ha effettuato 239 trapianti, numero al di sopra dei minimi richiesti dal Ministero della Salute. E' anche operativo nella regione un unico Centro Regionale di riferimento di Nefrologia e Dialisi Pediatrica, a Pescara.

### **CRITICITA'**

Una criticità è rappresentata dalla mancanza di centri dialisi nelle aree di confine, situazione che produce disagio per i malati e mobilità passiva per la Regione.

Altra criticità è rappresentata dal riferimento tardivo allo specialista nefrologo: i cosiddetti "late referral" cioè i pazienti neuropatici diagnosticati come tali molto tardivamente o soltanto in fase terminale irreversibile ovvero all'inizio della dialisi cronica. La situazione di "late referral", probabilmente determinata da una insufficiente sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale nei confronti dell'IRC rispetto agli altri fattori di rischio cardiovascolari, si associa ad un aumentato rischio di mortalità e di ospedalizzazione sia nella fase pre-dialitica che durante la fase dialitica.

### **RETE NEFRO-DIALITICA**

La Rete Nefro-Dialitica Abruzzese riconosce come obiettivi prioritari la promozione delle attività di prevenzione e di diagnosi precoce delle nefropatie, la diffusione delle competenze nefrologiche nel territorio, la distribuzione omogenea delle unità operative di Nefrologia, l'organizzazione della rete regionale dei servizi per il trattamento dialitico, il collegamento funzionale delle strutture ambulatoriali alle unità ospedaliere di nefrologia, il potenziamento delle attività di trapianto renale.

L'offerta attuale dei posti letto tecnici di dialisi è insufficiente e presenta una distribuzione disomogenea nel territorio regionale. Si prevede un adeguamento dei posti dialisi al numero crescente delle richieste con aumento al termine del prossimo triennio del 15% dei posti dialisi (aumento del 5% annuo) ed il potenziamento delle risorse dialitiche per pazienti acuti e ad alta complessità assistenziale con la creazione di posti letto dedicati (10-15% dei posti dialisi). In quest'ottica è necessario provvedere al potenziamento delle strutture esistenti che presentano un tasso elevato di occupazione dei posti-letto, al ridimensionamento delle strutture che presentano un basso tasso di occupazione dei posti-letto adeguandole alle reali necessità dell'utenza ed alla creazione di nuove strutture in aree ad alta densità abitativa o che per motivi orografici e posizione territoriale presentano una elevata mobilità passiva.

Ai fini di una omogenea distribuzione delle UU.OO. di Nefrologia e Dialisi nel territorio regionale è prioritario prevedere innanzitutto l'attivazione di tutte le UU.OO. previste nel Piano di Riordino (LR 6/2007) e di quelle previste negli Ospedali con presenza di Specialità ad elevata assistenza. Vanno tenuto conto le esigenze didattiche della Scuola di Specializzazione in Nefrologia dell'Università di Chieti e di quelle della UO collegata all'unico Centro di Trapianto di Rene della Regione Abruzzo.

Le strutture ad elevata assistenza (UU.OO. con p.l. dedicati e UU.OO. con p.l. di AFO) debbono essere dotate di area di degenza autonoma, centro dialisi ospedaliero, area ambulatoriale e/o di Day-Hospital, possibilità di organizzare e gestire centri dialisi sul territorio (UDD, UDDA e CAL).

Le strutture a media assistenza (Servizi di Nefrologia e Dialisi) svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, effettuano assistenza dialitica nell'insufficienza renale acuta e cronica. Possono organizzare e gestire UDD, U.D.D. Anziani e CAL (Centri di Assistenza Limitati), dialisi domiciliare ed attività ambulatoriali e devono garantire l'assistenza in condizioni d'urgenza 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno.

E' necessario prevedere, entro il 2008, la definizione da parte della comunità nefrologica di percorsi assistenziali che prevedano il coinvolgimento del territorio e consentano di rendere omogenea nell'ambito regionale la risposta assistenziale. Va prevista pertanto l'istituzione di un Programma di Nefrologia Territoriale che funga da interfaccia tra i Medici di Medicina Generale e le Strutture Ospedaliere e consenta di potenziare i programmi di terapia conservativa che possono ritardare l'inizio della terapia sostitutiva o, in ogni caso, mantenere il paziente in condizioni di salute globalmente soddisfacenti (early referral) con un significativo risparmio per il Servizio Sanitario e obiettivi vantaggiosi per il cittadino utente.

I profili assistenziali dovranno riguardare iter diagnostico-terapeutici condivisi sulle principali patologie nefrologiche: Insufficienza Renale Cronica, Ipertensione Arteriosa, Nefropatie, Calcolosi Renale, Dialisi, Trapianto. In particolare nel paziente uremico cronico andranno definiti profili di assistenza nella fase pre-dialitica dell'IRC e in quella del trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto) finalizzati: alla presa in carico precoce del paziente con IRC da parte del Nefrologo; alla riduzione delle complicanze dell'uremia e del trattamento dialitico; alla riduzione di tutte le pratiche "time consuming" per il paziente e per gli operatori con il coinvolgimento attivo delle professionalità interessate (Nefrologi, Medici di Medicina Generale, Infermieri, Assistenti Sociali, Dietisti, Assistenti Sanitari etc.).

Verranno potenziate le attività di monitoraggio epidemiologico (Registro Epidemiologico Regionale di Dialisi e Trapianto Renale, Registro dell'Insufficienza Renale Cronica).

## 5.4.7. RETE DIABETOLOGICA

Anche per il Diabete Mellito vale quanto premesso alla presentazione della rete cardiologica, e cioè che il Modello *Hub and Spoke* è applicabile per la parte della Rete nella quale vi siano strutture erogatrici con diverso livello di offerta assistenziale, ed in particolare per la gestione della fase di acuzie.

I presupposti per il disegno ed il funzionamento della Rete per l'assistenza ai pazienti con Diabete Mellito sono i seguenti:

- effettuare un lavoro condiviso tra tutti gli attori assistenziali della rete, innanzitutto, per la "stratificazione" del rischio, che deve essere effettuata al momento della diagnosi e della "presa in carico", necessaria a suddividere i pazienti in *sub-target* in ragione del grado di evoluzione della loro patologia e del grado di fabbisogno assistenziale;
- stabilire "percorsi assistenziali mirati" e personalizzati sulla base del grado di sviluppo della patologia, in modo da poter pianificare e gestire, nel *setting* più appropriato, il *follow-up* dei pazienti, standardizzando protocolli, tempi ed attori in modo condiviso tra componenti specialistiche e non della rete.

### **RETE ASSISTENZIALE GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO NELL'ADULTO:**

Si prevedono tre livelli di assistenza<sup>60</sup>:

---

<sup>60</sup> Per la suddivisione dei livelli e le relative denominazioni e funzioni sono state utilizzate come riferimento fondamentale le "Linee Guida per il *Management* del Diabete Mellito" prodotte dalla Regione Emilia Romagna nel 2003, con il contributo attivo di: AMD (Associazione Medici Diabetologi), SID (Società Italiana di Diabetologia), SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica), SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale), Associazioni di familiari (AGD- Associazione di Giovani Diabetici di Parma, ADM- Associazione Diabetici Modenesi, AADP- Associazione Autonoma Diabetici Piacentini) e con il coordinamento metodologico del CeVEAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria) di Modena.

- 1° LIVELLO** (Cure primarie distrettuali): MMG e ambulatori diabetologici periferici
- 2° LIVELLO:** Funzione di diabetologia e malattie del metabolismo per l'autosufficienza territoriale
- 3° LIVELLO:** Funzione di diabetologia e malattie del metabolismo complesse, in ragione di almeno uno a valenza provinciale

**1° LIVELLO: Cure primarie**

I distretti, nell'ambito delle Cure Primarie, assicurano le funzioni indicate per la gestione integrata:

- supporto all'attività diabetologica del MMG
- raccordo fra l'attività del MMG e le strutture diabetologiche
- integrazione operativa tra il piano di intervento regionale sul diabete ed altri piani di intervento con obiettivi coincidenti (piano per le malattie cardiovascolari, per la protezione materno-infantile, per gli handicap, ecc.)
- l'individuazione di modalità organizzative per garantire la risposta ai fabbisogni globali del paziente (ad es., l'effettuazione della glicemia a digiuno e post-prandiale, come richiesto in particolare dalle associazioni dei pazienti).

Il MMG dovrà mantenere un rapporto continuativo di collaborazione con le strutture specialistiche ai diversi livelli per l'assistenza al paziente diabetico.

Il MMG, inoltre, esplica un ruolo di primaria importanza nelle indagini epidemiologiche sul territorio e sui programmi di educazione della popolazione diabetica e di quella generale, secondo le linee stabilite a livello regionale.

**2° LIVELLO: Funzione di diabetologia e malattie del metabolismo, per l'autosufficienza territoriale**

Tale funzione diabetologica aziendale garantisce la disponibilità di una assistenza pluridisciplinare (*team* diabetologico) nell'ambito dell'autosufficienza territoriale.

In particolare assicura:

- la piena accessibilità al servizio
- consulenza dietologica, oftalmologica, cardiovascolare, neurologica e specialistica in generale
- attuazione di programmi di educazione terapeutica e di *self care*
- partecipazione all'organizzazione ed al coordinamento delle attività diabetologiche dei distretti di competenza territoriale
- consulenza al MMG per l'esecuzione di protocolli diagnostico-terapeutici e per la pianificazione del *follow-up*
- consulenza diabetologica nelle strutture di ricovero presenti a livello aziendale
- assistenza sul territorio

**3° LIVELLO: Funzione di diabetologia e malattie del metabolismo complesse in ragione di almeno uno a valenza provinciale**

La funzione di diabetologia del 3° livello ha ambito di riferimento provinciale e coordina lo svolgimento delle seguenti prestazioni specialistiche:

- assistenza oculistica completa
- assistenza nefrologica
- assistenza per la diagnosi e la terapia delle alterazioni del sistema cardiovascolare
- assistenza neurologica
- assistenza odontostomatologica
- assistenza ostetrico-ginecologica per la gravidanza a rischio
- assistenza neonatologica del neonato di madre diabetica
- assistenza podologica ed ortopedica in generale
- assistenza dermatologica
- fornisce il supporto per l'utilizzo di microinfusori o di sistemi impiantabili per il monitoraggio della glicemia (Holter glicemici).

La LR 6/2007 individua i posti letto ospedalieri per la Diabetologia all'interno delle dotazioni previste per la disciplina Malattie endocrine (Codici: 1990 per le UU.OO. con PL dedicati; 2619 per le UU.OO. con PL di AFO; 1900 per i Servizi).

A livello distrettuale, nell'ambito delle Cure Primarie, la Rete suddetta deve integrarsi con la il Sistema delle Cure Domiciliari.

### **RETE ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO IN ETA' PEDIATRICA ED EVOLUTIVA:**

#### **1° LIVELLO: Cure primarie (Pediatria di Libera Scelta: PLS)**

Il PLS opera a diversi livelli:

1. collaborazione con le Strutture Pediatriche di Diabetologia nell'applicazione delle linee guida per la diagnosi precoce del diabete tipo 1 e per la prevenzione e diagnosi precoce del diabete tipo 2. Nel caso di un sospetto clinico di diabete utilizza preferibilmente metodi diagnostici rapidi ambulatoriali

2. all'esordio del diabete tipo 1: prima della dimissione dall'ospedale del giovane con diabete, il Pediatra diabetologo stabilisce un contatto con il curante del paziente per

3. concordare la partecipazione attiva al trattamento

4. collaborazione al *follow up* del paziente.

Fondamentale, a questo livello, è la formazione e l'aggiornamento specifico degli attori della rete.

#### **2° LIVELLO: Struttura specialistica pediatriche di diabetologia (SSPD)**

Tutte le Unità operative di Pediatria della Regione devono essere in grado di operare nel campo della prevenzione e dell'assistenza alle emergenze legate al diabete in età evolutiva, mediante l'applicazione di protocolli, condivisi con i Centri Regionali di diabetologia pediatrica.

Le SSPD a rilevanza provinciale sono gestite da un pediatra con documentata esperienza diabetologica, affiancato da congruo personale medico e non medico.

La SSPD, nell'ambito del decentramento assistenziale, definiscono protocolli assistenziali in collaborazione con i distretti, per garantire l'attività coordinata di figure professionali del territorio (personale infermieristico, assistente sociale, dietista, psicologo), allo scopo di fornire al bambino e all'adolescente con diabete e alla sua famiglia gli adeguati supporti nell'ambito familiare, scolastico e sociale.

Le SSPD si fanno carico di organizzare nel miglior modo possibile il passaggio del paziente al Servizio di Diabetologia dell'adulto secondo modalità predefinite e concordate al fine di garantire la continuità dell'assistenza in accordo con le linee guida nazionali.

#### **3° LIVELLO: Centri Regionali di Diabetologia Pediatrica (CRDP )**

I CRDP, oltre alle attività del 2° livello,:

- garantiscono tutte le funzioni necessarie alla gestione plurispecialistica del bambino diabetico all'esordio della malattia, oltre che alla prevenzione e terapia delle complicanze

- garantiscono la piena accessibilità ai servizi ambulatoriali a ciò dedicati, oltre che al *day hospital*

- garantiscono la disponibilità delle proprie competenze per le necessità assistenziali delle strutture diabetologiche che richiedono minore specializzazione e tecnologie

- organizzano, in accordo ed in collaborazione con gli altri livelli assistenziali, la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari pediatrici, nonché l'istruzione agli utenti, anche con iniziative residenziali

- forniscono il supporto per l'utilizzo di microinfusori o di sistemi impiantabili per il monitoraggio della glicemia.



#### **5.4.8. RETE DELLE MALATTIE RARE**

Le malattie rare, proprio a causa della bassa prevalenza delle singole patologie e dell'eterogeneità delle stesse, costituiscono un problema sanitario di rilevante entità in quanto interessano comunque un numero importante di cittadini e di famiglie che spesso stentano a trovare una risposta sanitaria adeguata.

Da una prima indagine svolta sui presidi regionali finalizzata ad individuare e documentare l'esperienza maturata nella materia (eseguita attraverso due rilevazioni: 1-attività di ricovero, tanto in regime ordinario quanto in Day Hospital, mediante le SDO che abbiano una relazione con le singole patologie comprese nel D.M. 279/2001; 2-prestazioni ambulatoriali erogate a favore di pazienti affetti da malattia rara), è emersa una competenza diagnostica ed assistenziale diffusa ai presidi della regione per le malattie rare più semplici, mentre per quelle a maggiore complessità la competenza è spesso limitata ai presidi di alta specialità comunque presenti sul territorio regionale. Pertanto, anche per le malattie rare, emerge una risposta sanitaria diffusa che risulta più limitata in presenza di una particolare complessità diagnostica ed assistenziale. Situazione questa che, oltre a rispecchiare l'organizzazione sanitaria regionale, risulta compatibile con la natura dell'elenco fornito dal Decreto 279/2001 che, di fatto, contiene malattie che presentano prevalenze molto diverse fra loro.

Al fine di rispondere al bisogno dei cittadini abruzzesi affetti da malattie rare, è urgente in prima istanza organizzare la Rete confermando in prima istanza, in coerenza con i percorsi sanitari già in essere, l'attuale organizzazione regionale.

In riferimento al DM n. 279/01, al PSN 2006-2008, alla LR n 102/97 la Giunta Regionale con delibera n. 172 /07 ("Istituzione della Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare, del Centro Regionale di Coordinamento, del Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare e dei Registri Regionali delle Malattie Rare e delle Malformazioni Congenite") ha istituito:

1. il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare così composto: Direttore dell'ASR-Abruzzo; Dirigente Servizio Ospedalità pubblica e privata; Dirigente Servizio Programmazione; Dirigente Servizio Osservatorio epidemiologico; Dirigente Servizio Farmaceutico Regionale; due esperti designati dalle Facoltà di Medicina della Regione; tre esperti designati dall'Assessore Regionale alla Sanità tra i dirigenti medici ospedalieri delle ASL regionali con competenza in ambito di malattie rare (genetica, laboratorio, anatomia patologica).

Alle riunioni del Gruppo Tecnico di Coordinamento partecipano, inoltre, senza facoltà di voto: il Responsabile del Centro di Coordinamento Regionale; il Responsabile dei Registri Regionali; un rappresentante delle Associazioni di Volontariato operanti nell'ambito delle Malattie Rare; professionisti esperti nel campo delle Malattie Rare che il Comitato stesso riterrà opportuno invitare a relazionare sugli argomenti in discussione.

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare ha il compito di: elaborare la Rete Regionale delle Malattie Rare; individuare il Centro di Riferimento Regionale ed i Registri Regionali; ripartire ed assegnare annualmente i fondi resi disponibili al Centro di Riferimento Regionale ed ai Registri Regionali; aggiornare sistematicamente la Rete Regionale; valutare e proporre l'integrazione dell'elenco allegato al DM 279/2001 con eventuali ulteriori malattie rare; individuare e proporre eventuali Centri di Riferimento Interregionale presenti sul territorio della Regione Abruzzo; sottoporre a verifica annuale il Centro di Riferimento Regionale ed i Registri Regionali;

2. il Centro Regionale di Coordinamento con le seguenti funzioni: coordinare i presidi della rete anche mediante l'adozione di specifici protocolli clinici condivisi; promuovere l'informazione ai cittadini e la formazione degli operatori; collaborare con i Centri Interregionali di Riferimento e con l'Istituto Superiore di Sanità; collaborare con le Associazioni di Volontariato operanti nelle malattie rare.

Il Centro Regionale di Coordinamento sarà sottoposto a verifica annuale da parte del Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare;

3. il Registro delle Malattie Rare che raccoglie, cataloga e custodisce le relative schede di diagnosi provenienti dai presidi della rete e cura il loro successivo invio all' Istituto Superiore di Sanità;
4. la Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare, composta dai Presidi Sanitari Regionali.  
I Presidi della Rete Regionale verranno individuati tra quelli in possesso di documentata esperienza in attività diagnostica e terapeutica specifica per le malattie o per gruppi di malattie rare, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, ivi inclusi, per le malattie che lo richiedono, servizi per l'emergenza e per la diagnostica biochimica e genetico-molecolare.  
I Presidi Sanitari Regionali inclusi nella Rete opereranno secondo protocolli clinici concordati con i Centri Interregionali di Riferimento e collaboreranno con i servizi territoriali ed i medici di famiglia al fine di individuare e gestire il percorso diagnostico-assistenziale; assicureranno l'erogazione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni finalizzate alla diagnosi e trattamento delle malattie rare. Qualora necessario assicureranno, sempre in regime di esenzione, le indagini Genetiche sui familiari dell'assistito ai fini della diagnosi di malattia rara di origine ereditaria; comunicheranno ogni nuovo caso di malattia rara accertato al Centro di Riferimento interregionale competente ed al Registro Regionale, secondo le modalità stabilite in appositi disciplinari tecnici predisposti dall'Istituto Superiore di Sanità;

Il Registro delle Malformazioni Congenite, curato dal Servizio Regionale per la diagnosi, prevenzione e cura dei difetti congeniti del Bambino (Servizio convenzionato dell'Università degli Studi di Chieti), raccoglie, cataloga e custodisce le relative schede di diagnosi provenienti dai presidi della rete e cura il loro successivo invio all' Istituto Superiore di Sanità.

#### **5.4.9. RETE DEI TRAPIANTI**

Negli ultimi anni, si è assistito in Abruzzo ad uno sviluppo del programma donazione e trapianto di organi e tessuti, con l'intervento di nuove realtà. Attualmente, esiste la necessità di sviluppare una Rete regionale dei trapianti, con un ruolo gestionale primario da parte dell'Autorità Regionale, con interventi mirati e coordinati su tutti i punti nodali, onde ottenere un auspicabile miglioramento della qualità complessiva. Il sistema trapianti, infatti, deve essere organizzato a livello regionale al di fuori delle necessità e dei vincoli delle singole ASL, o dei singoli ospedali, perché l'attività trapiantologica trae la sua linfa vitale dal lavoro, dalla professionalità e dall'organizzazione di tutto il territorio. Le attività di donazione e trapianto vanno quindi inserite nel contesto di un programma regionale di sviluppo del Servizio sanitario pubblico, che preveda un programma coerente di finanziamento per ottenere:

- il miglioramento costante degli standard di assistenza attraverso la programmazione dell'allocazione e dell'impiego delle risorse;
- l'adozione di modelli organizzativi adeguati alle esigenze della popolazione degli assistiti;
- l'allestimento di percorsi formativi per gli operatori sanitari impegnati.

Il Piano sanitario Nazionale 2006-2008 riconosce che "un ruolo particolare è rivestito dalla rete dell'emergenza-urgenza, con le sue interconnessioni con la rete per il trauma, le grandi ustioni e la neuroriabilitazione, **dalla rete per i trapianti**, dalla rete per le malattie rare" ed evidenzia quelle che sono le caratteristiche e le problematiche.

Questo Piano Sanitario Regionale recepisce le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e prevede che tutte le attività svolte in ambito trapiantologico facciano parte di un'unica **Rete Abruzzese dei Trapianti** che comprende:

- a) **Centro Regionale per i Trapianti Regione Abruzzo - Regione Molise**, che costituisce il punto di raccordo dell'intera rete ed il collegamento con il sistema interregionale (Organizzazione Centro-Sud Trapianti), e nazionale (Centro Nazionale Trapianti).
- b) **Unità di Rianimazione**, deputate al reclutamento degli organi e dei tessuti.
- c) **Coordinatori Locali**
  
- d) *Centro trapianti di rene - L'Aquila*
- e) *Centro trapianti di cuore - Chieti*
- f) *Centro trapianti di cellule staminali - Pescara*
  - I. **Unità di Terapia Intensiva Ematologia per il Trapianto emopoietico (UTIE)**
  - II. **Unità Operativa di Ematologia Clinica - Trapianto autologo**
- g) *Banca degli Occhi - Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo - L'Aquila*
- h) *Centro per le cellule staminali, impianti e trapianti in oftalmologia - Chieti*
- i) *Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale - L'Aquila*
- j) *Centri trapianto di cornea in vari Ospedali della Regione*

#### **a) Centro Regionale per i Trapianti (CRT) Regione Abruzzo e Regione Molise**

L'art. 10 della legge 91/99 al comma 1, recita "Le regioni, qualora non abbiano già provveduto ai sensi della legge 2 dicembre 1975, n. 644, istituiscono un centro regionale per i trapianti... ". Nel comma 6 sono elencate le numerose funzioni e compiti assegnati, che sono stati ulteriormente esplicitati dalle successive linee guida emanate dal Centro Nazionale Trapianti. Ciò detto, si rende necessario, e non più procrastinabile, un preciso inquadramento normativo del suddetto centro nella ASL che finora lo ha avuto in carico, dotandolo di un organico adeguato.

Il Centro Regionale ha sostenuto il 31 Marzo 2006 l'Audit, che il Centro nazionale Trapianti ha eseguito in tutti i centri regionali d'Italia, e che si è concluso con il seguente giudizio: "In sintesi il Centro Regionale risponde pienamente ai requisiti previsti dalla normativa vigente e pertanto si colloca su buoni livelli di efficienza", correlato anche ai seguenti punti:

- o il CRT non è un'unità operativa presente in altri ospedali d'Abruzzo e del Molise, ma è una struttura a valenza regionale interregionale;
- o l'attività di coordinamento rende possibili i prelievi di organi e tessuti dagli ospedali d'Abruzzo e Molise. Il testo unico della Compensazione Interregionale della Mobilità sanitaria (versione in vigore per le attività 2005 promulgata il 28.3.2006), prevede un paragrafo apposito per le Attività di Prelievo e di Trapianto di organi;
- o l'attività di coordinamento svolta dal CRT rende possibili i trapianti eseguiti dal centro Trapianti di Rene di L'Aquila e dal Centro Trapianto di Cuore di Chieti;
- o l'attività di mantenimento dei dati di tracciabilità dei trapianti di tessuto (cornea, pelle, midollo osseo, cellule staminali) risponde ad un obbligo di legge.

#### **b) UU.OO. di Rianimazione**

Il potenziamento delle rianimazioni costituisce il primo e necessario investimento per migliorare l'attività di prelievo e trapianto di organi. Le ricadute di una azione di questo tipo sono molteplici. Ad esempio, è stato infatti ampiamente dimostrato che le rianimazioni dove vengono eseguiti accertamenti di morte encefalica sono quelle più vicine ai gold standard (standard migliori) di qualità dell'assistenza. L'esame delle potenzialità degli ospedali d'Abruzzo, realizzato con il registro dei Cerebrolesi, può indicare i punti più critici del sistema.

### **c) Coordinatori locali**

In tutti gli ospedali d'Abruzzo dotati di Rianimazione la funzione del coordinamento locale (medica, infermieristica e tecnica neurofisiopatologica) dovrà essere potenziata e disciplinata da protocolli aziendali al fine di garantire nelle 24 ore le attività di espanto.

### **d) Centro Trapianti di Rene**

Il Centro Trapianti di Rene di L'Aquila, dal 2001 al 09.06.2007, ha effettuato 239 trapianti; numero al di sopra dei minimi richiesti dal Ministero della Salute, che lo colloca nei primissimi posti della graduatoria tra le regioni del Centro-Sud.

La qualità del lavoro è stata certificata dall'Audit effettuato ad Aprile 2004 dalla Commissione Nazionale Trapianto Renale del Centro Nazionale Trapianti, che ha dato una qualifica di "eccellente".

Tale riconoscimento è confermato inoltre dalle percentuali estremamente elevate di sopravvivenza degli organi e dei pazienti trapiantati, se confrontati con le casistiche nazionali. Ulteriori elementi positivi sono costituiti dall'indice di degenza medio rispetto alla degenza media nazionale, pari alla metà (22/11) e dall'indice di attrazione che risulta estremamente elevato: 98%.

### **e) Centro Trapianti di Cuore**

Il Centro Trapianti di Cuore di Chieti ha effettuato 29 trapianti dal 2001 al 9.6.2007. Una delle problematiche del Centro è relativa all'esiguo numero di pazienti in lista d'attesa, sia perché alcuni malati erano già in lista presso altri centri al momento dell'inizio dell'attività a Chieti, sia perché vanno diminuendo le indicazioni al trapianto di cuore, secondo indicazioni internazionali. Lo sviluppo della rete cardiologica permetterà di risolvere una criticità attualmente presente migliorando l'integrazione tra le Unità di Cardiologia ed il Centro Trapianti, ed una allocazione delle strutture partecipanti al programma in maniera più organica e funzionale.

### **f) Centro Trapianti di cellule staminali**

#### **f I) Unità di Terapia Intensiva Ematologia per il Trapianto emopoietico (UTIE)**

Il primo trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE) a Pescara, che è anche il primo trapianto di midollo osseo in Italia in un paziente con leucemia acuta, fu eseguito nel 1976. Dal 11.12.1976, data del primo TCSE, fino al 31.05.07 sono stati eseguiti 809 trapianti. L'UTIE è accreditata per l'esecuzione di TCSE da donatore non consanguineo e per il prelievo del midollo da donatori volontari per trapianti da eseguire su pazienti ricoverati in altre strutture italiane o estere. Dal 1999, presso l'UTIE, è stato avviato il programma di trapianto con sangue di cordone ombelicale/placentare. In totale, sono stati eseguiti 5 trapianti con tale fonte di cellule staminali emopoietiche.

#### **f II.) Unità Operativa di Ematologia Clinica – Trapianto autologo**

Dal 1987 al 2006, presso la U.O. di Ematologia Clinica dell'Ospedale S. Spirito di Pescara, sono stati effettuati 374 autotrapianti di midollo osseo per il trattamento di patologie onco-ematologiche.

### **g) Banca degli Occhi - Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo - L'Aquila**

La Banca degli Occhi di L'Aquila è il Centro di Riferimento per le Donazioni e i Trapianti di Cornea per la Regione Abruzzo (delibera della Giunta Regione Abruzzo N° 2512 del 01/12/1999) e per la Regione Molise, che ha stipulato apposita Convenzione (Provvedimento della Giunta Regione Molise N° 1822 del 02/12/2002), in considerazione di quanto stabilito nell'art. 15 della Legge 01/04/1999 e nell'accordo Stato-Regioni (Repertorio atti N° 2085 del 23/09/2004), per avvalersi della Banca degli Occhi di L'Aquila come struttura sanitaria per la certificazione di idoneità delle cornee prelevate nel territorio molisano.

La Banca degli Occhi di L'Aquila si occupa della processazione, conservazione e distribuzione, oltre che delle cornee per la cheratoplastica perforante, anche dei lenticoli corneali per la cheratoplastica lamellare, delle sclere per endoprotesi e della membrana amniotica, presidio chirurgico innovativo utilizzato in varie discipline. Sino alla data odierna si è potuto registrare un aumento esponenziale delle donazioni; sono stati infatti processati circa

1030 tessuti, ed assegnati più di 600 (percentuali di idoneità compatibili con la media nazionale). E' necessario un maggiore e deciso coinvolgimento degli ospedali Abruzzesi e Molisani nell'attività di reclutamento; infatti, a fronte di una elevata richiesta di tessuti oculari per trapianto, sono ancora poche le donazioni.

#### **h) Centro per le cellule staminali, impianti e trapianti in oftalmologia – Chieti**

E' istituito presso il Centro di Riferimento Regionale di Oftalmologia della Clinica Oftalmologia dell'Università di Chieti-Pescara. Sono finalità del Centro per le Cellule Staminali, Impianti e Trapianti in oftalmologia eseguire progetti di ricerca ed applicazione clinica di immuno-biologia tessutale nel campo dell'immunologia della superficie oculare, dei meccanismi patologici di lesione dei tessuti oculari e delle cellule staminali corneali, dei meccanismi di rigetto dei tessuti trapiantati;

- a) La finalità del Centro per le Cellule Staminali, Impianti e Trapianti in oftalmologia è quella di coordinare le U.O. oculistiche operanti nella regione Abruzzo per diffondere la cultura della formazione e dell'informazione nella implantologia e trapiantologia oculare, dalle cellule staminali ai tessuti, promuovere lo sviluppo scientifico e le applicazioni clinico-chirurgiche della ricerca sulle cellule staminali, sul trapianto di tutti i tessuti oculari e sugli impianti bioingegneristici promuovendo figure professionali finalizzate;
- b) Il Centro per le Cellule Staminali Impianti e Trapianti in oftalmologia si avvale della collaborazione con il Centro per lo Studio dell'Invecchiamento (CESI) dell'Università di Chieti-Pescara, Centro Universitario Internazionale per la ricerca di base e clinica, fornito delle più sofisticate attrezzature e metodologie per lo studio sperimentale in biologia cellulare, immuno-biologia dei tessuti, colture cellulari, citogenetica e morfologia microscopica analitica a funzionale dei tessuti; si avvale inoltre della collaborazione con Centri di Ricerca Universitari Internazionali operanti in settori scientifici simili.
- c) Il Centro per le Cellule Staminali in oftalmologia collabora con le associazioni di volontariato operanti nel settore.
- d) Il centro si pone all'avanguardia per l'utilizzo e lo sviluppo di nuove metodiche chirurgiche per l'esecuzione di trapianti di cornea. E' stato infatti il primo Centro ad effettuare, in Italia, trapianti di cornea perforanti e lamellari, mediante l'utilizzo di laser a Femtosecondi, strumentazione di recentissima applicazione clinica, che consente realizzare interventi di trapianto di cornea interamente effettuati dal laser attraverso un robot.

#### **i) Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale (CRITT)**

Il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale dell'Aquila, svolge attività di laboratorio nel campo della istocompatibilità, effettuando la tipizzazione HLA sierologica e molecolare nell'ambito del trapianto di organi, di tessuti e cellule staminali emopoietiche, oltre che nella valutazione della predisposizione genetica a patologie a genesi autoimmune.

Il Centro è accreditato, fin dal 1994, dall'American Society of Histocompatibility and Immunogenetics (ASHI); e dal 1998 anche dall'EFI (European Federation for Immunogenetics). In virtù dei suddetti accreditamenti, il Centro riceve richieste di valutazione della compatibilità finale donatore/ricevente da vari Centri di Trapianto di Midollo Osseo sia della Regione Abruzzo, sia di altre regioni italiane (soprattutto Marche, Molise, Campania ecc.)

Il Centro impiega tecnologie d'avanguardia nel campo della tipizzazione, diagnostica molecolare e studio di anticorpi anti-HLA al fine di:

- o ottenere l'esatta definizione della compatibilità donatore-ricevente nei trapianti di organi solidi, al fine di migliorare la sopravvivenza dell'organo;
- o ottenere la massima definizione della compatibilità donatore-ricevente nei trapianti di cellule staminali emopoietiche indispensabile per diminuire il rischio di rigetto e di malattia successiva a trapianto;
- o studiare i fattori genetici di rischio nel campo di malattie autoimmuni;
- o effettuare lo studio degli anticorpi anti-HLA nel pre- e post-trapianto e la determinazione della relativa specificità, per tutelare i pazienti in lista d'attesa ed i

pazienti trapiantati da eventuali rigetti e, conseguentemente, aumentare la sopravvivenza dell'organo.

Nell'anno 2006, il centro ha effettuato un numero totale di 5.820 analisi. Inoltre, il Centro ha eseguito lo screening anticorpale e lo studio della specificità allelica, mediante citometria a flusso e citotossicità, per un totale di 2434 determinazioni. E' stato anche effettuato lo studio dei cross-match donatore specifico in citometria a flusso e citotossicità, utilizzando cellule congelate del donatore cadavere, per un totale di 284 determinazioni. Infine, il Centro ha preso parte alla costituzione della banca di cellule staminali provenienti da cordone ombelicale che ha sede presso il Servizio Immunotrasfusionale di Pescara ed è responsabile di tutte le indagini immunogenetiche che vengono effettuate sul sangue cordonale. Al 31.12.2006, erano presenti nella DNateca 1976 DNA di Cordone ombelicale e 1976 DNA delle madri donatrici.

#### **5.4.10 RETE REGIONALE DELLE RISORSE BIOLOGICHE**

E' istituito presso l'ASR-Abruzzo il Comitato di Coordinamento Regionale della "Rete Regionale delle Risorse Biologiche e Tecniche per il bancaggio di cellule e tessuti e per le terapie avanzate" (di seguito RRRBT) in collegamento con la rete dei trapianti (§ 5.4.9).

Il Comitato è costituito dai Responsabili dei Centri della RRRBT, dal Direttore dell' ASR-Abruzzo e dal responsabile del Centro Regionale per i Trapianti; da un Rappresentante delle Associazioni di Volontariato operanti nel settore, da due esperti designati dalle Facoltà di Medicina della Regione e dal Dirigente del Servizio Assistenza ospedaliera e del Servizio Osservatorio Epidemiologico della Direzione Regionale Sanità.

Sono compiti del Comitato:

- a) esaminare con cadenza almeno annuale le attività dei Centri della RRRBT;
- b) coordinare le attività dei Centri della RRRBT;
- c) ripartire ed assegnare annualmente i fondi disponibili ai Centri della RRRBT in funzione delle attività svolte e da svolgere;
- d) valutare e proporre alla Giunta Regionale le richieste di inserimento di nuovi Centri nella RRRBT;
- e) ricercare la collaborazione anche economica di società e fondazioni pubbliche e private interessate allo sviluppo ed all'applicazione clinica delle tecniche rigenerative.

La RRRB e Tecniche per il bancaggio di cellule e tessuti e per le terapie avanzate":

- a) organizza e coordina le attività nell'ambito della medicina rigenerativa mediante il reperimento, la caratterizzazione, la manipolazione, la conservazione e l'utilizzo di cellule, tessuti e materiale genetico umano a scopo terapeutico e di ricerca;
- b) approfondisce lo studio delle scienze umane e lo sviluppo delle biotecnologie anche in collaborazione con strutture accademiche, enti e istituzioni orientati verso la medicina traslazionale e promuove la sperimentazione di nuove metodologie e di nuove strategie terapeutiche;
- c) distribuisce prodotti e servizi e collabora con altre strutture sanitarie regionali ed extraregionali;
- d) promuove l'informazione e la cultura della donazione;
- e) collabora con le associazioni del volontariato impegnate nel settore dei trapianti di cellule, tessuti ed organi.

In fase di prima istituzione la RRRBT è costituita dalle seguenti strutture:

##### **1. LA BANCA DEL SANGUE DI CORDONE OMBELICALE (SCO)**

La Banca SCO della Regione Abruzzo è una delle 16 banche attive sul territorio nazionale per la raccolta e la conservazione del sangue di cordone ombelicale. Essa è situata presso il Dipartimento di Medicina Trasfusionale dell'Azienda USL di Pescara, ed opera grazie ad una stretta collaborazione con il Centro Regionale di Tipizzazione Tissutale dell'Azienda USL di

L'Aquila. La Banca ha avviato la propria attività nel 1997; negli anni successivi, grazie a finanziamenti erogati dall'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, ha sviluppato un programma di attivazione dei Centri Periferici di Raccolta (almeno un centro per azienda, attualmente Pescara, L'Aquila, Lanciano, Vasto, Teramo, Avezzano, Penne e Chieti), istituendo una rete regionale integrata che fornisce opportunità di donazioni su tutto il territorio. A tutt'oggi, la banca SCO opera grazie a fondi finalizzati nell'ambito di Progetti Obiettivo.

Le unità raccolte in tutta la regione dall'inizio dell'attività ammontano a 5.678, di cui 1.398 prontamente disponibili per trapianto allogenico non correlato e 49 per trapianto correlato (*dati 31.12.2006*).

Sono finalità della Banca e Rete Regionale da Sangue di Cordone Ombelicale:

- a) organizzare e coordinare l'attività della Rete Regionale dei Centri per la raccolta del Sangue da Cordone Ombelicale presso i Punti Nascita della Regione che rispondono ai requisiti di idoneità;
- b) provvedere alla formazione ed all'aggiornamento professionale del personale sanitario coinvolto (ostetriche, infermiere professionali, ginecologi, neonatologi, medici trasfusionisti, biologi, tecnici biomedici);
- c) provvedere ai collegamenti con i Centri della Rete per il trasporto dedicato del Sangue da Cordone Ombelicale prelevato presso i Centri stessi verso la sede della Banca e verso il Centro Regionale di Tipizzazione Tissutale della ASL de L'Aquila;
- d) collaborare con la Banca Regionale del DNA dei Cordoni Ombelicali presso il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale della ASL de L'Aquila;
- e) promuovere l'informazione e la cultura della donazione;
- f) collaborare anche con altre Regioni attraverso specifiche convenzioni;
- g) collaborare con l'ADISCO e con le associazioni di volontariato operanti nel settore.

## **2. "BANCA REGIONALE DEL DNA DEI CORDONI OMBELICALI E DELLE MADRI DONATRICI"**

Istituita presso il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale della ASL de L'Aquila.

Sono finalità della Banca Regionale del DNA:

- a) estrarre e conservare il DNA dai Cordoni Ombelicali provenienti dalla Banca e Rete Regionale SCO al fine di poter effettuare analisi di compatibilità genetica con eventuali riceventi;
- b) estrarre e conservare il DNA dalle madri donatrici al fine di effettuare la conferma finale della corretta assegnazione filiale del Cordone Ombelicale mediante tipizzazione delle caratteristiche genetiche;
- c) tipizzare le caratteristiche immunogenetiche del sangue di Cordoni Ombelicali raccolti dalla Banca e Rete Regionale SCO al fine di inserire i dati della tipizzazione HLA nei Registri Nazionali;
- d) rilasciare, su richiesta della Banca e Rete Regionale SCO, aliquote del DNA per i Centri Trapianto al fine di effettuare le analisi finali di compatibilità per i pazienti ricoverati in attesa di trapianto;
- e) collaborare con la Banca e Rete Regionale SCO per tutte le eventuali ulteriori necessità relative al corretto funzionamento della Banca stessa;
- f) collaborare con l'ADISCO.

## **3. "BANCA REGIONALE DI CELLULE E TESSUTI" E "CELL FACTORY"**

Istituite presso il Dipartimento di Medicina Trasmfusionale del Presidio Ospedaliero di Pescara:

- la Banca Regionale di Cellule e Tessuti, con la finalità di organizzare, coordinare e armonizzare le attività di idoneizzazione, prelievo, processazione, conservazione e distribuzione di prodotti cellulari e tissutali;
- la "Cell Factory" con la finalità di progettare, allestire, validare e sperimentare strategie di cura e prodotti innovativi per la terapia cellulare somatica, l'ingegneria tissutale, la terapia genica.

Sono finalità ulteriori della Banca Regionale di Cellule e Tessuti e della Cell Factory:

- a) provvedere alla formazione ed all'aggiornamento professionale del personale sanitario coinvolto (medici, biologi, tecnici biomedici, biotecnologi);
- b) promuovere l'innovazione scientifica e tecnologica anche mediante collaborazioni scientifiche con strutture accademiche, enti e istituzioni coinvolti nella ricerca;
- c) garantire agli utenti del SSN una equa fruibilità dei prodotti innovativi mediante collaborazioni con le strutture sanitarie periferiche che garantiscono requisiti di idoneità;

#### **4. "CENTRO REGIONALE PER LE CELLULE STAMINALI, IMPIANTI E TRAPIANTI IN OFTALMOLOGIA."**

(vedi pag. 189 punti a, b, c)

#### **5. "CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LE DONAZIONI E I TRAPIANTI DI CORNEA E PER LE MEMBRANE AMNIOTICHE"**

Istituito presso la Banca degli Occhi di L'Aquila del Presidio Ospedaliera "San Salvatore" della ASL di L'Aquila (in recepimento della L n° 91 del 01.04.1992)

Sono finalità del Centro promuovere la ricerca dei donatori non consanguinei e coordinare i Centri operanti nella Regione Abruzzo per il reclutamento dei donatori volontari di cornee e bulbi oculari e delle donatrici viventi di placenta. Il Centro coordina, inoltre, tutte quelle iniziative finalizzate alla promozione dell'attività di procurement con lo scopo di aumentare il numero di donazioni, di incrementare il numero e la qualità dei trapianti, promuovendo lo sviluppo e l'organizzazione delle attività di prelievo e trapianto di cornea, eliminando le liste di attesa e riducendo la spesa relativa al costo di processazione del tessuto. Tali attività prevedono la formazione di figure sanitarie esperte in comunicazione che stabiliscano delle valide sinergie con gli Uffici di Coordinamento Locali e Regionale, con i Reparti Oculistici e con la Banca degli Occhi stessa;

- a) il Centro processa, valida e distribuisce tessuti umani per trapianto secondo le linee guida del Centro Nazionale Trapianti (CNT) e della Società Italiana Banche degli Occhi (SIBO) che individuano il banking come un'attività di "qualità assurance". Viene definito il costo di processazione di ogni singolo tessuto così come avviene nelle altre Banche esistenti in Italia;
- b) la Banca degli Occhi può realizzare convenzioni con altre Banche presenti sul territorio al fine di soddisfare le esigenze dettate dalle liste di attesa per trapianto di cornea;
- c) la Banca degli Occhi collabora con l'AIDO e con altre associazioni di volontariato scelte nel settore;
- d) il centro promuove ricerche e studi nel campo della diagnostica e chirurgia corneale provvedendo, anche, all'aggiornamento professionale del personale sanitario coinvolto.

#### **6. BANCA DI CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI**

La Banca di crioconservazione di Gameti Maschili è operante da 4 anni presso l'Unità Operativa Complessa di Andrologia Medica (Dir. Universitaria) della ASL 04 L'Aquila.

Tale struttura è l'unica operante in sede regionale e raccoglie campioni seminali o spermatozoi testicolari di pazienti oncologici e di pazienti gravemente infertili.

La banca svolge essenziale funzione di conservazione della fertilità nei pazienti sottoposti a terapie farmacologiche e radianti per neoplasie soprattutto ematologiche e testicolari, condizioni che si manifestano in prevalenza in giovani adulti.

Tali trattamenti determinano sovente un danno irreversibile della funzionalità gametogenetica con conseguente sterilità irreversibile, pertanto la crioconservazione di gameti prima dell'inizio della terapia rappresenta spesso l'unico mezzo per conservare la capacità riproduttiva di tali giovani.

Dalla sua costituzione la struttura ha eseguito 180 crioconservazioni con la seguente distribuzione territoriale:



1. ASL 04 L'Aquila 14%
2. Altre ASL abruzzesi 37%
3. Altre regioni 49%

La Banca di Crioconservazione di Gameti Maschili si avvale di personale medico e tecnico altamente specializzato, si avvale di tecnologie di crioconservazione sofisticate (crioconservazione lenta automatizzata e computer-assistita) ed è integrata all'interno di una struttura andrologica inserita in una rete di 22 Centri Europei di Training of Clinical Andrology riconosciuti e certificati dall' European Academy of Andrology.

Le Associazioni del Volontariato impegnate nel settore dei trapianti di cellule, tessuti ed organi, operanti nella Regione Abruzzo collaborano, anche al fine di promuovere e sostenere finanziariamente le attività della Rete Regionale delle Risorse Biologiche e Tecniche per il bancaggio di cellule e tessuti e per le terapie avanzate.

#### **5.4.11. RETE DELLA MEDICINA DI LABORATORIO<sup>61</sup>**

I Servizi di Medicina di Laboratorio devono fornire all'utente (paziente, *medico di base*, medico specialista, clinico ospedaliero etc.) attraverso esami di campioni biologici, eseguiti con qualsiasi tecnologia, informazioni cliniche efficaci ed a costi adeguati, utili per ridurre il margine di incertezza delle decisioni, in relazione a quesiti diagnostici, prognostici e di sorveglianza dello stato di salute. La Medicina di Laboratorio, quindi, svolge un ruolo fondamentale di consulenza in ambito ospedaliero per tutte le forme di ricovero e di accesso (ricovero di giorno, day service, pacchetti ambulatoriali complessi) contribuendo altresì in modo decisivo alla deospedalizzazione intervenendo in ambito territoriale per la sorveglianza delle malattie cronico-degenerative e per tutti gli aspetti inerenti la Medicina preventiva e predittiva.

##### **AREE DI ATTIVITA'**

L'area della Medicina di Laboratorio include:

- Patologia Clinica e/o Biochimica Clinica
- Microbiologia
- Genetica
- Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

##### **OFFERTA ATTUALE**

Al momento il quadro dell'offerta per la Medicina di Laboratorio prevede nella Regione Abruzzo 66 Laboratori privati provvisoriamente accreditati e 25 Laboratori operanti presso strutture pubbliche. Il numero di test eseguiti nell'anno 2005 si può estrapolare come pari a 24 milioni ca. (dati riferiti al questionario di raccolta dati distribuito a cura di ASR-Abruzzo nell'estate 2006).

---

<sup>61</sup> Il presente capitolo è stato redatto seguendo lo schema di riferimento per la riorganizzazione della rete delle strutture di diagnostica di laboratorio costituito dalle linee guida sui contenuti del piano sulla rete laboratoristica inviate dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, in data 6 giugno 2007.

Il mutato contesto politico-economico e tecnologico, alla luce di una evidente inappropriata prescrivibilità quali-quantitativa, impone una razionalizzazione delle risorse umane e dell'offerta nell'ambito della Medicina di Laboratorio della Regione Abruzzo. Tale processo deve necessariamente interessare tutta l'area regionale con metodologia uniforme e con regole ed obiettivi chiari e condivisi in funzione di masse critiche e volumi di attività, disponibilità di personale, valorizzazione di professionalità esistenti, tipologia di territorio ed ospedale, rete di comunicazione e trasporti.

## **LA NUOVA RETE: MODELLO ORGANIZZATIVO e LOGICHE di SVILUPPO**

Sulla base delle **nuove tendenze logico-organizzative di reingegnerizzazione dei processi** e di **sviluppo dell'automazione** viene proposto un **sistema di "Laboratori in Rete" (Network)** formato da reti aziendali e provinciali fra loro integrate e complementari. Il sistema di Network descrive una cornice organizzata allo scopo di fornire un servizio diagnostico che soddisfi le necessità di tutti (pazienti e sanitari) all'interno di una vasta area geografica (Regione).

La natura e la tipologia dei servizi vengono definite da tutte le componenti interessate sulla base di obiettivi condivisi e di vari livelli di responsabilità sottoposti a coordinamento scientifico e clinico-organizzativo.

### **Obiettivi del network:**

- valutazione e garanzia di qualità ed adeguatezza dei servizi diagnostici offerti;
- riduzione degli errori e miglioramento dell'appropriatezza;
- regolazione dei meccanismi della domanda e gestione dei profili diagnostico-terapeutici;
- introduzione di nuove tecnologie e programmazione di nuovi investimenti;
- controllo degli "outcome" clinici e degli aspetti economici del network;
- realizzazione di un servizio integrato equo verso tutti gli utilizzatori sulla base delle reali necessità delle aree coinvolte ed a garanzia di pari opportunità di accesso per i cittadini;
- ottimizzazione delle organizzazioni interne alle aziende e dell'utilizzo delle biotecnologie nell'ambito delle 24 ore;
- mantenimento di parte delle attività di laboratorio presso gli Ospedali di territorio;
- riduzione tempi di risposta (TAT) per routine ed urgenze;
- ottimale utilizzo della Information Technology sia per decentrare analisi sul territorio con sistemi di Point of Care o di Self Testing (Telemedicina) presso DSB e Medici di "cure primarie", sia per coordinare le attività diagnostiche regionali (Portale e Nomenclatore Unico) e di refertazione domiciliata, riducendo liste e tempi di attesa .

Alla luce degli attuali compiti dei moderni Servizi di Medicina di Laboratorio la rete, rispetto al singolo laboratorio, può assolvere meglio alle seguenti **funzioni**:

- consulenza pre e post analitica (preparazione del paziente e gestione dei rischi);
- controllo della appropriatezza prescrittiva basato sulle evidenze scientifiche;
- efficienza operativa nelle 24 ore (gestione dell'emergenza-urgenza);
- garanzia di standard adeguati per tempistica e carichi di lavoro;
- formazione multidisciplinare ed addestramento continuo degli operatori;
- raccolta e trasporto dei campioni;
- consolidamento analitico e reingegnerizzazione integrata della tecnologia;
- definizione dei requisiti di qualità e di opportuni programmi di Valutazione Esterna (VEQ).

## **CRITERI DI COSTRUZIONE DELLA RETE**

Alla luce delle nuove tendenze logico-organizzative di adeguamento degli standard operativi e di personale ai processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate il piano di fattibilità della rete di laboratori corredato della relativa informatizzazione di sistema deve incentrarsi sulla valutazione dei seguenti criteri:

**1) Analisi delle necessità ambientali ed individuazione delle aspettative di servizio dei pazienti e clienti interni.**

## **2) Analisi del contesto regionale con valutazione del numero di Laboratori pubblici e privati esistenti e loro riclassificazione (sulla base di volumi e tipologia di attività) in:**

- **Laboratori a valenza territoriale:** svolgono un'attività diagnostica di base con metodi a larga diffusione per prestazioni di biochimica e di ematologia. Il loro volume di attività può essere orientativamente compreso tra 200.000 e 500.000 prestazioni/anno; svolgono il lavoro nel turno antimeridiano 8.00 - 14.00 facendo riferimento a laboratori di primo livello per il turno pomeridiano, notturno e festivo. Per particolari necessità cliniche, sulla scorta di valutazioni di efficacia e di efficienza possono utilizzare sistemi decentrati di analisi (POCT).

- **Laboratori di primo livello:** svolgono una diagnostica di base di biochimica, immunometria, ematologia e microbiologia. La loro attività è regolata con doppio turno diurno (8.00-14.00, 14.00-20.00) ed assicurano un servizio notturno e festivo in pronta disponibilità. I loro volumi prestazionali non possono orientativamente essere inferiori a 500.000 test/anno.

- **Laboratori di secondo livello:** svolgono un'attività diagnostica di primo livello e sono provvisti di settori specialistici o articolazioni di rilievo aziendale; il loro volume prestazionale dovrebbe orientativamente essere superiore a 800.000 test/anno.

- **Laboratori a valenza regionale:** oltre alle attività di I e II livello sono articolati con sezioni e/o strutture ultraspecializzate e sono fortemente automatizzati; gestiscono le emergenze diurne/notturne con servizio di guardia attiva. Il loro volume di prestazioni dovrebbe essere superiore a 2.000.000 test/anno.

- **Laboratori di ricerca clinica (universitari, IRCCS) e di riferimento regionale:** sono laboratori a valenza strategico-regionale, solitamente monospecializzati dal punto di vista delle biotecnologie (ad esempio medicina molecolare avanzata) o delle problematiche di grandi bacini di utenza (ad esempio Laboratorio tossicologico di secondo livello e laboratorio antidoping). Eseguono altresì esami a scopo di ricerca clinica utilizzando metodologie originali (sviluppate "ad hoc") con attività finalizzate anche allo sviluppo di nuove diagnostiche.

Si ritiene che al di sotto di 200.000 prestazioni/anno per il pubblico e di 100.000 per il privato accreditato (soglia critica da raggiungersi perseguendo logiche di consorzio) per attività di base, si trasformano le strutture in Centri Prelievi Territoriali, secondo criteri di efficienza ed efficacia e di salvaguardia dei livelli minimi qualitativi ed occupazionali.

## **3) Rapporti intra/inter-aziendali (Aziende Sanitarie) fra i Laboratori.**

Sulla scorta della proposta di riclassificazione sopra descritta le Direzioni Generali Aziendali dovranno prevedere un'organizzazione dipartimentale "forte" e coordinata finalizzata a:

- raggiungimento di soglie critiche per il mantenimento di tecnologie ad alto costo;
- soddisfazione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;
- economia di scala con conseguente risparmio di personale e tecnologie;
- aumento delle competenze e dell'esperienza correlata anche all'aumento di attività;
- rispetto delle normative in termini di specifiche qualifiche professionali;
- garanzia di continuità del servizio nell'ambito delle 24 ore;
- realizzazione di progetti di ricerca usufruendo di tecnologie e competenze già consolidate;

- centralizzazione di controllo e responsabilità su tutti i sistemi di analisi decentrata (POCT e self-testing);

- eliminazione di laboratori che eseguono gli stessi esami all'interno dello stesso presidio o stabilimento ospedaliero;

- diversificazione specialistica integrata in presenza nella stessa ASL di Laboratori Ospedalieri collocati o in stabilimenti distanti fra loro o nella stessa struttura ma con forte vocazione specialistica, comunque caratterizzati da rilevanti volumi di esami.

Si propone pertanto che all'interno di ogni Azienda **dovrebbe essere previsto, di principio**, non più di un punto di esecuzione per ognuna delle branche della Medicina di Laboratorio. In caso di strutture di dimensioni limitate è opportuna la confluenza di più branche (es. Patologia Clinica / Biochimica Clinica + Microbiologia) in sezioni specialistiche di un unico laboratorio. Nel caso di presenza nella stessa Azienda Sanitaria di più strutture Ospedaliere con attività di ricovero in cui i tempi di trasporto dei campioni biologici verso la struttura centrale della rete risultino incompatibili con le necessità cliniche, deve essere garantita presso ogni Struttura Ospedaliera attività di laboratorio di urgenza per un pannello, definito e condiviso, di

esami correlati alla complessità della Struttura stessa. Questi nodi periferici dei "Laboratori in Rete", per l'esecuzione e la gestione della sola attività urgente, necessitano di tecnologia leggera e integrata, su cui venga consolidato il maggior numero dei test effettuati e di personale tecnico, con collegamento telematico all'interno di un "Laboratorio Unico Logico" aziendale.

## **CRITICITA' STRUTTURALI**

Nella realizzazione del progetto "laboratorio in rete" è irrinunciabile una attenta analisi e verifica delle criticità inerenti le aree sotto elencate:

### **A - logistica dei trasporti:**

1. all'interno dei grandi ospedali
2. all'interno delle aziende
3. all'interno del network regionale

### **B - information technology:**

Il sistema informativo gioca un ruolo fondamentale nella rete organizzata e rappresenta sia la risorsa che la criticità principale. Sarebbe opportuno utilizzare lo stesso software gestionale in tutto il network, ma si potranno comunque impiegare programmi adattativi ed integrativi dei diversi sistemi operativi aziendali utilizzati, così da facilitare le fasi di accettazione di campioni che devono "viaggiare" all'interno della rete (nonché i flussi fiscali e di "reporting") traendone i seguenti vantaggi:

1. riduzione di errori nella gestione;
2. tracciabilità di materiali biologici ed esami;
3. condivisione delle richieste e dei risultati dei test analitici (Laboratorio Unico Logico);
4. refertazione in tempo reale da qualsiasi punto del network;
5. validazione a distanza all'interno della rete aziendale e/o regionale (ottimizzazione di gestione dell'emergenza-urgenza notturna e festiva);
6. facilitazione degli studi di meta-analisi epidemiologica;
7. interscambiabilità degli operatori;
8. fruibilità del dato per cittadini e medici di "cure primarie" mediante consultazione autorizzata via "web".

## **TEMPI e PRIORITA'**

La realizzazione del piano inerente la "rete dei laboratori e relativa informatizzazione del sistema" andrà completata entro 180 giorni dalla emanazione della DGR di approvazione del DDLR di Piano Sanitario Regionale.

In questo ambito operativo si individuano le seguenti priorità:

- Implementazione di un sistema informativo di laboratorio aziendale centrato sul paziente ed integrato con gli altri livelli (provinciale e regionale) e con altri servizi informatici (CUP, cartella clinica, anagrafe sanitaria etc.) e finalizzato alla costruzione del "network": dead-line entro 180 giorni dalla emanazione della DGR di approvazione del DDLR di Piano Sanitario Regionale;
- Definizione in ambito aziendale di obiettivi e strutture chiare di responsabilità (dipartimenti) dead-line entro 20 giorni dalla approvazione della L.R. di P.S.R.;
- Individuazione di Gruppi di lavoro Regionali finalizzati alla pianificazione, soluzione di criticità e declinazione dei criteri di implementazione del "network" (articolazioni e rapporti intra-aziendali, accreditamento ed autorizzazione, Miglioramento Continuo della Qualità etc.), Technology Assessment ed Information Technology (attivazione immediata dei relativi flussi di lavoro presso ASRAbruzzo);
- Conoscenza delle prestazioni fruibili a livello regionale con assiduo aggiornamento del NTR (Nomenclatore Tariffario Regionale) (attivazione immediata del relativo flusso di lavoro presso ASRAbruzzo).

Il modello "laboratorio in rete" della Regione Abruzzo dovrà prevedere a regime:

1. sistema informativo di laboratorio (aziendale, provinciale, regionale) centrato sul paziente;
2. forte integrazione e coordinamento in ambito aziendale (Azienda Sanitaria/Ospedaliera) di tutte le attività diagnostiche con massimizzazione di efficienza ed ottimizzazione dell'utilizzo di risorse umane e tecnologiche;
3. centralizzazione di attività ultraspecialistiche ad alto costo in uniche sedi presso laboratori a "valenza" o di "riferimento regionale".

#### **5.4.12 RETE DI ANATOMIA PATOLOGIA**

Le U.O. di Anatomia Patologica sono distribuite in maniera uniforme nel territorio regionale in 13 Ospedali e di esse 9 sono Unità Complesse (compresa una di Citodiagnostica ubicata in Lanciano) e 4 Unità Semplici. Un altro servizio è presente nel privato accreditato.

##### **Criticità**

Il lavoro in Anatomia Patologica è un'attività prettamente manuale e di tipo "artigianale" in quanto l'automatizzazione del laboratorio è in pratica inesistente e nel contempo la refertazione richiede un lavoro intellettuale di interpretazione al microscopio.

La carenza di risorse umane comporta un allungamento dei tempi di refertazione (da 3 giorni lavorativi per le biopsie urgenti, in genere di pertinenza oncologica, ai 40-60 giorni per la stadiazione di pezzi operatori) con conseguenti:

- possibili ripercussioni medico-legali (il ritardo diagnostico sta diventando frequente oggetto di disputa nelle Aule Giudiziarie)
- allungamento dei tempi di degenza ed allungamento delle liste di attesa
- inosservanza dei tempi previsti a livello regionale dal DL 102 per iniziare la radio-chemioterapia, entro 30 giorni dall'intervento

Per quanto attiene alle attrezzature non è attualmente disponibile un censimento delle attrezzature dei diversi centri.

##### **Le nuove tendenze e logiche**

Le Anatomie Patologiche istituzionalmente presiedono al compito di:

- porre diagnosi di certezza nell'ambito della patologia sospettata clinicamente come oncologica o di altra natura
- di stadare il tumore dopo l'intervento configurando il quadro prognostico

ma nel corso degli ultimi anni hanno dovuto far fronte ad una maggior richiesta di performances qualitative tra cui una definizione sempre più precisa dell'assetto biologico delle neoplasie per poter fornire parametri che indirizzino verso una terapia più efficace ed un follow up conseguente.

Infatti con il progredire delle conoscenze sui meccanismi d'azione di nuovi farmaci ad azione antineoplastica, l'importanza di una corretta valutazione dei fattori predittivi di risposta della neoplasia ai diversi possibili schemi di trattamento va assumendo una rilevanza clinica (e medico-legale) sempre maggiore al punto che, almeno per alcune neoplasie, una precisa definizione dei parametri predittivi non ha peso minore di quella di una diagnosi differenziale istopatologica.

Di conseguenza accanto ai tradizionali parametri (velocità di crescita, recettori ormonali) è necessaria la determinazione, secondo tecniche di morfologia molecolare, di target specifici per

terapie mirate quali ad esempio il Glivec, l'Herceptin, l'Erbix ed in futuro prossimo l'Avastatin, l'Iressa, ecc.

Reti di **telepatologia** si stanno diffondendo in Italia in molte regioni. La Regione Abruzzo sin dal 2001-2002 ha costituito una rete di telepatologia diagnostica tra le prime d'Italia che aveva come finalità quella di fornire una prima diagnosi, un ulteriore consulto o una conferma diagnostica. Nel corso degli anni l'inevitabile ammodernamento del software che rende in parte obsolete le attrezzature e l'esigenza di cambiare finalità ci fanno scorgere nella telepatologia la possibilità innovativa di **controllo di qualità** nell'ambito degli screening oncologici o di altre patologie. A tal fine un sistema valido ed economico è già stato acquistato nell'ambito dello screening del cervicocarcinoma ed è in corso una trattativa per estendere il sistema alla Regione.

### **La rete integrata**

La costruzione di una rete si basa innanzitutto sui criteri di razionalizzazione e di qualità del prodotto. Anche per l'Anatomia Patologica il modello Hub-spoke risulta sotto il profilo organizzativo quello che attualmente è più rispondente alla evoluzione del SSR.

Occorre perseguire l'obiettivo di una **rete integrata** di Laboratori attraverso una cultura delle "cose comuni e condivise" preludio a razionalizzazione e al miglioramento dell'offerta attraverso:

- la concentrazione di personale (medici, tecnici) e di attrezzature "pesanti" per metodiche non routinarie (FISH-CISH, PCR, Tissue microarray, Genomica, Proteomica, ecc), utili per le nuove metodiche sopra menzionate, negli Ospedali sede di Divisioni di Oncologia. Nell'ambito dell'Istituto di Anatomia Patologica di Chieti, è presente una struttura dedicata allo studio delle mutazioni genetiche quali fattori predittivi in campo oncologico la quale è in possesso di una importante bio-banca di cellule e tessuti congelati. Ad essa dovrebbero essere affidate quelle indagini che, pur avendo un riflesso terapeutico, abbiano un maggior connotato di ricerca e di sperimentazione mentre le metodiche sofisticate, ma divenute di routine, rimangono demandate anche alle UU.OO.CC. sopra individuate.
- La caratterizzazione specialistica, di alcune metodiche ed in alcune branche, dei servizi (intra e inter aziendale) in modo da poter effettuare consulenze riducendo così il ricorso a strutture extraregionali. Può costituire un valido contributo la rete di telepatologia oncologica.
- Controlli di qualità-standardizzazione dei referti secondo protocolli nazionali ed internazionali e partecipazione allo studio di dette tematiche interfacciandosi con altre Discipline.
- Reportistica omogenea basata sul Nomenclatore della SIAPEC : le AP possiedono in gran parte un unico programma informativo da estendere con l'accordo degli interessati a tutti i Servizi. Si potrà ottenere così, oltre l'omogeneità della reportistica, la possibilità di banche dati per studi epidemiologici quali ad es. Registro tumori.

### **Priorità e tempi**

- analisi conoscitiva per verificare che tutti i laboratori siano in possesso di quelle attrezzature di routine necessarie per la riduzione dei tempi di refertazione e per l'accreditamento (istoprocessori sottovuoto ecologici, apparecchiature per citologia in strato sottile, centraline da inclusione, microtomi recenti, congelatori, coloratori, montavetrini, immunocoloratori, cappe, ecc.)

- individuazione delle patologie/branche specialistiche (mammella, colon-retto, utero, prostata, melanomi, vescica, gastroenterico, polmone, emolinfopoietico, ecc.) per riorganizzazione intra e inter aziendale dei servizi (entro il primo semestre 2008)
- standardizzazione delle refertazioni di alcune patologie più frequenti (entro il secondo semestre 2008)
- Applicazione del nomenclatore unico regionale (entro il primo semestre 2008)

### 5.4.13 RETE DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Il servizio pubblico abruzzese di diagnostica per immagini é costituito da 22 U.O. di Radiodiagnostica ubicate negli ospedali. A questi si aggiungono servizi di radiologia collocati nei distretti di base:

- 3 servizi nella ASL di Pescara
- 2 servizi nella ASL di Lanciano-Vasto

Nella Tabella 49 vengono riportate le sedi ospedaliere con relativa dotazione strumentale.

**Tabella 49 - Dotazione strumentale di radiodiagnostica nei presidi ospedalieri pubblici (giugno 2007)**

Radiodiagnostica	Rx.diretti	Telecom.	OPG	Mammo	MOC	TC	Ecografo	RMN	Angiografo	Portatili	Totale
Atessa	2	1	1	1		1	1	1		2	10
Atri	3	2		1		1	2			5	14
Avezzano	4	2	1	2	1	1	1	1	1	2	16
Casoli	1	1	1			1	1				5
Casteldisangro	1	2	1	1		1	1			1	8
Chieti	4	2	1	2		2	2		1	5	19
Chieti S.Camillo	1	1	1				1			1	5
Gissi	1	1	1			1	1				5
Giulianova	3	2	1	1	1	1	1	1		6	17
Guardiagrele	1	1	1	1			1			1	6
Lanciano	3	2	1	1		1	1			1	10
L'Aquila	3	4	1	2		3	4	4	1	7	29
Ortona	2	1	1	1	1	1	1			2	10
Penne	3	2	1	1		1	1			3	12
Pescara	7	3	1	1		2	2	1	1	12	30
Pescina	1	1	1	1	1	1	1			1	8
Popoli	2	2	1	1		1	2			3	12
Santomero	3	1	1	1		1	1			1	9
Sulmona	2	1		1	1	1	2			3	11
Tagliacozzo	1	1			1		2			1	6
Teramo	4	2	1	1		2	1	1	1	8	21
Vasto	2	2	1	1		1	1	1		3	12
<b>Totale</b>	<b>54</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>68</b>	

### DOMANDA

La domanda radiologica deriva dalle seguenti situazioni:

- emergenza / urgenza
- pronto soccorso
- terapia intensiva
- reparti di degenza
- in alcune sedi arrivano in urgenza pazienti ambulatoriali
- paziente ricoverato
- prestazioni in sala operatoria
- ricoveri ordinari
- day hospital / day surgery / day service / ecc.
- prestazioni collegate al ricovero
- pazienti ambulatoriali
- screening oncologici

## **CRITICITA'**

### **3.1 Vetustá delle apparecchiature**

In un lavoro del 2004 svolto insieme dalla SIRM, dall'AIMN e dall'ANIE sono stati indicati i periodi di accettabilitá della qualità clinica e di sicurezza delle apparecchiature diagnostiche, come riportato nella Tabella 50:

**Tabella 50 – Periodo di accettabilitá e sicurezza delle apparecchiature diagnostiche**

	Periodo di accettabilitá della qualità clinica in anni	Periodo di sicurezza dell'apparecchiatura in anni
Diagnostica radiologica (incluso digitale)	10	12
Telecomandati	7	9
Mammografi	6	8
Angiografi	6	8
Ecografi	5	6
Tomografi computerizzati (TC)	5	7
Risonanza magnetica (RM)	5	7
PET-TC	5	7

In Abruzzo i servizi pubblici sono dotati di attrezzature tendenzialmente obsolete. Nelle Tabelle 51-52 vengono riportati l'anno di acquisto e l'età di ogni apparecchio.



### Tabella 51 – Anno di acquisto delle attrezzature di diagnostiche

Nelle sedi dove sono presenti più apparecchi dello stesso tipo é riportata la data del più vecchio

Anno d'acquisto	Rx.diretti	Telecom.	OPG	Mammo	MOC	TC	Ecografo	RMN	Angiografo	Portatili
Atessa	1975	1980	1995	1998		1999	2006	2006		1994
Atri	1979	1983		2006		2005	2000			1990
Avezzano	1975	2004		1986		2003	2003	2005	1996	1985
Casoli	1975	1999	1985			2006	2000			
Casteldisangro	1981	1985	1978	1982		2002	2004			1989
Chieti	2000	1997	2000	2000		1999	1998		2000	2000
Chieti S.Camillo	1975	1980	1979				2002			1995
Gissi		1993	1980			2000	2005			
Giulianova	1994	1984	2000	2000	1999	2000	1996	1999		1988
Guardiagrele	1993	1980	1996	1998			1997			2005
Lanciano	1979	2005		2001		1996	2004			
L'Aquila	1997	1997	1997	1997		2001	1997	2001	1997	1997
Ortona	1981	1981	1998	1996	1997	1992	1994			1993
Penne	1983	1983	2000	1992		2004	2005			1980
Pescara	1981	1981	1994	2006		2000	2000	2000	2005	1981
Pescina	1981	1990		1993	2003	2003	1999			2003
Popoli	1988	1989		1991		2000	1997			1992
Santomero	1985	2002	2005	2003		1999	2002			1998
Sulmona	1991	2000		1993	2003	2004	1993			1993
Tagliacozzo	1992	1999			2003		1997			2000
Teramo	1970	1987	2005	2006		1986	1996	2000	2002	1988
Vasto	2000	1998	1984	1994		2001	2002	2003		1984

### Tabella 52 – Età delle attrezzature diagnostiche della Regione Abruzzo

Età in anni	Rx.diretti	Telecom.	OPG	Mammo	MOC	TC	Ecografo	RMN	Angiografo	Portatili
Atessa	32	27	12	9		8	1	1		13
Atri	28	24		1		2	7			17
Avezzano	32	3		21		4	4	2	11	22
Casoli	32	8	22			1	7			
Casteldisangro	26	22	29	25		5	3			18
Chieti	7	10	7	7		8	9		7	7
Chieti S.Camillo	32	27	28				5			12
Gissi		14	27			7	2			
Giulianova	13	23	7	7	8	7	11	8		19
Guardiagrele	14	27	11	9			10			2
Lanciano	28	2		6		11	3			
L'Aquila	10	10	10	10		6	10	6	10	10
Ortona	26	26	9	11	10	15	13			14
Penne	24	24	7	15		3	2			27
Pescara	26	26	13	1		7	7	7	2	26
Pescina	26	17		14	4	4	8			4
Popoli	19	18		16		7	10			15
Santomero	22	5	2	4		8	5			9
Sulmona	16	7		14	4	3	14			14
Tagliacozzo	15	8			4		10			7
Teramo	37	20	2	1		21	11	7	5	19
Vasto	7	9	23	13		6	5	4		23
<b>Media</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>15</b>

## **Copertura diagnostica dell'emergenza/urgenza**

Occorre potenziare i servizi di radiodiagnostica connessi con le attività di emergenza/urgenza.

### **Lo sviluppo tecnologico**

#### **La risonanza magnetica**

Negli ultimi tempi gli apparecchi di risonanza magnetica si sono molto diversificati per costo e potenzialità: dagli apparecchi piccolissimi di basso costo per lo studio muscolo-scheletrico degli arti (artoscan) si passa ad apparecchi un po' più grandi, cosiddetti open, a basso campo magnetico, di costo medio basso, che permettono di estendere lo studio ad altri segmenti muscolo-scheletrici.

Seguono apparecchi ancora un po' più grandi, sempre open a campo medio basso che permettono di studiare anche l'encefalo e l'addome, sia pur con lunghi tempi di scansione. Abbiamo inoltre apparecchi ad alto campo che permettono uno studio più veloce di tutti i segmenti corporei. Recentemente arrivano le prime installazioni di apparecchi ad altissimo campo, le cui peculiari potenzialità sono ancora in via di valutazione.

La diversificazione degli apparecchi, la necessità di decongestionare quelli più potenti e costosi, la necessità di doversi adeguare alle linee guida nazionali di riferimento per l'appropriatezza delle prestazioni impongono una maggiore diffusione di tali attrezzature sul territorio.

#### **La TC e la PET-CT**

La tomografia computerizzata (TC) ha raggiunto notevoli livelli tecnologici grazie all'avvento dei sistemi multistrato. Si definiscono quindi due differenti livelli: 1) le apparecchiature a valenza anche cardiologia (coronaro-TC), 2) le apparecchiature non cardiologiche.

Nel primo caso si richiedono una tecnologia a 64 strati e competenze diagnostiche specifiche; nel secondo caso tecnologia a numero di strati inferiore, modulato in funzione delle specifiche esigenze cliniche e di installazione.

La fusione della TC con la tomografia ad emissione di positroni (PET) ha prodotto la PET-CT. Essa consente di scoprire e localizzare con precisione tessuti neoplastici caratterizzati da una alta velocità di crescita ma rende necessaria la somministrazione endovenosa di molecole marcate con radioisotopi che emettono positroni. Pertanto questo genere di attrezzatura può essere collocata solo nelle sedi dove coesistono le due specialità: la radiodiagnostica e la medicina nucleare, che vedranno salvaguardate le relative competenze professionali.

#### **La radiologia digitale**

La trasformazione digitale della radiologia ha ormai superato la fase sperimentale: i nuovi moderni impianti radiologici devono funzionare in modalità interamente digitale. Laddove si prospetti l'acquisto di nuove attrezzature radiologiche bisogna prediligere quelle ad acquisizione digitale diretta. In particolare tutte le nuove acquisizioni di apparecchiature radiologiche per pronto soccorso devono essere di tipologia digitale diretta, possibilmente con sistemi robotizzati.

Per le attrezzature radiologiche tradizionali già in esercizio si deve procedere alla riconversione mediante la tecnologia dell'acquisizione digitale indiretta.

Ovviamente tutte le sorgenti di immagini digitali devono essere collegate a sistemi di archiviazione e comunicazione delle immagini (PACS: picture archiving and communication system). Si otterranno vantaggi legati alla contrazione degli archivi, con rapidità di recupero delle immagini, ed alla teletrasmissione via cavo o internet, risparmi economici.

I sistemi PACS devono essere integrati da sistemi di gestione dei dati alfanumerici specifici per l'ambiente radiologico (RIS: radiological information system). Tali sistemi offrono indubbi vantaggi operativi, ottimizzazione del personale e dei tempi operativi radiologici.

### La teleradiologia

La installazione dei sistemi informatici RIS- PACS rappresenta la premessa per arrivare alla teleradiologia, intesa come teleconsulto.

Il teleconsulto su un esame può essere realizzato molto semplicemente mediante distribuzione web delle immagini: ogni PACS può essere interfacciato ad internet mediante un web server, per fornire le immagini di un esame, dietro accesso autenticato, mediante username e password.

Un teleconsulto più completo può essere realizzato mediante interfacciamento ad internet del sistema informativo radiologico (RIS-PACS): un web-RIS permette di estendere tutte le funzioni di lavoro della radiologia oltre i limiti della rete locale.

Il teleconsulto, pur non risolvendo il problema della carenza organica di radiologi, se inserito in modello organizzativo aggiornato, nel rispetto dei carichi di lavoro e sulla base di percorsi diagnostici condivisi, risulta essere un valido strumento per affrontare questa fase di trasformazione del SSR.

In un modello di rete hub and spoke che utilizza lo stesso RIS-PACS per tutto l'albero, è innegabile il vantaggio per il medico radiologo di poter accedere alle piene funzioni professionali da qualunque punto della rete. Questa possibilità crea le premesse per un teleconsulto multimodale tra radiologi a diversa esperienza.

Un modello di teleconsulto semplice ed efficace può essere costituito da un web- RIS-PACS con doppia modalità di accesso:

1. una modalità più ampia riservata agli operatori della rete radiologica che accedono mediante il Web-RIS-PACS all'intero sistema Radiologia;
2. una modalità ristretta che permette al solo medico autorizzato dal paziente ad accedere alle immagini di un singolo esame.

## **5. La rete della radiodiagnostica**

La rete della diagnostica viene costruita seguendo il modello hub and spoke.

Le metodiche di diagnostica per immagini vengono classificate come segue:

1. l'ecotomografia
2. l'eco-color-doppler
3. la mineralometria ossea computerizzata a doppia energia (MOC-DEXA)
4. l'ortopantomografia
5. la radiologia tradizionale diretta
6. la mammografia
7. la radiologia contrastografica
8. la tomografia computerizzata (TC)
9. la risonanza magnetica (RM)
10. l'angiografia e la radiologia interventistica
11. la PET-CT

Si identifica un modello hub and spoke su quattro livelli diagnostici:

Gli apparecchi ecografici disponibili presso i medici di medicina generale (MMG) o gli specialisti ambulatoriali sono spoke diagnostici periferici: gli hub di riferimento sono le U.O. diagnostiche di seguito descritte.

- U.O. diagnostica di primo livello, collocata nel Distretto Sanitario di Base (DSB).
- U.O. diagnostica di secondo livello, collocata nell'Ospedale del Territorio.
- U.O. diagnostica di terzo livello, collocata nell'Ospedale di medie dimensioni.
- U.O. diagnostica di quarto livello, collocata nei Grandi Ospedali da individuare uno per ogni ASL oltre le due Aziende Ospedaliere in itinere.

Ogni livello diagnostico rappresenta l'hub del precedente e lo spoke del successivo. Le U.O. diagnostiche di ogni livello devono essere presiedute dal medico radiologo.

### **Spoke periferico**

L'ecotomografia, metodica diffusa anche tra i medici non radiologi, é di per sé una importante fonte di spesa diretta ed indiretta, rappresentando il punto di partenza per la richiesta di esami diagnostici piú costosi: TC ed RM. Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva nei pazienti ambulatoriali, quando l'operatore ecografico periferico identifica la necessità di procedere con un ulteriore esame diagnostico, deve fare riferimento al proprio hub rappresentato dalla U.O. di diagnostica per immagini: il medico radiologo giustifica l'eventuale esame successivo, come prescrive la legge (D.Lgs. 187/2000).

### **1) Hub di primo livello diagnostico**

La U.O. di diagnostica per immagini di primo livello, situata nei Distretti, deve comprendere almeno:

- l'ecografia,
- la radiologia tradizionale diretta e l'ortopantomografia,
- la MOC,
- in funzione della realtà locale e del bacino d'utenza si può prevedere la presenza di un mammografo da utilizzare esclusivamente per la mammografia di screening. La mammografia clinica può essere eseguita solo nei casi in cui sia presente in sede un medico radiologo con competenza specifica nel settore.

### **2) Hub di secondo livello diagnostico**

La U.O. diagnostica di secondo livello è situata negli Ospedali del Territorio, dove è attrezzata con apparecchi per:

- l'ecografia,
- la radiologia tradizionale diretta e l'ortopantomografia,
- la MOC,
- la mammografia,
- la radiologia contrastografica, telecomandata,
- la RM dedicata.

### **3) Hub di terzo livello diagnostico**

La U.O. diagnostica di terzo livello è situata negli Ospedali di medie dimensioni, dove è attrezzata con macchine di alta tecnologia. La dotazione di questa U.O. deve prevedere apparecchi per:

- l'ecografia contrastografica,
- la radiologia tradizionale diretta e l'ortopantomografia,
- la MOC,
- la mammografia,
- la radiologia contrastografica, telecomandata,
- la TC spirale multistrato,
- la RM.

### **4) Hub di quarto livello diagnostico**

La U.O. diagnostica di quarto livello è situata nei Grandi Ospedali. Deve essere quindi attrezzata appropriatamente ad un ospedale ad alta intensità di cure. La dotazione tecnologica di questa U.O. deve prevedere apparecchi per:

- l'ecografia contrastografica ed interventistica (biopsie, drenaggi, termoablazione),
- la radiologia tradizionale diretta e l'ortopantomografia,
- la MOC,
- la mammografia,
- la radiologia contrastografica (telecomandata),
- l'angiografia ed interventistica vascolare, neurologica, biliare ed urinaria,
- la TC spirale multistrato di alto profilo, adatta allo studio delle coronarie,
- la RM ad alto campo fornita di software avanzati per la funzionale, il cardiaco, il vascolare ed il *total body*,
- la PET-CT.

Un'attenzione particolare va rivolta alla collocazione dei Centri di Riferimento Regionali: che possono essere dislocati in qualsiasi località del Servizio Sanitario Regionale. Qualora nella loro attività fosse necessaria una forte integrazione radiologica bisognerà attrezzare il presidio con tutto quanto é necessario per il buon funzionamento del "Centro".

### **Le strutture private convenzionate**

I servizi di radiodiagnostica delle strutture private convenzionate possono essere inseriti nella rete della diagnostica per immagini, inquadrandoli in uno dei quattro livelli suddetti, nel rigoroso rispetto dei parametri previsti per l'ottenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

### **Lo screening mammografico**

Da tempo é stato attivato in Abruzzo lo screening mammografico per la diagnosi precoce dei tumori del seno, utile come prevenzione della mortalità da cancro della mammella. Lungi dall'aver raggiunto il livello di copertura ottimale della popolazione lo screening mammografico continua la sua opera di espansione. Necessita tuttavia di maggiori risorse per poter raggiungere l'efficacia desiderata. I mammografi installati nelle U.O. diagnostiche di primo livello, quelle piú vicine alla popolazione, possono contribuire a raggiungere l'obiettivo. L'organizzazione dello screening é tale per cui l'esecuzione della mammografia di primo livello può essere completamente demandata al solo TSRM. Una lettura della mammografia può essere effettuata successivamente in un centro remoto di secondo livello previa trasmissione a distanza delle immagini digitali.

### **La comunicazione attraverso la rete**

Per il paziente non ospedalizzato la prenotazione dell'esame deve avvenire attraverso il portale regionale. I criteri di prenotazione devono includere le priorità di accesso alle prestazioni, riservando canali paralleli a rapidità differenziata nel sistema informatico di prenotazione, per permettere di prenotare piú o meno rapidamente in funzione della priorità clinica.

La prestazione diagnostica in urgenza é possibile solo attraverso la rete urgenza-emergenza.

Una volta prenotato l'esame il paziente si presenta all'U.O. diagnostica dove viene sottoposto alla prestazione, nel rispetto del D.Lgs 187/2000 e del Codice della Privacy.

All'atto della interpretazione delle immagini se il medico radiologo ha bisogno della consulenza di un'altro collega piú esperto, richiede un teleconsulto all'hub di riferimento, cioè alla U.O. diagnostica di livello superiore. Il radiologo esperto attraverso il Web-RIS-PACS valuta le immagini e ritorna la sua consulenza al richiedente.

Dopo aver interpretato le immagini o aver ricevuto la consulenza, il medico radiologo produce il referto nel RIS. In questo modo il consulente può essere valorizzato per il lavoro che ha svolto ed il richiedente può essere formato "sul campo". Entrambi sono responsabilizzati nella produzione del referto.

Il referto viene confezionato con l'indirizzo web del PACS di riferimento e le credenziali di accesso (id esame e password) alle immagini diagnostiche. Il RIS provvede ad inviare il referto per posta elettronica certificata al medico prescrittente.

Attraverso i *link* contenuti nella e-mail il prescrittente può accedere alle immagini radiologiche, via web.

Quando il paziente torna dal prescrittente riceve la stampa su carta del referto, certificata dal medico stesso.

Se il paziente vuole chiedere un consulto ad altro specialista, gli consegna il referto e con esso le credenziali di accesso alle immagini: avendo a disposizione il referto, chiunque da qualunque luogo, dentro e fuori regione, potrà vedere le immagini via internet. Sarà cura del paziente proteggere la riservatezza del suo referto.

La possibilità di distribuire le immagini diagnostiche in questo modo comporta immensi vantaggi:

- I passaggi di lavoro nell'U.O. si riducono con conseguente aumento della produttività: le immagini una volta acquisite devono solo essere trasferite nell'archivio del PACS e non piú stampate, nè masterizzate, nè consegnate.

- L'amministrazione risparmia la spesa dei supporti e degli strumenti di stampa.
- Il paziente non deve tornare in Radiologia a ritirare l'esame.
- Il medico prescrivente riceve il referto, visiona le immagini e pianifica l'iter successivo prima che il paziente torni a visita.
- Il paziente, insieme al referto, porta virtualmente le immagini sempre con sé.

### **Sistema di gestione per la qualità**

La responsabilizzazione dei generatori di spesa e la lotta agli sprechi può avvenire solo attraverso l'adozione di sistemi di gestione per la qualità, finalizzati alla ricerca del miglioramento continuo. Tali sistemi prevedono che nell'offerta del servizio possano essere rilevate misurazioni idonee a permettere una adeguata analisi dei processi. Dall'analisi è possibile prendere decisioni finalizzate al miglioramento.

I sistemi informativi radiologici (RIS) in dotazione alle U.O. diagnostiche possono rappresentare la base dati idonea a permettere le rilevazioni. Per realizzare una misurazione uniforme su tutta la regione non è necessario che i RIS siano tutti uguali. L'importante è che i dati siano codificati tutti nello stesso modo e che i criteri di analisi siano uniformi e condivisi.

Tali basi dati possono rappresentare uno strumento efficace nella misurazione dell'appropriatezza delle prestazioni. Per la codifica delle prestazioni si può fare riferimento alle descrizioni riportate nel portale regionale per le prenotazioni.

Per la misurazione della produttività dei medici radiologi si può fare riferimento allo specifico documento SIRM precedentemente citato. Per la misurazione della produttività dei TSRM si può fare riferimento a sistemi standardizzati di valutazione.

### **Le priorità in sequenza temporale**

- Aggiornamento delle attrezzature.
- Riconversione in digitale delle attrezzature in esercizio.
- Installazione dei RIS-PACS nelle U.O. in esercizio.
- Collegamento in rete geografica di tutti i RIS-PACS.
- Dotazione a tutti i medici del servizio sanitario regionale di un indirizzo di posta elettronica certificata.
  - Adeguamento tecnologico delle U.O. diagnostiche di terzo livello, nei grandi ospedali e nei centri di riferimento regionali.
  - Adeguamento tecnologico delle U.O. diagnostiche di secondo livello, negli ospedali del territorio.
  - Apertura di nuove U.O. diagnostiche di primo livello, nei DSB, con attrezzature e personale adeguati.

## **5.4.14. RETE DELLA DIAGNOSTICA E DELLA TERAPIA DELLA MEDICINA NUCLEARE IN VIVO E IN VITRO.**

Il servizio pubblico abruzzese di Medicina Nucleare (in vivo ed in vitro) svolge compiti sotto l'aspetto clinico, sotto l'aspetto terapeutico e soprattutto diagnostico mediante le sei unità operative complesse ubicate nei sotto elencati ospedali. Di seguito vengono evidenziate le localizzazioni di questa specialità nelle varie aziende con le relative apparecchiature:

- **ASL di Teramo**, provvista di due gammacamere (Med. Nuc. in vivo) di cui una ubicata presso l'Ospedale Mazzini di Teramo e l'altra presso l'Ospedale S. Liberatore di Atri, costituendo una unica unità operativa complessa; nei due ospedali inoltre vengono effettuate attività in vitro (esami RIA).
- **ASL di Pescara**: presenza di due gammacamere (Med. Nuc. in vivo) nell'Ospedale S. Spirito di Pescara, nello stesso risulta regolarmente funzionante la sezione in vitro

(esami RIA); risulta anche operativa una Unità mobile di PET TC per alcuni giorni alla settimana.

- **ASL di Chieti:** presenza di due gammacamere di nuova generazione (Med. Nuc. in vivo) presso il Policlinico di Colle Dell'Ara, nella stessa viene regolarmente svolta attività in vitro (esami RIA).
- **ASL di L'Aquila:** presenza di due gammacamere (Med. Nuc. in vivo), situato presso l'ospedale S. Salvatore di L'Aquila; non viene svolta alcuna attività in vitro. Si segnala la necessità di integrare l'attuale organico medico specialista con una o più unità.
- **ASL di Avezzano-Sulmona:** presenza di due gammacamere (Med. Nuc. in vivo) presso l'Ospedale di Sulmona; non viene svolta alcuna attività in vitro.
- **ASL di Lanciano-Vasto:** presenza di due gammacamere (Med. Nuc. in vivo) di cui una di nuovissima generazione presso l'Ospedale Renzetti di Lanciano, nella stessa vengono regolarmente svolti esami in vitro (RIA).

In alcune sedi vengono inoltre svolte altre attività che vanno dalla radioterapia a cui sono unite, a quella della radioterapia metabolica e ad altre attività diagnostiche (ultrasonografia, densitometria, ecc.), a completamento di quella Medico Nucleare.

## **DOMANDA**

La domanda medico nucleare deriva dalle seguenti situazioni:

- Pronto soccorso – terapia intensiva (scintigrafia polmonare)
- Reparti di degenza
- Paziente ricoverato
- Prestazioni in sala operatoria ( linfonodo sentinella – R.O.L.L. o C.R.I.)
- Ricoveri ordinari ed anche in regime di day hospital – surgery - service
- Pazienti ambulatoriali

## **APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI**

Data la specificità delle prestazioni (clinico, terapeutico e diagnostico), poche sono le richieste inappropriate a dimostrazione della funzione di filtro che altre metodiche effettuano, ponendo appunto la Medicina Nucleare fra quelle branche mediche di alta specialità e di secondo livello.

## **LA COMUNICAZIONE ATTRAVERSO LA RETE**

Per il paziente non ospedalizzato la prenotazione dell'indagine medico-nucleare in vivo non può avvenire attraverso il portale regionale ma bisogna che ci sia un colloquio diretto con l'ufficio di segreteria della unità operativa di Medicina Nucleare legato essenzialmente alla scadenza degli isotopi e degli elusati radioattivi.

Non vi è invece alcuna necessità di prenotazione per quanto riguarda la Medicina Nucleare in vitro poiché legata essenzialmente al solo prelievo ematico.

## **LA COMUNICAZIONE INTERANZIENDALE**

Le unità operative, tutte informatizzate, possono utilmente e facilmente tra loro interconnettersi con un aspetto sinergico tale da superqualificare, ognuna la propria specificità nelle singole attività interne alla propria unità operativa complessa tanto da poter assolvere ad una diagnostica di qualità per la comunità che si rivolge alle strutture medico-nucleari regionali.

## **CRITICITA'**

Nell'ambito del ridisegno delle funzioni di laboratorio occorre addivenire alla puntuale ridefinizione della localizzazione degli esami con metodica RIA<sup>62</sup> per evitare la duplicazione, nello stessa Asl o addirittura nello stesso presidio, di postazioni di esami che comportano un inutile spreco di risorse e un forte rischio di non ottimale qualità del prodotto fornito.

Il ridisegno della futura rete PET-CT dovrà vedere il coinvolgimento, in sede tecnica, di tutti i professionisti coinvolti nell'utilizzo di tale tecnologia.

---

<sup>62</sup> Il Ministero della salute (nota del 9 ottobre 2003 Prot. DPG.UXII/3.1.RIA/748, inviata ai Presidenti e agli Assessori alla Sanità Regionali) evidenzia l'utilità dell'uso della metodica RIA *in ambito medico nucleare, o anche nei laboratori di analisi abilitati, data la comprovata affidabilità di risultati, ovvero vantaggi in termini diagnostici, tecnici ed economici.*

## **5.4.15. RETE DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE**

### **Criticità del Sistema Trasfusionale: il quadro di riferimento nazionale**

Le criticità del Sistema trasfusionale nazionale e regionale derivano, in generale, dalla relativa scarsità della risorsa sangue, ossia dallo squilibrio sempre crescente che si registra tra fabbisogno e produzione sia a livello nazionale che a livello regionale e che, spesso, viene coperto mediante l'importazione di prodotti dall'estero, in particolar modo per quanto riguarda i farmaci emoderivati.

Il sistema trasfusionale, inoltre, non garantisce su tutto il territorio nazionale livelli uniformi di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti, in conseguenza del mancato adeguamento, da parte di alcune regioni e/o aziende sanitarie, agli *standard* previsti in materia dalle normative comunitarie.

Da un punto di vista organizzativo, il servizio trasfusionale nazionale si caratterizza per una rilevante frammentazione e, sebbene vi siano significative differenze tra regione e regione, si compone di circa 380 strutture trasfusionali, scarsamente coordinate tra di loro e, in alcune situazioni, con orientamenti strategici finalizzati al soddisfacimento dei fabbisogni di tipo locale.

Si tratta di un quadro di riferimento che, in gran parte, è stato generato dalla mancanza di adeguati strumenti di programmazione, organizzazione, finanziamento, verifica e controllo del sistema, sia a livello nazionale che in molte regioni, soprattutto appartenenti all'area del Centro-sud.

Per contro, i processi di decentramento dei poteri, dallo Stato alle regioni, e di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie, se pur condivisibili per le loro implicazioni di carattere generale e per gli obiettivi che intendono realizzare, rischiano di mettere in pericolo la tenuta del sistema trasfusionale nazionale con particolare riferimento alla capacità dello stesso di perseguire, oltre agli obiettivi di carattere locale, le finalità generali con valenza di Sistema. Le modalità di finanziamento delle aziende sanitarie e, soprattutto, la forte responsabilizzazione sull'equilibrio di bilancio attribuita alle direzioni generali, hanno generato comportamenti che mettono in discussione la possibilità di poter perseguire l'obiettivo dell'autosufficienza di sangue e plasma a livello regionale e nazionale. È innegabile, infatti, che il servizio trasfusionale vive una forte contraddizione tra la necessità di perseguire l'autosufficienza a livello nazionale, attraverso l'adozione di scelte a valenza sovraziendale sovraziendale, e le logiche di regionalizzazione della sanità e di responsabilizzazione a livello di singola azienda sanitaria sull'equilibrio economico-finanziario che, al contrario, spostano l'ottica gestionale su obiettivi di programmazione locale.

### **La riforma del servizio trasfusionale nazionale**

Per dare una risposta alle criticità summenzionate, lo Stato Italiano ha provveduto a riformare il Sistema trasfusionale nazionale e regionale, attraverso l'emanazione della Legge 21 ottobre 2005, n. 219, che introduce elementi di forte "riorientamento e riqualificazione" del settore, con l'obiettivo di garantire su tutto il territorio nazionale il raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza, standard omogenei di qualità e sicurezza del sangue e dei suoi derivati e lo sviluppo delle attività di medicina trasfusionale.

La legge 219/05, in particolare, prevede l'abolizione del modello organizzativo previsto dalla precedente legge trasfusionale 107/90 e introduce più adeguati strumenti di programmazione, coordinamento, finanziamento, verifica e controllo del sistema, dei livelli essenziali di assistenza in medicina trasfusionale, criteri per la razionalizzazione della rete trasfusionale, l'obbligo di adeguamento alle norme europee di qualità e sicurezza, la definizione di un più efficace meccanismo di compensazione tra le regioni e tra aziende sanitarie, una definizione chiara dei rapporti con le aziende di frazionamento del plasma ed infine strumenti specificamente dedicati al rafforzamento del ruolo delle associazioni di volontariato.

### **Il Servizio Trasfusionale Regionale: la situazione attuale**

Nell'ambito del contesto italiano, la situazione della Regione Abruzzo risulta essere, in via generale, sostanzialmente conforme al quadro nazionale precedentemente delineato. Nonostante i lodevoli sforzi compiuti dall'Ufficio Regionale per le Attività Trasfusionali e dal Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione, alcuni fattori di criticità tendono ad assumere valenza di maggiore significatività, rispetto a quelli nazionali, a causa del lungo



periodo di sostanziale assenza di programmazione di Sistema che, ormai, data dalla scadenza dell'ultimo Piano Sangue e Plasma regionale (1999-2001).

Da un punto di vista strategico, nei prossimi anni, occorre recuperare la dimensione di "Sistema" del servizio trasfusionale regionale e, in particolare, promuovere programmi ed azioni per assicurare l'erogazione di livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio regionale, l'adeguamento dei processi, presso tutte le strutture trasfusionali, agli standard di sicurezza e qualità riconosciuti a livello nazionale e dalle Società Scientifiche e, inevitabilmente, alla realizzazione del sistema informativo trasfusionale. Altri programmi e azioni, invece, dovranno affrontare il problema dell'autosufficienza in sangue e plasma, non ancora conseguita per le emazie e soprattutto per il plasma, che, in assenza di interventi specifici, rischia di assumere proporzioni più significative di quelle attuali, in relazione ai piani e programmi di sviluppo e riqualificazione dell'attività ospedaliera dei quali il presente Piano Sanitario Regionale traccia le linee fondamentali per il triennio 2008-2010.

Nelle Tabelle 53 e 54 vengono illustrati l'andamento della produzione e dei consumi regionali di emazie e l'andamento dell'invio del plasma al frazionamento industriale e del fabbisogno dei principali plasma derivati dal 2000 al 2005.

**Tabella 53 - Andamento della produzione e dei consumi regionali di emazie**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>UNITA' RACCOLTE</b>	37.817	38.477	40.368	42.124	43.111	44.769
<b>FABBISOGNO</b>	38.592	39.160	41.078	42.477	43.813	45.803
<b>SALDO SCAMBI INTERREGIONALI</b>	-775	-683	-690	-353	-702	-1.034

(fonte: CRCC)

**Tabella 54 - Andamento dell'invio del plasma al frazionamento industriale e del fabbisogno dei principali plasmaderivati**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Plasma inviato al frazionamento (lt.)	7.969	8.681	9.257	10.052	11.226	11.298
Fabbisogno albumina (Kg)	N.D.	339	N.D.	455	N.D.	570
Fabbisogno immunoglobuline aspecifiche e.v. (Kg)	N.D.	38	N.D.	34,6	N.D.	49,8
Fattore VIII umano (U.I.)	N.D.	1.013	N.D.	2.323	N.D.	2.130
Fattore VIII ricombinante (U.I.)		800		398		2.029

(fonte: CRCC)

Il Servizio Trasfusionale della Regione Abruzzo è attualmente regolamentato dalla LR 143/96, recante "Disciplina delle attività trasfusionali", che, in particolare, definisce:

- gli obiettivi generali ed i livelli assistenziali del servizio trasfusionale regionale;
- le attività riconosciute alle Organizzazioni di donatori di sangue;
- le funzioni attribuite agli organismi di coordinamento gestionale ed amministrativo (Ufficio Regionale Attività Trasfusionali - URAT) e di coordinamento tecnico-scientifico (Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione - CRCC) con valenza regionale;
  - i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici della strutture trasfusionali;
  - i rapporti convenzionali;
  - i criteri gestionali e le modalità di finanziamento del sistema.

Allo stato attuale, la "rete" trasfusionale regionale è stata rideterminata, mediante delibera di Giunta Regionale del 18 febbraio 1998 n. 369, successivamente riconfermata con la LR n. 136/98 "Piano Sangue e Plasma regionale 1999/2001", che prevedeva, in particolare, l'organizzazione della rete trasfusionale in Dipartimenti di Medicina Trasfusionale su base Provinciale e la riduzione delle strutture trasfusionali complesse da 13 alle attuali 8.

Il suddetto modello organizzativo, tuttavia, ha avuto parziale attuazione nelle aziende sanitarie che, nella maggioranza dei casi, non hanno realizzato i Dipartimenti di Medicina trasfusionale. Tale situazione, peraltro, è da legare alle difficoltà nelle quali l'organismo di coordinamento gestionale regionale (URAT) si è trovato ad operare e, soprattutto, alla mancata formulazione, sempre a livello regionale, dei previsti regolamenti di attuazione per i dipartimenti a valenza interaziendale.

La situazione attuale dell'organizzazione del servizio trasfusionale regionale è rappresentata nella Tabella 55.

**Tabella 55 - Assetto organizzativo attuale della rete trasfusionale regionale**

<b>ASL AVEZZANO-SULMONA</b>	CT Avezzano	MOD Sulmona	UR Castel di Sangro e Pescara	UR Tagliacozzo
<b>ASL CHIETI</b>	SIT Chieti	MOD Ortona	UR Guardiagrele	
<b>ASL LANCIANO-VASTO</b>	CT Vasto (*)	MOD Lanciano	UR Gissi	UR Atessa e Casoli
<b>ASL L'AQUILA</b>	SIT L'Aquila	UR CRI L'Aquila		
<b>ASL PESCARA</b>	SIT Pescara (*) (**)	CT Popoli	MOD Penne	UR AVIS Pescara
<b>ASL TERAMO</b>	SIT Teramo (*)	CT Atri	MOD Giulianova	UR Sant'Omero

(\*) sede di Dipartimento di Medicina Trasfusionale aziendale

(\*\*) sede di CRCC

### **Le nuove linee di indirizzo programmatico per la riprogettazione organizzativa e la razionalizzazione del "Sistema Trasfusionale Regionale"**

La definizione di un Piano che identifichi le linee di intervento necessarie per il raggiungimento di livelli di autosufficienza sostenibili in sangue e plasma per sistema sanitario abruzzese delineando, tra l'altro, nuove soluzioni organizzative per il servizio trasfusionale è legata, in estrema sintesi, alle seguenti esigenze:

- adeguamento agli indirizzi e alle disposizioni contenute nella legge 219/2005, recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" la quale, rispetto alla normativa precedente (legge 107/1990), estende l'oggetto della regolamentazione dalla raccolta e costituzione di banche (sangue, cellule staminali, cordoni ombelicali, ecc...) all'insieme delle funzioni riconosciute al servizio trasfusionale, introducendo il concetto di livelli di assistenza trasfusionali, e, attraverso la costituzione del Centro Nazionale Sangue, sviluppa nuove forme di governo sostanziali in materia di programmazione, ivi inclusa l'identificazione delle risorse necessarie per il raggiungimento dell'autosufficienza in sangue e plasma, di qualità e sicurezza dei processi e delle procedure trasfusionali e, parallelamente, rafforza le funzioni di controllo a livello nazionale mediante la realizzazione del nuovo sistema informativo trasfusionale;
- adeguamento degli standard di qualità e sicurezza, definiti a livello comunitario e già recepiti dalla normativa nazionale, in materia di produzione degli emocomponenti i cui processi, essendo stati equiparati a quelli necessari per la produzione di specialità di grado farmaceutico, devono essere oggetto di specifica revisione ed omogeneizzazione su tutto il territorio nazionale. Operazione che, inevitabilmente, oltre a richiedere adeguamenti sul piano tecnologico, necessitano di un impegno in risorse umane superiore a quello attuale;
- promuovere, in coerenza con gli indirizzi formulati con il presente Piano Sanitario Regionale, tutte le forme di assistenza, a valenza trasfusionale, alternative al ricovero ospedaliero quali, le attività terapeutiche ambulatoriali, anche come day service, e l'assistenza territoriale;
- rispetto dei vincoli economico-finanziari, definiti attraverso il Piano di Risanamento 2007-2009, che impongono la ricerca di soluzioni organizzative capaci di assicurare, a fronte delle difficoltà esistenti nel soddisfare il trend crescente nel fabbisogno di risorse, maggiore efficienza ed economicità all'attuale assetto del servizio trasfusionale abruzzese.

Al fine di affrontare la complessa tematica relativa al riordino del servizio trasfusionale abruzzese, di seguito si delineano gli indirizzi di carattere generale, i cui contenuti sono analiticamente sviluppati dal Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010, relativi a:

- rafforzamento della funzione di coordinamento del sistema e creazione della Rete Trasfusionale regionale;
- coinvolgimento diretto degli attori del sistema nel processo di formulazione degli obiettivi e creazione di meccanismi forti di responsabilizzazione sui risultati;
- identificazione di modalità d'assegnazione delle risorse che assicurino, anche indipendentemente dalle scelte programmatiche di singola azienda sanitaria, l'utilizzo dedicato delle stesse per il settore trasfusionale e per il perseguimento degli obiettivi generali di Sistema definiti a livello regionale e nazionale.

Il **coordinamento** del servizio trasfusionale, con particolare riferimento alle funzioni di indirizzo e governo, non può essere limitato alla formulazione di obiettivi programmatici finalizzati al perseguimento e al mantenimento dell'autosufficienza regionale. Con tale termine, infatti, ci si riferisce a quell'insieme di attività direzionali che, oltre a orientare verso l'autosufficienza, consentono di governare l'intero settore garantendo: la risorsa sangue, coerentemente a livelli appropriati di consumo, in tutte le aziende sanitarie della Regione; l'adozione di procedure di raccolta, conservazione, assegnazione e distribuzione degli emocomponenti e degli emoderivati efficienti e caratterizzate da elevati standard di sicurezza trasfusionale; il monitoraggio sistematico del grado di raggiungimento degli obiettivi concordati; l'adozione di scelte finalizzate a garantire la migliore economicità del settore trasfusionale. In questo senso, nell'ambito del Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010, si prevede la rimodulazione delle funzioni di coordinamento regionale del servizio trasfusionale, attualmente affidate all'URAT e al CRCC, e la costituzione del **Centro Regionale Sangue** al quale saranno affidati almeno i compiti e le funzioni necessarie al rafforzamento del governo clinico ed economico del sistema stesso. La natura degli organismi di coordinamento del settore e l'identificazione delle relative attribuzioni funzionali specifiche, saranno sviluppate nell'ambito del Piano Sangue e Plasma 2008-2010.

La realizzazione delle **Rete Trasfusionale**, oltre alla costituzione del nuovo organismo di coordinamento, richiede un inevitabile intervento sugli assetti organizzativi delle strutture trasfusionali e del ruolo ad esse attribuito in seno alle singole aziende sanitarie. In questo senso, si reputa decisivo mantenere, così come stabilito dal vigente Piano Sangue e Plasma Regionale 1999-2001 (LR 25/11/98 nr. 136), la scelta relativa ai Dipartimenti provinciali di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, quindi anche con valenza interaziendale. In essi saranno incluse tutte le strutture trasfusionali attualmente operanti nelle aziende sanitarie escludendo, in tal modo, la possibilità che una struttura trasfusionale possa appartenere a Dipartimenti di natura diversa e, contemporaneamente, assicurando unitarietà all'azione di governo e direzione e, infine, consentendo di evidenziare la funzione stessa misurando in modo oggettivo e trasparente obiettivi e risultati.

La nuova rete trasfusionale regionale, dovrà essere progettata allo scopo di perseguire le seguenti finalità fondamentali:

- omogeneizzare le modalità di sviluppo dei processi produttivi: in questo senso, i nodi della rete concordano gli standard clinici e di sicurezza da assicurare a tale scopo e, parallelamente, definiscono, in coerenza con gli indirizzi regionali definiti in materia, il sistema di monitoraggio che ne consente la verifica;
- assicurare lo sviluppo continuo delle competenze del personale che opera nei diversi nodi della rete;
- migliorare l'economicità del sistema: attraverso la rimodulazione delle funzioni riconosciute ai diversi nodi della rete, infatti, dovrà essere possibile ottenere una serie di vantaggi che possono essere sintetizzati come segue:
  - evitare duplicazione dei servizi che, all'interno di un sistema, potrebbero portare a situazioni di inappropriata sia sotto l'aspetto qualitativo che economico;
  - sviluppare sistemi di comunicazione anche mediante la disponibilità telematica di banche dati e registri;
  - attivare processi di complementarietà tra le strutture coinvolte nella rete;
  - garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative appartenenti alla rete, dal punto di vista funzionale ed economico.

Il rafforzamento del **coinvolgimento diretto** degli attori del sistema (Associazioni e Federazioni del Volontariato, Aziende Sanitarie e Dipartimenti di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale) nella definizione delle azioni di programma, deve avvenire su due livelli distinti:

- partecipazione alle attività di indirizzo e governo del Centro Regionale Sangue all'interno di specifiche aree di competenza che dovranno riguardare almeno le seguenti tematiche:
  - governo clinico e sicurezza trasfusionale;
  - organizzazione, gestione e sistema informativo trasfusionale;
  - promozione alla donazione e comunicazione finalizzata;
  - sviluppo continuo del patrimonio professionale;
- formulazione, sotto il coordinamento del Centro Regionale Sangue, degli obiettivi annuali da perseguire con specifica **assunzione di responsabilità** a livello associativo, aziendale e dipartimentale.

Al fine di assicurare la sostenibilità economica dei contenuti programmatici definiti con il Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010, sarà affidato al Centro Regionale Sangue il compito di identificare, a livello regionale, le risorse necessarie per il funzionamento dell'intero servizio trasfusionale. In tal modo si intende creare le condizioni di base affinché le risorse individuate per il servizio trasfusionale siano effettivamente destinate al funzionamento dello stesso. Nell'ambito dell'individuazione delle risorse necessarie al funzionamento del servizio trasfusionale regionale, dovranno essere definite in modo specifico quelle necessarie per le attività di promozione del dono e, più in generale, per sostenere le attività programmate svolte dalle Associazioni e Federazioni del Volontariato e quelle relative al frazionamento del plasma inviato all'industria farmaceutica. La gestione di tali componenti economico-finanziarie del complessivo ammontare delle risorse necessarie al funzionamento del servizio trasfusionale regionale, è affidata al Centro Regionale Sangue.

### **Indirizzi generali per la formulazione del Piano Sangue e Plasma Regionale 2008/2010**

In considerazione dei contenuti delle presenti linee di indirizzo, di quanto stabilito dall'art. 13 della L.R. 143/96, recante "Disciplina delle attività trasfusionali", e in ottemperanza a quanto stabilito dalle normative nazionali vigenti in materia di disciplina delle attività trasfusionali (L.N. 219/05; D.Lgs. 191/05, etc.), la Regione emana, entro l'anno 2007, il Piano Sangue e Plasma regionale 2008-2010, quale parte integrante del presente Piano Sanitario Regionale, e ad assumere i provvedimenti necessari per procedere alla modifica e all'integrazione della LR 143/96 al fine di armonizzarla con la normativa nazionale e con i contenuti dei Piani Sanitario Regionale e Sangue e Plasma.

Il Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010, a tale scopo, definisce indirizzi, programmi, azioni ed obiettivi relativi ad almeno i seguenti punti:

#### **I livelli (essenziali) di assistenza sanitaria in Medicina trasfusionale**

- Area dell'integrazione socio-sanitaria;
- L'attività di produzione;
- L'attività di diagnosi e cura in Medicina Trasfusionale;
- Altre attività di diagnosi e cura gestite dal Servizio Trasfusionale ed interazione con altre reti cliniche (Urgenza/emergenza, Trapianti di organi, cellule e tessuti, Ematologica e coagulazione, Diagnostica di Laboratorio, Allergologica).

#### **Il riordino della rete trasfusionale regionale**

- I criteri generali per il riordino della rete trasfusionale regionale;
- Il coordinamento del servizio trasfusionale regionale;
- La rete trasfusionale regionale;
- Gli strumenti di integrazione della Rete (la rete informatica regionale del Servizio Trasfusionale, la rete per la chiamata e la raccolta, la compensazione degli emocomponenti e dei farmaci emoderivati prodotti in convenzione, la rete del trasporto, i laboratori di riferimento, le modalità di interazione con le reti sociali del volontariato, etc.).

## **Il Governo clinico ed economico del Sistema Trasfusionale regionale: il Centro Regionale Sangue (CRS)**

- Il sistema informativo trasfusionale regionale;
- Il ciclo di programmazione, controllo e valutazione del sistema trasfusionale regionale;
- Il sistema per la qualità e la sicurezza;
- Gli standard in medicina trasfusionale;
- La definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici in medicina trasfusionale;
- Il monitoraggio sull'appropriatezza dei consumi;
- La valutazione del modello di offerta ed organizzativo del sistema trasfusionale regionale.

### **Requisiti di qualità e sicurezza**

- Requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali e requisiti per l'accreditamento;
- Procedure per l'autorizzazione ed accreditamento;
- Il sistema ispettivo regionale;
- Il sistema di emovigilanza;
- Il sistema di qualità;
- La rintracciabilità;
- Il sistema delle garanzie etiche, giuridiche e sanitarie a tutela del donatore di sangue.

### **Lo sviluppo delle politiche socio-sanitarie in campo trasfusionale**

- Iniziative di comunicazione sociale per la promozione del dono del sangue;
- Definizione dei criteri organizzativi per la chiamata e la raccolta associativa;
- Promozione dell'organizzazione "in rete" del volontariato del sangue;
- Reti integrate di servizi socio-sanitari per lo sviluppo della donazione del sangue sul territorio;
- Regolamentazione dei rapporti delle Organizzazioni di donatori di sangue con la Regione Abruzzo e le Aziende Sanitarie Regionali: stipula delle convenzioni e definizione dei rapporti con il CRS;
- Osservatorio permanente dedicato allo studio ed al monitoraggio delle problematiche demografiche, socio-economiche, psico-sociali, culturali ed organizzative correlate al dono del sangue.

### **Definizione del modello di finanziamento del sistema**

- Individuazione, da parte del CRS, delle risorse complessivamente necessarie per sostenere il funzionamento e lo sviluppo del servizio trasfusionale regionale;
- Definizione di fondi regionali per finanziare direttamente alcune linee di attività di interesse sovra-aziendale (Associazioni, emoscambio, produzione plasma per uso industriale, Centro Regionale Sangue, Osservatorio e progetti regionali);
- Il Sistema tariffario regionale.

Entro 30 giorni dall'approvazione del presente Piano Sanitario Regionale, l'Agenzia provvede a predisporre la bozza di Piano Sangue e Plasma Regionale 2008/10 da sottoporre all'approvazione dei competenti organismi regionali in base alla normativa vigente. La Direzione Sanità Regionale provvederà contestualmente a predisporre una proposta di modifica della LR 143/06 che sia coerente con i contenuti programmatici ed organizzativi indicati nel Piano. Nell'ambito degli atti di programmazione contenuti nel Piano Sangue e Plasma Regionale 2008/2010 e della revisione della legge 143/96, viene comunque garantita alle Associazioni e federazioni di donatori di sangue la più ampia partecipazione alla programmazione regionale e locale delle attività trasfusionali, nonché alla stesura delle convenzioni con la Regione Abruzzo e con le aziende sanitarie regionali.

## 5.4.16. RETE REGIONALE PER LE PATOLOGIE NUTRIZIONALI EMERGENTI (DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, OBESITÀ E MALATTIE METABOLICHE)

### IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Le patologie nutrizionali emergenti (obesità, anoressia, bulimia e DCA-NAS) occupano uno spazio molto importante nella nostra società, perché riflettono una patologia della cultura delle società industrializzate avanzate, che supportano stili di vita spesso non salutari e modelli di riferimento impropri, associati ad una crescente difficoltà e problematicità delle relazioni interpersonali.

Secondo i dati del Ministero della Salute, su ogni mille abitanti, oggi troviamo:

- 339 soggetti in sovrappeso (33,9%)
- 90 soggetti obesi (9%)
- 3 anoressie nervose (0,3%)
- 10 bulimie nervose (1%)
- 70 disturbi del comportamento alimentare atipici (7%)

In altre parole oltre il 50 % della popolazione è potenzialmente interessata, direttamente o indirettamente, all'area nutrizionale.

A) L'**obesità**, oltre a compromettere l'individuo non solo sul piano della salute, a causa della sindrome plurimetabolica e delle sue complicanze, ma anche sul piano psico-sociale-relazionale, è certamente la condizione destinata ad incidere maggiormente sulla spesa sanitaria.

Inoltre, poiché il 10-30% della popolazione obesa adulta è affetta da disturbo da alimentazione incontrollata (BED = Binge Eating Disorder), che è un disturbo del comportamento alimentare, la problematica dell'obesità si trova necessariamente ad interagire con l'area clinico- metabolico-nutrizionale, con l'area psicologico-psichiatrica e con l'area di interesse della chirurgia bariatrica.

Negli ultimi 10 anni il numero degli obesi è cresciuto del 25% (ma non quello dei soggetti sovrappeso) e poiché l'intake alimentare non giustifica tale incremento ( i consumi alimentari risultano mediamente ridotti) tale incremento sembra collegarsi all'incremento delle persone definite sedentarie che negli ultimi 5 anni è aumentato di un ulteriore 5% portando la media italiana dei soggetti che non praticano nessuna attività fisica al 40,3 %. A tal proposito, nella classifica della sedentarietà, è opportuno rilevare che l'Abruzzo con il suo 44,5% spicca tra le 10 regioni più sedentarie d'Italia.

I dati relativi alla diffusione dell'obesità in Abruzzo risultano particolarmente allarmanti, in quanto nella nostra regione circa il 10% della popolazione di 15 anni e più si trova in condizione di obesità, contro l'8,67% dell'Italia, il 7,68% dell'Italia Centrale e il 10,28% del Mezzogiorno. Molto più elevata è la percentuale di persone in sovrappeso: Abruzzo 34,87%, Italia 32,92%, Centro 32,08% e Mezzogiorno 36,09%.

Un ulteriore elemento di preoccupazione deriva dal fatto che l'**obesità** non è più solo un problema degli adulti, bensì la tendenza è particolarmente allarmante non solo negli **adolescenti** ma anche nei **bambini**. Nella Tabella 56 Si riporta di seguito la graduatoria regionale per eccesso di peso in soggetti di età compresa tra 6 e 17 anni (Fonte: Istat-ISS; anni 1999-2000):

**Tabella 56 - Percentuale di soggetti in età pediatrica in eccesso di peso nelle regioni italiane**

Campania	36.0
Molise	27.5
Calabria	27.2
<b>Abruzzo</b>	<b>27.0</b>
Sicilia	26.8
Puglia	26.0
Marche	25.8
Lazio	24.7
Basilicata	24.5
Umbria	24.1
Emilia Romagna	22.7
Veneto	21.4
Friuli-V.Giulia	20.1
Lombardia	18.5
Piemonte	17.1
Liguria	17.0
Toscana	17.0
Sardegna	16.6
Trentino-A.Adige	16.1
Valle d'Aosta	14.3
<b>Italia</b>	<b>24.2</b>

Come si vede, l'Abruzzo è ai primissimi posti a livello nazionale per la diffusione dell'eccesso ponderale. Tali dati trovano conferma in una ricerca condotta nel 2003 dal Centro regionale di Auxologia e Nutrizione pediatrica della ASL di Teramo, che su 1048 bambini della classe 3a elementare ha riscontrato in provincia di Teramo una percentuale di sovrappeso del 32% e di obesità del 7%.

Sulla scorta di tali dati, si riporta in Tabella 57 la stima dei dati di prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione abruzzese di 3-18 anni (195.710 ab.):

**Tabella 57 - Stima dei casi attesi di obesità e sovrappeso nella popolazione abruzzese 3-18 anni**

<b>Popol. abruzzese 3-18 anni (195.710 ab.)</b>	<b>Prevalenza %</b>	<b>n° casi</b>
Obesità	6,7	13.112
Sovrappeso	24,7	48.340

Questi dati suggeriscono, di attivare efficaci azioni di contrasto dell'obesità che siano in grado di incidere significativamente sia sugli stili alimentari e di vita delle persone, sia di diagnosticare e riabilitare precocemente le condizioni ipocinetiche che, radicando alterazioni psicologiche, comportamentali e metaboliche, rendono poi naturale e irreversibile l'evoluzione verso le forme più gravi di obesità.

Il problema dell'obesità va inoltre inquadrato all'interno del più vasto tema delle **Malattie Metaboliche** (Diabete Mellito, Ipercolesterolemia, Ipertrigliceridemia, Obesità), definite da molti come *epidemia del terzo millennio* (l'80 % dei diabetici è obeso, il 50 % circa degli obesi è diabetico). Il diabete, l'obesità in particolare l'adiposità viscerale, l'ipercolesterolemia e l'ipertrigliceridemia sono fattori di rischio cardiovascolare modificabili. Spesso coesistono in uno stesso individuo (San Antonio Heart Study, Verona Study, Studio Brunico, ecc) e il loro controllo comporta un sensibile miglioramento della prognosi: la perdita del 10 % di peso migliora il profilo glicemico e riduce il rischio di Patologie Cardiovascolari; la riduzione del 10 % del Colesterolo totale comporta il 15 % in meno di mortalità cardiovascolare e l' 11 % in meno di mortalità totale.

B) Per quanto riguarda i **DCA** (Anoressia, Bulimia, Binge Eating Disorders e altri disturbi non altrimenti specificati) non esistono dati epidemiologici precisi, anche perché si tratta di una gamma di disturbi molto eterogenei tra loro e solo i casi più gravi arrivano alla diagnosi. Sulla base delle ricerche più

recenti<sup>63</sup> è comunque possibile effettuare una stima dei dati di prevalenza nella popolazione femminile abruzzese a cavallo dell'età evolutiva:

**Tabella 58 - Stima dei casi attesi di DCA nella popolazione abruzzese femminile 10-25 anni**

<i>Popolazione femminile abruzzese 10-25 anni (108.050 ab.)</i>	Prevalenza % (o range)	N° casi attesi
<b>AN (Anoressia Nervosa)</b>	0.2-0.8	216-864
<b>BN (Bulimia Nervosa)</b>	3	3241
<b>BED (Binge Eating Disorders)</b>	1	1080
<b>DCA-NAS (Disturbi non altrimenti specificati)</b>	3.7-6.4	3998-6915

Tali stime comportano che in Abruzzo vi sono attualmente oltre 10.000 famiglie di bambine, adolescenti e giovani donne con DCA coinvolte in queste problematiche.

A ciò si aggiunga che, sulla base di dati della letteratura, circa il 15% dei DCA ha età inferiore a 18 anni e che si registra non solo una tendenza all'anticipazione dell'età di esordio dei DCA, ma anche una tendenza all'incremento del numero di maschi affetti da DCA che è stimato intorno al 5-10% dell'intera casistica.

Inoltre è ancora scarsa, secondo i dati della letteratura, la quota dei soggetti che si curano (1:3 per l'anoressia e 1:17 per la bulimia).

I DCA comportano conseguenze fisiche e psicologiche gravi per le persone che ne soffrono e le loro famiglie. La richiesta di un aiuto professionale per il trattamento di questi disturbi è una decisione importante e sofferta che purtroppo avviene spesso tardivamente, quando sintomi e comportamenti del disturbo presentano caratteristiche di cronicità e gravità tali da rendere molto alti i costi sanitari e sociali della malattia e della possibile guarigione.

Ciò nonostante, negli ultimi anni il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è notevolmente migliorato e oggi disponiamo di varie terapie ambulatoriali, la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi controllati.

La ricerca scientifica negli ultimi anni ha dimostrato che ci sono realmente fondati motivi di ottimismo nel trattamento di queste patologie, purchè lo stesso sia condotto da specialisti del settore che interpretano un modello di trattamento altamente strutturato, che include la terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale, terapia familiare, terapia psico-educazionale e di gruppo, con approccio multidisciplinare. Negli ultimi 20 anni la ricerca ha dimostrato inoltre che la bulimia nervosa può essere trattata con successo in un periodo di alcuni mesi e nel caso d'insuccesso si possono utilizzare livelli di trattamento più intensivi. Il trattamento dell'anoressia nervosa richiede più tempo (1-2 anni), con un livello d'intensità e strutturazione terapeutica maggiore.

Nella bulimia nervosa più di 30 ricerche controllate hanno dimostrato che i pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) raggiungono una guarigione completa nel 50% dei casi ed un miglioramento significativo dei loro sintomi nell'80% dei casi.

Nell'anoressia nervosa gli studi controllati sono poco numerosi e finora hanno prodotto risultati insoddisfacenti. La scelta del tipo di trattamento dipende in larga misura ancora dalle preferenze del terapeuta e dalle risorse disponibili nel territorio. Numerose esperienze cliniche indicano comunque che la CBT allargata, forma di cura che affronta oltre ai fattori di mantenimento specifici anche problematiche come la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, i problemi interpersonali e familiari, sia efficace in numerosi pazienti ambulatoriali. Purtroppo, un ampio sottogruppo di pazienti (circa il 50%) non risponde al trattamento ambulatoriale e necessita pertanto di cure più intensive come, ad esempio, il trattamento in D.H. o in regime di ricovero in ambito ospedaliero o presso centri specialistici di riabilitazione. Pertanto, è necessario prevedere una rete adeguata di servizi integrati, che includa tutte le suddette modalità assistenziali.

Sul fronte dei disturbi del comportamento alimentare, occorre valorizzare il momento della diagnosi precoce poiché, essendo molto diffuse le forme subliminali, è di fondamentale importanza, per la

<sup>63</sup> *Faiburn CG et al., Eating Disorders, THE LANCET - Vol 361 - February 1, 2003*



promozione della salute e per ridurre i costi sanitari, impedire l'evoluzione verso le forme più gravi e verso le forme cronicizzate.

Per azzerare il ritardo medico nella diagnosi, occorre un maggior coinvolgimento del medico di medicina generale e del pediatra di famiglia, ma occorre anche il coinvolgimento dei SIAN, attraverso specifici servizi dedicati alla prevenzione.

Occorre, in altre parole, ricondurre larga parte della patologia nutrizionale ad un approccio di tipo ambulatoriale, cercando di migliorare l'appropriatezza delle cure e di ridurre il numero dei soggetti che, a causa del ritardo diagnostico, si rivolge direttamente alla terapia ospedaliera o alla terapia riabilitativa in struttura protetta, aumentandone esageratamente i costi assistenziali.

Occorre facilitare l'accesso a strutture che siano più vicine ai problemi reali e quotidiani della popolazione soprattutto adolescenziale. Tali dati sostengono anche la necessità di una strategia complessiva di prevenzione e di sostegno clinico-assistenziale alla patologia nutrizionale dell'età evolutiva che può anche precedere le forme più impegnative e gravi dell'adulto.

Già dal 2001, la Giunta Regionale, attraverso la Direttiva Regionale n. 400, rilevava la necessità di incrementare l'assistenza ai pazienti affetti dalle patologie nutrizionali emergenti (anoressia, bulimia, obesità) e di censire e coordinare i servizi di nutrizione esistenti, lavoro per larga parte ancora da realizzare.

*Rispetto a questa realtà di fatto occorre, nella nostra realtà regionale, coordinare e sviluppare una sinergia di azioni pubblico-private e creare una rete sanitaria di servizi coerente e funzionale.*

## **CRITICITA' DELL'ASSISTENZA ALLA PATOLOGIA NUTRIZIONALE IN ABRUZZO**

L'offerta di servizi per obesità e disturbi del comportamento alimentare non risponde attualmente alla domanda emergente, ma la risposta va costruita dal basso identificando percorsi assistenziali integrati.

Tuttavia la costruzione di una rete strutturata di servizi, funzionalmente collegata e in grado di accogliere l'utenza abruzzese, evitando ripetitività e sovrapposizioni, presenta numerose criticità che occorre analizzare ed evidenziare per favorire un processo di miglioramento continuo dell'appropriatezza e della qualità delle cure.

- 1) Manca un sistema informativo uniformato e adeguato che sia attualmente in grado di monitorizzare i principali percorsi attuati, sulla base di criteri di classificazione diagnostica concordati, gli indicatori di processo, gli indicatori di esito e gli eventuali miglioramenti organizzativi.
- 2) Sono pochi, al momento, i dati di certezza per il corretto comportamento clinico nell'obesità e nei disturbi del comportamento alimentare, per cui lo standard di cura può essere ancora definito come l'opinione migliore di esperti, piuttosto che una migliore evidenza. E' certo, tuttavia, che non è più proponibile il trattamento in modo monoprofessionale e monodimensionale.
- 3) Il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia, risulta ancora molto marginale. I SIAN non hanno ancora attivato, in misura adeguata, gli ambulatori di prevenzione nutrizionale previsti dal DM/98. La maggior parte dei presidi ospedalieri sono privi di servizi di nutrizione clinica con direzione medica specialistica. A causa di queste carenze strutturali, viene spesso lamentata la mancanza di continuità assistenziale tra i centri ospedalieri e riabilitativi per i DCA e le ASL di residenza dei pazienti.
- 4) In Abruzzo si assiste, come in molte altre realtà regionali, alla mancanza di un collegamento funzionale tra le varie realtà che operano nella patologia nutrizionale, per cui i pazienti assistiti in contesti endocrino-metabolici, gastroenterologici, internistici, ginecologici etc, spesso non usufruiscono di competenze psicologico-psichiatriche; o, viceversa, i pazienti assistiti presso strutture per la salute mentale mancano di integrazione con le competenze clinico-nutrizionali. Inoltre l'assenza in molti presidi ospedalieri dei servizi di nutrizione clinica e dell'assistenza psicologica, rende problematica sia la selezione che la gestione di lungo periodo dell'obesità chirurgica.
- 5) La disomogenea presenza e strutturazione dei servizi tende a creare anche una disomogeneità territoriale nell'uso delle tipologie assistenziali (ambulatorio, day service, day hospital, ricovero in degenza ordinaria, ricovero in residenze riabilitative protette) con evidente criticità in termini di appropriatezza d'uso delle strutture.
- 6) A fronte di una globale sottovalutazione della patologia nutrizionale, emerge un vuoto assistenziale per il contrasto all'obesità in età evolutiva e vi è ancora scarsa integrazione e continuità tra le strutture rivolte all'età evolutiva e agli adulti con DCA.

## LA RETE DEI SERVIZI PER DCA E OBESITA'

La rete dei servizi per contrastare obesità e disturbi del comportamento alimentare nella nostra regione abbisogna del supporto fondamentale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che vanno coinvolti costantemente in iniziative di promozione della salute e di aggiornamento sulla patologia alimentare. A tale scopo vi dovranno essere sia momenti formativi che momenti di partecipazione alla costruzione dei percorsi integrati.

Inoltre è determinante che ogni azienda sanitaria identifichi i percorsi assistenziali che diano vita ad una rete di professionisti di diverse discipline che garantiscano strategie preventive e continuità terapeutica per le patologie nutrizionali e per le fasce di età assistite.

Infine, occorre costruire un sistema informativo regionale orientato al monitoraggio epidemiologico e clinico che nel tempo permetta di migliorare la condotta assistenziale ai pazienti con obesità e disturbi del comportamento alimentare.

La L.R. 6/98 istituì presso la ASL di Teramo il "Centro di fisiopatologia della nutrizione e dei disturbi del comportamento alimentare" (art. 1) e lo identificò come punto di riferimento regionale per le problematiche della nutrizione umana (art. 4), definendone già da allora, l'operatività attraverso l'aggregazione del "Servizio di Fisiopatologia della Nutrizione", rivolto agli adulti e del "Servizio di Auxologia e Nutrizione dell'età evolutiva" rivolto all'età evolutiva.

A distanza di 9 anni dalla istituzione del Centro, le esperienze maturate e le professionalità acquisite in entrambe le aree, consentono di individuare nella **ASL di Teramo** un "**polo nutrizionale di riferimento regionale**" che sia in grado di avviare in tempi più rapidi un percorso di rete assistenziale integrata, sia per gli adulti che per l'età evolutiva, e che sia in grado di realizzare un processo di monitoraggio e di coordinamento su obesità e disturbi alimentari che inneschi lo sviluppo di una rete regionale omogenea e armonica.

A superamento della LR 6/98, che ha avuto il merito di attivare un modello sperimentale per l'approccio integrato alla patologia nutrizionale, la Regione Abruzzo si trova di fronte all'esigenza inderogabile di:

- a) uniformare i criteri diagnostici;
- b) adeguare e monitorizzare l'offerta terapeutica;
- c) adeguare l'appropriatezza delle tipologie assistenziali al bisogno reale (ambulatorio, day service, day hospital, ricovero in degenza ordinaria, ricovero in residenze riabilitative protette);
- d) soddisfare la domanda rispettivamente in età adulta e in età evolutiva coordinando e finalizzando le iniziative in essere di prevenzione/promozione della salute/correzione dei fattori di rischio;
- e) sviluppare un modello di sistema informativo estensibile a livello regionale;
- f) sviluppare piani di aggiornamento e di formazione finalizzati a migliorare la continuità e l'efficacia del percorso assistenziale integrato.

Si prevede di caratterizzare il **polo nutrizionale di Teramo** su due centri specialistici:

1) **C. R. di Fisiopatologia della Nutrizione (CRFN)**: struttura territoriale, a valenza aziendale, che opera nel Presidio Sanitario di Giulianova e che ha sviluppato una modalità ambulatoriale, rivolta all'adulto, di accogliere il disagio nutrizionale in fase precoce (approccio psiconutrizionale contestuale e integrato) e di promuovere uno spazio di cura condiviso in cui si garantisce la continuità terapeutica. Il CRFN, grazie alla sua caratterizzazione extraospedaliera è una struttura di interfaccia tra ospedale e territorio, a supporto del medico di medicina generale e del medico del SIAN che favorisce la diagnosi precoce e la prevenzione di nuovi casi di disturbi alimentari, riducendo il rischio di cronicizzazioni e di recidive.

La presenza di servizi ambulatoriali, che pongono la nutrizione in primo piano e ove è possibile verificare il proprio comportamento alimentare, il proprio metabolismo e la gestione corporea, sostengono una migliore relazione mente/corpo, evitano il cosiddetto ritardo medico nella diagnosi, permettono l'elaborazione di percorsi psicodinamici che consentono di superare la soluzione offerta dal sintomo e determinano la riduzione dei ricoveri e un più corretto utilizzo dei Day Hospital e dei Centri Residenziali per la

riabilitazione, ottimizzando le risorse presenti sul territorio regionale. Inoltre lo strumento del Day Service in nutrizione ottimizza l'accesso all'approccio pluridisciplinare integrato sia all'obesità che ai DCA, dando l'opportunità di concentrare in tempi ristretti e programmabili pacchetti prestazionali (PAC) maggiormente rispondenti alle specifiche esigenze dell'utente.

2) **C. R. di Auxologia e Nutrizione Pediatrica (CRANP)**: Centro ospedaliero che opera attualmente presso il Presidio di Atri e che si avvale di un team multiprofessionale rivolto alla diagnosi e alla riabilitazione della patologia nutrizionale in età evolutiva, offrendo percorsi personalizzati e un modello organizzativo altamente strutturato, che integra funzionalmente tutte le tipologie assistenziali (ambulatorio, day service, day hospital, ricovero ordinario).

Tale organizzazione fa sì che il Centro rappresenti un modello di riferimento importante per l'età evolutiva, funzionalmente orientato a migliorare e a diffondere l'approccio all'obesità e ai disturbi alimentari e a sviluppare momenti formativi atti a migliorare e a sviluppare l'assistenza di I livello in quest'area, con lo stretto coinvolgimento dei pediatri di famiglia e dei SIAN. Infatti, poiché l'esordio clinico delle patologie nutrizionali è prevalente in età adolescenziale, la prevenzione dell'obesità e dei DCA dovrà rivolgersi prevalentemente a interventi di promozione della salute nell'età evolutiva, che coinvolgeranno tutti gli attori della prevenzione in quest'area.

Il Centro, quindi, si orienterà a delegare progressivamente le funzioni di I livello, valorizzando, invece, il proprio ruolo di II livello di riferimento regionale per questa fascia di età. Tuttavia, solo l'esperienza e l'interdisciplinarietà praticata potranno permettere nel tempo lo sviluppo e la condivisione di protocolli di provata efficacia.

Il Polo Nutrizionale ha la funzione di svolgere un'azione di riferimento/orientamento per i servizi territoriali e ospedalieri per la realizzazione della continuità del percorso assistenziale integrato.

In tal senso i due Centri Regionali (CRFN e CRANP) costituiranno un elemento di promozione della sensibilizzazione e dell'affinamento delle capacità del I livello di riferimento della patologia alimentare (**medici di medicina generale e pediatri di famiglia**) di rilevare precocemente il problema.

Inoltre, faciliteranno la definizione dei percorsi assistenziali e dei necessari collegamenti strutturali e funzionali sia a livello aziendale che a livello regionale, identificando i diversi nodi e maglie della rete della continuità assistenziale.

In tal senso, per quanto riguarda i DCA, si stabiliranno stretti rapporti di collaborazione con i servizi di **Psichiatria** e di **Neuropsichiatria dell'età evolutiva**, che consentano un percorso facilitato di continuità assistenziale integrata per i disturbi del comportamento alimentare.

Il percorso integrato avrà a livello base il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia, che devono porre il sospetto di DCA e che si possono far carico dei casi subliminali.

Molti casi potranno essere accolti negli ambulatori di prevenzione nutrizionale (**SIAN**).

Il Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione costituirà uno snodo importante per la continuità assistenziale a livello ambulatoriale per gli adulti e lavorerà nell'interfaccia tra ospedale/centri riabilitativi e primo livello di assistenza territoriale, costituendo un II livello territorializzato in cui sono praticati approcci terapeutici pluridisciplinari integrati.

Tale struttura è quella orientata ad accogliere la quota maggiore di disturbi alimentari, in quanto, secondo i dati della Commissione Ministeriale per i DCA, tra il 70 e l'80% della necessità di cura può essere soddisfatto con l'approccio ambulatoriale, e condividerà con i Dipartimenti di Salute Mentale l'assistenza integrata ai DCA di interesse psichiatrico.

Tale organizzazione consente di non disperdere gli interventi terapeutici tra gli operatori delle numerose strutture ambulatoriali del territorio aziendale, ma di creare un fulcro per la gestione ambulatoriale che garantisca ai pazienti relazioni personali e continuative con i professionisti di riferimento.

Il Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione avrà anche il ruolo di comunicare con le strutture di II livello che offrono le risposte da destinare a quella quota di pazienti che non può essere gestita a livello ambulatoriale (ricovero, centri riabilitativi residenziali).

Un'assistenza appropriata ai DCA deve, infatti, riservare il **ricovero in degenza ordinaria** presso le strutture ospedaliere ai casi particolarmente gravi di anoressia e bulimia nervosa.

Inoltre, un ulteriore elemento della rete è la presenza del **trattamento residenziale** e semiresidenziale a medio termine (da un mese ad un anno) per i casi gravi e resistenti.

Le strutture riabilitative, residenziali e semiresidenziali, rappresentano il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o quando il rapporto costi – benefici di altri trattamenti risulti insoddisfacente. La durata della degenza varia dai 3 ai 5 mesi, e mira a conseguire il recupero ponderale e psicologico attraverso un percorso accettato dal paziente. La ricerca clinica dimostra che il conseguimento di un peso vicino al normale, diminuisce in modo significativo il numero delle ricadute.

La situazione di attuale carenza di strutture specialistiche per obesità e DCA, rende necessario un lavoro di integrazione in rete delle risorse pubbliche e private della nostra regione.

Il Centro Regionale di Auxologia e Nutrizione Pediatrica sarà il riferimento per lo sviluppo di una rete di servizi a livello regionale, articolata sui diversi regimi assistenziali:

- a) **Ambulatoriale:** nell'ottica di efficienza ed efficacia, sia terapeutica che economica, l'ambulatorio rappresenta il livello fondamentale ed il filtro per l'individuazione dell'eventuale accesso agli altri livelli. Oltre all'attività diagnostica iniziale, l'ambulatorio svolge anche la funzione di controlli periodici per quei pazienti che non richiedono trattamento intensivo, ma che comunque manifestano fattori di rischio non trascurabili. Anche i pasti assistiti per la riabilitazione nutrizionale, possono essere erogati prevalentemente nell'ambito dell'attività ambulatoriale specialistica.
- b) **Day Hospital/Day Service:** viene svolta in questo ambito la valutazione multidisciplinare, la verifica della motivazione al trattamento, l'attività di terapia intensiva di riabilitazione psiconutrizionale. Esso si rivolge ai pazienti che non rispondono a un trattamento ambulatoriale per l'eccessiva durata della malattia, per la presenza di particolari condizioni di conflittualità ambientale o familiare, oppure nella fase di "dimissione protetta" dal ricovero ordinario. In particolare il DSer comporta una ottimizzazione delle risorse, in quanto riduce il numero dei D.H. e dei ricoveri impropri, con favorevole ripercussione sull'efficienza e sulla competitività della struttura.
- c) **Ricovero ordinario:** disponibile per casi gravi e urgenti, quando le complicanze mediche o lo stato di denutrizione mettono in pericolo la sopravvivenza del paziente. L'intervento è di tipo internistico-nutrizionale e psichiatrico-psicologico, e si avvale di tutte le competenze specialistiche necessarie, disponibili in ambito ospedaliero. Secondo le direttive del Ministero della Sanità (1998) il ricovero ordinario si rende necessario in presenza di :
  - perdita di peso >40% e rifiuto di alimentarsi
  - squilibri elettrolitici (ipopotassiemia)
  - disturbi psichici gravi e rischio di suicidio
  - necessità di una separazione dalla famiglia per interazioni patologiche non controllabili.

Nella costruzione della rete regionale si devono identificare i centri ospedalieri presso i quali vi sia comprovata esperienza e competenza nel trattamento dei DCA.

Per quanto riguarda l'**obesità/Malattie Metaboliche** oltre allo sviluppo degli interventi di promozione della salute e di educazione sanitaria, occorre sviluppare una rete fondata su:

- Ambulatori per le Malattie Metaboliche a livello Distrettuale
- Centri ospedalieri per le Malattie Metaboliche (a valenza di ASL) per garantire:
  - la consulenza ai MMG per l'esecuzione di protocolli e la pianificazione del follow-up
  - la promozione della rieducazione alimentare
  - l'assistenza per la diagnosi e la terapia delle alterazioni cardiovascolari
  - l'assistenza per le complicanze inerenti la Chirurgia Vascolare
  - l'assistenza neurologica
  - l'assistenza per le problematiche diagnostiche e terapeutiche da indagare

in regime di Day-Service

- Almeno un centro di riferimento regionale per la presa in carico (diagnostico-terapeutico-riabilitativo) dei pazienti a più alto rischio.

#### **Azioni regionali**

- a) Attivare presso l'ASR-Abruzzo un gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete dei servizi per le patologie nutrizionali, che comprenda i responsabili dei CR di riferimento e gli specialisti nei settori della prevenzione, nutrizione, psicologia, psichiatria, pediatria, neuropsichiatria infantile, diabetologia, medicina interna, nonché i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia;
- b) Supportare e facilitare la costruzione della rete regionale per l'assistenza ai DCA e alla obesità/malattie metaboliche;
- c) Costruire un sistema informativo e di monitoraggio per obesità/malattie metaboliche e DCA;
- d) Sostenere un programma regionale di formazione per le patologie alimentari, identificando delle priorità sulla base delle esigenze specifiche per la costituzione della rete dei servizi nutrizionali;
- e) Promuovere la salute anche in termini di interventi integrati con le diverse agenzie che operano in questo campo (sanità pubblica, ARSA, sport, associazionismo etc).

#### **Azioni aziendali**

- a) Individuare un team aziendale per DCA e obesità/malattie metaboliche;
- b) Attivare in ciascuna azienda un programma per l'assistenza integrata all'obesità e ai DCA;
- c) Individuare programmi di aggiornamento e formazione che si pongano l'obiettivo di uniformare il linguaggio culturale, scientifico e organizzativo per l'effettiva costruzione di una rete locale e regionale fra tutti gli operatori coinvolti, sulla base degli indirizzi regionali.

### **5.4.17. RETE PER LA DIAGNOSI E TERAPIA DEI DISTURBI DELL'ACCRESIMENTO, DELLO SVILUPPO PUBERALE E DEL DISAGIO IN EPOCA ADOLESCENZIALE**

L'endocrinologia dell'età evolutiva, grazie anche al contributo di scienze sempre più in evoluzione (biologia molecolare, farmacologia, bioingegneria genetica), ha raggiunto negli ultimi 50 anni acquisizioni culturali tali che hanno fatto accettare l'endocrinologia pediatrica come branca essenziale della medicina dell'età evolutiva.

Negli ultimi anni sono sorti gruppi universitari e ospedalieri che lavorano egregiamente in ambito endocrinologico. La nostra regione si è ben inserita in questo contesto ed attualmente vi è la presenza di un Centro autorizzato per la diagnosi e la terapia delle patologie endocrinologiche pediatriche presso ciascuna ASL.

#### **EPIDEMIOLOGIA**

Nell'ambito dei disturbi dell'accrescimento, sicuramente la "bassa statura" rappresenta la patologia che più frequentemente impegna il pediatra endocrinologo. Se "varianti fisiologiche" della statura (bassa statura familiare, ritardo costituzionale di crescita) hanno sempre rappresentato la più grossa percentuale delle basse stature, molte di queste forme trovano origine in patologie organicamente o geneticamente determinate.

Il grosso gruppo di basse stature da malattie endocrine comprende forme da ipopituitarismo, GHD, ipotiroidismo, pseudoipoparatiroidismo, pubertà precoce, SAG non trattata, insensibilità periferica al GH.

Il GHD è sicuramente la patologia che più frequentemente impegna il pediatra endocrinologo per l'iter diagnostico e terapeutico e per il follow-up. La sua incidenza è di 1:4.000 nella popolazione pediatrica in genere e di 1:120 nei soggetti con bassa statura.

Nella valutazione diagnostica vanno rispettati criteri clinici e criteri biochimici.

La nota 39 AIFA/CUF 2004 detta i criteri clinici (statura < 3 DS e statura < 2 DS con velocità di crescita/anno < 1 DS rispetto alla norma per sesso ed età, velocità di crescita/anno < 2 DS o velocità di crescita/anno < 1,5 DS nel caso di 2 anni consecutivi anche in assenza di bassa statura, malformazioni/lesioni ipotalamo-ipofisarie dimostrate a livello neuroradiologico o difetti ipofisari multipli) e laboratoristici (GH < 10 ng/ml in almeno 2 test farmacologici (arginina, clonidina, glucagone, insulina, L-dopa) praticati in giorni differenti, GH < 20 ng/ml dopo stimolo con GHRH + arginina o GHRH + piridostignina, secrezione spontanea < 3 ng/ml, valori di IGF-1 < 2 DS) per l'eventuale prescrizione sostitutiva con GH-ricombinante.

Da non dimenticare le altre patologie per le quali è prevista la prescrizione di GH (Sindrome di Turner, Prader-Willi, nato IUGR) e le patologie croniche che possono associarsi a bassa statura (celiachia, FC, IRC, ecc.).

Altro grosso capitolo dell'endocrinologia dell'età evolutiva riguarda i disturbi dello sviluppo puberale, cioè relativi all'adolescenza, che fisiologicamente avviene fra 8 e 13 anni nella femmina e tra 9 e 14 anni nel maschio.

Se i primi segni di sviluppo sessuale compaiono in età < 8 anni nella femmina e a 9 anni nel maschio si parla di pubertà precoce. Essa viene definita "vera" se si verifica per un'attivazione precoce della secrezione ipotalamica del GnRH. Le forme idiopatiche sono le più frequenti, anche se alcune di esse hanno alla base un amartoma evidenziato con RMN.

La diagnosi viene posta con criteri clinici (stadiazione secondo Tanner) e di laboratorio, mediante il dosaggio basale di gonadotropine, T, E2, PRL, DEAS, ormoni tiroidei, e soprattutto con il dosaggio delle gonadotropine dopo stimolo farmacologico con analoghi (picco di LH > FSH, rapporto LH/FSH > 1).

La terapia con analoghi del GnRH (nota CUF 51), con la soppressione delle gonadotropine e azione periferica antitestosteronica, si propone di far regredire i segni della maturazione sessuale, che può turbare la stabilità emotiva del paziente, e rallentare la velocità di maturazione ossea, che nei soggetti con pubertà precoce è sempre maggiore della velocità di crescita e può compromettere la statura finale.

Le forme di pseudopubertà precoce (con valori elevati di ormoni gonadici senza aumento di LH dopo stimolo con analogo) possono invece essere secondarie a tumori ovarici o testicolari, aumento di androgeni surrenalici su base congenita (SAG) o acquisita (tumori), aumento di hcg, LH o prolattina. Da sottolineare che la SAG classica, con o senza perdita di sali, ha una incidenza di 1:13.000 - 1:15.000 nuovi nati.

La pubertà ritardata, intesa come assenza dei caratteri sessuali secondari e il mancato sviluppo di quelli primari ad un'età > 13 anni nella femmina e 14 anni nel maschio, ha come causa più frequente il ritardo costituzionale di crescita e di sviluppo puberale (RCCSP). È la forma più frequente di deficit staturale assieme al deficit costituzionale di crescita.

Seguono i casi di ipogonadismo ipogonadotropo (deficit staturale progressivo, deficit multiplo di tropine ipofisarie, Sindrome di Prader-Willi, Sindrome di Kallmann) e di ipogonadismo ipergonadotropico (anorchia, Sindrome di Turner, disgenesia gonadica etc.).

La terapia con testosterone o oxandrolone nel maschio e etinilestradiolo nella femmina si propone una maggiore velocità di crescita, accelerazione della maturazione ossea, stimolazione dello sviluppo puberale, soprattutto per le ripercussioni psicologiche cui questi soggetti vanno incontro.

Da segnalare la frequenza di patologie quali l'irsutismo e la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), presente nel 6-10% delle adolescenti. La PCOS va correlata ai sempre più numerosi casi di grave obesità associata a resistenza insulinica.

## **DOMANDA**

La rete regionale per la diagnosi e la terapia dei disturbi dell'accrescimento, dello sviluppo puberale e del disagio in epoca adolescenziale si rende necessaria, vista la diffusione di tali problematiche e l'impegno che esse richiedono dal punto di vista diagnostico e terapeutico, sia farmacologico che psicologico. D'altra parte il Registro nazionale dei pazienti in terapia con GH segnala che il 90,1% dei pazienti è in età pediatrica.

La rete regionale, che prevede attualmente 1 Centro accreditato per ogni ASL, è indispensabile per ridurre i disagi dei pazienti e delle loro famiglie e fornire al tempo stesso garanzia di professionalità e adeguatezza diagnostica e terapeutica.

Tutto questo richiede un impegno "stratificato" con diverse modalità assistenziali:

- 1) ambulatoriale, per una adeguata classificazione clinico-auxologica
- 2) in regime di D.H., per valutazioni ormonali basali e dopo stimolo farmacologico
- 3) follow-up clinico e laboratoristico
- 4) supporto psicologico, laddove la patologia può rappresentare motivo di disagio (ritardo costituzionale di crescita e sviluppo puberale, pubertà precoce, pubertà tarda, bassa statura).

La complessità delle problematiche esposte, richiede che ogni Centro autorizzato disponga di figure professionali con capacità specifiche in ambito pediatrico-endocrinologico (pediatri endocrinologi, infermieri pediatrici con esperienza in campo endocrinologico, psicologo dell'età evolutiva).

### **CRITICITA'**

I Centri accreditati lavorano nella maggior parte dei casi grazie alla disponibilità di personale medico ed infermieristico condiviso con le U.O.C. di Pediatria e Neonatologia cui afferiscono. Le indispensabili figure professionali di supporto (psicologo, dietista) sono anch'esse solitamente "prestate" da Servizi o da altre Unità Operative, e spesso ci si avvale di giovani volontari, che danno un contributo fondamentale per l'attività dei Centri e la cui professionalità andrebbe adeguatamente riconosciuta.

I Centri autorizzati devono inoltre poter usufruire di spazi adeguati e dei servizi necessari per una adeguatezza diagnostica: centri di genetica (con specifico indirizzo endocrinologico) e, nell'ambito della neurodiagnostica, di servizi di radiologia dotati di RMN. Attualmente, mentre questi ultimi già forniscono un'ottima collaborazione, sul versante genetico si avverte la necessità di avere in ambito regionale un Centro idoneo per diagnosi specifiche (genetica molecolare).

È inoltre necessaria l'integrazione dell'attività dei Centri con i Servizi territoriali pediatrici (Pediatria di famiglia) e di Neuropsichiatria infantile e Psicologia.

## **5.4.18. IL GOVERNO CLINICO DELLE RETI**

Il governo clinico delle reti ospedaliere troverà una sua esplicita esplicitazione nelle azioni riferite alle seguenti aree (cfr. anche Allegato 2):

- Riorganizzazione delle reti (sulla base dei criteri definiti per le singole reti)
- Percorsi assistenziali
- Technology Assessment
- Sistema di accreditamento
- Sistema di monitoraggio

### **Riorganizzazione delle reti**

Entro il 2007 si completerà il confronto con tutte le componenti interessate alla realizzazione delle reti assistenziali attraverso:

- a) l'analisi dei dati di performance dei singoli punti di erogazione di prestazioni;
- b) il ridisegno organizzativo ed operativo degli stessi;
- c) una valutazione di impatto economico della nuova rete, sulla base di una metodologia comune coordinata dalla ASR-Abruzzo.

### **Percorsi assistenziali**

Il lavoro sui Percorsi assistenziali accompagnerà quello sulle Reti assistenziali e si snoderà secondo il seguente piano revisionale:

- Entro il 2007, parallelamente al lavoro sulle Reti, si delineeranno gli assetti organizzativi ed operativi necessari per implementare il lavoro sui Percorsi assistenziali (individuazione di gruppi regionali ed aziendali, struttura dei piani formativi, etc.)
- Entro l'inizio del 2008 saranno già consolidati i disegni delle reti assistenziali e potrà, quindi, essere iniziata la fase di implementazione dei Percorsi assistenziali sui target prioritari

di pazienti, che includerà la fase di formazione e la fase di progettazione dei percorsi, nonché l'avvio della sperimentazione su almeno un percorso assistenziale in ogni ASL

- Entro il 2009 si inizierà, valorizzando l'esperienza del 2008, il processo di disseminazione dei Percorsi assistenziali in tutta la regione sui target prioritari indicati dal PSR, che troverà pieno sviluppo entro il 2010.

### **Technology Assessment**

Per lo sviluppo adeguato di quest'ultima area, la cui finalità principale sarà quella di individuare i criteri di appropriatezza allocativa delle tecnologie a supporto dei processi innovativi del PSR (reti, percorsi, etc.), si costituirà entro il 2007, in seno all'Agenzia Sanitaria Regionale della regione Abruzzo (ASR), un "Gruppo di lavoro sul *Technology Assessment*", multiprofessionale e multidisciplinare, che, in armonia con i Gruppi di lavoro sulle reti e sui percorsi assistenziali, delinea il disegno di allocazione mirata delle tecnologie e di utilizzo delle risorse disponibili, tenendo in considerazione i vincoli del piano di rientro economico.

### **Sistema di Accredimento**

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda al capitolo specifico del PSR. Qui si vuole soltanto sottolineare come questo tema non sia avulso dai temi delle reti e dei percorsi assistenziali, così come dal tema della qualità e del governo clinico che saranno affrontati successivamente.

L'accreditamento, come già ricordato, non va visto come uno strumento meramente ordinativo e prescrittivo ad impronta burocratico-amministrativa. Il sistema di accreditamento, considerato in senso ampio (dai requisiti autorizzativi all'accreditamento ai processi di certificazione), è innanzitutto uno strumento di garanzia per il cittadino ed in quanto tale non deve essere visto come uno strumento statico, evolvendosi la sua struttura all'evolversi del sistema (si consideri, come esempio, l'evoluzione del Sistema ISO, dapprima centrato soltanto sui processi e successivamente transitato anche verso la verifica dei risultati). Il Sistema di accreditamento si svilupperà secondo il seguente piano revisionale:

- Entro il 2007: definizione dei criteri di autorizzazione e di accreditamento, loro diffusione e condivisione nel sistema
- Entro il 2008: pieno coinvolgimento degli attori interessati e avvio del sistema
- Entro il 2009-2010: adattamento del sistema di accreditamento all'evoluzione del sistema delle reti e dei percorsi assistenziali ed ai piani di qualità, di appropriatezza e di governo clinico (vedi capitoli specifici del PSR).

### **Sistema di monitoraggio**

Si è fatto cenno in premessa alle logiche di *accountability* (*verificabilità* intesa nel senso di "rendere conto") che devono pregnare tutto il processo di innovazione del sistema sanitario nella regione Abruzzo. Un disegno siffatto deve necessariamente affermarsi attraverso assetti organizzativi specifici e strumenti validi e concreti di realizzazione della valutazione. Senza di ciò, i processi valutativi corrono il rischio di rimanere semplici dichiarazioni di intenti o di mantenersi su livelli minimi rispetto ai risultati attesi ed agli investimenti effettuati.

Si rendono, pertanto, necessari i seguenti passi:

- Entro il 2007 costituzione, in seno all'ASR, di gruppi di lavoro sulla valutazione, composta da gruppi ristretti, con diverse provenienze, competenze e capacità, che definiranno il sistema di indicatori di monitoraggio e di verifica per le varie aree di intervento previste dal PSR.

- Entro il 2008, dato che un sistema di valutazione, per essere valido ed efficace, dovrà essere progressivamente condiviso ed interiorizzato nei contesti locali, le liste di indicatori verranno perfezionate attraverso il confronto progressivo con i professionisti dei contesti locali e ne verrà sperimentata la "fattibilità" della rilevazione.

- Entro il 2009 si prevede la messa a regime di un "cruscotto" di valutazione a livello regionale, che permetta di monitorare lo sviluppo delle diverse linee di lavoro indicate dal PSR, cruscotto che dovrà divenire patrimonio diffuso di tutto il sistema con articolazioni specifiche nelle aziende sanitarie e nei servizi che le compongono.



## 5.4.19. LE AREE FUNZIONALI OMOGENEE (AFO)

L'assetto delle AFO ridisegnato dalla LR 6/2007 necessita di ulteriori specificazioni per alcune discipline non coinvolte nelle reti cliniche descritte nei paragrafi 5.4.1-5.4.17.

### 5.4.19.1. AFO MEDICINA

Gli standard, così come indicati a livello Aziendale dal piano di riordino dei posti letto (LR 6/2007), in linea generale non prevedono nuove unità operative di area medica bensì, sempre in tema di criteri generali, in fase di attuazione del Piano dovrà essere curata la progressiva realizzazione di **posti-letto indistinti dipartimentali**. Tali posti-letto, **previsti solo per il settore pubblico** (cfr LR 6/2007, § 4.3. L'articolazione organizzativa (UU.OO. e Servizi) nel pubblico) andranno previsti in tutti i presidi ospedalieri della rete regionale, con la sola esclusione di quelli a minor complessità organizzativa; essi andranno riservati alle esigenze di degenza, solitamente di breve durata o di day-hospital, delle unità operative e dei moduli sprovvisti di spazi di degenza riservati e o con vocazione assistenziale di tipo a ciclo diurno.

Per quanto concerne le branche ad indirizzo più specialistico dell'area funzionale, molte di queste (es. cardiologia, nefrologia, neurologia, ecc) trovano un coinvolgimento diretto nella costituzione e nelle attività delle reti ospedaliere (cfr. § 5.4.18) cui si rimanda nello specifico.

La branca specialistica di **Geriatría** oltre alle specifiche attività ospedaliere - ampliate dalla responsabilità di gestione, condivisa con la Medicina Generale, della lungodegenza ospedaliera - dovrà sempre più indirizzarsi ad affiancare i pazienti anziani nei vari regimi di assistenza territoriale (residenziale, semiresidenziale, domiciliare) per garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni. Si auspica l'avvio di sperimentazioni aziendali di *Dipartimenti funzionali trans-murali di Continuità dell'assistenza* per facilitare il percorso paziente ospedale/territorio.

Data la rilevanza epidemiologica delle BPCO e l'impegno/complessità assistenziale dei pazienti, la Regione programma la costituzione della **Rete Regionale di Pneumologia** e l'avvio entro il 2008 del **Percorso dei pazienti con BPCO**. Il percorso vedrà la piena partecipazione dei MMG che, con l'accordo regionale per la medicina generale, hanno avviato il sistematico monitoraggio di tali pazienti.

Considerando il peso epidemiologico delle patologie allergiche (almeno il 10% di prevalenza), nell'ambito di ciascuna ASL deve prevedersi l'attivazione di funzioni ambulatoriali di **Allergologia e immunologia clinica**. Stante inoltre la necessità di sviluppare le funzioni diagnostico terapeutiche di alta specialità la Regione programma la costituzione, entro il 2008, della **Rete Regionale di Allergologia**, sul modello di esperienze regionali già in essere (es. Piemonte, Toscana).

### 5.4.19.2. AFO DI CHIRURGIA

Per tutta l'AFO occorre tener conto sia del trend di sviluppo delle tecnologie sanitarie innovative, tutte in grado di diminuire significativamente intensità ed invasività delle cure, che l'opzione generale di gestire in regime di programmazione e di dimissione precoce gli interventi di elezione, con preliminarne esecuzione degli accertamenti in regime ambulatoriale o di pre-ospedalizzazione. In linea generale, lo sviluppo della *Day-Surgery* rappresenta *obiettivo fondamentale*, trasversale a tutta l'area; a regime, la chirurgia a ciclo breve dovrebbe rappresentare la soluzione operativo-gestionale atta, a parità di qualità assistenziale, a garantire la valenza assoluta dei reparti chirurgici.

Le branche specificamente specialistiche del settore, sempre in considerazione dell'avvento di tecniche interventistiche meno invasive e di tecnologie innovative, orienteranno le specifiche attività alla luce di quelle previste per le reti ospedaliere e per i percorsi assistenziali nonché dalle mutate richieste intervenute nel settore.

In merito al trattamento del politrauma la Regione prevede la realizzazione di un centro a valenza Regionale specificamente dedicato (**Trauma Center**). Stante la complessità strutturale e organizzativa di tali strutture che vedono coinvolte molte unità operative dei

presidi ospedalieri (ortopedia, neurochirurgia, chirurgie specialistiche, ecc) entro il 2008 verrà predisposto un'ipotesi di progetto al riguardo.

### 5.4.19.3. AFO MATERNO - INFANTILE

Il piano di riordino ospedaliero (LR 6/2007) ha già effettuato alcune scelte derivate dall'andamento demografico (fenomeno della denatalità), dal quadro epidemiologico generale e dalle esigenze di garantire standard orientati alla sicurezza delle pazienti:

- diminuzione dei punti nascita,
- contrazione dei posti letto ordinari per la pediatria, favorendo lo sviluppo di attività di day hospital e day service,
- riclassificazione delle attività neonatologiche, così come indicato dal Progetto Obiettivo Nazionale Materno Infantile (PSN 1998-200) che individua tre livelli di unità funzionali di neonatologia:
  - Neonatologie di 1° - Unità che, in assenza di patologie accertate, assistono neonati normali con età gestazionale > 34 settimane,
  - Neonatologie di 2° livello - Unità che assistono i nati con patologia che non richiedano ricovero presso Unità operative Pediatriche o Unità di Terapia Intensiva Neonatale,
  - Neonatologie di 3° livello - Unità che assistono neonati fisiologici e patologici ivi compresi quelli bisognosi di terapia intensiva.

L'Ostetricia e Ginecologia e la Pediatria rimangono unità operative tradizionalmente intese.

Le attività di Chirurgia Pediatrica sono a scala regionale (o sovra-regionale) e risultano quindi attivabili soltanto in un polo individuato nel Presidio Ospedaliero di Pescara dove una struttura è già attiva e funzionante.

Gli operatori delle unità operative suddette verranno coinvolti nelle attività previste per le reti cliniche ospedaliere (cfr. § 5.4.15) ed in particolare nella costruzione del "percorso nascita" all'interno del più ampio progetto obiettivo regionale materno-infantile (in applicazione al POMI nazionale) che troverà la sua definizione entro la metà del 2008.

### 5.4.19.4. AFO RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Nella fase di prima riorganizzazione delle dotazioni di posti letto post-acuti, previsti dal piano riordino dei posti letti di cui alla predetta LR, la attivazione della **Lungodegenza** sarà seguita in modo sequenziale dalla **Riabilitazione**.

Alla lungodegenza post-acuzie afferranno pazienti stabilizzati, dopo una fase acuta di malattia, ma che presentano problemi clinici ancora attivi ovvero bisognosi di una continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico non erogabile in regimi extra-ospedalieri. L'unità di lungodegenza è quindi una struttura polivalente, nella quale vengono assistiti pazienti provenienti da tutte le unità di medicina e chirurgia generale e specialistica.

Alla Medicina Riabilitativa (Codice 56) afferranno pazienti affetti da patologie ad alto rischio di sviluppo di menomazione-disabilità e ad alto potenziale di modificabilità e recupero. Si prevede lo sviluppo di funzioni riabilitative specialistiche ospedaliere, orientate a pazienti in ambito cardiologico e pneumologico.

L'accesso alla Medicina Riabilitativa (Codice 56) avviene direttamente, per trasferimento (codice 7) dai reparti per acuti. Ai sensi della LR 6/2007 (§ 4.6.2. Riabilitazione ospedaliera) *"le prestazioni di riabilitazione saranno acquistabili a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dal reparto per acuti"*.

L'accesso alla Riabilitazione intensiva polivalente ospedaliera (Codice 56) può non avvenire per trasferimento dai reparti per acuti solo in due circostanze:

- a) nel caso vi sia indisponibilità di posti letto di riabilitazione. In questo caso il reparto per acuti, previa valutazione da parte dell'UVM, trasferisce il paziente

nei regimi assistenziali extraospedalieri (Residenze Sanitarie Riabilitative o domicilio): il nuovo ricovero di tali pazienti nei reparti di Riabilitazione intensiva polivalente dovrà comunque avvenire entro e non oltre 10 giorni dalla dimissione del reparto per acuti.

- b) nel caso di motivate condizioni cliniche di pazienti assistiti a domicilio o in residenze (es. riacutizzazioni in pazienti affetti da sclerosi laterali amiotrofica). Anche in questo caso l'accesso alla riabilitazione ospedaliera è condizionata dalla valutazione da parte dell'UVM effettuata congiuntamente al Responsabile dell'UO ospedaliera.

I ricoveri all'interno della Medicina Riabilitativa (Codice 56), come da dati nazionali, dovranno essere costituiti almeno al 90% dai seguenti MDC:

- o **MDC 1** - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO
- o **MDC 4** - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO
- o **MDC 5** - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO
- o **MDC 8** - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
- o **MDC 24** - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI

L' **MDC 19** - MALATTIE E DISTURBI MENTALI può rappresentare al max il 3% dei ricoveri complessivi dell'U.O.

I trasferimenti di regime di ricovero, nella stessa struttura, che superino le soglie sopra indicate (3% per l'MDC 19 e 10% complessivo per MDC diversi da 1, 4, 5, 8 e 24) comporteranno che tali quote eccedenti vengano considerate inappropriate e remunerate solo sulle SDO della cartella clinica del reparto di prima ammissione, anche per tutta la durata del ricovero, annullando tutti i trasferimenti interni ad altro regime (vedi D.G.R. n. 665 del 09/07/2007).

Il Piano di riordino dei posti letto ospedalieri (LR 6/2007) ha previsto un forte incremento di posti letto di lungodegenza e riabilitazione ospedaliera pubblica. Nel contempo la legge finanziaria nazionale per il 2007, interamente recepita nell'accordo sul piano di risanamento siglato con il governo, pone forti vincoli sull'assunzione di personale.

Il riordino in corso dei posti letto per acuti permette sicuramente la copertura del personale per i reparti di lungodegenza, mentre per le riabilitazioni ospedaliere occorre acquisire personale specializzato (fisiatri e fisioterapisti) non disponibili nelle attuali dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie Pubbliche.

Di conseguenza l'attivazione delle riabilitazioni ospedaliere pubbliche sarà necessariamente dilazionata nel corso del triennio.

A questo fatto si aggiunge che le riabilitazioni ospedaliere private sono concentrate solo su alcune ASL, così come le riabilitazioni ex art 26 per le quali la LR 6/2007 ha escluso la possibilità di ricovero dell'alta riabilitazione di "fascia A" ricondotta tutta all'interno del Codice 56.

Si pone quindi il problema della fase di transizione verso la nuova configurazione del sistema della riabilitazione (ospedaliera ed extraospedaliera).

Per evitare che non vengano garantiti i LEA riabilitativi ospedalieri, si prevede che le prestazioni di alta intensità riabilitativa, in caso di indisponibilità di ricovero nelle riabilitazioni ospedaliere, possano essere effettuate in residenze riabilitative estensive (RRE) alle seguenti condizioni:

- a) i ricoveri di alta intensità riabilitativa sono condizionati dalla valutazione da parte dell'UVM della ASL di appartenenza del paziente effettuata congiuntamente al Responsabile dell'UO Ospedaliera per acuti di provenienza del paziente e del Responsabile Fisiatra della RRE

- b) la RRE garantisca per questi pazienti gli standard strutturali, tecnologici e di dotazione di personale uguali a quelli previsti dalle strutture ospedaliere
- c) le tariffe giornaliere riconosciute sono quelle dei relativi DRG ospedaliere
- d) nei contratti negoziali 2008 con le RRE accreditate dovrà essere prevista una quota del budget negoziato (in termini di numero giornate di degenza e relativi volumi economici) destinata a tali attività.

Tali condizioni permangono fino al 31.12.2008.

## **5.5. Le attività intermacrolivelli**

Vengono di seguito riportate le proposte di piano per alcune aree di attività che intersecano trasversalmente tutti i macrolivelli assistenziali.

### **5.5.1. La politica del farmaco ed i dispositivi medici**

Il Piano Sanitario Nazionale ed il Piano Sanitario Regionale costituiscono gli strumenti di programmazione per garantire uno dei fondamentali livelli essenziali di assistenza sanitaria: l'assistenza farmaceutica.

Obiettivo del presente Piano è lo sviluppo di un concetto di politica del farmaco che nei tempi recenti si è estrinsecata meramente nella fase di razionalizzazione della spesa farmaceutica ma che necessita nel medio e lungo periodo di una progettualizzazione ad ampio raggio tesa, prioritariamente, alla massimizzazione del livello di salute della popolazione e al contestuale uso razionale delle risorse disponibili.

L'intervento programmatico della Regione Abruzzo, recependo le linee guida nazionali e regionali, individua gli obiettivi strategici in base ai bisogni di salute della popolazione nonché a rispetto dei tetti di spesa assegnati, conferendo all'appropriatezza il ruolo di obiettivo prioritario.

Detto intervento viene principalmente indirizzato alla creazione di un contesto normativo ed organizzativo nel quale garantire ad i cittadini l'accesso alle terapie necessarie, promuovere un uso appropriato dei farmaci, contestualmente integrando e perseguendo gli obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica posti nel Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009, approvato con D.G.R. n. 224 del 13.03.2007.

Una corretta ed equa politica regionale del farmaco necessita di una fonte di produzione normativa, rinvenibile *in primis*, nelle disposizioni di cui al combinato disposto delle Leggi 405/01 e 326/03, che impongono alle Regioni di adottare i provvedimenti necessari ad assicurare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Regionale per l'assistenza farmaceutica convenzionata ed ospedaliera non superi rispettivamente il tetto del 13 e del 3% della spesa sanitaria.

Tale principio è stato confermato dalla Legge finanziaria per l'anno 2007 (n. 296/2006 e s.m.i.).

Per espressa disposizione dell'art. 48 (comma 5 lettera f) della L. 326/2003, inoltre, le Regioni sono obbligatoriamente chiamate a ripianare il 40% del proprio superamento del tetto per la spesa farmaceutica *"attraverso l'adozione di specifiche misure in materia farmaceutica...e costituisce adempimento ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale"*.

A conferma di quanto sopra, la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e Regioni - con propria intesa del 23.03.2005 -, oltre alla individuazione degli adempimenti a carico delle Regioni per migliorare il monitoraggio della spesa nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha reiterato, per le medesime amministrazioni, l'obbligatorietà degli adempimenti di cui sopra, all'uopo precisando come tale ripiano costituisca - ai sensi della Legge n. 112/2002 - adempimento ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

I provvedimenti regionali da adottarsi, al fine del rispetto delle prescrizioni sopra occorse saranno, inoltre, da inserirsi nel contesto generatosi a seguito della entrata in vigore della L. 311/2004, dell'approvazione dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 ed infine di quanto stabilito nel Nuovo Patto Nazionale sulla Salute del 28 settembre 2006 recante l'accordo sancito tra Governo e Regioni.

Dal canto proprio, la Legge Finanziaria Nazionale per l'anno 2007 (Legge 27 dicembre 2006 n. 296 articolo 1 comma 796) ha previsto espressamente - alla lettera l) - accanto al *quantum* inerente il finanziamento destinato al SSN, la istituzione di un Fondo transitorio per le Regioni con elevato disavanzo, condizionandone l'accesso ad una serie di prescrizioni, cui la Regione Abruzzo ha dato una prima applicazione emanando la D.G.R. n.159 del 24.02.2007,

con la quale è stato approvato il Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 recante il Piano operativo per la riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'articolo 8 dell'Intesa Stato Regioni del 23.03.2005 per l'anno 2005.

Documento che è stato sottoscritto in data 06.03.2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo e successivamente ratificato con D.G.R. n. 224 del 13.03.2007.

Il citato Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 prevede espressamente - tra le Misure per il contenimento della spesa farmaceutica programmate e/o assunte dalla Regione Abruzzo - interventi volti a:

- incentivare la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci generici, da attuarsi anche mediante accordi con la Medicina generale e con specifici corsi di formazione per i prescrittori;
- definire linee guida per l'uso appropriato dei farmaci e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- implementare il monitoraggio della prescrizione e del consumo dei farmaci;
- potenziare la distribuzione diretta;
- attivare l'unione d'acquisto di farmaci;
- porre in essere ulteriori manovre destinate alla copertura della quota di sfondamento del tetto di spesa.

#### 5.5.1.1. L'assistenza farmaceutica convenzionata

L'assistenza farmaceutica convenzionata è monitorata a livello regionale utilizzando fonti dati aggiuntive rispetto all'OSMED, alle Distinte Contabili Riepilogative delle farmacie convenzionate ed al Progetto S.F.E.R.A.

Dal 2006 infatti nella Regione Abruzzo il dato prescrittivo è valutato utilizzando anche i dati resi disponibili dal sistema TS (Tessera Sanitaria) di cui all'art. 50 della L. 326/2003 e mediante database alimentati periodicamente dai Files D siccome forniti dalle A.S.L.

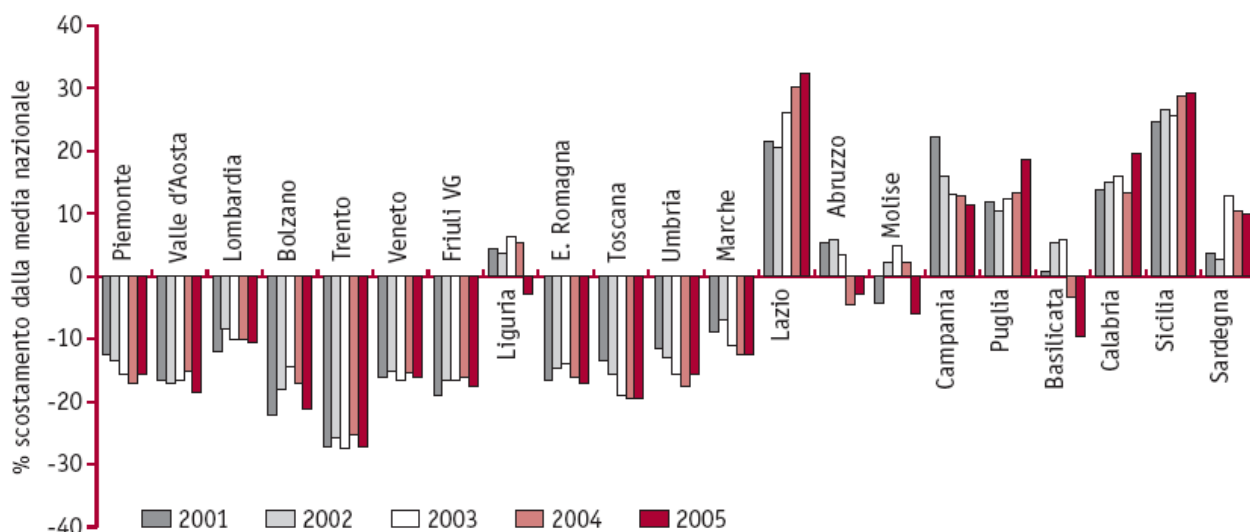
Analizzando nel dettaglio i dati relativi alla spesa farmaceutica convenzionata abruzzese nel corso del quinquennio 2001/2005, si evidenzia un trend favorevole, se confrontato con gli indicatori nazionali e macro-regionali come rappresentato dalla Tabella 59 e dalla Figura 4.

**Tabella 59 - Spesa farmaceutica territoriale pro capite pesata a carico SSN**

<b>SPESA NETTA PRO-CAPITE PESATA</b>					
	<b>€ (2005)</b>	<b>Δ% 05/04</b>	<b>Δ% 04/03</b>	<b>Δ% 03/02</b>	<b>Δ% 02/01</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>206,7</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,2</b>	<b>-3,9</b>	<b>2,4</b>
Italia	204,7	-1,1	8,0	-5,2	0,9
Nord	174,1	-1,5	7,3	-7,7	2,3
Centro	219,1	-0,9	8,7	-2,4	0,7
SudIsole	238,6	-0,8	8,2	-4,4	-0,3
<b>SPESA LORDA PRO-CAPITE PESATA</b>					
	<b>€ (2005)</b>	<b>Δ% 05/04</b>	<b>Δ% 04/03</b>	<b>Δ% 03/02</b>	<b>Δ% 02/01</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>225,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>-4,9</b>	<b>4,8</b>
Italia	231,6	-0,6	9,2	-2,1	4,0
Nord	200,0	-1,9	8,9	-3,0	5,8
Centro	243,2	0,3	10,7	-1,7	3,0
SudIsole	268,7	0,2	8,7	-1,8	2,7

Fonte: Rapporto OSMED: L'uso dei farmaci in Italia - Rapporti nazionali anni 2004-2005

**Figura 4 – Farmaceutica convenzionata: scostamento % della spesa lorda dalla media nazionale nel periodo 2001-2005**

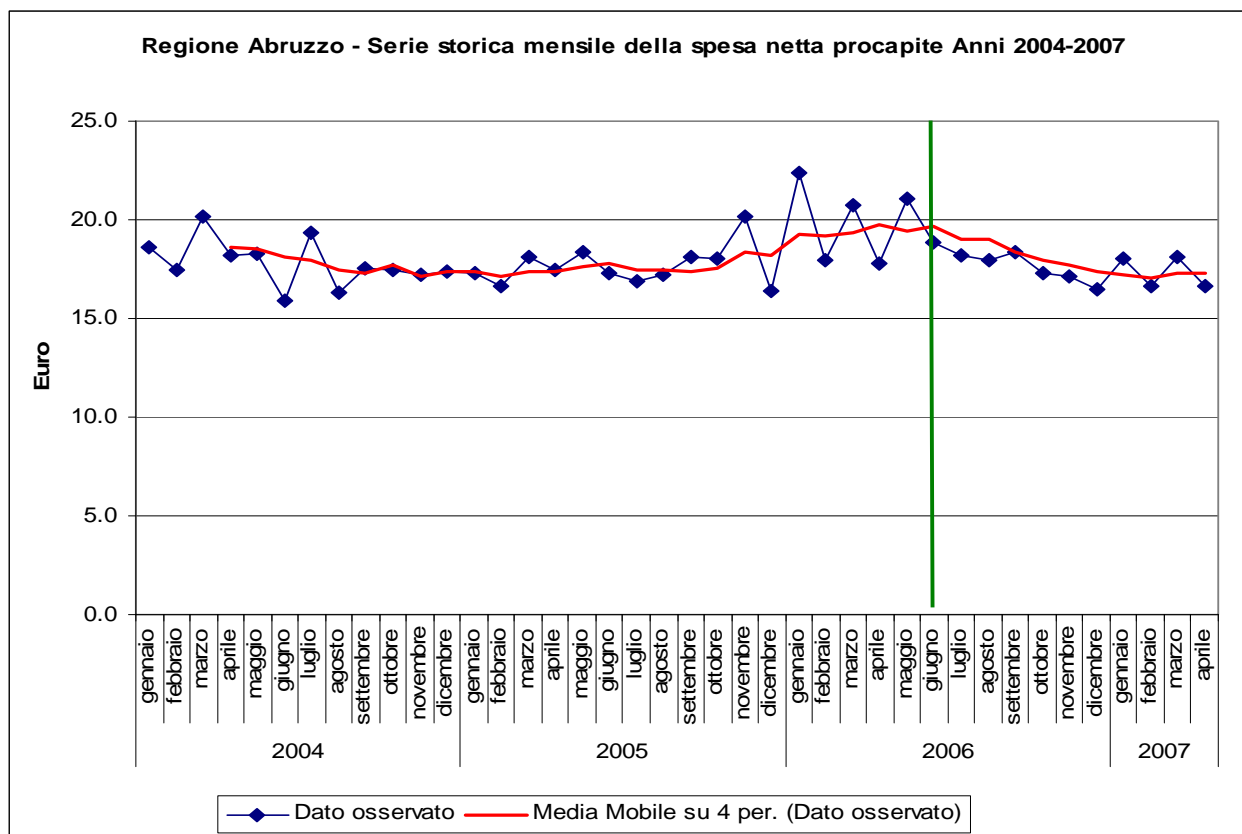


Fonte: Rapporto OSMED: L'uso dei farmaci in Italia - Rapporti nazionali anni 2004-2005

Tuttavia nel corso dell'anno 2006 si sono osservate criticità degne di approfondimento che hanno generato tempestivi interventi correttivi da parte della Direzione Sanità.

Infatti nei primi nove mesi dell'anno la spesa farmaceutica netta procapite registrava un incremento – rispetto all'anno 2005 – del +10,16% e la spesa lorda procapite del + 6,42%, invertendo in tal modo il trend "virtuoso" del quinquennio precedente come mostrato in Figura 5.

**Figura 5 – Farmaceutica convenzionata: serie storica della spesa netta procapite anni 2004-2007**



Fonte dati: D.C.R. (Distinte Contabili Riepilogative)

L'allarme - generato dalle stime dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (giugno 2006, cfr. linea verticale nel grafico) - e poi confermato dalle elaborazione dei dati IMS del progetto S.F.E.R.A., proiettavano l'Abruzzo verso uno sfioramento del tetto del 13% pari a 31 milioni di euro circa come mostra la Tabella 60.

**Tabella 60- Proiezione ASSR di superamento del tetto 13% farmaceutica convenzionata**

	<b>TOTALE RIPARTO 2006 FSR</b>	<b>TOTALE RIPARTO FARMACEUTICO 2006 (13%)</b>	<b>SPESA NETTA 2006 (previsione)</b>	<b>DISAVANZO 2006 (previsione)</b>	<b>% Spesa Farmaceutic a sul FSR</b>
<b>ABRUZZO</b>	<b>2.048.458</b>	<b>266.300</b>	<b>297.915</b>	<b>31.616</b>	<b>14,54%</b>

Le conseguenti misure predisposte dalla Direzione Sanità nell'ultimo trimestre dell'anno 2006 - con il supporto tecnico dell'Agenzia Sanitaria Regionale - si sono indirizzate prioritariamente in iniziative tese ad incentivare la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci equivalenti, sia in ambito ospedaliero che territoriale, nonché ad implementare il sistema già in essere della distribuzione diretta esclusiva di taluni farmaci di alta complessità terapeutica.

Dette misure hanno consentito - pur nel breve lasso di tempo di vigenza dei provvedimenti adottati - di ridurre il disavanzo stimato e attestare la spesa farmaceutica convenzionata relativa all'anno 2006 al 14,09% della spesa sanitaria complessiva, con uno sfioramento pari a € 22.300.000, 00. come indicato nella Tabella 61.

**Tabella 61 - Superamento effettivo del tetto 13% della spesa farmaceutica convenzionata**

<b>Spesa farmaceutica netta 2006</b>	<b>DISAVANZO 2006 (accertato)</b>	<b>% Spesa Farmaceutica sul FSR</b>
<b>288.600.000</b>	<b>22.300</b>	<b>14,09%</b>

Dalle elaborazioni effettuate utilizzando le diverse fonti dati relative all'anno 2006 emerge una variabilità tra A.S.L. suscettibile di interventi di attenuazione mediante obiettivi programmatici che indirizzino le scelte prescrittive verso i livelli medi propri delle A.S.L. più virtuose. Variabilità individuata anche nella percentuale prescrittiva dei farmaci equivalenti che potrebbero convergere verso livelli ottimali di utilizzo come peraltro dimostrato in alcune A.S.L.

Il Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 - nell'evidenziare puntualmente le criticità relative all'assistenza farmaceutica nella Regione Abruzzo - ha stabilito le azioni da porre in essere al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

All'atto della definizione delle suddette azioni sono stati integralmente recepiti i provvedimenti adottati nel corso dell'anno 2006 - attesa la comprovata efficacia degli stessi -, stimati utili a costituire il punto di partenza dell'*agere* regionale volto al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra.



### **5.5.1.2. L'assistenza farmaceutica ospedaliera**

L'assistenza farmaceutica ospedaliera – sia nell'accezione riferibile alla spesa che alle prescrizioni - differentemente dalla convenzionata, risulta tracciabile solo dal 2006 e rappresenta un'area critica di intervento che necessita di porre in essere ogni utile iniziativa volta a monitorare l'uso dei farmaci in ogni ospedale abruzzese e a valutare la variabilità delle scelte terapeutiche mediante indicatori basati sulle linee guida prescrittive nazionali ed internazionali.

A tale proposito è in corso di implementazione un sistema complessivo di monitoraggio sistematico dell'uso dei farmaci, che consenta agli organismi all'uopo deputati – Commissione Regionale del Farmaco, Agenzia Sanitaria Regionale, Direzione Sanità - la valutazione sia dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero sia del livello di compatibilità con la continuità assistenziale nel territorio.

### **5.5.1.3. La rete delle farmacie convenzionate**

Tra gli obiettivi del presente PSR vi è la previsione di un nuovo concetto di pianificazione dell'assistenza farmaceutica del territorio, formata in modo significativo sul ruolo pubblico della farmacia.

Si ritiene che nel triennio 2007-2009 - sulla scorta di esperienze già avviate - la rete delle farmacie pubbliche e private abruzzesi possa finalmente assumere la funzione di rete di presidi sanitari territoriali attivando ed implementando presso le stesse attività di prevenzione, affiancamento del cittadino, informazione sul corretto uso dei farmaci, iniziative per l'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione, ivi compreso il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.

Il ruolo delle farmacie verrà altresì valorizzato attraverso la revisione delle leggi e dei regolamenti di settore per meglio aderire alle mutate esigenze della popolazione nonché ai nuovi orientamenti derivati dall'Autorità centrale.

### **5.5.1.4. Obiettivi strategici**

Sono individuate le seguenti aree di intervento, attinenti prioritariamente:

1. Area della produzione e dispensazione dei farmaci;
2. Area dell'appropriatezza prescrittiva, informazione e farmacovigilanza;
3. Area del monitoraggio dell'attività prescrittiva.

Al fine di definire puntualmente i diversi ambiti operativi e i livelli di competenza per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano, con successiva norma regionale verranno definiti i requisiti minimi strutturali, organizzativi e di personale – fatte salve le norme specifiche di settore ed i vincoli posti dal Piano di Risanamento - dei Servizi Farmaceutici del Sistema Sanitario regionale.

Di seguito vengono esplicitate le azioni prioritarie da sviluppare nel corso del triennio di vigenza del Piano. A livello aziendale dette azioni dovranno essere poste in essere e sviluppate nell'ambito dei Dipartimenti del Farmaco – costituiti dalle Farmacie Interne Ospedaliere e dai Servizi Farmaceutici Territoriali – al fine di perseguire e garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati e la continuità assistenziale ospedale-territorio. Per il raggiungimento di taluni obiettivi specifici di elevata complessità e di alta specializzazione è in facoltà delle AA.SS.LL. di associarsi nei modi previsti e consentiti dalla normativa vigente.

#### **5.5.1.4.1. Area della produzione e dispensazione dei farmaci**

L'attivazione e il potenziamento di specifiche aree di galenica clinica, nell'ambito delle Farmacie interne ospedaliere - dotate di peculiari requisiti strutturali, organizzativi e di personale specialistico, da definirsi con successivo atto normativo - con particolare riferimento ad aree per la manipolazione di farmaci antitumorali, per l'allestimento di miscele per la nutrizione artificiale, per la produzione di farmaci orfani per malattie rare, per l'allestimento di preparazioni ad uso pediatrico;

La razionalizzazione delle modalità distributive del farmaco in ambito ospedaliero al fine di minimizzare la possibilità di errori di somministrazione e di ottimizzare la fase di stoccaggio;

La definizione di procedure tese ad implementare le unioni di acquisto tra A.S.L. per particolari classi di farmaci e dispositivi medici particolarmente incidenti in termini di spesa e su cui si evidenzia una ampia variabilità tra A.S.L.;

La definizione di percorsi e processi organizzativi tesi a garantire la continuità assistenziale farmaceutica ospedale-territorio all'atto della dimissione dal ricovero e dalle visite specialistiche ambulatoriali, nonché in aree specifiche quali ad esempio l'A.D.I., le R.S.A., le R.A. e specifiche aree critiche relative a pazienti in trattamento cronico;

Il potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci - con particolare riferimento ai farmaci di alta complessità terapeutica - anche mediante l'implementazione di percorsi innovativi che utilizzino, prioritariamente, la rete delle farmacie pubbliche e private convenzionate;

L'implementazione della presenza del Servizio Farmaceutico Aziendale all'interno di tutti i percorsi di Cure Domiciliari, in equipe con le strutture mediche, infermieristiche e di altre professionalità, onde assicurare uniformità dei servizi resi al paziente e collaborare alla stesura di strategie operative per la presa in carico del paziente, curando i contatti con l'ambiente ospedaliero, definendo protocolli organizzativi e percorsi di cura, effettuando monitoraggi e verifica delle attività svolte e dell'uso delle risorse, provvedendo alla stesura di una reportistica adeguata alle attività svolte, sia in termini qualitativi (servizi offerti e gradimento) che quantitativi (spesa relativa).

#### **5.5.1.4.2. Area dell'appropriatezza prescrittiva, informazione e farmacovigilanza**

La promozione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci - sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente - con particolare riferimento ai farmaci innovativi il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessita di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN;

La promozione dei processi di informazione e responsabilizzazione dei prescrittori anche attraverso la definizione di linee guida prescrittive da parte della Commissione Regionale del Farmaco di concerto con le Società Scientifiche, con i M.M.G. (Medici di Medicina Generale) ed i P.L.S. (Pediatri di Libera Scelta);

Lo sviluppo di una politica di informazione al cittadino nonché di incentivazione alla prescrizione ed all'utilizzo del farmaco equivalente;

L'implementazione di programmi di informazione indipendente sui farmaci -destinati sia alla popolazione che ai medici prescrittori - da attuarsi anche in collaborazione con Organismi/istituzioni con specifica formazione nel settore;

L'implementazione del sistema di farmacovigilanza, sia a livello ospedaliero, sia a livello territoriale avvalendosi all'uopo:

- del Centro Informazione Indipendente sui medicinali (CIIM), già istituito ed attivo- giusta D.G.R. n. 675/2005, integrata e modificata dalla D.G.R. n. 114/2007;
- dei servizi farmaceutici delle AA.SS.LL.;
- della rete delle farmacie pubbliche e private convenzionate.

La definizione di programmi di educazione sanitaria per la popolazione e per gli operatori sanitari, secondo aree tematiche prioritarie, coerentemente con le indicazioni derivanti dal PSN;

Il potenziamento della collaborazione con la rete delle farmacie pubbliche e private convenzionate per la ottimizzazione della distribuzione dei farmaci sul territorio, per la realizzazione delle eventuali campagne di educazione sanitaria attivate a livello regionale, per la diffusione di informazioni inerenti l'assistenza farmaceutica e integrativa nonché per lo sviluppo di progetti innovativi tesi al miglioramento dei servizi resi ai cittadini.

#### **5.5.1.4.3. Area del monitoraggio dell'attività prescrittiva**

L'implementazione - a livello regionale ed aziendale - del sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica garantito dal Sistema Tessera Sanitaria al fine di addivenire alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva;

Il potenziamento del sistema informativo regionale a supporto della medicina generale in tutte le sue principali fasi, ossia dalla raccolta alla elaborazione dei dati sino alla loro archiviazione ed elaborazione e l'individuazione dell'apposita struttura deputata a detto monitoraggio al fine di produrre e distribuire informazioni rilevanti ai fini della buona pratica prescrittiva a favore dei medici;

L'attivazione di un sistema di reportistica regionale sull'uso dei farmaci territoriali, omogenea e standardizzata per età e sesso, da distribuire periodicamente ad ogni medico prescrittore;

Il potenziamento dei sistemi di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera e dei consumi ad essa correlati.

#### **5.5.1.5. I Dispositivi Medici**

In linea con quanto riportato nel Piano Sanitario Nazionale la Regione deve avviare ogni utile iniziativa al fine di perseguire gli obiettivi in esso definiti.

A tale proposito si individuano le seguenti aree di intervento:

- ◆ L'armonizzazione delle codifiche utilizzate dalle AA.SS.LL. in ambito regionale per i Dispositivi Medici secondo le linee guida nazionali definite dalla C.U.D. (Commissione Unica dei Dispositivi Medici);
- ◆ La definizione di linee guida per la definizione delle procedure di acquisizione dei dispositivi medici, ponendo particolare attenzione agli aspetti relativi alla qualità ed al rapporto costo/beneficio;
- ◆ L'Istituzione di un osservatorio regionale al fine di evidenziare le differenziazioni nelle procedure di acquisizione e nei prezzi di acquisizione dei dispositivi medici che maggiormente incidono sulla spesa;
- ◆ L'implementazione di percorsi tesi a garantire le corrette procedure di utilizzo dei dispositivi medici - soprattutto in ambito ospedaliero per dispositivi di particolare complessità - riguardo agli aspetti relativi alla sicurezza;
- ◆ L'attivazione di un efficiente sistema di vigilanza sull'uso dei dispositivi medici, sia a livello ospedaliero, sia a livello territoriale avvalendosi all'uopo dei servizi farmaceutici delle AA.SS.LL. e della rete delle farmacie pubbliche e private convenzionate.

### **5.5.2. Il governo del Dolore evitabile**

Negli ultimi dieci anni anche nel nostro paese è andata maturando la consapevolezza della necessità di contrastare il dolore nelle sue molteplici manifestazioni, ed in maniera particolare le sindromi dolorose che caratterizzano la fase terminale delle patologie oncologiche e di alcune patologie degenerative. Il diritto a non soffrire inutilmente è un diritto primario del Cittadino che va ancor più salvaguardato nel caso di malati inguaribili, anche quando non sono più in grado di esprimere il bisogno di alleviare la propria sofferenza.

### **Riferimenti normativi nazionali**

- Decreto Legge n.450 del 28/12/1998 e la relativa legge di conversione con modifiche, Legge n.39/99 che ha previsto l'adozione di un programma nazionale per la realizzazione in ogni regione di strutture dedicate alle cure palliative
- D.M. 28 settembre 1999 che ha delineato il "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative"
- D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei centri residenziali (Hospice)
- Accordo del 19 aprile 2001 "sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete delle cure palliative"
- Accordo del 24 maggio 2001 sul documento di Linee Guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore"
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 sui livelli di integrazione delle prestazioni socio-sanitarie
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- D.M. 22 febbraio 2007 n. 43: regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo"
- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche del 27 giugno 2007

#### **5.5.2.1. L'ospedale senza dolore**

In conformità a quanto contenuto nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, il Sistema Sanitario Regionale riconosce l'esigenza di recepire e di dare piena attuazione alle "Linee Guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore" (di cui all' Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 maggio 2001), con l'obiettivo di cambiare attitudini e comportamenti degli Operatori sanitari e dei Cittadini nei confronti di un fenomeno, il dolore, che viene spesso sottostimato e considerato ineluttabile, nonostante i progressi realizzati in questi ultimi decenni, e malgrado sia stato dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale.

A tal fine si dovranno intraprendere tutte quelle iniziative atte a modificare atteggiamenti e convinzioni radicate da lungo tempo, che coinvolgano non solo gli operatori sanitari, ma anche i cittadini e che consentano la realizzazione di un "ospedale senza dolore" inteso come abolizione del dolore evitabile, attraverso tutte le misure di cui disponiamo per contrastarlo, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

Nell'ottica di integrazione tra le diverse professionalità del sistema sanitario e sociosanitario, la lotta al dolore ed alla sofferenza non si limita all'ambito ospedaliero, ma si estrinseca nella realizzazione di una rete dei servizi sanitari e sociosanitari per l'applicazione di specifiche terapie del dolore in ospedale, a domicilio, in Hospice e nelle altre strutture residenziali. Un ruolo importante in questo contesto va riconosciuto alle organizzazioni no-profit ed alle associazioni di volontariato, la cui collaborazione dovrà essere incoraggiata e ricercata.

Conformemente a quanto contenuto nelle Linee Guida nazionali, si individuano due livelli di intervento: il livello regionale e quello aziendale.

##### **Livello regionale**

A livello regionale (ASR) è istituito un gruppo di coordinamento con il fine di predisporre modelli organizzativi uniformi nelle singole ASL, pianificare gli interventi formativi ed informativi, elaborare specifici protocolli per il trattamento dei differenti tipi di dolore e per la sua puntuale rilevazione, recependo linee guida nazionali ed internazionali già disponibili.

Il gruppo di coordinamento prevede il supporto di anestesisti, oncologi, medici di organizzazione sanitaria, infermieri e farmacologi, con i seguenti compiti e funzioni:

- coordinamento dei Comitati Aziendali Ospedale Senza Dolore
- integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali
- elaborazione di programmi di formazione continua degli operatori
- supporto tecnico-scientifico per la formazione degli operatori
- identificazione e predisposizione degli strumenti di rilevazione del dolore da inserire nella cartella clinica

- elaborazione di protocolli e raccomandazioni per la gestione del dolore neoplastico, cronico, post- operatorio e pediatrico, congiuntamente alla Commissione Regionale del Farmaco e coerentemente con le disposizioni in merito rese dalla stessa.
- elaborazione di progetti ed iniziative di comunicazione rivolte ai cittadini, finalizzati all'informazione ed alla sensibilizzazione della popolazione nei confronti della complessa problematica del dolore
- rapporti con i Centri di Riferimento Regionale

### **Livello aziendale**

Ciascuna ASL regionale dovrà procedere all'attuazione alle seguenti azioni:

- **Identificazione del responsabile per l'applicazione delle Linee Guida**
- **Costituzione di un Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD)**, la cui composizione dovrà soddisfare i criteri contenuti nelle Linee Guida nazionali:

"Il personale infermieristico deve rappresentare almeno un terzo dei membri del comitato; gli operatori delle strutture di terapia del dolore e/o cure palliative nonché di anestesia e rianimazione devono essere rappresentati nel comitato; un referente del servizio farmaceutico deve essere incluso nel comitato".

Sempre in conformità con le linee guida nazionali, le finalità e le funzioni del Comitato sono individuate in:

- Assicurazione di un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie
- Promozione della formazione continua del personale coinvolto
- Coordinamento delle diverse equipe coinvolte nel processo di cura
- Monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida e valutazione di efficacia
- Elaborazione e distribuzione del materiale informativo agli utenti

### **Processo applicativo delle linee guida**

Tale processo, che dovrà essere inserito nel sistema aziendale di gestione della qualità, prevede le seguenti fasi:

- 1) Fase formativa, intesa come analisi e valutazione dei bisogni formativi e programmazione delle relative attività formative
- 2) Fase informativa: predisposizione di materiale informativo per l'utente, sottoforma di materiale illustrativo da consegnare al Paziente al suo ingresso in reparto e da distribuire capillarmente all'interno delle strutture sanitarie
- 3) Fase di prima applicazione, con rilevazione di prevalenza del dolore che funga da informazione di base, su cui verificare a distanza le modificazioni indotte
- 4) Fase applicativa ordinaria, che prevede la valutazione periodica del livello applicativo delle linee guida e la verifica della loro efficacia

### **Potenziamento degli ambulatori di terapia del dolore**

Presso i Servizi di Anestesia della Regione, dovranno essere istituiti e/o potenziati gli ambulatori di terapia antalgica, la cui attività si svolgerà in stretta interrelazione funzionale con le UU.OO. di degenza coinvolte nella diagnosi e nel trattamento del dolore acuto e delle sindromi dolorose croniche, e con i Medici di MMG attraverso il Sistema delle Cure Domiciliari. Si raccomanda il potenziamento della lotta al dolore anche in quei settori nei quali esso è ancora oggi misconosciuto o comunque sottovalutato, come durante il travaglio ed il parto naturale, il post-operatorio, il pronto soccorso. Particolare attenzione dovrà essere prestata al riconoscimento ed alla cura del dolore in età pediatrica.

### **Centri Regionali di riferimento per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico**

Si tratta di strutture multidisciplinari, dotate di propria autonomia organizzativa e gestionale, con direzione medica da parte di uno Specialista Anestesista-Algologo e personale dedicato, deputate alla presa in carico di pazienti complessi relativamente alla valutazione clinica e/o trattamento. Per le attività di day hospital e day surgery si avvalgono dei posti letto dipartimentali di AFO.

Effettuano tutta la diagnostica clinica e strumentale necessaria allo studio del Paziente con dolore cronico; dal punto di vista terapeutico effettuano tutte le prestazioni specialistiche della algologia. Considerando i costi non trascurabili che alcune di queste procedure risultano avere,

si comprende la necessità di una ottimizzazione delle indicazioni, nonché della garanzia della perizia di esecuzione e di un'assistenza specialistica, che possono essere assicurati in maniera più efficiente da un centro regionale di riferimento.

Per quanto concerne l'individuazione ed il riconoscimento di tali centri si fa riferimento a quanto disciplinato dalla Legge Regionale n. 6 del 05/04/2007.

### **5.5.2.2. La rete delle Cure Palliative**

La realizzazione della rete delle cure palliative nella nostra regione, in accordo con il processo iniziato a livello nazionale con il D.M. 28 settembre 1999, dovrà concretizzarsi in un sistema di offerta nel quale la Persona affetta da malattia inguaribile, non necessariamente neoplastica, e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, le strutture di degenza e le strutture residenziali, al fine di promuovere il contenimento della sofferenza globale nella fase finale della vita.

A tal fine, in accordo con il già citato D. M. 28 settembre 1999, la rete va intesa come aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel proprio territorio, in un'ottica di integrazione sociosanitaria, le cui linee organizzative differenziate e le relative strutture dedicate sono individuate in:

- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza domiciliare specialistica
- Ricovero ospedaliero in regime ordinario o day hospital
- Assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative – hospice

Gli obiettivi della rete sono riconosciuti in

- assicurare il controllo del dolore e degli altri sintomi nel rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali dell'individuo
- fornire il sostegno psicologico e sociale al malato ed ai suoi familiari
- agevolare la permanenza a domicilio, sede di intervento privilegiata in quanto quasi sempre preferita dal malato e dalla famiglia, garantendo la più alta qualità di vita possibile
- ottenere una riduzione dei ricoveri impropri in ospedale

Conformemente a quanto stabilito dal Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007 la Regione dovrà garantire:

- l'informazione ai Cittadini ed agli Operatori sulla istituzione della Rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla rete e sulle modalità d'accesso;
- l'utilizzo sistematico e continuativo, da parte della Rete di assistenza palliativa, di strumenti di valutazione della qualità percepita dai Malati e dalle loro famiglie

#### **a) Stima del bisogno e della domanda di assistenza ai malati terminali**

Per effettuare una stima della domanda di assistenza ai malati terminali, sono stati analizzati ed elaborati dati disponibili a livello regionale (ASR, OER) e nazionale.

In particolare la stima del fabbisogno di posti letto in Hospice e di giornate di cure domiciliari, non essendo presente nella Regione Abruzzo un Registro delle cause di morte, è stata fatta sulla base dei dati delle Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane, anno 2004, pubblicati dall'ISTAT:

il numero totale di morti per tumore in Abruzzo è stato stimato pari a 2.983; in considerazione degli indicatori di cui all'allegato 1 del Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007, il fabbisogno minimo di posti letto in Hospice è stimato in 53 ( $\geq 1$  ogni 56 deceduti a causa di tumore); mentre il numero annuo di giornate di cure palliative domiciliari è stimato in 85.305, per un numero di pazienti atteso pari a 1551.

#### **b) Stato dell'offerta attuale**

Attualmente l'assistenza ai malati terminali viene erogata nella nostra regione nelle seguenti forme

- servizi ambulatoriali specialistici per la terapia del dolore.

- Assistenza Domiciliare, secondo modelli diversificati ed in maniera non omogenea nelle diverse aree territoriali. A tale riguardo c'è da precisare che le Linee Guida del Sistema delle Cure Domiciliari della Regione Abruzzo, di recente adozione, hanno disciplinato anche questo livello di intervento indicando le modalità di ammissione e di erogazione delle cure, nonché gli standard di personale ed i tempi di assistenza.

- Ricovero ospedaliero
- Strutture Hospice

In esito al D.M. del 28 settembre 1999, nella Regione Abruzzo sono stati ammessi al finanziamento 6 progetti (uno per ogni ASL della regione) di strutture Hospice; cui si è aggiunto un ulteriore progetto relativo al Comune di Torrevecchia teatina (ASL di Chieti) (Tabella 62):

**Tabella 62 - Gli Hospice in Abruzzo: stato dell'arte**

ASL		Stato dei lavori
Avezzano-Sulmona	Struttura per le Cure Palliative 10 posti letto nel presidio ospedaliero "SS Filippo e Nicola" di Avezzano	Progetto esecutivo in corso di approvazione
Chieti	Unità Operativa 10 posti letto per le Cure Palliative nel Presidio Ospedaliero "SS Annunziata"	Progetto esecutivo in corso di approvazione
Lanciano-Vasto	Centro residenziale per le Cure Palliative Hospice 10 posti letto nell'edificio ex IPAB di Lanciano	Lavori in esecuzione
L'Aquila	Centro residenziale di Cure Palliative 10 posti letto presso il Presidio Ospedaliero S. Salvatore a L'Aquila	Progetto approvato
Pescara	Struttura per la terapia palliativa e di supporto, di 10 posti letto, nel presidio ospedaliero di Pescara	Lavori in esecuzione
Teramo	Ristrutturazione dell'ex Sanatorio dell'Ospedale Civile "Mazzini" di Teramo, con la realizzazione di 10 posti letto	Progetto esecutivo in corso di approvazione
Chieti	Realizzazione di una nuova struttura Hospice presso il Comune di Torrevecchia Teatina di 18 posti letto	Lavori in esecuzione

Allo stato attuale non è stata attivata nessuna delle strutture sopra riportate.

Si prevede, entro il 2010 il completamento e la messa a regime delle strutture residenziali per le cure palliative, nel rispetto degli standard di cui all'allegato 1 del Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007.

### **c) Sedi di intervento della rete**

#### **c1) Unità operativa di coordinamento**

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione possibile tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti. La rete sanitaria e socio-sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio- assistenziale, al fine di offrire un approccio completo ed olistico alle esigenze della persona malata, in tutti i suoi aspetti clinici, sociali e spirituali.

A tale scopo in ciascuna ASL deve essere prevista una unità operativa di coordinamento della rete che garantisca la presa in carico dei malati terminali nelle diverse sedi di intervento, attraverso la definizione di percorsi dedicati e la predisposizione di accordi tra le macroaree interessate (distretto e ospedale).

Dovrà essere particolarmente stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle Organizzazioni Non Profit, in particolare di quelle del volontariato, nel rispetto di requisiti di

autorizzazione/accreditamento tecnologici, strutturali e organizzativi precedentemente definiti a livello nazionale e regionale.

## **c2) Ospedale**

L'erogazione delle cure palliative a livello ospedaliero può avvenire in regime di ricovero ordinario e di D.H. Nell'ambito della formazione continua del personale promossa dal Comitato per l'Ospedale senza dolore devono essere previsti specifici programmi incentrati sui problemi legati alla fine della vita e sulle possibili strategie terapeutico-assistenziali.

Le Unità Operative prevalentemente coinvolte sono l'oncologia e i servizi di anestesia che, in carenza delle altre strutture della rete, rimangono gli esclusivi punti di riferimento. A tale proposito si ribadisce il ruolo chiave rivestito dall'integrazione distretto-ospedale, che si concretizza in azioni sinergiche messe in atto dalle professionalità coinvolte attraverso lo strumento della dimissione protetta, che realizza la presa in carico del Paziente da parte della rete territoriale (domiciliare e residenziale) mantenendo i necessari raccordi con l'ospedale, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

La dimissione protetta si realizza attraverso il percorso indicato nel documento "Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida".

## **c3) Sistema delle Cure Domiciliari – Livello 3B: cure palliative a malati terminali**

Quando le condizioni fisiche e psicologiche del Paziente lo permettono, l'ambiente abitativo è idoneo e la famiglia è in grado di assumere la funzione di care-giver , le cure palliative possono avvenire nell'ambito domiciliare.

L'ambito domiciliare è la sede preferita dalla maggior parte dei Pazienti e deve essere sempre considerata la sede privilegiata per la cura dei malati terminali, ma deve essere adeguato alle esigenze di un paziente, le cui caratteristiche essenziali sono rappresentate da una malattia in rapida evoluzione e che comporta un elevato livello di intensità e di complessità assistenziale. Il ritmo incalzante con cui spesso si evolvono le situazioni dei malati terminali richiede una preparazione complessa ed una capacità della Rete di rispondere con tempestività ed appropriatezza alle mutate esigenze.

Le modalità di ammissione e di erogazione delle cure palliative domiciliari, gli standard di personale e di prestazioni sono dettagliate nel documento "Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida".

## **c4) Strutture residenziali**

Si definiscono Centri residenziali di cure palliative le strutture, facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto, secondo il D.P.C.M. 20/1/2000. Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento rendono necessaria una capacità recettiva limitata e non superiore a 30 posti, articolata in moduli da 9 a 18.

Gli "Hospice" o "Unità di Cure Palliative" (UCP) sono strutture nate in Inghilterra verso la fine degli anni 60 quando il St. Christopher's Hospice iniziò la sua attività a Londra; si sono diffuse prima nel mondo anglosassone (Stati Uniti, Canada e Australia) e quindi negli altri paesi europei. Oggi gli hospice nel mondo sono più di 3000. Per assicurare un livello di assistenza massima, nel Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (D.M. 28/09/1999) sono previste strutture sanitarie specificatamente dedicate alle cure palliative e ai centri residenziali di cure palliative, gli hospice, che rappresentano una possibilità di ricovero temporaneo e di sollievo, quando l'assistenza domiciliare integrata non è più sufficiente.

L'hospice accoglie principalmente i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, ma non solo (l'Accordo del 19/04/2001 sul documento di iniziative per l'organizzazione delle cure palliative, ne prevede l'applicazione anche ai Malati di AIDS ed ai Pazienti affetti da patologie croniche non neoplastiche ad andamento progressivo a carico del sistema cardiovascolare, respiratorio, nervoso), bisognosi di assistenza palliativa e di supporto. Le finalità dell'hospice sono:



- garantire un ricovero temporaneo ai malati per i quali le cure domiciliari non siano possibili o appropriate;
- ottenere un migliore controllo dei sintomi legati alla fase finale della vita, nel caso in cui non sia possibile farlo a domicilio;
- offrire un periodo di sollievo alle famiglie impegnate nella cura dei pazienti;
- diventare un punto di riferimento per l'informazione e il supporto agli utenti;
- svolgere attività di formazione continua al personale.

I requisiti minimi strutturali ed organizzativi dovranno essere conformi al D.P.C.M. del 20 gennaio 2000, ed agli ulteriori requisiti che saranno stabiliti dalla legislazione della Regione Abruzzo.

I requisiti minimi organizzativi, gli standard di personale con le relative figure professionali coinvolte ed i rispettivi ruoli, saranno definite dalle Linee guida regionali sulle Cure Palliative.

#### **d) Standard qualitativi e quantitativi**

Si recepiscono a tale proposito gli indicatori di cui all'allegato 1 del Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007. L'obiettivo viene individuato nell'adeguamento della rete regionale dell'assistenza palliativa agli standard previsti dal summenzionato decreto nel corso del triennio di vigenza del Piano (Tabella 63).

**Tabella 63 - Standard qualitativi e quantitativi per l'assistenza palliativa**

<b>INDICATORI</b>	<b>STANDARD</b>
01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (ISTA ICD9 cod. 140 - 208) assistiti dalla rete delle cure palliative/totale dei malati deceduti per tumore	≥ 65%
02. Numero posti letto in Hospice	≥ 1 posto letto ogni 56 deceduti per tumore
03. Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 e degli eventuali requisiti fissati a livello regionale/totale numero Hospice	100%
04. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTA ICD9 cod. 140 - 208)	≥ valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 1, cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
05. Numero dei malati nei quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete delle cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/totale dei malati presi in carico dalla rete e con assistenza conclusa	≥ 80%
06. Numero dei malati nei quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/totale dei malati ricoverati in Hospice e con assistenza conclusa	≥ 40%
07. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	≤ 20%
09. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	≤ 25%

#### **5.5.2.2.1. Cure palliative pediatriche**

L'assistenza al minore inguaribile (neonato, lattante, bambino ed adolescente) bisognoso di cure palliative, è attualmente erogata nella maggior parte dei casi in regime di ricovero ospedaliero in reparti per acuti, spesso in reparti di terapia intensiva. Nei casi in cui l'assistenza viene prestata a domicilio spesso ricade sulla famiglia. In questo modo vengono sostenuti costi sociali e sanitari rilevanti per fornire un'assistenza impropria e non nell'ottica della qualità della vita.

La letteratura internazionale conferma che il numero di minori eleggibili alle cure palliative è in incremento. Il progresso medico e tecnologico ha infatti permesso una sopravvivenza a neonati, bambini ed adolescenti portatori di malattie altrimenti letali, senza consentirne tuttavia sempre la guarigione. Ciò ha portato alla crescita della prevalenza di minori con bisogni complessi e necessità di risposte integrate multispecialistiche ed interistituzionali, anche per un lungo periodo di tempo e attraverso le diverse fasi della vita, che impongono aggiustamenti e nuove proposte nell'offerta assistenziale.

In conformità a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni e Province Autonome del 27 giugno 2007 la Regione Abruzzo metterà in atto azioni e programmi finalizzati a garantire ai minori con malattia inguaribile e/o terminale ed alle loro famiglie, attraverso la realizzazione di una rete di assistenza che integri risposte territoriali ed ospedaliere il più vicino possibile al luogo di vita del minore; a tal fine si procederà (entro il primo semestre 2008) alla stesura di apposite Linee Guida Regionali che avranno come presupposto i principi fondamentali individuati dal precitato Accordo:

*1. Le cure palliative dovranno svilupparsi secondo livelli di diversa competenza ed esperienza professionale specifica che comprendono:*

- un primo livello o approccio palliativo, applicato da tutti i professionisti della salute ;*
- un secondo livello di cure palliative generali, con professionisti con esperienza e preparazione specifica;*
- un terzo livello o team esperto di cure palliative pediatriche, con equipe multiprofessionali e multidisciplinari.*

*2. Il team esperto di cure palliative pediatriche, operando all'interno della rete assistenziale, deve essere adeguatamente preparato e supportato a rispondere ai bisogni clinici, emozionali ed evolutivi del bambino e della sua famiglia e, attraverso la rete assistenziale, si attiva per assicurare continuità di presa in carico nelle 24 ore.*

*3. La rete assistenziale deve garantire a ciascun minore bisognoso di cure palliative pediatriche, la risposta ai suoi principali bisogni di salute attuali ed evolutivi e a quelli della famiglia. In particolare devono essere garantite le azioni essenziali nell'ambito del processo di assessment diagnostico e di presa in carico, con la partecipazione attiva nei processi decisionali della famiglia e, per quanto possibile per età e condizione, del bambino.*

*4. La cura prestata a domicilio resta per l'età pediatrica l'obiettivo principale da raggiungere. Nonostante ciò, esistono momenti del percorso assistenziale e particolari condizioni transitorie delle famiglie che possono richiedere una soluzione residenziale. In questi casi il luogo di cura deve essere adeguato ad accogliere il minore e la famiglia e il personale specificatamente formato per le cure palliative pediatriche.*

*5. La realizzazione della rete di cure palliative pediatriche deve avvenire su base regionale o sovraregionale, tenendo conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del paziente, che ad una forma di assistenza residenziale.*

*6. Le Regioni sceglieranno i modelli da attuare, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari, in cui esse andranno a realizzarsi, tenendo conto della necessità di riorientare l'utilizzo delle risorse al fine di assicurare in ogni Regione lo sviluppo e il coordinamento della rete.*

### **5.5.3. Le attività di Psicologia**

La professionalità psicologica si propone come un intervento trasversale nelle Aziende Sanitarie coinvolgendo, sia in ambito territoriale che ospedaliero, settori strategici afferenti alla clinica, alla formazione e allo sviluppo di processi organizzativi.

La Psicologia infatti contribuisce in maniera rilevante al raggiungimento degli obiettivi di salute psico-fisica attraverso l'erogazione diretta di prestazioni diagnostiche, psicoterapiche e riabilitative, ai sensi degli art.1 e 3 della legge n°56 del 18.02.1989. Non secondario il suo ruolo nell'incentivazione delle qualità umanizzanti dell'assistenza sanitaria e nel cambiamento degli stili di vita. Non a caso la maggior parte delle prestazioni psicologiche sono inserite nei LEA, che Stato e Regioni si sono impegnati a garantire a tutti i cittadini.

La valorizzazione delle competenze psicologiche all'interno del sistema sanità è quindi non solo opportuna ma necessaria.

### **BISOGNI PSICOLOGICI EMERGENTI**

La Regione Abruzzo intende portare avanti un piano di interventi specifici nell'ambito della psicologia che risponda ai bisogni della popolazione e sia nel contempo funzionale alla organizzazione delle AA.SS.LL. Individua quindi nei seguenti obiettivi le priorità per gli anni 2008/2010.

- Psicologia del Ciclo di Vita, con individuazione precoce e trattamento del disagio adolescenziale e familiare.
- Assistenza psicologica a soggetti con patologie dipendenti da uso di sostanze e/o comportamenti compulsivi.
- Riabilitazione psicologica nella salute mentale.
- Psicologia ospedaliera.

### **CRITICITA'**

Attualmente il coordinamento delle attività psicologiche, all'interno delle Aziende Sanitarie non è gestito da Responsabili Psicologi, pertanto esse perdono di significatività e rilevanza e questo costituisce la principale criticità del sistema. Altrettanto cogente la cronica carenza di personale in quelle aree, quali i dipartimenti ospedalieri ove, a fronte di una domanda sempre crescente, la professionalità psicologica è pressochè assente ovunque.

### **OBIETTIVI A LUNGO TERMINE**

Tra gli obiettivi a lungo termine sicuramente rientra la possibilità di offrire alla popolazione un tipo di assistenza psicologica al cittadino integrata in rete, che raggiunga tutti gli strati della popolazione, che sia attenta alla rilevazione dei bisogni emergenti e che presenti un congruo uso delle risorse. In particolare ci si propone di:

1. Coprire tutte quelle aree di intervento attualmente prive di linee di attività psicologica, quali le aree distrettuali, le cure primarie e i reparti ospedalieri;
2. Incrementare lo sviluppo di attività psicologiche basate sull'evidenza scientifica (efficacia), sul congruo uso delle risorse professionali (efficienza) e su metodologie scientifiche di miglioramento continuo della qualità degli interventi.

### **OBIETTIVI A BREVE TERMINE**

Dare risposte professionali possibili, congrue ed efficaci ai bisogni emergenti della collettività, compatibilmente con le risorse disponibili e con il Piano di risanamento della Regione Abruzzo.

### **STRATEGIA DI RISULTATO**

Per il raggiungimento degli obiettivi individuati è necessaria una diversa organizzazione delle attività psicologiche con conseguente valorizzazione delle risorse umane disponibili, che richiedono, pur nel rispetto dell'interdisciplinarietà degli interventi, una gestione professionale accurata.

Lo strumento operativo individuato e consolidato già dai Piani Sanitari Regionali precedenti, risulta essere il **Servizio Centralizzato di Psicologia** che consente di determinare:

- La programmazione delle attività e dei progetti all'interno dei servizi che necessitano di prestazioni psicologiche e psicoterapiche;
- La verifica dell'efficienza ed efficacia del lavoro svolto con attività di controllo ed una significativa conseguente diminuzione del trend dei ricoveri ospedalieri;
- L'utilizzo di metodologie di trattamento psicoterapico scientificamente riconosciute come efficaci nel trattamento del disagio psichico, con conseguente contenimento della spesa farmaceutica e riduzione delle degenze ospedaliere;
- L'ottimale coordinamento tecnico-scientifico delle attività svolte dagli psicologi all'interno delle Aziende Sanitarie Locali;
- Una funzionale ed ottimale distribuzione del personale all'interno delle realtà territoriali e di quelle ospedaliere secondo bisogni individuati e criteri di razionalità;
- La programmazione e l'attuazione di iniziative di formazione professionale mirata.

### **Il Servizio Centralizzato di Psicologia**

Il Servizio Centralizzato di Psicologia, collocato in staff alla Direzione Sanitaria, è una struttura di coordinamento e costituisce un'aggregazione funzionale di tutte le Unità Operative di Psicologia con compiti di programmazione, indirizzo, promozione e valutazione di tutte le attività psicologiche e psicoterapiche degli psicologi dell'Azienda. La responsabilità viene affidata ad uno Psicologo Dirigente dell'Azienda, con rapporto a tempo indeterminato e anzianità di servizio di almeno 10 anni, scelto dal Direttore Generale e che rimane titolare dell'Unità Operativa cui è preposto.

Il Servizio Centralizzato di Psicologia si articola in Unità Operative (Complesse, Semplici e a valenza dipartimentale) di Psicologia Distrettuale, Ospedaliera e Dipartimentale, che hanno il compito di assicurare le prestazioni psicologiche all'interno delle specifiche strutture di appartenenza.

Ciascun Responsabile dell'Unità Operativa coordina ed organizza le attività in un'ottica di processo; ne assicura il corretto funzionamento ed è componente del Servizio Centralizzato di Psicologia.

### **5.5.4. Il controllo delle liste di attesa**

Le liste di attesa per ottenere prestazioni sanitarie, ambulatoriali o di ricovero, rappresentano un serio problema con il quale il Sistema sanitario nazionale (SSN) si confronta quotidianamente.

Il problema delle liste di attesa è presente in molti Paesi industrializzati, soprattutto in quelli caratterizzati da un Servizio sanitario nazionale dove si esercita una medicina socializzata, quali ad esempio Italia, Canada ed Inghilterra; è scarsamente rappresentato o affatto presente in quei Paesi con sistemi assicurativi di tipo obbligatorio come la Francia e la Germania, o volontario come gli USA.

Avvertito con disagio e irritazione dal cittadino che richiede una prestazione sanitaria, non è di facile soluzione, come l'ampia letteratura nazionale ed internazionale dimostrano e per tale motivo anche nel nostro Paese le liste di attesa sono al centro di un dibattito non ancora concluso.

Le motivazioni di una lista d'attesa si ritrovano nel binomio:

- Offerta;
- Domanda.

L'offerta di prestazioni sanitarie è condizionata dalla capacità erogante del sistema, influenzata da numerosi fattori quali disponibilità di personale, tecnologia e strutture adeguate.

Il finanziamento del sistema resta quindi un elemento portante nella questione delle liste di attesa.

Ma non l'unico e nemmeno quello risolutivo.

E' ormai accettato e la letteratura viene in soccorso, che l'aumento dell'offerta, che si può leggere come maggiori finanziamenti, dopo una prima fase di riduzione, vede nuovamente risalire i tempi di attesa.

Concorrono nel determinismo dell'offerta fattori quali la distribuzione ed il radicamento dei cittadini sul territorio, che pur rendendola irrazionale da un punto di vista meramente economico, deve comunque, entro certi limiti, essere prevista in ragione di condizioni oro-geografiche e di viabilità.

Concorrono altresì gli indirizzi di politica, programmazione e pianificazione sanitaria, che sono alla base di una più o meno elevata capacità di offerta, in quanto incidenti direttamente sulla sua razionalizzazione.

Per migliorare l'efficienza del sistema di offerta si sono rivelati utili i sistemi di prenotazione unificati (CUP), che oltre a svolgere un ruolo di democratizzazione del sistema, rendendolo trasparente e controllabile, presuppongono anche una specifica pianificazione del lavoro degli operatori sanitari, rendendo visibile la loro capacità erogativa.

Sul fronte della domanda la problematica appare decisamente più complessa.

La percezione del bene salute sta assumendo sempre più una funzione di secondo piano rispetto alla pressione che i modelli comportamentali della nostra società generano negli

individui, che finiscono per avere un atteggiamento di enorme affidamento nelle potenzialità (quasi un obbligo) del sistema di ripristinare la propria condizione di salute, che di conseguenza comporta un uso reiterato dei servizi.

Sulla domanda incidono gli indubbi successi del sistema in termini di aumento della sopravvivenza per determinate patologie quali quella oncologica o cardiologica, per citare quelle di più diretta percezione, ma anche ad esempio, il fenomeno dell'invecchiamento, l'attenzione verso patologie come l'anoressia e la bulimia o le patologie rare, lo sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche o tecniche operatorie, i flussi immigratori.

Per affrontare la domanda si cerca di introdurre concetti quali l'appropriatezza e le priorità, non semplici da definire e neanche accettati univocamente.

Se si intende che una prestazione è appropriata se necessaria al singolo soggetto da assistere, erogata nella struttura più adatta e in un arco di tempo adeguato alla severità e prognosi del quadro clinico, l'appropriatezza acquista una caratteristica *clinica* strettamente connessa all'efficacia, per cui un ricovero ospedaliero sarà appropriato non solo in base alla gravità della patologia in essere, ma soprattutto in base ai requisiti relativi alla intensità assistenziale ed alla intensità degli interventi diagnostico-terapeutici possibili, che la struttura deve possedere per la patologia causa del ricovero.

Se questa è la logica, non basta che in un territorio ci siano degli ospedali, ma anche che questi siano organizzativamente e funzionalmente capaci di garantire quel risultato che è la salute del cittadino, implicando che l'offerta, per rispondere in modo appropriato alla domanda, sia quanto meno dispersiva.

L'evidenza che si fonda sulla ricerca e l'esperienza clinica dalle quali derivano, ad esempio, linee guida, non sempre però è in relazione alle preferenze espresse dai cittadini, alle loro aspettative, ai fattori sociali e socioeconomici.

In altre parole, non tutto quello che viene considerato *appropriato* dal mondo clinico, lo è necessariamente per il cittadino, anche influenzato da un'informazione che non raramente rappresenta la Medicina come risolutiva di ogni male o almeno capace di migliorare ogni situazione patologica, senza che si abbia nel contempo la conoscenza di quanto costino prestazioni sanitarie inutili o il reiterare cure ormai inutili.

Se una corretta informazione è quindi di primaria importanza è altresì fondamentale un'azione di empowerment del cittadino, perché non aderisca a forme di consumismo sanitario. Cittadino che deve essere sempre più cosciente che ogni singola prestazione è una risorsa preziosa, non solo in quanto valore economico, ma perché rappresenta una potenziale risposta ad un bisogno di salute concreto, che può essere sottratto a chi ne ha veramente bisogno.

Purtroppo le prove di evidenza non sono sempre tali da garantire tranquillità ai prescrittori, sui quali pesa altresì il fenomeno della *Medicina Difensiva*, che determina un aumento della domanda dettato più da considerazioni medico-legali, che da considerazioni relative alla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), che non avendo i requisiti dell'infallibilità, non garantisce in termini assoluti di fronte alla Legge.

Si rende sempre più necessario che la comunità scientifica e professionale dica chiaramente ciò che è appropriato e ciò che non lo è, ma è altresì necessario che ciò che si ritenesse appropriato, trovasse un qualche vincolo di legge che non lasci il medico *solo*, ad esercitare secondo *scienza e coscienza*.

L'appropriatezza deve essere inoltre anche organizzativa, funzionale e dei risultati.

Se quindi l'appropriatezza si carica di una serie di significati che non la rendono così facilmente praticabile, ancora più complesso è il concetto di priorità, che sostanzialmente indica il decidere un tempo di attesa rispetto alla gravità di un sintomo o di una patologia.

Considerando che la *Medicina* non è una *scienza esatta*, in quanto sono in gioco diverse variabili tra cui quelle individuali del paziente, ci si rende subito conto che, se può essere più semplice stabilire un tempo di attesa relativamente ad un ricovero programmato, in quanto relativo ad una diagnosi nota, molto più difficile lo è per una prestazione ambulatoriale che viene prescritta in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata.

Per queste ragioni si può ben dire che le liste di attesa rappresentano non un problema del SSN, ma, piuttosto, l'effetto finale di tutto quanto è presente nel sistema, inteso nella sua interezza, ivi inclusi gli utenti e quindi immagine della sua problematicità.

## Azioni

La risposta che si vuole dare, nella consapevolezza dell'attuale situazione economica-finanziaria della Regione Abruzzo, prende a riferimento la deliberazione di Giunta Regionale n. 102 del 5.2.07 avente per oggetto: Modifiche ed integrazioni alla deliberazione di giunta regionale n. 710 del 26 giugno 2006 in materia di liste di attesa.

Con tale deliberazione la Regione Abruzzo si è dotata di un Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PRCTA) sulla base delle linee guida elaborate dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Nel PRCTA sono rappresentate quattro aree:

1. Oncologica;
2. Cardiovascolare;
3. Materno Infantile;
4. Geriatrica;

nelle quali l'impegno dovrà essere massimo perché vengano rispettati i tempi massimi di attesa delle prestazioni in esse rappresentate.

La Regione Abruzzo avrà quindi presente che le politiche di assunzione o incentivazione del personale, attraverso progetti finalizzati, l'acquisto di materiali e tecnologie, l'adeguamento delle strutture, dovranno avere una particolare attenzione per queste aree, che comunque coinvolgono varie discipline mediche.

In attesa della definizione dei criteri di priorità a livello nazionale, come all'art. 1, comma 283 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, la Direzione Sanità e l'ASR-Abruzzo s'impegna per la creazione di specifici tavoli di lavoro che vedranno pienamente coinvolti i professionisti delle varie discipline, in modo da valorizzare ai fini decisionali, le competenze tecniche di coloro che quotidianamente sono a contatto con gli utenti-pazienti e con i problemi concreti della gestione dei servizi, per individuare i criteri e la metodologia per lo sviluppo delle classi di priorità, in prima istanza per i ricoveri programmati.

Per rispondere quanto più possibile al concetto di appropriatezza, dovranno essere implementati i percorsi organizzativi alternativi al ricovero ordinario, quali day hospital, day surgery, chirurgia ambulatoriale, day service e pacchetti ambulatoriali complessi, già previsti dalla legge 20 del 23 giugno 2006, in collaborazione con le attività distrettuali e i Medici di Medicina Generale.

La Direzione Sanità e l'ASR-Abruzzo promuovono, attraverso la partecipazione dei professionisti, la costruzione di protocolli e percorsi diagnostici terapeutici basati sull'EBM e la loro diffusione perché diventino operativi.

La Regione promuove e favorisce il potenziamento dell'informazione e comunicazione sul tema delle liste d'attesa, attraverso il coinvolgimento delle categorie degli utenti.

### **5.5.5. La Medicina Legale**

I servizi di Medicina Legale istituzionalmente hanno in attribuzione le seguenti competenze:

- o accertamenti medico-legali per la determinazione dell'incapacità temporanea al lavoro (DPR 10.1.1957, n. 3 - DPR 3.5.1957, n. 686 ; art. 5, lettera a) della Legge 20.5.1970, n. 300; Legge 11.11.1983, n. 638; D.M. 25.2.1984 e segg.);
- o accertamenti per assenza della lavoratrice madre per malattia del bambino di età inferiore ai tre anni (ex art. 7, Legge 20.12.1971, n. 1204);
- o partecipa al controllo delle attività di fornitura di presidi protesici, di cui al D.M. 29.12.1992;
- o visite necroscopiche ex art. 4, comma quinto, DPR 10.9.1990, n. 285;
- o visite medico-legali in merito al rilascio dell'autorizzazione alle cure termali e climatiche degli assistiti ex-ONIG (invalidi di guerra) e di servizio;
- o accertamenti per l'esenzione dall'uso di cinture di sicurezza per le autovetture (art. 89 D.L.vo 10.9.1993, n. 360);
- o visite medico-legali finalizzate all'accertamento del possesso dei requisiti psicofisici per il rilascio dell'idoneità alla guida di veicoli e per il conseguimento dell'abilitazione al comando ed alla condotta di imbarcazioni e navi da diporto ed alla condotta dei motori

- (art. 119 D.L.vo 30.4.1992 e successive modificazioni e DPR 16.12.1992, n. 495; DPR 12.6.1973);
- accertamenti in merito all' idoneità psicofisica all'attività di volo da diporto o sportivo (Legge 25.3.1985, n. 106; DPR 5.8.1988, n. 404);
  - accertamento dei requisiti psico-fisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia, tiro a volo ed al porto d'armi per difesa personale (D.M. 14.9.1994);
  - certificato ai fini della fruizione dell'anticipo sulla liquidazione di fine rapporto di lavoro per terapie ed interventi straordinari (art.1, comma 6, Legge 29.5.1982, n. 297);
  - accertamento dell'impedimento fisico all'espressione del voto (DPR 16.5.1960, n. 570, art. 41) e per esercitare il voto da parte degli elettori non deambulanti in sedi con barriere architettoniche;
  - accertamenti per la cessazione del quinto dello stipendio per prestiti (art. 3 Legge n. 1224/56, Circolare del Ministero del Tesoro n. 528 del 18.12.1956);
  - accertamenti per concessione contrassegni di libera circolazione e parcheggio per disabili (art. 381, 2° comma DPR 16.12.1992, n. 495);
  - accertamento dell' idoneità alle funzioni di Giudice di Pace (Legge 21.11.1991, n. 374);
  - accertamento delle condizioni psico-fisiche di categorie protette per l'iscrizione alle liste di collocamento (Legge n. 68/1999);
  - certificato di idoneità psico-fisica per l'adozione dei minori (Legge 4.5.1983, n. 184, art. 82);
  - certificazioni per idoneità all'attività di volontariato per la protezione civile (art. 1, comma 3, D.M. 1.2.1991, Legge 23.12.1994, n. 724);
  - i pareri medico-legali in merito al contenzioso extra-giudiziario sulla contestazione da parte del lavoratore avverso il giudizio espresso da medico di controllo (D.M. 8.1.1985 e D.M. 15.7.1986);
  - visite collegiali ai fini dell'accertamento della dispensa dal servizio e/o per cambio di mansioni per inidoneità fisica;
  - accertamenti medico-legali per il riconoscimento del diritto alla pensione di reversibilità su richiesta del Ministero del Tesoro;
  - accertamenti medico-collegiali per il rilascio di pareri in ordine a contenziosi in materia pensionistica privilegiata su richiesta della Corte dei Conti (art. 2, comma 2, Legge 658/1984; art. 1, comma 3, Legge 14.1.1994, n. 19);
  - accertamenti medico-collegiali per il riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, disabilità e stato di handicap (Legge L. 30.03.1971, n. 118; L. 11.02.1980, n. 18; L. 23.11.1988, n. 508; D.Lgs. 23.11.1988, n. 509; Legge n. 295/90; Legge n. 104/92; Legge n. 68/1999; Legge Regionale n. 37/1999; D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461, e ss. mm. ed integrazioni; Legge n. 80/2006; Legge n. 104/1992);
  - accertamenti medico-collegiali per la verifica della permanenza dello stato invalidante, richiesti dall'Ufficio Provinciale del Lavoro e della massima occupazione al momento dell'avviamento al lavoro dei soggetti invalidi ovvero dal lavoratore o datore di lavoro (Legge n. 68/1999);
  - pareri ed accertamenti collegiali medico-legali inerenti la valutazione dello stato di malattia da causa di servizio ex D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461, e ss. mm. ii.;
  - attività di valutazione dei sinistri nell'ambito del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS di cui alla delibera di GR n.1440/2006), coordinato dal Responsabile del Servizio, e consulenze medico-legali su richiesta delle strutture sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere;
  - collaborazione alla attività di medicina necroscopica nell'ambito dell'ospedale e partecipazioni alle Commissioni per l'accertamento di morte anche a scopo di prelievo di organi;
  - partecipazione agli accertamenti ex-art. 7, comma quarto, DPR n. 285/1990 (sepoltura di prodotti abortivi);
  - accertamenti istruttori per la fruibilità di prestazioni presso Centri di altissima specializzazione all'estero (D.M. 24.1.1990);
  - attività di consulenza, coordinamento ed accertamento in ambito tossicologico forense (diagnosi e controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti, idoneità alla guida e

assunzione di stupefacenti ed alcool), accertamenti tossicologici su traumatizzati della strada, coordinamento e partecipazione a programmi di controllo sulla idoneità alla guida per rilevanti problematiche sociali (es.: "stragi del sabato sera"), ecc. .

Il Servizio di Medicina Legale è una struttura dell'ASL, in staff alla Direzione Generale e può individuare le proprie articolazioni operative a livello distrettuale. In casi particolari le attività di primo livello afferenti al suddetto servizio, possono essere svolte, sulla base di accordi negoziali da definire in sede di budget, da personale dei Distretti e/o del Dipartimento di Prevenzione.

### **5.5.6. La Medicina Penitenziaria**

Il D.Lgs.vo n. 230 del 22 giugno 1999 intitolato "Riordino della medicina penitenziaria, in applicazione dell'art. 5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419", stabilisce all'art.1 che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto all'erogazione, da parte del SSN, delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA).

Il Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute in ambito penitenziario, approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 861 del 10 ottobre 2002 e pubblicato sul BURA n. 17 Serie Speciale del 19 febbraio 2003 e la cui esecuzione:

- *formula* criteri e indirizzi mirati a pianificare l'organizzazione dei servizi sanitari;
- *stabilisce* le linee guida necessarie a soddisfare la domanda di assistenza e migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione a favore della popolazione detenuta;
- *prevede* un intervento integrato dell'Aziende ASL all'interno del carcere attraverso l'erogazione, da parte delle stesse, dell'intera gamma delle prestazioni sanitarie, così da garantire anche ai detenuti il diritto costituzionale ed inalienabile alla salute.

Il coordinamento per il perseguimento delle finalità di cui sopra è affidato al Gruppo di Lavoro Interistituzionale creato in seno alla Divisione Sanità della Regione Abruzzo con determinazione DG 14/12 del 24/04/2003 e successive modifiche che va integrata con il rappresentante dell'Amministrazione degli Istituti penitenziari per i minori.

#### **GLI OBIETTIVI DI SALUTE**

Le AASSLL istituiscono, come previsto dal Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario, una struttura organizzativa complessa o semplice (in relazione alle attività da svolgere e alla complessità organizzativa) di medicina penitenziaria, che fornisce risposte adeguate alle specifiche e particolari esigenze assistenziali della popolazione detenuta, allo scopo di assicurare gli obiettivi di salute prioritari, attraverso le seguenti linee di attività:

- a) le attività di prevenzione;***
- b) le attività di cura;***
- c) le attività di ricovero in unità operativa di degenza protetta.***

#### **A) LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE**

In ragione delle specifiche condizioni dell'ambiente detentivo, si definiscono gli interventi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione o rimozione di una sofferenza che ha radici strutturali, dando piena attuazione, anche in ambito penitenziario, alla normativa vigente in materia di igiene pubblica.

In particolare sono individuati due gruppi di attività:

- 1) *la prevenzione ambientale*: consiste nella ricognizione dei rischi ambientali, con l'obiettivo di individuare le principali problematiche connesse all'igiene e alla sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, al fine di realizzare interventi che incidano sul miglioramento della qualità della vita in carcere;



- 2) *la tutela e promozione della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria*: comprende l'insieme degli interventi atti a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo.

### **B) LE ATTIVITÀ DI CURA**

La *struttura organizzativa complessa* di medicina penitenziaria, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione a favore della popolazione detenuta ristretta negli istituti penitenziari ubicati nel territorio della ASL di competenza:

- elabora, d'intesa con le Aree Sanitarie degli Istituti penitenziari, linee guida atte ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati;
- organizza, d'intesa con le Aree Sanitarie degli Istituti penitenziari, percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni;
- coordina il volume di risorse professionali, tecnologiche e strutturali assegnate per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra.

Le principali aree di intervento, così come previsto dal Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario, sono:

- 1) *la medicina generale;*
- 2) *la medicina d'urgenza;*
- 3) *la medicina specialistica;*
- 4) *l'assistenza dei detenuti dipendenti da sostanze;*
- 5) *le patologie infettive con particolare riferimento all'infezione da HIV e sindromi correlate;*
- 6) *le attività di riabilitazione;*
- 7) *la tutela della salute della donna e la salvaguardia del diritto di maternità;*
- 8) *la tutela della salute dei detenuti disabili e portatori di handicap;*
- 9) *l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;*
- 10) *la tutela della salute mentale;*
- 11) *l'assistenza farmaceutica.*

### **C) IL RICOVERO IN UNITÀ OPERATIVA DI DEGENZA**

Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti.

Per evidenti ragioni di sicurezza, è necessario limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari, anche se in nessun caso le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti.

In ogni ASL si individua uno o anche più nosocomi civili, dotati almeno di unità di terapia intensiva e unità coronaria, presso cui istituire una o più stanze di degenza "protetta" ove allocare il detenuto degente.

### **La fase transitoria**

Nelle more della piena attuazione del D.Lgs.vo n. 230 del 22 giugno 1999, la Regione Abruzzo garantisce, secondo le deliberazioni di Giunta regionale già assunte l'esecuzione dei Protocolli di Intesa e degli altri atti di indirizzo inerenti le attività di prevenzione, l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, l'assistenza farmaceutica, il servizio di continuità assistenziale notturna e le ulteriori linee di attività necessarie a garantire i LEA, mediante le Unità Operative, denominate Ufficio di Coordinamento della Medicina Penitenziaria (U.C.M.P.), già attivate nelle singole AASSLL.

## 5.6. L'integrazione socio-sanitaria

Nelle Linee Guida per la redazione del PSR (LR 6/2007) in riferimento al tema dell'integrazione socio-sanitaria venivano definite le seguenti specifiche: *“Le parti del Piano Sanitario che attengono i temi dell'integrazione socio-sanitaria verranno redatti congiuntamente con l'Assessorato ai Servizi Sociali sulla base del Piano Sociale recentemente approvato dal Consiglio Regionale, sviluppando in modo compiuto le tematiche che in detto piano sono state delineate in termini generali”*. Per riconfermare contenuti ed indirizzi sull'integrazione socio-sanitaria viene di seguito riportato il capitolo del Piano Sociale, evidenziando le modifiche apportate con il presente piano.

L'integrazione sociosanitaria costituisce una priorità strategica della programmazione regionale, sia sociale che sanitaria, perché essa è condizione indispensabile per riuscire a dare risposta ai bisogni complessi di assistenza, in quanto dipendenti da disturbi, patologie o problemi legati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

Di fronte al disagio multifattoriale, è necessario considerare l'unicità e la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, superando prassi settoriali ed integrando competenze e servizi diversi, in una prospettiva di prevenzione e sostegno, specie delle persone più deboli.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica la strada evolutiva della *nuova cultura della salute*. Nella prima definizione di salute (OMS, 1948) *“La salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o di infermità”* si sottolineava come la salute non dipendesse unicamente da fattori fisici e organici, ma coinvolgesse tutta la condizione esistenziale della persona umana (non soltanto “star bene”, ma anche “ben-essere”). Tali concetti sono stati ulteriormente rafforzati e sviluppati nella più recente definizione di salute (OMS, 1986) che ricomponne dicotomie/separazioni (salute/malattia; sanitario/sociale; mente/corpo; risorsa privato/ risorsa pubblica) che pervadono ancora nel profondo molti degli attori deputati al governo del welfare: *La salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche*.

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.

Fra i nuovi riferimenti normativi da rendere disponibili, particolare importanza hanno quelli relativi all'individuazione e alla disciplina dei servizi inerenti l'area della integrazione sociosanitaria, secondo quanto disposto dall'articolo 3-septies del richiamato decreto legislativo 502/1992, dal DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio- sanitarie) e dal DPCM 29 novembre 2001 in materia di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il percorso di cambiamento del sistema dei servizi per l'integrazione sociosanitaria é caratterizzato da alcuni passaggi cruciali:

- articolazione in Distretti delle Unità Sanitarie Locali ed individuazione territoriale degli stessi secondo i criteri previsti dall'articolo 3-quater del decreto legislativo n. 502/1992, da far coincidere, di norma, con gli ambiti territoriali sociali.
  - **Tale indicazione è stata già avviata con la LR 6/2007 che stabilisce: Riduzione del numero di distretti dagli attuali 73 previsti dal PSR (di cui 44 attivati) a 24. Contestuale ridefinizione degli ambiti sociali (attualmente 35) per raggiungere la perfetta coincidenza con i distretti. Nel capitolo sull'architettura**

**istituzionale e i ruoli il presente piano completa, per la parte sanitaria, il ridisegno della rete distrettuale abruzzese.**

- adeguamento normativo regionale del modello organizzativo del Distretto, quale centro unitario di prestazioni e servizi ed ambito elettivo per perseguire l'integrazione sociosanitaria. La realizzazione del Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità coerente di attivazione dei percorsi previsti, per affrontare i bisogni di salute, sociali e sanitari espressi in modo unitario ed integrato.
  - **Tale indicazione trova esplicitazione nel capitolo sul Macrolivello Territoriale del presente piano e nelle Linee Guida sul sistema delle cure domiciliari (DGR 224 del 13 marzo 2007 – Appendice E)**
- disciplina regionale di definizione dei contenuti del Programma delle attività territoriali (PAT) (articolo 3-quater, comma 3, del D.Lgs 502/1992)
- disciplina regionale dei contenuti del Piano aziendale delle Aziende Sanitarie Locali;
- istituzione e funzionamento a regime degli organismi previsti obbligatoriamente dalla legge (Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, Conferenza dei Sindaci, Comitato dei Sindaci del Distretto).

Per quanto riguarda più direttamente l'aspetto **della programmazione in materia sociosanitaria**, le scelte del Piano sociale e del Piano sanitario sono prioritariamente indirizzate ad assicurare il necessario raccordo operativo tra gli strumenti della programmazione territoriale e tra i servizi sociali e sanitari, sotto i tre profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale che vanno congiuntamente promossi e attuati.

L'integrazione **istituzionale** si fonda sulla collaborazione fra istituzioni diverse, in particolare le aziende USL e i comuni, in modo da assicurare coerenza e unitarietà al processo di programmazione sociosanitaria. Le scelte di concertazione sono concretizzate e definite in modo coordinato nel Piano di zona dell'ambito sociale, nel Programma della attività territoriali del distretto e nel Piano aziendale dell'azienda USL.

L'integrazione **gestionale** riguarda l'assetto organizzativo e strutturale e richiede l'individuazione di soluzioni e procedure di coordinamento in grado di garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. A tal fine è necessario individuare luoghi e procedure di coordinamento a livello territoriale, in modo da assicurare il raccordo e la collaborazione decisionale ed operativa, anche per ciò che attiene alla compatibilità finanziaria delle scelte di programmazione.

L'integrazione **professionale** è indispensabile al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, di assicurare l'efficace valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il progetto integrato personalizzato, oltre che per la valutazione periodica dei risultati.

Lo sviluppo di un "modello abruzzese" di integrazione sociosanitaria può procedere celermente a partire dalle azioni demandate al Governo regionale ed in particolare mediante la predisposizione di uno strumento unico di programmazione sociosanitaria, per le aree ad alta integrazione, a livello regionale quale obiettivo da raggiungere a breve termine (entro metà 2008) e mediante l'approvazione di tale strumento e di linee guida sugli strumenti di programmazione congiunta sociosanitaria a livello locale, da raggiungere a medio termine (entro 2009).

Oltre all'unitarietà del processo programmatico è necessario assicurare la Regolazione del sistema di finanziamento dei servizi di integrazione sociosanitaria.

Va a questo fine approfondita la possibilità di costituire un fondo dedicato per il finanziamento degli interventi sociosanitari, costituito da quota parte del fondo sanitario per i servizi sanitari distrettuali e da quota parte delle risorse comunali e di ambito destinate al finanziamento dei servizi sociali, come previsto anche dal Dlgs n. 229/99.

Il Piano Sociale individua quindi 4 azioni specifiche:

*1 - Promuovere il territorio quale luogo primario di governo e gestione dei percorsi Sociosanitari*

*2 - Sviluppo dei Piani Locali per la non- autosufficienza*

*3 - Tutela della salute mentale*

*4 - L'istituzione di un Osservatorio sulle disuguaglianze sociali*

In merito a questi quattro punti nel presente PSR vengono sviluppati i punti 1, 3 e 4:

- il punto 1 nel paragrafo sul Macrolivello Territoriali ( § 5.2.) e nei paragrafi generali e specifici sulle reti assistenziali (§ 4.1. e §§ da 5.4.1. a 5.4.17.)
- il punto 3 nell'apposito paragrafo sulla tutela della Salute Mentale (§ 5.2.10.)
- il punto 4 nel paragrafo successivo al presente, che viene sviluppato nell'ambito del più ampio contesto delle strategie regionali di contrasto alle disuguaglianze

In merito agli strumenti di **programmazione regionale** si prevede:

1. **di riallineare il Piano Sociale e il Piano Sanitario, attualmente sfasati di un anno con un Piano Regionale sull'Integrazione socio-sanitaria, da varare nel periodo fine 2008-metà 2009, una volta stabilizzato il processo di riarticolazione territoriale dei distretti e degli ambiti sociali;**
2. **la stesura alla scadenza del presente piano, di concerto tra l'Assessorato alle Politiche Sociali e l'Assessorato alla Sanità, di un unico Piano Regionale Socio-Sanitario che riallinei il Piano Sociale Regionale ed il Piano Sanitario Regionale.**

### **5.6.1. Contrastare le disuguaglianze nella salute: un sistema a garanzia dell'equità**

In Italia, il tema dell'equità e delle disuguaglianze sociali in salute è stato oggetto di attenzione da parte del panorama politico nazionale a partire dal Piano sanitario del 1998-2000. L'attuale PSN 2006-2008 identifica il tema dell'equità tra i principi ispiratori del sistema, oltre all'universalità del servizio e alla cooperazione. Il PSN definisce il concetto di equità non come uguale distribuzione delle risorse, ma come necessaria distribuzione delle medesime, in contrasto con le disparità socio-territoriali.

Allo stesso tempo, il PSN associa il tema dell'equità alla promozione di sistemi di garanzia dell'accessibilità ai servizi e dell'appropriatezza di utilizzo degli stessi, inserendo questo tema tra gli obiettivi triennali dei Livelli Essenziali di Assistenza. In particolare il PSN richiama alcuni aspetti che ostacolano l'uniformità di fruizione dei LEA, quali la disomogenea distribuzione dei servizi e delle prestazioni specialistiche sul territorio, l'onerosità della quota di partecipazione, le liste di attesa, oltre alle differenze geografiche e alle variabili socioeconomiche e demografiche.

La promozione di una maggiore equità della salute rappresenta pertanto un obiettivo imprescindibile all'interno di un sistema organizzativo finalizzato alla tutela dell'individuo e, nell'ambito degli interventi di Sanità Pubblica, deve necessariamente essere prestata una maggiore attenzione ai fattori sociali che risultano associati ad un livello di qualità minore dell'assistenza sanitaria e degli esiti di salute in genere (basso stato socioeconomico, stili di vita non corretti, basso livello di istruzione, etc.).

A questo proposito vi sono innumerevoli dimostrazioni epidemiologiche che evidenziano la rilevanza del fenomeno e la sua dimensione di grande attualità, soprattutto nei Paesi industrializzati dove la speranza di vita media è direttamente correlata alle differenze di reddito tra classi sociali, indipendentemente dal tipo di sistema sanitario adottato.

In Europa occidentale, ad esempio, si osservano notevoli e crescenti differenze nei tassi di mortalità, che risulta maggiore del 25%-50% nei gruppi a più basso livello socioeconomico, specialmente per ciò che concerne i decessi successivi a patologie cardiovascolari.

Lo stato socioeconomico, infatti, sia esso definito in relazione al reddito o stimato attraverso l'educazione o il tipo di occupazione, è associato a varie problematiche di salute tra le quali il basso peso alla nascita, i disturbi cardiovascolari, l'artrite, il diabete e il cancro.

Anche in Italia si è osservata un'associazione diretta tra rischio di morte nella popolazione maschile e lo stato socioeconomico, sia esso calcolato tramite il reddito (37%; 1991 - 1996), il livello di istruzione (22%;1991 - 1996) o l'occupazione (35%; 1981-1982).

La relazione tra la prevalenza di patologie croniche (*self-reported condition*) e il livello di istruzione mostra un tasso riferito più elevato nei livelli a minore istruzione. Alcuni di questi dati, rilevati in Italia nel 1990 e pubblicati nel 2005, evidenziano come i gruppi di soggetti meno istruiti di età compresa fra i 25 e i 79 anni presentino un rischio maggiore dell'85% di sviluppare patologie del sistema nervoso, ma anche diabete mellito e infarto (rischio aumentato del 59% e del 47%, rispettivamente).

A livello nazionale la recente indagine multiscopo ISTAT pubblicata nel marzo 2007, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", conferma la presenza di disuguaglianze di salute associate al livello di istruzione per tutte le fasce di età della popolazione. Il basso livello socioeconomico dovuto al titolo di studio condiziona negativamente lo stato di salute, sia in termini di salute percepita che di prevalenza di patologie croniche. Dalle valutazioni soggettive (condizione di salute percepita) ed oggettive (indice di stato fisico, psicologico, presenza di patologie croniche, disabilità, indice di stato mentale) sulla salute della popolazione italiana si osserva che le persone meno istruite presentano un peggioramento della propria condizione individuale.

Le variabili socio-economiche influenzano anche un diverso ricorso ai servizi e la possibilità di ottenere prestazioni sanitarie qualitativamente elevate. Nello specifico è stato osservato che:

1. il ricorso alle visite specialistiche viene prescelto dalla popolazione più istruita in tutte le fasce di età, mentre nella popolazione meno istruita si riscontra una maggior quota di visite generiche (41,2% vs. 18.1%);
2. i tassi di ospedalizzazione raddoppiano per la popolazione meno istruita rispetto alla classe laureata e diplomata (4.4% vs. 2.3%);
3. diversi studi riportano come i soggetti di basso livello socioeconomico abbiano un rischio maggiore di essere sottoposti ad interventi chirurgici elettivi quali la tonsillectomia, isterectomia, etc. (con dubbi in merito effettiva necessità dell'intervento, non supportata da evidenze epidemiologiche) e, al contrario, non usufruiscano adeguatamente, rispetto ai gruppi socialmente più elevati, di prestazioni tecnologicamente avanzate (rivascolarizzazione coronaria post infartuale, by-pass aortocoronarici, etc.). Nel caso dell'intervento di artroprotesi all'anca, ad esempio, alcuni studi italiani hanno evidenziato una minor accessibilità all'intervento da parte dei soggetti con basso reddito e, parallelamente, un rischio aumentato di eventi avversi nel momento in cui tale prestazione viene erogata (maggiore rischio di morte, di sviluppare infezioni e ulcere da decubito rispetto ai soggetti con elevato reddito).

Nel momento in cui tali disuguaglianze diventano costanti e sistematiche tra gruppi di popolazione che presentano precise caratteristiche sociali, economiche, demografiche o geografiche, le *chance* per una salute migliore si diversificano in modo ingiusto ed evitabile; in questo modo si creano dei presupposti di disparità rispetto al potenziale benessere di cui ciascun individuo potrebbe godere.

"Equità nella salute", al contrario, significa garantire a ciascun cittadino la possibilità di usufruire di tutte le opportunità possibili di salute in relazione alle sue condizioni personali e al suo bisogno. Il principio di equità, quindi, non corrisponde alla garanzia dello stesso livello di buona salute per tutti, ma richiede azioni a sostegno di un'adeguata redistribuzione di fattori sociali volti a favorire, per ciascun cittadino, la piena realizzazione delle potenziali aspettative di vita e delle migliori condizioni di salute possibile.

A questo proposito risulta importante fare una distinzione tra equità nella salute e equità nelle cure: la prima si pone come obiettivo finale la riduzione/eliminazione di differenze sistematiche nello stato di salute tra diversi gruppi di popolazione con differenti condizioni socioeconomiche; mentre la seconda si pone la finalità di avvicinare la tipologia di risposta assistenziale ai vari livelli di bisogno di salute migliorando l'accesso e l'utilizzo di prestazioni a favore dei gruppi più svantaggiati.

Questo principio si riflette nel più ampio sistema sociale e risulta strettamente associato al pieno godimento dei diritti umani di ciascun individuo. Infatti la discriminazione nell'accedere a uguali risorse ed opportunità di salute lede il diritto di possedere i più elevati standard attendibili di benessere personale psico-fisico, prefigurando difficoltà di accesso ad altre opportunità sociali come l'istruzione o il lavoro.

In tal senso il sistema deve rispondere e definire un sistema di tutela che fornisca azioni e strumenti adeguati rivolti a quei gruppi sociali svantaggiati che non raggiungono con la medesima facilità i livelli di benessere a cui potrebbero aspirare se si trovassero in una condizione sociale migliore.

L'oggetto delle politiche orientate all'equità riguardano il complesso sistema organizzativo di offerta di servizi, sanitari e non solo (Carta di Ottawa); essi dovrebbero osservare e tutelare la salute, intesa secondo le definizioni fornite dall'OMS nella Conferenza di Alma Ata e nella

successiva Carta di Ottawa, dove si attribuisce un valore positivo alla salute intesa come risorsa per la vita quotidiana e non come obiettivo del vivere, e dove si disegna l'immagine di un *continuum* ai cui estremi troviamo salute e malattia.

Queste concezioni di base di equità e salute permettono di inserire le politiche di contrasto alle disuguaglianze all'interno di un quadro organizzativo che miri a garantire: da un lato il pieno potenziale di salute di ogni cittadino in relazione alle diverse complessità di bisogno, attraverso il contenimento/riduzione delle attuali disparità di tutela sociosanitaria; dall'altro la possibilità di possedere presupposti di utilizzo delle risorse ed opportunità di percorsi di tutela spendibili per il futuro. In tal senso il sistema di tutela della salute necessita di un ampliamento della visuale di osservazione per descrivere e tutelare la salute degli individui. Tale cambiamento avviene nella consapevolezza che il concetto di salute oramai concordemente inteso come *'lo stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o di infermità'* superi la prospettiva, non più esaustiva seppur efficace, della sola *'cura dei pazienti'*; il passaggio porterebbe ad un approccio che integra le diverse prospettive di osservazione e analisi dei fattori associati al fenomeno patologico, interrogandosi sia sulle cause che sottendono i fenomeni di malattia sia sui fattori protettivi/positivi che mantengono e favoriscono livelli di benessere nella popolazione.

Questo può essere favorito tramite la definizione di azioni che creano opportunità e rimuovono barriere ed ostacoli al fine di realizzare maggiore equità: nella distribuzione di risorse di salute, nell'accesso a tutte le opportunità possibili di cura e benessere e nel supporto offerto in condizioni di problematiche di malattia.

Gli esiti di queste azioni dovrebbero portare ad una riduzione o eliminazione dei differenziali di salute tra gruppi che presentano differenze socioeconomiche, mirando ad elevare lo standard di salute per i gruppi più svantaggiati, in un'ottica di continuo progresso e miglioramento del sistema di tutela.

Le differenze sociali, relative al contesto in cui il cittadino è inserito, si configurano non solo nell'analisi della diversa distribuzione dei fattori di rischio prossimali all'individuo (differenze genetiche, comportamentali, socioeconomiche...), ma anche in un'attenta ed integrata regolazione delle politiche che, a livello macro, producono "l'offerta di salute" e definiscono le condizioni di sostenibilità per poterne fruire. Pertanto l'associazione esistente tra le diverse condizioni sociali della popolazione e i livelli di garanzia di salute, impone la definizione di una comunanza di obiettivi trasversali che interessano più politiche di settore (welfare sociosanitario, lavoro, economia, ambiente, istruzione, etc.). L'organizzazione integrata di programmi/azioni mirate a rispondere ai bisogni complessi della popolazione dovrebbe contribuire a ridurre il gradiente di insuccesso dovuto ai differenti fattori sociali e individuali "evitabili". Questo viene confermato dall'analisi del panorama europeo da cui si deduce che i modelli più efficaci sono quelli in grado di far interagire le politiche economiche e sociali di *welfare* con quelle sanitarie, al fine di poter realizzare una ridistribuzione di quelle risorse economiche, culturali, relazionali e assistenziali che promuovono e proteggono la salute.

Questo tema interessa le politiche di ciascun Paese e il tema dell'equità in campo sanitario è divenuto oggetto di programmazione delle politiche pubbliche, anche se si rileva una difficoltà diffusa nella definizione di obiettivi volti alla declinazione di progetti di intervento mirato. Si rileva l'importanza del problema ma non si programmano azioni concrete per affrontarlo.

In alcuni casi queste azioni non necessitano di interventi specifici. Ossia l'interesse politico verso un ridimensionamento delle disuguaglianze di salute può riferirsi alla definizione di particolari azioni/obiettivi/target di destinazione ovvero innestarsi con specifica attenzione all'interno di obiettivi generali di politiche pubbliche che assumono anche la comune finalità di elevare lo standard di salute. Ad esempio le politiche abitative hanno obiettivi di sviluppo per le comunità locali che indirettamente mirano a tutelare il benessere dell'individuo preservandolo da condizioni potenzialmente dannose per la salute.

Tuttavia a questo si aggiunge una ulteriore difficoltà dovuta alla mancanza di un impatto immediato di queste politiche sugli esiti proposti. Infatti le politiche di contrasto alle disuguaglianze sociali di salute sono un investimento di lungo termine: esiste un consistente *time-lag* tra la loro implementazione, realizzazione ed il dispiegamento degli effetti; per questo una programmazione pluriennale deve considerare azioni e tempi adeguati per poter osservare ed apprezzare la riuscita degli obiettivi programmati.

Il quadro complessivo appena descritto fornisce i presupposti per poter definire alcune linee di intervento che riguardano le disuguaglianze sociali nella salute nell'ambito dell'aspetto organizzativo dell'assistenza, con particolare attenzione all'accessibilità dei servizi e delle prestazioni e alla qualità delle medesime.

Nell'ambito dell'offerta dei servizi sociosanitari, infatti, l'insufficiente disponibilità di risorse sanitarie è solo uno dei molteplici fattori che contribuisce a determinare la genesi delle disuguaglianze di salute in un territorio. In questo senso l'adozione di un'unica direttrice di azione basata sul semplice incremento dell'offerta sanitaria/assistenziale potrebbe non ottenere l'obiettivo di rendere lo stato di salute il più possibile omogeneo per tutti i cittadini o neanche di ridurre significativamente gli eventuali divari. Pertanto il contributo che il sistema sanitario può apportare alla riduzione delle disuguaglianze dovrebbe prevedere interventi in grado di presidiare anche i seguenti ambiti di garanzia:

- uguale accesso all'assistenza disponibile per uguale bisogno;
- uguale livello di qualità dell'assistenza erogata.

### **A) Equità nell'accessibilità**

Una reale equità nell'accessibilità ad un servizio sanitario si realizza attraverso l'attivazione di un processo complesso di garanzie. Tale processo si fonda sull'uguale diritto di accedere ai servizi disponibili e si attua mediante una distribuzione territoriale efficace di servizi sanitari, in relazione ai bisogni rilevati e alla conformazione orografica, e attraverso la rimozione delle eventuali barriere strutturali, culturali e sociali che ne limitano la fruizione.

Le linee prioritarie di sviluppo devono quindi essere indirizzate:

- alla definizione di strumenti finalizzati alla rilevazione delle caratteristiche dei servizi sanitari concernenti la loro distribuzione territoriale, le dotazioni strutturali e umane, e l'assetto organizzativo;
- al monitoraggio dell'accesso a prestazioni sanitarie "indice" da parte della popolazione generale e di strati di popolazione debole, espressa in termini di tempestività della fruizione e in termini quali-quantitativi;
- a rendere più trasparente il "sistema salute" attraverso un processo di potenziamento della rete informativa sull'offerta sanitaria e di individuazione delle appropriate modalità di comunicazione al pubblico, anche con il coinvolgimento del volontariato, dei servizi sociali, delle associazioni di malati e di cittadini;
- alla riorganizzazione e alla ristrutturazione della rete dei servizi sanitari concertata con il pubblico e le forze sociali operanti sul territorio (sondaggi deliberativi, meccanismi *empowerment*, etc.), in funzione dei problemi di equità evidenziati e in relazione alle priorità concordate.

In merito alla riduzione delle disuguaglianze nell'accessibilità, gli obiettivi/azioni da porre in essere sono:

#### ***1- Ridurre le disuguaglianze nella fase di pre-accesso alle prestazioni del SSN***

Nell'ambito della definizione della domanda di salute, la fase che precede l'accesso ai servizi socio-sanitari deve essere monitorata affinché vengano eliminati tutti i possibili presupposti evitabili di allargamento del bacino di utenza del sistema sanitario. Alcune linee di sviluppo in questo senso potrebbero essere declinate come segue:

##### Azione: Informazione nelle comunità etniche

- Creare un collegamento tra i singoli Distretti e i rappresentanti delle principali comunità di immigrati presenti nel territorio.
- Identificare sedi, percorsi e strumenti informativi che rendano la popolazione extracomunitaria consapevole dell'offerta sanitaria del territorio e delle modalità di

accesso ai suoi servizi (es: sportello informativo per immigrati; produzione di materiale illustrativo in lingua; mediatori culturali).

Azione: Semplificazione delle procedure di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali/diagnostiche per le categorie svantaggiate

- Individuazione di categorie svantaggiate nel pre-accesso ai servizi sanitari (anziani soli di età >65 anni, minorati psichici, immigrati a basso livello di integrazione).
- Attivazione di un sistema di collegamento tra CUP e figure dell'assistenza primaria (MMG, PLS) che consenta di prenotare direttamente da tali postazioni (studi medici) le prestazioni prescritte.

**II - Ridurre le disuguaglianze nella fase di accesso alle prestazioni del SSN**

Azione: Facilitare l'accesso ai servizi territoriali

Sviluppo e potenziamento del Punto Unico di Accesso (cfr. § 5.2.4.1).

Azione: Trasparenza delle liste e dei tempi di attesa

- Pubblicazione delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali/diagnostica, per tipologia di prestazione, nei presidi delle singole ASL (modalità: sito web, URP, MMG, Associazioni Cittadini, etc.).
- Interventi chirurgici: i Direttori delle singole U.O. Chirurgiche definiscono il livello di priorità degli interventi programmati – sulla base di livelli di priorità espliciti- e l'inserimento in lista di attesa viene effettuato a livello centralizzato su sistema informatizzato da parte delle Direzioni Sanitarie che cura anche la verifica longitudinale del rispetto delle liste.

**III – Ridurre le disuguaglianze dell'accesso ai servizi dell' emergenza/urgenza**

Azione: Riduzione dei limiti anamnestici propri delle categorie svantaggiate

- Anziani, minorati psichici: messa in rete delle schede sanitarie dei MMG allo scopo di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni con potenziale riduzione dei costi degli eventuali esami diagnostici superflui.
- Immigrati: approntamento di schede anamnestiche bilingue per le principali comunità straniere presenti nel territorio; reperibilità di mediatori culturali. Ciò faciliterebbe l'accesso a cure appropriate anche in caso di prestazioni sanitarie ambulatoriali elettive sul territorio, nonché in ambito ospedaliero.

**B) Equità nella qualità delle prestazioni**

Il ricorso a prestazioni sanitarie non necessarie o di scarsa qualità, così come la mancata fruizione dei trattamenti necessari, influiscono negativamente sullo stato di salute. Poiché tale condizione può verificarsi più frequentemente in particolari situazioni di svantaggio socio-economico, risulta essenziale orientare le metodologie disponibili per valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria alla rilevazione delle eventuali disuguaglianze di salute.

La principale linea di intervento è pertanto mirata alla strutturazione di un sistema di rilevazione routinario della *performance* del sistema sanitario, tramite il perfezionamento e il coordinamento degli attuali flussi informativi, nonché l'eventuale acquisizione di nuovi dati. Questo allo scopo di rappresentare le eventuali disuguaglianze di salute in precisi ambiti qualitativi dell'assistenza:

1. l'appropriato ricorso alle strutture sanitarie per l'assistenza sanitaria programmata e urgente;
2. l'appropriato utilizzo delle tecnologie sanitarie (terapie chirurgiche e mediche, tecniche diagnostiche, programmi di prevenzione) di provata efficacia scientifica;
3. la sicurezza delle prestazioni erogate;
4. l'accettabilità delle prestazioni sanitarie offerte da parte dell'utenza;
5. l'efficacia delle cure, della prevenzione e della riabilitazione.



Contestualmente, su specifiche aree emergenti e prioritarie di disuguaglianze rilevate, verranno definiti progetti-obiettivo per la realizzazione dei quali potrà essere prevista la mobilitazione di risorse aggiuntive.

### **C) Equità e interventi socio-assistenziali per guadagnare salute**

Rispetto alle linee di intervento che intendono contenere quei fattori sociali promuoventi l'insorgenza di iniquità nell'ambito dell'offerta dei servizi sociosanitari, si dovrebbero identificare azioni che attribuiscono una significativa collaborazione tra Enti locali e Aziende sanitarie Locali. A tal fine il governo regionale dovrebbe identificare obiettivi di medio-lungo termine che si ispirano a principi di forte integrazione sociosanitaria, permettendo di coniugare il ruolo dei servizi sociali con quello dei servizi sanitari.

Le linee di intervento che potrebbero essere promosse si caratterizzano secondo tre tipologie:

- interventi di contrasto/supporto: contrastare e contenere alcune tipologie di condizioni sociali che possono avere ricadute sulla condizione di salute degli individui;
- interventi di *empowerment*: favorire le capacità di ciascun individuo nel mantenere e sfruttare i propri potenziali di salute determinando contesti favorevoli e ambienti che valorizzano ogni tipologia di risorsa personale residua;
- interventi di promozione: individuare la rete dei servizi e delle prestazioni che a livello integrato possono promuovere condizioni di salute.

Queste azioni si identificano all'interno di differenti sistemi di analisi di bisogno:

- sistemi identificati di problematiche di salute: aree sociali di chiara identificazione del bisogno in cui le categorie sociali che presentano potenziali o reali problematiche di salute si individuano in modo definito e circoscritto (disagio familiare, povertà, salute mentale, etc.);
- sistemi scarsamente identificati di problematiche di salute (in ombra): aree in cui la problematica sociale determina condizioni di malattia non manifeste o diagnosticate con difficoltà (nomadismo e senza fissa dimora, disagio familiare per minori vittime di abuso, soggetti in stato di detenzione, etc.);
- sistemi da valorizzare/rivalutare su problematiche di salute: fasce di popolazione che rilevano non solo indicatori di bisogno ma anche capacità funzionali e risorse personali residue da valorizzare nel contesto sociale in cui vivono. In tal senso ci si riferisce a categorie quali ad esempio anziani disabili e immigrati verso cui si tenta di innescare circoli virtuosi legati all'istruzione e alla formazione, al lavoro e alla funzione di cura, supporto ed integrazione (anziani che possono svolgere attività di care-giving, stranieri che si dedicano ad attività di mediazione culturale, donne straniere che svolgono attività di assistenza familiare, volontariato, etc.).

L'interconnessione di queste due categorizzazioni di interventi/bisogni permette di individuare una serie di tipologie di servizio/prestazione sociale che ad esempio possono declinarsi in:

#### **Sistemi di bisogno identificati:**

##### Target: famiglia a sostegno dei soggetti deboli, quali minori e anziani

- Servizi per l'assistenza socio-educativa che favoriscono maggiori livelli di istruzione dei figli e determinano un accrescimento dell'inclusione sociale;
- servizi domiciliari volti a facilitare l'attività di caregiving nel contesto familiare (assistenti familiari, assistenza domiciliare) in presenza di anziani non autosufficienti.

##### Target: famiglia di scarso sostegno per soggetti deboli, quali minori e anziani

- Servizi ricreativi per minori (asili nido, centri ricreativi...) che supportano favoriscono la conciliazione di tempi di vita e di lavoro riducono potenziali condizioni di stress genitoriale e maggiori servizi a supporto della famiglia;
- servizi di affidamento e sostegno familiare che prevencono o tutelano situazioni di disagio, prevedendo in alcuni casi l'allontanamento permanente del minore.

Target: anziani e sostegno alla non autosufficienza

- Strutture residenziali e centri diurni per casi di mancanza di adeguato supporto familiare o presenza di fasi di progressiva cronicizzazione del bisogno e impossibilità di idonea assistenza della famiglia;
- strutture rivolte ai malati terminali (hospice);
- strutture residenziali per degenza temporanea che favoriscono il percorso di recupero delle funzionalità del paziente nella fase post-acuta della malattia e che supportano la famiglia per preparare il reinserimento nel proprio domicilio;
- prestazioni di assistenza domiciliare che contribuiscono a supportare il quotidiano menage familiare;
- strutture residenziali a supporto della famiglia in casi di particolare disagio quali tossicodipendenza, soggetti con procedure penali pendenti, situazioni familiari monogenitoriali e con disagio.

Target: minori e adolescenza a rischio

- Promozione del ruolo dei consultori;
- educazione sanitaria per promuovere corretti stili di vita (fumo alcool alimentazione...) come fattori contribuenti all'insorgenza di patologie in età adulta (teoria della prospettiva life course).

Target: povertà oggettiva e soggettiva (uno dei fenomeni altamente associati al rischio di mortalità)

- Interventi economici di integrazione del reddito minimo, per contenere rischi diretti legati alla povertà assoluta (malnutrizione, stili di vita non salutari, etc.);
- interventi sulle abitazioni, per contenere rischi diretti legati alla povertà assoluta (abitazioni insalubri, abitazioni inadeguate fornite dall'ente locale);
- interventi di integrazione sociale, per contenere rischi indiretti legati alla povertà relativa (distanza dagli stili di vita comunemente diffusi, emarginazione ed esclusione sociale da sistemi relazionali, sistemi di tutela sanitaria (accesso ai servizi) e sistemi dell'istruzione);
- interventi di sostegno psicosociale nei casi di situazioni stressanti legate alla percezione di povertà soggettiva non necessariamente correlata ad insufficienza di risorse materiali.

**Sistemi di bisogno scarsamente identificati:**

Target: famiglie e abuso/maltrattamento di minori

- Interventi di allontanamento e affidamento familiare, qualora emerga la situazione di disagio;
- interventi psicosociali per minori maltrattati.

Target: nomadi e senza fissa dimora

- interventi di segnalazione ai servizi sociosanitari di situazioni in cui le problematiche di salute non emergono o si individuano con ritardo o si segnalano ai servizi con difficoltà o vengono affrontati in modo autonomo ma scarsamente efficace.

Target: soggetti detenuti e minori

- Interventi di sostegno e recupero per soggetti che generalmente presentano un profilo di salute differente e particolare (elevata percentuale di soggetti tossicodipendenti e/o immigrata);
- interventi di segnalazione nel caso in cui la cura venga concepita come strumento di miglioramento delle condizioni di vita (trattamenti particolari) e non di risposta ad un vero bisogno di salute ovvero segnalazione di casi di malattia non dichiarati per scarsa conoscenza del regolamento penitenziario.

## **Sistemi di bisogno da valorizzare/rivalutare (circoli virtuosi)**

### Target: anziani parzialmente autosufficienti

- Promozione delle associazioni di volontariato in cui l'anziano può offrire un proprio contributo a favore della propria condizione psico-fisica pro-attiva e a favore del sistema di assistenza alle persone in difficoltà

### Target: soggetti con disabilità

- Promozione di interventi legati all'inserimento scolastico, all'inserimento lavorativo per accrescere il grado di istruzione ed autonomia della persona favorendo un contributo operativo per la comunità locale.

### Target: immigrati

- Promozione di servizi per la mediazione culturale al fine di far integrare soggetti immigrati per lo più istruiti, e allo stesso tempo facilitando l'attività di comunicazione e scambio culturale tra differenti etnie;
- assistenza familiare fornita da donne straniere, attraverso sistemi regolarizzati di fornitura di prestazioni a domicilio, fornendo la formazione adeguata per acquisire le abilità relazionali e di assistenza adeguate.

Questi interventi risultano alcuni esempi di azione da promuovere all'interno dell'offerta sociosanitaria, per poter definire un sistema di tutela sociale che sia strumento di prevenzione per potenziali problematiche di natura sanitaria. Esso necessita di una ridefinizione della distribuzione delle risorse economiche (DPCM 14 febbraio 2001; DPCM 29 novembre 2001) al fine di poter promuovere appropriate azioni sociali e sociosanitarie di minor costo rispetto a quelle sanitarie, con una conseguente contrazione della domanda di servizi e prestazioni sanitarie ed un incremento dei livelli di garanzia di tutela della popolazione.

## **5.6.1.1. L'osservatorio delle disuguaglianze nella salute**

L'Osservatorio è la struttura di riferimento dell'Agenzia Regionale Sanitaria per la sorveglianza del fenomeno delle disuguaglianze di salute e viene istituito per rispondere ad alcuni interrogativi attuali su questo tema, ad esempio: perché a fronte dell'attuale sviluppo economico sussistono ancora iniquità nelle aspettative di vita tra coloro che posseggono diversi livelli di stato socio-economico? perché il nostro sistema sanitario, guidato dal principio fondamentale di universalità, non riesce a garantire in modo equo e uniforme l'accessibilità e l'utilizzo di prestazioni sociosanitarie per tutti i cittadini?

Per rispondere a questi interrogativi il SSR si prefigge l'obiettivo di individuare uno strumento che possa rilevare il fenomeno, sensibilizzare gli attori sociali e istituzionali sul problema, analizzare, interpretare e progettare strumenti di potenziale e reale intervento.

### **Linee di indirizzo**

- Promuovere attività di studio e ricerca per favorire l'innalzamento dei livelli di informazione scientifica in questo settore, ideare lo sviluppo di metodi e modelli per produrre documentazione di carattere scientifico e divulgativo; in correlazione con il sistema informativo esso permette di svolgere attività di monitoraggio/valutazione e controllo dell'andamento dei fenomeni sociali connessi alla determinazione dello stato di salute della popolazione regionale.
- Supportare i processi di progettazione/programmazione/pianificazione: gestire la progettazione di livello nazionale/internazionale, finanziata dalla Regione o da Enti esterni; coadiuvare sia la programmazione regionale che la pianificazione delle Aziende sanitarie locali, per la definizione di obiettivi e azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute.
- Progettare: definire azioni di contrasto/contenimento del fenomeno delle disuguaglianze a livello centrale e periferico; collaborare nella progettazione di azioni formative per

promuovere conoscenza aggiornamento e apprendimento su nuove modalità di gestione del fenomeno.

- Guidare: fornire indicazioni vincolanti per le aziende sanitarie in collaborazione con gli ambiti territoriali al fine di sviluppare una progettualità integrata, attiva e concreta, di livello locale per coniugare il principio di equità con quello di sussidiarietà nel territorio.
- Supportare: collaborare e coadiuvare iniziative locali, favorendo la rete degli attori sul territorio, per poter agire ad un livello prossimale con il cittadino e la comunità locale.

## **Settori di intervento**

All'interno dell'Osservatorio alcuni dei principali settori da cui si declinano le azioni da sviluppare a livello regionale sono:

### Settore di indagine e informazione

1. Descrizione ed analisi del fenomeno delle disuguaglianze sociali nella salute;
2. individuazione e validazione di set di indicatori per la valutazione e il monitoraggio del fenomeno;
3. supporto al miglioramento della rete informativa per favorire l'attività di monitoraggio/valutazione a livello locale e sviluppo ed integrazione (record linkage) del sistema informativo sociale e sanitario sulla base dei set di indicatori utilizzati per la rilevazione;
4. settore di ricerca e progettazione;
5. attività di studio e ricerca sulla connessione tra i fenomeni di disuguaglianze nella salute e i relativi determinanti sociali, osservazione dell'andamento del fenomeno sul territorio regionale e individuazione delle aree maggiormente problematiche e a rischio;
6. attività di indagine su particolari aree e comportamenti sociali a rischio su cui focalizzare l'attenzione e promuovere la progettazione di livello regionale e locale (settori: area anziani, area materno- infantile; comportamenti sociali: legati a fumo, abuso di alcool, alimentazione, etc.).

### Settore di miglioramento e sviluppo

1. individuazione di metodologie che favoriscono l'integrazione dei settori sociali di intervento sulla salute, in quanto determinanti per l'insorgenza di fenomeni di iniquità (settore ambientale, settore educativo, settore socio-sanitario, socio- economico, etc.);
2. sviluppo di sistemi informativi integrati per rilevare i set di indicatori che integrano i diversi settori sociali (ambientali, socioeconomici, educativi, etc.) che influenzano il livello di benessere della popolazione;
3. elaborazione di metodi di valutazione/controllo e modelli di impatto sulla salute, analizzando il sistema dei determinanti sociali individuato a livello regionale;
4. partecipazione a progetti di ricerca di livello nazionale e internazionale per l'adeguamento e il miglioramento del livello regionale sulle metodologie di analisi e di intervento.

Fra le tematiche di indagine che riguarderanno l'attività dell'Osservatorio vi è l'identificazione delle categorie di soggetti vulnerabili e la stima dell'entità e della tipologia delle disuguaglianze in ambito sanitario, con particolare riguardo agli aspetti inerenti:

- la conoscenza e l'accessibilità ai servizi sociosanitari;
- l'efficacia e la sicurezza delle prestazioni sociosanitarie;
- i percorsi di continuità dell'assistenza;
- l'utilizzo dei servizi e delle tecnologie sanitarie;
- la qualità e l'appropriatezza dei servizi e prestazioni erogati;
- la soddisfazione delle cure e dell'assistenza ricevuta.

L'Osservatorio sviluppa e mantiene i sistemi di sorveglianza delle disuguaglianze al fine di fornire agli organi decisionali le informazioni necessarie per la definizione e la programmazione degli interventi, tenendo in considerazione il potenziale impatto sociale e sulla salute.

A questo scopo contribuisce alla identificazione dei flussi informativi regionali e sperimenta procedure di analisi dei dati con l'obiettivo di giungere a stime più accurate e precise per la descrizione delle disuguaglianze di salute.

Esercita inoltre una funzione di supporto nell'individuazione e nello sviluppo di pratiche di intervento e di linee guida per i servizi mirate alla riduzione delle disuguaglianze, nonché nella formazione sul tema degli operatori di sanità pubblica.

## 6. I SISTEMI DI SUPPORTO E SVILUPPO

### 6.1. Il Sistema Informativo

Il concetto di informazione è indissolubilmente legato a quello di decisione. Peraltro, le fonti informative per decidere sono estremamente eterogenee e, molte di esse, fanno riferimento al cosiddetto sistema informativo informale, ossia quello che trae origine, a titolo esemplificativo, dalle conversazioni, dalla lettura dei giornali, dagli esiti di uno studio o ricerca, ecc... Il concetto di sistema informativo informale si contrappone a quello di sistema informativo formale, o istituzionale, che nasce dall'esigenza di fornire un supporto conoscitivo, strutturato e sistematico, a coloro che devono assumere delle scelte, mediante la creazione delle condizioni tecniche, organizzative ed economiche per acquisire e archiviare dati elementari e, successivamente, per gestire la loro elaborazione e, quindi, la produzione delle informazioni.

L'efficacia di un sistema informativo si misura in termini di capacità di rispondere alle esigenze conoscitive di coloro che necessitano di informazioni per decidere. Con riferimento ai servizi sanitari, è possibile individuare una molteplicità di soggetti che, a vario titolo, necessitano di informazioni. In estrema sintesi, questi sono rappresentati da:

- i riferimenti di Sistema a livello nazionale rappresentati, in primo luogo, dai Ministeri della Salute e dell'Economia ma, anche, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'insieme di Enti ed organismi che determinano, complessivamente, il debito informativo della Regione per il Sistema Sanitario;
- i responsabili delle funzioni di governo e di gestione dei servizi sanitari che, in diverse posizioni, operano nella Regione, nell'Agenzia Sanitaria Regionale e nelle aziende sanitarie regionali e che per svolgere le funzioni loro richieste necessitano di informazioni utili all'effettuazione di analisi sui livelli di copertura dei livelli di assistenza, sulla qualità e la sicurezza dell'attività svolta e sull'economicità e l'efficienza dei servizi;
- i cittadini e, in un'ottica allargata, tutti i soggetti, singoli o organizzati, che, a vario titolo, hanno la necessità di interagire con il Sistema Sanitario come, per esempio, gli Enti Locali, le associazioni e federazioni del volontariato, i fornitori di beni e servizi, ivi inclusi le aziende sanitarie private, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, le Società Scientifiche nei confronti dei quali esiste la necessità di potenziare le capacità di comunicazione sia a fini di trasparenza, rendendo disponibili elementi conoscitivi sui risultati prodotti dai servizi sanitari regionali, che di vero e proprio supporto alle decisioni mediante la realizzazione di strumenti informativi che facilitano le operazioni di interazione con gli stessi servizi sanitari.

Al fine di soddisfare il fabbisogno conoscitivo dei soggetti precedentemente evidenziati, la Regione Abruzzo, con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nel periodo di vigenza del presente Piano Sanitario Regionale intende avviare un percorso progettuale dinamico, finalizzato alla realizzazione del Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale, basato sulle seguenti linee di sviluppo fondamentali:

- sistema informativo per il governo e la gestione dei servizi sanitari;
- sistema informativo socio-sanitario.

**Il sistema informativo per il governo e la gestione dei servizi sanitari**, ad elevato contenuto gestionale e finalizzato a produrre elementi conoscitivi a supporto dei processi decisionali dei responsabili delle funzioni di governo e di gestione del Sistema Sanitario Regionale, delle aziende sanitarie regionali e, in considerazione della natura e delle caratteristiche del fabbisogno conoscitivo specifico, dei riferimenti di Sistema a livello nazionale. Nell'ambito di tale progettualità, è possibile identificare due fasi distinte di sviluppo.

La prima legata alla realizzazione della porzione di sistema informativo finalizzato a rendere noti elementi conoscitivi riferiti alle strutture e alle articolazioni organizzative delle aziende sanitarie regionali con particolare riferimento alle seguenti dimensioni e sottodimensioni:

- economicità ed efficienza dei servizi sanitari:
  - costi diretti, articolati per fattore produttivo;
  - valore della produzione;
  - prezzi di trasferimento;
- i volumi e al mix di produzione:

- tipologia specialistica di prestazione/servizio;
- modalità di erogazione;
- complessità;
- l'assetto organizzativo e dell'offerta dei servizi:
  - mappa organizzativa per responsabilità;
  - mappa organizzativa per strutture di erogazione;
  - orari di funzionamento dei servizi;
  - orari di presenza e assenza del personale;
- la qualità dei servizi e il rispetto dei livelli di assistenza:
  - appropriatezza;
  - outcome negativi;
  - accreditamento;
  - sicurezza;
  - tassi di copertura dei servizi erogati rispetto al bisogno e/o alla domanda espressa;
  - liste e tempi d'attesa.

Mediante l'elaborazione dei dati a disposizione del sistema informativo regionale, sarà possibile condurre analisi multidimensionali, in coerenza con gli aspetti precedentemente evidenziati, selezionando, in ragione dei fabbisogni conoscitivi specifici, i seguenti oggetti di studio:

- **Produzione:** dove il focus conoscitivo si concentra su specifiche tipologie di prestazioni erogate dai servizi sanitari. Lo scopo conoscitivo è legato all'esigenza di conoscere i livelli di servizio erogati, variamente organizzati per produttore e/o per caratteristiche del soggetto ricevente (per es. residenza), per analisi epidemiologiche o per valutazioni di qualità ed appropriatezza e, infine, per analisi comparative di carattere economico;
- **Organizzazione:** sul piano organizzativo sono focus conoscitivo gli ambiti di responsabilità gestionale e/o le strutture fisiche di erogazione dei servizi sanitari. Lo scopo conoscitivo, in questo caso, riguarda l'analisi e la valutazione dei livelli economicità ed efficienza dei diversi oggetti di studio, il modello di offerta dei servizi in relazione al principio di equità di accesso agli stessi e, inevitabilmente, il grado di qualità ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogati;
- **Aree strategiche d'intervento:** si tratta di oggetti di analisi che derivano, nella sostanza, dall'incrocio delle categorie precedenti e finalizzate ad evidenziare le aree di intervento dei servizi sanitari ad elevato contenuto strategico. In questi prospetti informativi sono contenute informazioni utili sia per valutare la dimensione qualitativa che quella economica dei servizi erogati. La loro individuazione è strettamente connessa ai contenuti, in termini di programmi, della pianificazione di Sistema e aziendale. Per loro natura sono individuati rispetto a specifici segmenti di bisogno, articolando la popolazione di riferimento per fasce di età, per sesso, o per grandi categorie di problemi, o per settori d'offerta. A titolo puramente esemplificativo, possono essere oggetti di studio della presente categoria:
  - gli anziani;
  - il materno infantile;
  - le patologie cardiovascolari;
  - le patologie oncologiche;
  - l'emergenza urgenza;
  - singole branche specialistiche o intere reti cliniche;
  - ecc ...

La seconda fase di sviluppo, invece, è legata all'evoluzione in essere, a livello nazionale ed internazionale, dei modelli organizzativi dei servizi sanitari, sempre più focalizzati sul principio della centralità del paziente e del cittadino, e quindi dell'esigenza di disporre elementi conoscitivi sulle modalità di gestione e sui risultati prodotti dai processi clinico-assistenziali. Da un punto di vista logico, la prima fase di sviluppo del sistema informativo per il governo e la gestione dei servizi sanitari consente di rendere disponibili elementi conoscitivi che forniscono una visione "verticale" dei risultati prodotti, nella seconda gli sforzi progettuali e sperimentali si focalizzeranno sullo sviluppo della visione "trasversale" dei servizi sanitari identificando come oggetto di conoscenza singoli problemi di salute, o gruppi omogenei degli stessi, realizzando, in tal modo, le condizioni di base per consentire la valutazione dei risultati rispetto alla finalità fondamentale delle organizzazioni sanitarie: la gestione e la risoluzione dei problemi di salute dei pazienti.

La realizzazione della seconda parte del sistema informativo per il governo e la gestione dei servizi sanitari, dovrà consentire il perseguimento di obiettivi finalizzati a:

- promuovere e migliorare i livelli di integrazione clinico-organizzativa nella gestione di problemi di salute nell'ambito delle reti cliniche;
- rispettare gli standard clinico assistenziali definiti, a livello regionale in base alle evidenze scientifiche, rispetto a problemi di salute inquadrati in termini di percorsi assistenziali;
- la riduzione dei tempi di attesa nell'ambito di percorsi assistenziali caratterizzati da una molteplicità di prestazioni sanitarie fra loro conseguenti;
- il corretto ed efficiente utilizzo delle risorse.

Il **sistema informativo socio-sanitario**, si configura come strumento di contatto, comunicazione e informazione rivolto a tutti i soggetti, singoli o organizzati, che hanno l'esigenza di interagire con i servizi sanitari regionali con particolare riferimento al cittadino.

Il sistema informativo socio-sanitario deve rispondere a due esigenze conoscitive distinte:

- fornire informazioni sulle caratteristiche e sui risultati dei servizi sanitari regionali nel rispetto del principio della trasparenza dell'azione delle strutture del Servizio Sanitario Regionale. Si tratta di una funzionalità del sistema informativo regionale la cui realizzazione è fortemente legata allo sviluppo del sistema informativo per il governo e la gestione dei servizi sanitari. Sul piano tecnico, si tratta di predisporre prospetti informativi predefiniti, articolati in ragione dei fabbisogni conoscitivi potenziali dei diversi soggetti interessati, capaci di rendere disponibili "viste" specifiche sul Sistema Sanitario Regionale;
- rendere disponibili, per categorie di soggetti interessati, funzionalità finalizzate a semplificare le modalità di accesso/contatto ai servizi sanitari e, al contempo, supportare i processi decisionali di orientamento e utilizzo delle strutture sanitarie.

In relazione a quest'ultimo aspetto, rappresentano priorità specifiche del presente Piano Sanitario Regionale la realizzazione almeno dei seguenti obiettivi:

- l'anagrafe unica degli assistiti;
- il sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- la mappatura integrale delle strutture di erogazione di prestazioni e servizi sanitari sul territorio della Regione Abruzzo.

Al fine di realizzare il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale, è necessario avviare un significativo ed impegnativo processo di cambiamento che, attraverso il coinvolgimento delle aziende sanitarie regionali e della direzione sanità della Regione, renda possibile omogeneizzare le modalità e i criteri di rilevazione dei dati elementari e la trasmissione degli stessi per l'alimentazione del sistema informativo regionale. In questo senso, occorre definire, nell'ambito del progetto, i seguenti aspetti di regolamentazione/formalizzazione dei flussi informativi:

- la tipologia analitica dei dati e, se del caso, i criteri di rilevazione specifici da adottare;
- la struttura del dato elementare da trasmettere;
- il formato elettronico di riferimento;
- la frequenza e la modalità con la quale i dati devono essere prodotti.

A completamento del modello di regolamentazione dei flussi informativi, infine, è necessario definire il sistema delle responsabilità organizzative sottostante alla gestione dei flussi informativi sia per identificare le titolarità specifiche nella trasmissione degli stessi verso il sistema informativo regionale che quella relativa alla trasmissione delle informazioni prodotte da quest'ultimo nei confronti dei soggetti, interni od esterni al sistema sanitario, interessati.



## 6.2. Il Sistema informatico

Ipotizzando un consolidamento in termini di struttura, attori, e tempi di recepimento dei flussi informativi definiti dal Sistema Informativo Regionale, obiettivo del Sistema Informativo Regionale è diversificato in tre aree:

- Progettazione e realizzazione di sistemi di raccolta, estrazione, trasformazione, elaborazione e redistribuzione delle informazioni e dei dati verso gli attori coinvolti definiti dal Piano Sanitario Regionale (supporto al Sistema Informativo socio-sanitario).
- Standardizzazione delle Applicazioni a supporto alla attività sanitaria, verso protocolli nazionali ed internazionali rispetto la struttura delle unità elementari d'informazione ed i metodi di interfacciamento tra sistemi sanitari (telemedicina).
- Unificazione dei punti di accesso ed agevolazione nel reperimento delle informazioni statistiche, sanitarie ed amministrative tramite strumenti di pubblicazione via web, ad uso della comunità (portali tematici).

**Progettazione e realizzazione di sistemi di raccolta, estrazione, trasformazione, elaborazione e redistribuzione delle informazioni e dei dati:** in termini architetture non si intende entrare nel merito delle analisi che hanno portato alla scelta di installazioni presso le Aziende di sistemi gestionali periferici, verticali e diversamente integrati: essi sono patrimonio Aziendale e Regionale quindi investimento consolidato sia in infrastruttura che in formazione all'utilizzo da parte degli operatori. Tuttavia, essendo ad oggi ormai consolidati sistemi di integrazione (Extraction Translation Loading), esplorazione e sintesi intelligente dei dati (Data Mining), metodi di analisi, progettazione e realizzazione di archivi complessi (Datawarehouse), non si ritiene necessaria una proposta di modifica delle diverse architetture attualmente in essere. Si ritiene necessario, al contrario, concentrare la fase di analisi e sintesi del dato in centri di valenza Regionale atti ad elaborare sistematicamente i dati provenienti dai sistemi operazionali periferici. In tal modo è possibile assicurare economicità dell'intervento e, al contempo, ottenere una visione critica del dato allineata con gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale. Le strutture e l'architettura di questi blocchi di dati devono essere basate su una chiara e condivisa struttura dei flussi del Sistema Informativo (flussi istituzionali dovuti al SSN e flussi creati ad hoc), salvo essere rivista in caso di estensione o revisione delle informazioni strategicamente notevoli ai fini di controllo e distribuzione delle informazioni a livello Regionale. L'architettura del sistema si basa su una precondizione infrastrutturale: l'esistenza di una rete condivisa con disponibilità di banda sufficiente.

Le fasi di sviluppo del sistema sono articolate nel seguente modo:

- definizione ed attivazione degli attori e dei titolari formali delle informazioni di base;
- analisi delle strutture multidimensionali dei dati (cruscotti) in funzione degli obiettivi conoscitivi e delle informazioni a disposizione;
- caricamento dei flussi consolidati provenienti dagli attori formalmente coinvolti;
- trattamento ed armonizzazione dei dati ai fini del miglioramento qualitativo degli stessi;
- reportistica dinamica *di ritorno* personalizzabile via web verso i titolari dei flussi dati in ottica di feedback migliorativo e revisione relativamente ai dati consegnati;

Utilizzo di standard *de facto* relativamente ai seguenti aree:

- Definizione strutture dei tracciati record (HL7, CDA)
- Codifica standard delle unità informative (Codifica Nazionale Dispositivi Medici, ICD9-cm, ISTAT, CDA)
- Standard di memorizzazione dati e di interfacciamento (XML, XSL, XSD)
- Strumenti pubblicazione e di reportistica via web dei dati verso gli attori identificati dal Piano Sanitario (HTML, XML, CSV, OPENDOC)

**Standardizzazione delle Applicazioni a supporto alla attività sanitaria verso standard Nazionali / Internazionali (Telemedicina):** su di un livello parallelo ma non strumentalmente scollegato dai contenuti del punto precedente, è il potenziamento e soprattutto l'integrazione dei sistemi di supporto all'attività sanitaria. E' intenzione della Regione Abruzzo agevolare e supportare l'integrazione delle applicazioni sia all'interno della stessa struttura, ad esempio integrando trasversalmente rispetto il percorso di cura informazioni di base quali le anagrafi paziente, le prestazioni erogate, ed i codici (ad esempio il percorso CUP-Radiologia, CUP-Laboratorio, PS-Radiologia), sia tra i centri di cura per arrivare ove possibile ad uno scambio basilare di informazioni utili via web (referti, immagini iconografiche). Questa spinta verso strutture, interfacce, protocolli condivisi intra ed inter aziendali, ha come effetto principale il progressivo miglioramento della qualità del dato circolante, oltre ad un notevole valore aggiunto organizzativo e qualitativo del servizio.

Nella situazione inter-aziendale data la polverizzazione di risorse e di siti lungo una dimensione regionale, si promuove l'adozione di una piattaforma su base distribuita al fine di favorire lo scambio di dati e informazioni indipendentemente dalla tipologia, stato e configurazione di dettaglio dei nodi presenti nella rete.

Il sistema di gestione delle informazioni scambiate dovrà quindi:

- Contemplare un'architettura di vocazione distribuita basata su EIA (Enterprise Infrastructure Architecture)
  - Possedere strumento di modellazione / manutenzione del workflow a livello di interfaccia utente (oggetti, azioni, eventi, fatti, allarmi, interrogazione dati)
  - Utilizzare una piattaforma con le seguenti caratteristiche:
    - Architetturalmente *clustered broked*
    - Di tipo *queued* (gestendo le code viene meno il problema della connettività di rete)
    - Temporalmente *asincrona* (il produttore ed il consumatore del messaggio possono non essere in linea contemporaneamente)
    - *Loosely coupled* (l'entità non chiama direttamente metodi o funzioni dell'altra entità contattata ma si appoggia ad un broker)
    - *Sicura* ovvero i messaggi devono essere memorizzati in un repository fino ad avvenuta spedizione
  - Essere modellabile con strumenti *platform independent* che possano permettere cambiamenti di strutturali senza ridiscutere la base della piattaforma
    - Possedere interfaccia, sia a livello utente, che a livello manutentivo, completamente web based per quindi ridurre costi di manutenzione e di gestione dei possibili client remoti su altre reti esterne.
    - Essere compatibile con protocolli di scambio dati e standard internazionali in ambienti clinico/sanitari ovvero:
      - HL7 per la messaggistica tra oggetti, ed IHE
      - Scambio documenti sanitari in architettura CDA
      - CORBA, XML, XSL
      - JDBC, ODBC, JMS
    - Scambiare dati testuali in formato XML, o in casi da definirsi particolari ANSI-TXT, PDF, RTF, PostScript, W3C-REC-HTML40
    - Scambiare le immagini cliniche/diagnostiche in standard DICOM. Per altri ambiti diagnostici e non (ove non esista validazione su standard DICOM) essere di formato JPG, TIFF, PNG.
    - Essere compatibile verso i più sicuri sistemi di autenticazione e criptaggio ovvero firma elettronica secondo le più recenti norme AIPA ed internazionali; quindi utilizzare:
      - MIME Object Security Services (MOSS),LDAP
      - Secure socket Layer (SSL)
      - Digital Signature Standard (DSS)
      - Secure Hash Standard (SHA-1)
      - Kerberos, DCE-SS 1 Kerberos Network Authentication Service (V5)

Unificazione dei punti di accesso ed agevolazione nel reperimento delle informazioni statistiche, sanitarie ed amministrative tramite strumenti di pubblicazione via web, ad uso della comunità: relativamente a questo indirizzo già la Regione Abruzzo ha iniziato con sforzi

notevoli la realizzazione del Portale Sanità, che ad oggi è strumento catalizzatore di informazioni e risorse per la comunità.

### **6.3. Il Sistema della Formazione Continua**

Le **risorse umane** assumono un'elevata **valenza strategica** in ogni contesto organizzativo e rappresentano una variabile ancora più centrale nell'ambito di **processi di cambiamento**.

L'aderenza delle caratteristiche personali e professionali delle risorse umane disponibili, in termini di conoscenze ed esperienze, ed il loro livello di adesione alle logiche sottostanti il processo di evoluzione del sistema in risposta alle mutate condizioni ambientali, rappresentano infatti fondamentali **determinanti del livello di raggiungimento degli obiettivi** di cambiamento definiti.

Duplici appare quindi la prospettiva di approccio alla valorizzazione e formazione del personale del S.S.N.. Da un lato, è necessario **diffondere** in modo capillare all'interno del sistema le **logiche che sottendono il percorso di riequilibrio territoriale** delle strutture e dei servizi sanitari, al fine di aggregare elevati livelli di consenso in grado di garantire la rimozione e/o la prevenzione di dannose resistenze al cambiamento, a tutti i livelli. Dall'altro è necessario **allineare gli interventi di formazione** (pre e post – inserimento nel sistema) ai **nuovi obiettivi del S.S.N.** ed alle **nuove esigenze** che sono sorte e sorgeranno in futuro a seguito dei cambiamenti strutturali in atto in termini di evoluzione demografica e di morbilità. Un tale allineamento richiede, in particolare:

- la nascita, la diffusione e l'adeguata formazione di quelle nuove figure professionali che l'evoluzione della morbilità sta rendendo sempre più necessarie (es. *Care/Case Manager*);
- il potenziamento e la razionalizzazione degli interventi formativi e di sviluppo del personale del S.S.N., con riferimento sia ai percorsi di laurea che alla formazione permanente, in aula e sul campo.

**Integrazione, multidisciplinarietà** e propensione al **gioco di squadra** ed al **lavoro in team** per il perseguimento degli obiettivi comuni in termini di servizio complessivo al cittadino/paziente dovrebbero rappresentare il filo conduttore dei percorsi di sviluppo del personale del S.S.N. e dovrebbero pertanto essere diffusi in modo capillare e pervasivo a tutti i livelli del sistema.

In particolare, si sottolinea come due delle principali direttrici di azione in tal senso riguardino il rapporto e la collaborazione tra MMG, PLS, Medici Ospedalieri e specialisti ed il rapporto tra l'assistenza a carattere sanitario e l'assistenza a carattere sociale.

Un ulteriore punto di particolare importanza, nell'ambito della formazione del personale, del S.S.N. è rappresentato dallo sviluppo di adeguate **capacità comunicazionali** in capo al singolo soggetto, sia nei confronti del cittadino /paziente sia nei confronti degli altri attori dell'assistenza socio-sanitaria. La capacità del medico di relazionarsi con il cittadino/paziente è infatti, un tema di **assoluta criticità** nel rapporto medico-paziente, non solo durante la fase di prevenzione e diagnosi ma anche durante la fase di cura e riabilitazione. Affinché l'organizzazione a rete dei servizi sanitari possa funzionare in modo efficace ed efficiente è, inoltre, necessario che i diversi attori utilizzino un linguaggio comune ed omogeneo in grado di permettere e facilitare l'effettiva interazione tra tutti i professionisti che intervengono nel percorso di assistenza al paziente.

La formazione, leva strategica delle politiche per il personale e del cambiamento organizzativo, va programmata e progettata in stretta relazione con le politiche sanitarie di cui è strumento fondamentale e condizione indispensabile per la realizzazione dei programmi che i diversi attori del Piano dovranno realizzare.

La formazione, come funzione strategica, si pone l'obiettivo di sviluppare:

- le competenze individuali, intese come insieme di conoscenze, capacità e comportamenti;
- l'organizzazione sanitaria nel suo complesso, in termini di efficienza/efficacia delle prestazioni e qualità dei servizi e di risultati raggiunti con il miglioramento della salute dei cittadini;
- la consapevolezza dei diritti da parte dei cittadini;

Ripensare la formazione, valorizzando l'apporto di ciascun attore, significa innescare quel processo diffuso che è alla base di una politica formativa efficace. Nel rispetto dei rispettivi ruoli, il Servizio sanitario regionale si propone di:

- promuovere la continuità del percorso formativo (formazione prelaurea, formazione specialistica e di medicina generale, formazione alla ricerca, formazione continua);
- far convergere le azioni formative di tutti i protagonisti, evitando sovrapposizioni e competizioni, nel rispetto dei ruoli e nella massima valorizzazione delle sinergie;
- analizzare insieme all'Università i bisogni formativi, sul piano sia qualitativo sia quantitativo, favorendo il coinvolgimento non solo delle facoltà di area sanitaria, ma dell'intero sistema di offerta universitaria;
- migliorare la programmazione del fabbisogno di nuovi specialisti anche tenuto conto delle esigenze della popolazione.

Il perseguimento degli obiettivi di salute richiede l'acquisizione di conoscenze di argomenti anche relativi alla sanità pubblica e al management, ai fattori ambientali, sociali, economici e culturali che influenzano la salute, alla bioetica, all'educazione alla salute.

L'umanizzazione dei servizi, principio ispiratore del presente Piano, si realizza anche attraverso l'ampliamento delle competenze psicologiche e relazionali degli operatori; a tale obiettivo devono concorrere le politiche formative regionali.

## La formazione continua

L'articolo 16 ter del DLgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, interviene in materia di formazione continua e demanda alle Regioni il compito di provvedere alla programmazione e alla organizzazione dei programmi per la formazione continua di interesse regionale attribuendo alle stesse i compiti di:

- concorrere alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale;
- accreditare i progetti di formazione di rilievo regionale;
- elaborare gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale.
- predisporre una relazione annuale delle attività formative svolte da trasmettere alla Commissione Nazionale
- garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua

La Legge 18 ottobre 2001, N. 3 di revisione del Titolo V della Costituzione, in sede di redistribuzione delle potestà legislative tra Stato e Regioni ha incluso anche l'educazione e la ricerca, tra le materie caratterizzate da competenza legislativa concorrente.

L'Accordo stipulato in data 20 dicembre 2001 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni prevede che in attesa di adeguamento della richiamata normativa si proceda alla definizione di procedure attuative cui attenersi nell'immediato.

Il richiamato Accordo ribadisce il **ruolo delle Regioni** in coerenza con gli indirizzi nazionali, di promozione sul proprio territorio del sistema per la formazione continua, provvedendo:

- a) all'analisi dei bisogni formativi;
- b) all'individuazione degli obiettivi formativi
- c) all'accreditamento dei progetti di formazione;
- d) all'individuazione delle procedure per l'accreditamento dei provider;
- e) alla valutazione dell'idoneità dei requisiti dei provider;
- f) alla realizzazione di una anagrafe accurata e trasparente dei crediti degli operatori

g) alle verifiche sulle ricadute, nell'attività del professionista, della formazione svolta.

*La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica 13 dicembre 2001 "Formazione e valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni", sottolinea l'importanza della Formazione Continua in tutta la Pubblica Amministrazione, specificando i principi guida del processo formativo, le metodologie coerenti, la modalità della programmazione.*

*La Circolare del Ministro della Salute 5 marzo 2002 n. DIRP 3°/AG/448 "Programma nazionale per la Formazione Continua - ECM" ribadisce le fasi del programma ECM, le procedure, la misura dei Crediti Formativi nell'arco del quinquennio, la contribuzione alla Commissione Nazionale per le spese di accreditamento dei singoli eventi o Progetti Formativi Aziendali (PFA), e la necessità della creazione di una rete territoriale di Centri di Formazione aziendali.*

*L'Accordo stipulato in data 13 marzo 2003 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni ribadisce il pieno titolo e coinvolgimento delle Regioni nelle fasi di attuazione del programma ECM.*

Per far fronte a tale ruolo, derivante anche dall'accelerazione conseguente agli impegni derivanti dal sistema ECM, occorre:

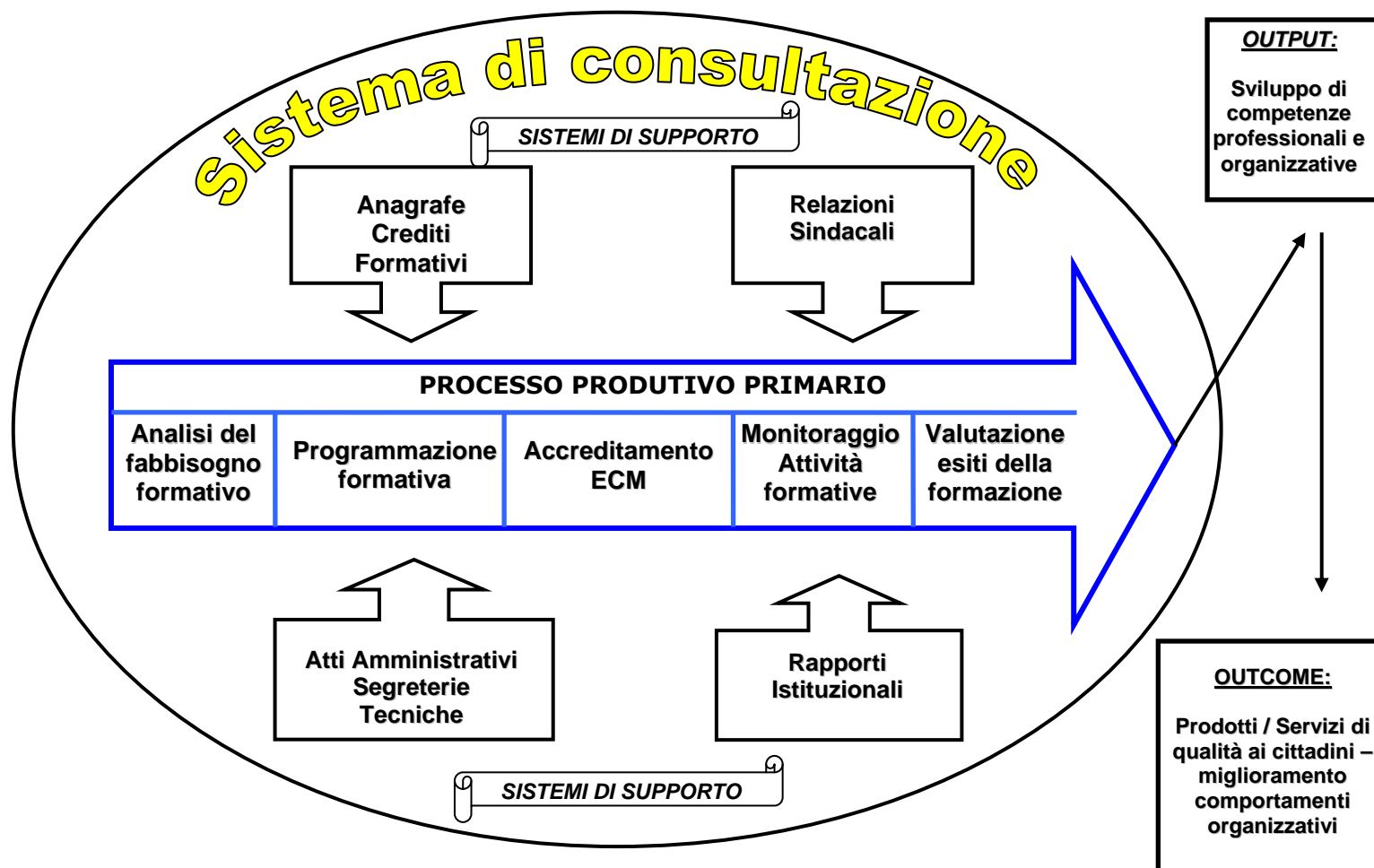
- a) ridisegnare il quadro del **sistema regionale della Formazione Continua – ECM nella Regione Abruzzo**, in un quadro complessivo che collochi il sistema Formazione Continua nella sua coerente funzione di strumento strategico per lo sviluppo del sistema sanitario abruzzese, che comprende il sistema ECM, pur non esaurendosi totalmente in questo;
- b) formalizzare un sistema di consultazione con gli ordini professionali interessati, e il sistema di rappresentanza delle categorie dei lavoratori, secondo quanto previsto dall'art. 16 bis, comma 2 D. Lgs. 229/99 "sentire (sugli obiettivi) gli ordini e collegi professionali interessati" e, ulteriormente, Decreto 5 luglio 2002 (ri-costituzione della Commissione Nazionale ECM) "anche le categorie prive di ordini e collegi", e secondo quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. dei diversi tavoli e livelli contrattuali.

In data 1 agosto 2007, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni ha approvato il documento di "Riordino del Sistema di Formazione Continua" non ancora esecutivo.

A partire dalle

premesse di ordine normativo vigenti, la funzione "formazione" a livello regionale viene a connotarsi come uno specifico processo produttivo, ovvero come una sequenza di processi "chiave" e "di supporto" attraverso i quali l'organizzazione regionale produce valore aggiunto riconoscibile per il sistema: lo sviluppo di competenze professionali coerenti alla necessità di erogare prodotti/servizi di qualità ai cittadini e al mutamento organizzativo in atto. Tale processo produttivo può essere rappresentato come segue:

## IL PROCESSO PRODUTTIVO DEL SISTEMA FORMAZIONE CONTINUA-ECM



A partire dalla rappresentazione del processo produttivo della funzione "Formazione" e quindi delle attività e dei risultati che devono essere garantite, si elencano qui di seguito, per ogni fase del processo le attività che lo compongono.

## **PROCESSO PRODUTTIVO PRIMARIO**

### **1. ANALISI DEL FABBISOGNO FORMATIVO**

Coordinamento dell'analisi dei **bisogni formativi** di interesse regionale, attraverso :

- l'utilizzo dei dati relativi ai bisogni di salute della popolazione rilevati dagli *studi epidemiologici* e da quelli socio-economici;
- l'analisi dei bisogni dell'*organizzazione*, delle *aziende*, dei *bisogni di specifiche figure professionali*, rilevanti sotto il profilo strategico - gestionale, e del sistema del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, rilevati attraverso ricerche mirate, o attraverso il sistema di monitoraggio;
- la consultazione dei diversi organismi chiamati a fornire il loro contributo nelle materie relative alla Formazione e Aggiornamento del Personale, (Commissione Regionale ECM, Gruppi di lavoro appositamente costituiti, Società Scientifiche, Università degli Studi) e coordinamento del loro contributo.

### **2. PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' FORMATIVA**

In relazione ai dati rilevati:

- individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale e di quelli di rilevante interesse strategico per il Servizio Sanitario Regionale;
- programmazione delle azioni di carattere formativo di interesse regionale, supporto metodologico alla progettazione delle attività formative, e individuazione dei provider per la gestione delle attività formative di interesse regionale conseguenti;

### **3. ACCREDITAMENTO ECM**

- Individuazione dei criteri per la realizzazione del sistema di accreditamento regionale degli eventi formativi, dei requisiti ulteriori a quelli indicati dalla Commissione ECM nazionale per l'accREDITamento regionale dei provider, in analogia al sistema ECM nazionale, coordinamento degli organismi (Commissioni Tecniche o Gruppi di Lavoro) costituiti a tale scopo, e consultazione degli organismi preposti.

### **4. MONITORAGGIO**

- Effettuazione del monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi di formazione continua, e predisposizione della relazione annuale delle attività formative svolte da trasmettere alla Commissione Nazionale e agli organismi preposti a livello regionale.
- Coordinamento delle attività degli Uffici Formazione delle Aziende, allo scopo di favorire le necessarie sinergie nelle attività formative, l'applicazione dei criteri di accREDITamento delle attività di formazione, e la messa a punto di sistemi condivisi di rilevazione del fabbisogno formativo e di monitoraggio delle attività.
- Monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

### **5. VALUTAZIONE**

- Effettuazione di studi e ricerche per la valutazione dei risultati sulle ricadute organizzative delle attività di Formazione Permanente realizzate.
- Osservatorio sulle politiche aziendali di formazione.

## **PROCESSI DI SUPPORTO**

### 1. ANAGRAFE CREDITI FORMATIVI

Promozione della realizzazione dell'**Anagrafe dei Crediti Formativi del Personale dipendente e convenzionato**, in raccordo con gli Ordini Professionali e le Aziende Sanitarie.

### 2. ATTI AMMINISTRATIVI E SEGRETERIA TECNICA

Competenza relativa a tutti gli atti amministrativi connessi da sottoporre alla approvazione della Giunta Regionale e supporto tecnico-amministrativo e segretariale agli organismi regionali di consultazione.

### 3. RELAZIONI SINDACALI

Coordinamento delle **relazioni sindacali** che la contrattazione collettiva nazionale demanda alla Regione, anche sugli aspetti relativi alla *individuazione degli obiettivi* di Formazione e Aggiornamento del Personale dipendente e convenzionato del Servizio Sanitario Regionale, *rilevanti per la realizzazione delle politiche sanitarie regionali*.

### 4. RAPPORTI ISTITUZIONALI

- Cura dei rapporti con il Ministero della Salute, con la Commissione Nazionale ECM e con la Conferenza Stato-Regioni in relazione alle attività di Formazione e Aggiornamento ECM
- Coordinamento, nell'ambito della definizione del fabbisogno quali-quantitativo del personale del SSR, dei rapporti con le Università e con il Ministero della Salute e il Ministero della Ricerca Scientifica e della Università.

Per poter definire il ridisegno organizzativo delle funzioni regionali, si ritiene opportuno, richiamare le connotazioni fondamentali che la normativa stessa assegna alla "formazione continua":

- a) la funzione si caratterizza innanzi tutto per essere una **funzione permanente nel tempo, e sistematica nelle modalità di conduzione;**
- b) la funzione viene a connotarsi per la sua "**trasversalità**" rispetto a linee di lavoro di settore, sia nell'ambito dei servizi sanitari che di quelli sociali.

Si prefigura, pertanto, la necessità di una struttura organizzativa che veda riaccorpate in sé tutte le attività e le azioni formative in modo tale da poter veicolare in un unico processo tutte le indicazioni in materia di Formazione di tutte le categorie delle diverse aree contrattuali, derivanti da specifici atti nazionali, dal sistema di accreditamento ECM, nonché dall'analisi di fabbisogni formativi rilevati attraverso i sistemi di monitoraggio e di auditing.

## **IL SISTEMA DI CONSULTAZIONE**

Al fine di promuovere un ampio sistema di consultazione, che concorra a definire le esigenze formative sia delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua ECM, ma anche delle categorie degli altri ruoli professionali del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo, sono previsti i seguenti ambiti di consultazione:

- a) la Commissione Regionale per l'ECM, costituita da un sistema di rappresentanza composto da membri designati dagli Ordini, dai Collegi, da rappresentanti del sistema delle aziende sanitarie e da rappresentanti dell'Università;
- b) la consultazione con le OO.SS. delle diverse aree contrattuali nella materia in questione, così come previsto dai diversi CC.NN.LL., e fatto salvo quanto previsto dai livelli di contrattazione ivi previsti.

**La Commissione Regionale ECM sarà formalizzata con delibera di Giunta Regionale**



### **La Commissione Regionale ECM:**

- concorre all'individuazione delle esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua, esprimendo parere e formulando proposte in ordine all'individuazione degli obiettivi formativi;
- concorre alle verifiche e valutazioni finali, con particolare riferimento alla definizione dei criteri per la verifica delle ricadute derivanti dalle attività formative sull'attività delle diverse categorie professionali;
- esprime suggerimenti e valutazioni in ordine al complesso delle attività formative realizzate;
- esprime parere sull'istituzione di consorzi/scuole di soggetti pubblici (università, società scientifiche)/privati che richiedano un riconoscimento formale della regione;
- collabora alla realizzazione di una anagrafe accurata e trasparente dei crediti accumulati dagli operatori.

### **FASI DI SVILUPPO DEL SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA - ECM**

Stante tali premesse l'impianto e lo sviluppo del sistema di formazione ECM sarà articolato nelle fasi di seguito delineate, dopo una ricognizione dell'attuale sistema di funzionamento della formazione continua - ECM (personale addetto, risorse; modelli organizzativi presenti; piani, programmi, progetti avviati e in corso).

#### **FASE 1**

##### **Strutturazione del sistema regionale**

- Definizione del modello di Accredimento - Gestione della Formazione ECM della Regione Abruzzo (da deliberare in Giunta Regionale)
- Definizione e costituzione degli organismi di supporto al sistema ECM regionale - Commissione Regionale ECM (da deliberare in Giunta Regionale)

#### **FASE 2**

##### **Attivazione del sistema ECM regionale**

- Proposta di obiettivi formativi di interesse regionale
- Progettazione del sistema di accreditamento regionale ECM degli eventi formativi e del sistema informatizzato unico per la gestione, il monitoraggio e l'Accreditamento di tutti i processi Formativi
- Coordinamento Gruppi di Lavoro dei Responsabili della Formazione delle ASL: sperimentazione Accredimento regionale
- Proposta Regolamento Unico Formazione
- Avvio delle procedure per l'accreditamento dei progetti di formazione;

#### **FASE 3**

##### **Accreditamento dei Provider pubblici in accordo con tempi e criteri stabiliti a livello di Conferenza Stato-Regioni**

- avvio della definizione dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento dei provider;
- sottoporre a procedura di accreditamento le Strutture che ne fanno richiesta
- avvio della realizzazione di una anagrafe accurata e trasparente dei crediti formativi degli operatori

### **IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ**

I cambiamenti sociali ed istituzionali che hanno interessato sia l'Università sia il Servizio Sanitario, hanno reso ancor più evidente la necessità di stabilire un nuovo e specifico patto, basato sulla gestione efficiente delle strutture pubbliche ed orientato all'esercizio efficace ed unitario delle tre funzioni della assistenza, della didattica e della ricerca.

La collaborazione con il mondo universitario dovrà, inoltre, svilupparsi anche al di fuori delle facoltà mediche dando una risposta efficace ai bisogni di formazione delle professioni non mediche (economia sanitaria, bioingegneria, scienze umane, ecc).

Particolare attenzione andrà, quindi, rivolta all'insieme delle realtà sia di ricerca sia di assistenza, la cui valorizzazione e utilizzazione ai fini formativi e scientifici rappresenterà un elemento cardine del sistema.

## **IL SISTEMA INFORMATIVO E LE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE**

L'Health technology assessment è definita come la valutazione delle tecnologie (farmaci, device medicali e procedure cliniche) attraverso una rassegna sintetica e sistematica dell'evidenza scientifica.

La Regione promuove l'introduzione nelle strutture del SSR di strumenti innovativi ad alto contenuto tecnologico sia nel contesto clinico sia nel contesto gestionale. Il Sistema Sanitario intende migliorare e ottimizzare i processi utilizzando strumenti di Information and Communication Technology (ICT).

In coerenza con le previsioni contenute nel piano regionale di sviluppo, è necessario stimolare l'utilizzo di tutti gli strumenti che vanno sotto la definizione di informazione e comunicazione tecnologica, finalizzati a sviluppare:

- conoscenze sui rischi per la salute attraverso l'integrazione e la condivisione delle informazioni relative alle condizioni, ambientali, sociali e sanitarie;
- relazioni tra i diversi settori operativi delle aziende sanitarie e tra le aziende sanitarie stesse;
- piena realizzazione dei percorsi assistenziali, contribuendo all'integrazione tra i diversi settori che devono garantire le prestazioni;
- il miglioramento delle modalità di fruizione dei servizi da parte dell'utente, in termini di conoscenza e trasparenza dei servizi disponibili;
- la conoscenza sul funzionamento del sistema sia in termini di efficienza economico gestionale, sia per quanto riguarda la sua efficacia.

# ***ALLEGATO 1 - I DISTRETTI DEL SSR ABRUZZO***

*Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2005  
I distretti sono ordinati in base alla numerosità della popolazione*

**ASL 1 - AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA**

<b>DISTRETTO 1</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	L'AQUILA	71.472	10 - L'AQUILA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>71.472</b>	
<b>DISTRETTO 2</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CAPPADOCIA	564	12 - MARSICA
2	CARSOLI	5.235	12 - MARSICA
3	CELANO	10.979	12 - MARSICA
4	COLLELONGO	1.470	12 - MARSICA
5	LUCO NEI MARSII	5.793	12 - MARSICA
6	MAGLIANO DE' MARSII	3.809	12 - MARSICA
7	MASSA D'ALBE	1.553	12 - MARSICA
8	ORICOLA	1.031	12 - MARSICA
9	PERETO	717	12 - MARSICA
10	ROCCA DI BOTTE	639	12 - MARSICA
11	SANTE MARIE	1.310	12 - MARSICA
12	SCURCOLA MARSICANA	2.625	12 - MARSICA
13	TAGLIACOZZO	6.753	12 - MARSICA
14	TRASACCO	6.120	12 - MARSICA
15	VILLAVALLELONGA	971	12 - MARSICA
16	OVINDOLI	1.264	13 - SIRENTINA
17	AIELLI	1.517	15 - VALLE DEL GIOVENCO
18	BISEGNA	356	15 - VALLE DEL GIOVENCO
19	CERCHIO	1.719	15 - VALLE DEL GIOVENCO
20	COLLARMELE	1.032	15 - VALLE DEL GIOVENCO
21	GIOIA DEI MARSII	2.283	15 - VALLE DEL GIOVENCO
22	LECCE DEI MARSII	1.731	15 - VALLE DEL GIOVENCO
23	ORTONA DEI MARSII	745	15 - VALLE DEL GIOVENCO
24	ORTUCCHIO	1.983	15 - VALLE DEL GIOVENCO
25	PESCINA	4.515	15 - VALLE DEL GIOVENCO
26	SAN BENEDETTO DEI MARSII	4.061	15 - VALLE DEL GIOVENCO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>70.775</b>	
<b>DISTRETTO 3</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	AVEZZANO	39.376	16 - AVEZZANO
2	CASTELLAFIUME	1.075	12 - MARSICA
3	BALSORANO	3.705	14 - VALLE ROVETO
4	CANISTRO	1.044	14 - VALLE ROVETO
5	CAPISTRELLO	5.490	14 - VALLE ROVETO
6	CIVITA D'ANTINO	1.089	14 - VALLE ROVETO
7	CIVITELLA ROVETO	3.387	14 - VALLE ROVETO
8	MORINO	1.530	14 - VALLE ROVETO
9	S. VINCENZO VALLE ROVETO	2.579	14 - VALLE ROVETO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>59.275</b>	

<b>DISTRETTO 4</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>

1	ROCCA PIA	189	19 - SANGRO AQUILANO
2	CASTEL DI IERI	367	13 - SIRENTINA
3	CASTELVECCHIO SUBEQUO	1.187	13 - SIRENTINA
4	GAGLIANO ATERNO	310	13 - SIRENTINA
5	GORIANO SICOLI	599	13 - SIRENTINA
6	MOLINA ATERNO	440	13 - SIRENTINA
7	SECINARO	452	13 - SIRENTINA
8	SULMONA	25.419	18 - SULMONA
9	ANVERSA DEGLI ABRUZZI	413	17 - VALLE PELIGNA
10	BUGNARA	1.085	17 - VALLE PELIGNA
11	CAMPO DI GIOVE	916	17 - VALLE PELIGNA
12	CANSANO	272	17 - VALLE PELIGNA
13	COCULLO	282	17 - VALLE PELIGNA
14	CORFINIO	1.001	17 - VALLE PELIGNA
15	INTRODACQUA	1.994	17 - VALLE PELIGNA
16	PACENTRO	1.290	17 - VALLE PELIGNA
17	PETTORANO SUL GIZIO	1.287	17 - VALLE PELIGNA
18	PRATOLA PELIGNA	7.894	17 - VALLE PELIGNA
19	PREZZA	1.059	17 - VALLE PELIGNA
20	RAIANO	2.982	17 - VALLE PELIGNA
21	ROCCACASALE	730	17 - VALLE PELIGNA
22	SCANNO	2.073	17 - VALLE PELIGNA
23	VILLALAGO	621	17 - VALLE PELIGNA
24	VITTORITO	980	17 - VALLE PELIGNA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>53.842</b>	
<b>DISTRETTO 5</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	BARETE	649	9 - ALTO ATERNO
2	CAGNANO AMITERNO	1.459	9 - ALTO ATERNO
3	CAMPOTOSTO	742	9 - ALTO ATERNO
4	CAPITIGNANO	680	9 - ALTO ATERNO
5	FOSSA	663	9 - ALTO ATERNO
6	LUCOLI	945	9 - ALTO ATERNO
7	MONTEREALE	2.826	9 - ALTO ATERNO
8	OCRE	1.043	9 - ALTO ATERNO
9	PIZZOLI	3.280	9 - ALTO ATERNO
10	S. EUSANIO FORCONESE	425	9 - ALTO ATERNO
11	SCOPPITO	2.825	9 - ALTO ATERNO
12	TORNIMPARTE	2.970	9 - ALTO ATERNO
13	VILLA S. ANGELO	193	9 - ALTO ATERNO
14	BARISCIANO	1.771	11 - MONTAGNA AQUILANA
15	CALASCIO	163	11 - MONTAGNA AQUILANA
16	CAPESTRANO	977	11 - MONTAGNA AQUILANA
17	CAPORCIANO	261	11 - MONTAGNA AQUILANA
18	CARAPELLE CALVISIO	98	11 - MONTAGNA AQUILANA
19	CASTEL DEL MONTE	511	11 - MONTAGNA AQUILANA
20	CASTELVECCHIO CALVISIO	195	11 - MONTAGNA AQUILANA
21	COLLEPIETRO	259	11 - MONTAGNA AQUILANA
22	NAVELLI	604	11 - MONTAGNA AQUILANA
23	OFENA	608	11 - MONTAGNA AQUILANA
24	POGGIO PICENZE	1.027	11 - MONTAGNA AQUILANA

25	PRATA D'ANSIDONIA	549	11 - MONTAGNA AQUILANA
26	S. BENEDETTO IN PERILLIS	137	11 - MONTAGNA AQUILANA
27	S. PIO DELLE CAMERE	579	11 - MONTAGNA AQUILANA
28	S. STEFANO DI SESSANIO	116	11 - MONTAGNA AQUILANA
29	VILLA S. LUCIA	441	11 - MONTAGNA AQUILANA
30	ACCIANO	398	13 - SIRENTINA
31	FAGNANO ALTO	442	13 - SIRENTINA
32	FORTECCHIO	440	13 - SIRENTINA
33	ROCCA DI CAMBIO	485	13 - SIRENTINA
34	ROCCA DI MEZZO	1.530	13 - SIRENTINA
35	S. DEMETRIO NE' VESTINI	1.694	13 - SIRENTINA
36	TIONE DEGLI ABRUZZI	369	13 - SIRENTINA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>32.354</b>	
<b>DISTRETTO 6</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	ALFEDENA	768	19 - SANGRO AQUILANO
2	ATELETA	1.223	19 - SANGRO AQUILANO
3	BARREA	777	19 - SANGRO AQUILANO
4	CASTEL DI SANGRO	5.749	19 - SANGRO AQUILANO
5	CIVITELLA ALFEDENA	304	19 - SANGRO AQUILANO
6	OPI	471	19 - SANGRO AQUILANO
7	PESCASSEROLI	2.208	19 - SANGRO AQUILANO
8	PESCOCOSTANZO	1.208	19 - SANGRO AQUILANO
9	RIVISONDOLI	715	19 - SANGRO AQUILANO
10	ROCCARASO	1.684	19 - SANGRO AQUILANO
11	SCONTRONE	601	19 - SANGRO AQUILANO
12	VILLETTA BARREA	642	19 - SANGRO AQUILANO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>16.350</b>	

**ASL 2 – LANCIANO-VASTO-CHIETI**

<b>DISTRETTO 1</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	MONTEODORISIO	2.475	25 - ALTO VASTESE
2	CASALBORDINO	6.461	23 - BASSO SANGRO
3	POLLUTRI	2.334	23 - BASSO SANGRO
4	TORINO DI SANGRO	3.099	23 - BASSO SANGRO
5	VILLALFONSINA	1.038	23 - BASSO SANGRO
6	CUPELLO	4.597	26 - COSTA SUD
7	FRESAGRAN DINARIA	1.111	26 - COSTA SUD
8	LENTELLA	748	26 - COSTA SUD
9	SAN SALVO	17.914	26 - COSTA SUD
10	VASTO	37.213	24 - VASTESE
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>76.990</b>	
<b>DISTRETTO 2</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CHIETI	56.127	30 - CHIETI
2	S. GIOVANNI TEATINO	10.527	29 - FORO-ALENTO
3	TORREVECCHIA TEATINA	3.880	29 - FORO-ALENTO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>70.534</b>	
<b>DISTRETTO 3</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	FRANCAVILLA AL MARE	23.561	29 - FORO-ALENTO
2	MIGLIANICO	4.529	29 - FORO-ALENTO
3	RIPA TEATINA	4.002	29 - FORO-ALENTO
4	VACRI	1.775	29 - FORO-ALENTO
5	VILLAMAGNA	2.444	29 - FORO-ALENTO
6	CANOSA SANNITA	1.507	28 - ORTONESE
7	CRECCHIO	3.057	28 - ORTONESE
8	GIULIANO TEATINO	1.347	28 - ORTONESE
9	ORTONA	23.603	28 - ORTONESE
10	TOLLO	4.241	28 - ORTONESE
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>70.066</b>	
<b>DISTRETTO 4</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CASTELFRENTANO	3.977	23 - BASSO SANGRO
2	FOSSACESIA	5.692	23 - BASSO SANGRO
3	FRISA	1.942	23 - BASSO SANGRO
4	MOZZAGROGNA	2.171	23 - BASSO SANGRO
5	ROCCA S. GIOVANNI	2.329	23 - BASSO SANGRO
6	S. MARIA IMBARO	1.757	23 - BASSO SANGRO
7	S. VITO CHIETINO	4.998	23 - BASSO SANGRO
8	TREGLIO	1.373	23 - BASSO SANGRO
9	LANCIANO	36.228	22 - LANCIANO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>60.467</b>	

<b>DISTRETTO 5</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	ALTINO	2.633	22 - AVENTINO
2	CASOLI	5.901	22 - AVENTINO
3	CIVITELLA M. RAIMONDO	962	22 - AVENTINO
4	COLLEDIMACINE	258	22 - AVENTINO
5	GESSOPALENA	1.658	22 - AVENTINO
6	LAMA DEI PELIGNI	1.478	22 - AVENTINO
7	LETTOPALENA	403	22 - AVENTINO
8	PALENA	1.504	22 - AVENTINO
9	PENNADOMO	348	22 - AVENTINO
10	ROCCASCALEGNA	1.401	22 - AVENTINO
11	TARANTA PELIGNA	500	22 - AVENTINO
12	TORRICELLA PELIGNA	1.526	22 - AVENTINO
13	PAGLIETA	4.499	23 - BASSO SANGRO
14	S. EUSANIO DEL SANGRO	2.420	23 - BASSO SANGRO
15	FARA SAN MARTINO	1.610	27 - MAIELLETTA
16	PALOMBARO	1.146	27 - MAIELLETTA
17	ARCHI	2.330	21 - SANGRO
18	ATESSA	10.455	21 - SANGRO
19	BOMBA	954	21 - SANGRO
20	BORRELLO	423	21 - SANGRO
21	CIVITALUPARELLA	425	21 - SANGRO
22	COLLEDIMEZZO	568	21 - SANGRO
23	FALLO	152	21 - SANGRO
24	GAMBERALE	374	21 - SANGRO
25	MONTAZZOLI	1.074	21 - SANGRO
26	MONTEBELLO SUL SANGRO	118	21 - SANGRO
27	MONTEFERRANTE	176	21 - SANGRO
28	MONTELAPIANO	95	21 - SANGRO
29	MONTENERODOMO	909	21 - SANGRO
30	PERANO	1.626	21 - SANGRO
31	PIETRAFERRAZZANA	139	21 - SANGRO
32	PIZZOFERRATO	1.163	21 - SANGRO
33	QUADRI	922	21 - SANGRO
34	ROIO DEL SANGRO	138	21 - SANGRO
35	ROSELLO	322	21 - SANGRO
36	TORNARECCIO	1.968	21 - SANGRO
37	VILLA S. MARIA	1.472	21 - SANGRO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>54.050</b>	
<b>DISTRETTO 6</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	BUCCHIANICO	5.003	29 - FORO-ALENTO
2	CASACANDITELLA	1.431	29 - FORO-ALENTO
3	CASALINCONTRADA	2.990	29 - FORO-ALENTO
4	FARA FILIORUM PETRI	1.927	29 - FORO-ALENTO
5	S. MARTINO SULLA MARRUCINA	1.029	29 - FORO-ALENTO
6	GUARDIAGRELE	9.662	27 - MAIELLETTA
7	PENNAPIEDIMONTE	548	27 - MAIELLETTA



8	PRETORO	1.105	27 - MAIELLETTA
9	RAPINO	1.461	27 - MAIELLETTA
10	ROCCAMONTEPIANO	1.927	27 - MAIELLETTA
11	ARI	1.339	28 - ORTONESE
12	ARIELLI	1.196	28 - ORTONESE
13	FILETTO	1.070	28 - ORTONESE
14	ORSOGNA	4.086	28 - ORTONESE
15	POGGIOFIORITO	962	28 - ORTONESE
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>35.736</b>	
<b>DISTRETTO 7</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CARPINETO SINELLO	738	25 - ALTO VASTESE
2	CARUNCHIO	749	25 - ALTO VASTESE
3	CASALANGUIDA	1.087	25 - ALTO VASTESE
4	CASTELGUIDONE	469	25 - ALTO VASTESE
5	CASTIGLIONE MESSER MARINO	2.127	25 - ALTO VASTESE
6	CELENZA SUL TRIGNO	1.053	25 - ALTO VASTESE
7	DOGLIOLA	409	25 - ALTO VASTESE
8	FRAINE	435	25 - ALTO VASTESE
9	FURCI	1.220	25 - ALTO VASTESE
10	GISSI	3.050	25 - ALTO VASTESE
11	GUILMI	486	25 - ALTO VASTESE
12	LISCIA	815	25 - ALTO VASTESE
13	PALMOLI	1.113	25 - ALTO VASTESE
14	ROCCASPINALVETI	1.607	25 - ALTO VASTESE
15	S. BUONO	1.165	25 - ALTO VASTESE
16	S. GIOVANNI LIPIONI	271	25 - ALTO VASTESE
17	SCERNI	3.645	25 - ALTO VASTESE
18	SCHIAVI D'ABRUZZO	1.265	25 - ALTO VASTESE
19	TORREBRUNA	1.092	25 - ALTO VASTESE
20	TUFILLO	528	25 - ALTO VASTESE
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>23.324</b>	

**ASL 3 - PESCARA**

<b>DISTRETTO 1</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	PESCARA NORD	61.289	31 - PESCARA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>61.289</b>	
<b>DISTRETTO 2</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	PESCARA SUD	61.289	31 - PESCARA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>61.289</b>	
<b>DISTRETTO 3</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CAPPELLE SUL TAVO	3.790	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
2	CEPAGATTI	9.610	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
3	CITTÀ' S. ANGELO	13.025	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
4	MOSCUFO	3.231	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
5	NOCCIANO	1.767	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
6	PIANELLA	7.788	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
7	SPOLTORE	16.546	33-AREA METROPOLITANA PESCARESE
8	ROSCIANO	3.161	35 - MAIELLA-MORRONE
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>58.918</b>	
<b>DISTRETTO 4</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	ABBATEGGIO	447	35 - MAIELLA-MORRONE
2	ALANNO	3.709	35 - MAIELLA-MORRONE
3	BOLOGNANO	1.242	35 - MAIELLA-MORRONE
4	CARAMANICO TERME	2.089	35 - MAIELLA-MORRONE
5	CUGNOLI	1.642	35 - MAIELLA-MORRONE
6	LETTOMANOPPELLO	3.137	35 - MAIELLA-MORRONE
7	MANOPPELLO	6.091	35 - MAIELLA-MORRONE
8	POPOLI	5.607	35 - MAIELLA-MORRONE
9	ROCCAMORICE	1.021	35 - MAIELLA-MORRONE
10	SALLE	312	35 - MAIELLA-MORRONE
11	SAN VALENTINO IN A.C.	1.947	35 - MAIELLA-MORRONE
12	SANT'EUFEMIA A MAIELLA	342	35 - MAIELLA-MORRONE
13	SCAFA	3.979	35 - MAIELLA-MORRONE
14	SERRAMONACESCA	591	35 - MAIELLA-MORRONE
15	TOCCO DA CASOURIA	2.826	35 - MAIELLA-MORRONE
16	TORRE DEI PASSERI	3.136	35 - MAIELLA-MORRONE
17	TURRIVALIGNANI	863	35 - MAIELLA-MORRONE
18	BUSSI SUL TIRINO	2.920	34 - VESTINA
19	CASTIGLIONE A CASOURIA	910	34 - VESTINA
20	CORVARA	289	34 - VESTINA
21	PESCOSANSONESCO	553	34 - VESTINA
22	PIETRANICO	593	34 - VESTINA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>44.246</b>	
<b>DISTRETTO 5</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	MONTESILVANO	43.258	32 - MONTESILVANO

	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>43.258</b>	
<b>DISTRETTO 6</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	ELICE	1.737	33 - AREA METROPOLITANA PESCARESE
2	BRITTOLI	397	34 - VESTINA
3	CARPINETO DELLA NORA	728	34 - VESTINA
4	CATIGNANO	1.488	34 - VESTINA
5	CIVITAQUANA	1.351	34 - VESTINA
6	CIVITELLA CASANOVA	2.042	34 - VESTINA
7	COLLECORVINO	5.550	34 - VESTINA
8	FARINDOLA	1.730	34 - VESTINA
9	LORETO APRUTINO	7.672	34 - VESTINA
10	MONTEBELLO DI BERTONA	1.101	34 - VESTINA
11	PENNE	12.518	34 - VESTINA
12	PICCIANO	1.375	34 - VESTINA
13	VICOLI	437	34 - VESTINA
14	VILLA CELIERA	849	34 - VESTINA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>38.975</b>	

**ASL 4 - TERAMO**

<b>DISTRETTO 1</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	BASCIANO	2.453	3 - FINO-VOMANO
2	CANZANO	1.863	3 - FINO-VOMANO
3	CASTELLALTO	6.973	3 - FINO-VOMANO
4	PENNA S. ANDREA	1.721	3 - FINO-VOMANO
5	CAMPLI	7.533	4 - LAGA
6	CORTINO	775	4 - LAGA
7	ROCCA S. MARIA	652	4 - LAGA
8	TORRICELLA SICURA	2.703	4 - LAGA
9	VALLE CASTELLANA	1.182	4 - LAGA
10	TERAMO	52.695	5 - TERAMO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>78.550</b>	
<b>DISTRETTO 2</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CIVITELLA DEL TRONTO	5.395	4 - LAGA
2	ALBA ADRIATICA	11.104	2 - VIBRATA
3	ANCARANO	1.854	2 - VIBRATA
4	COLONNELLA	3.422	2 - VIBRATA
5	CONTROGUERRA	2.515	2 - VIBRATA
6	CORROPOLI	4.018	2 - VIBRATA
7	MARTINSICURO	14.800	2 - VIBRATA
8	NERETO	4.717	2 - VIBRATA
9	SANT'EGIDIO ALLA VIBRATA	9.141	2 - VIBRATA
10	SANT'OMERO	5.267	2 - VIBRATA
11	TORANO NUOVO	1.670	2 - VIBRATA
12	TORTORETO	8.401	2 - VIBRATA
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>72.304</b>	
<b>DISTRETTO 3</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	MORRO D'ORO	3.408	8 - COSTA SUD 2
2	NOTARESCO	6.817	8 - COSTA SUD 2
3	ROSETO DEGLI ABRUZZI	23.554	8 - COSTA SUD 2
4	BELLANTE	7.198	1 - TORDINO
5	GIULIANA	21.806	1 - TORDINO
6	MOSCIANO S. ANGELO	8.539	1 - TORDINO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>71.322</b>	

<b>DISTRETTO 4</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	ATRI	11.286	7 - COSTA SUD 1
2	PINETO	13.497	7 - COSTA SUD 1
3	SILVI	15.250	7 - COSTA SUD 1
4	ARSITA	952	3 - FINO-VOMANO
5	BISENTI	2.103	3 - FINO-VOMANO
6	CASTIGLIONE M. RAIMONDO	2.486	3 - FINO-VOMANO
7	CASTILENTI	1.607	3 - FINO-VOMANO
8	CELLINO ATTANASIO	2.719	3 - FINO-VOMANO
9	CERMIGNANO	1.919	3 - FINO-VOMANO
10	MONTEFINO	1.172	3 - FINO-VOMANO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>52.991</b>	
<b>DISTRETTO 5</b>			
	<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Ambito Sociale di provenienza</b>
1	CASTEL CASTAGNA	552	6 - GRAN SASSO
2	CASTELLI	1.314	6 - GRAN SASSO
3	COLLEDARA	2.281	6 - GRAN SASSO
4	CROGNALETO	1.569	6 - GRAN SASSO
5	FANO ADRIANO	401	6 - GRAN SASSO
6	ISOLA DEL GRAN SASSO	4.947	6 - GRAN SASSO
7	MONTORIO AL VOMANO	8.037	6 - GRAN SASSO
8	PIETRACAMELA	302	6 - GRAN SASSO
9	TOSSICIA	1.493	6 - GRAN SASSO
	<b>Popolazione totale Distretto-Ambito/i</b>	<b>20.896</b>	

## ***ALLEGATO 2 - OBIETTIVI, AZIONI, TEMPI E SISTEMA DI VERIFICA DEL PSR 2008-2010***

*Le risorse per lo sviluppo delle azioni nel corso del triennio 2008-2010, articolate sulle macrovoci del CE, sono riportate nel successivo Allegato 3*

## 1 - GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Governo Clinico</b>	<b>1)</b> Sviluppo del Piano Regionale per il Governo Clinico	Entro 2008	Piano di settore
	<b>2)</b> Sviluppo di un Piano Aziendale di governo clinico (per ogni ASL)	Entro 2008	Piano Aziendale
<b>B) Sistema di monitoraggio (trasversale per le aree Governo Clinico – Audit clinico – Percorsi assistenziali – Health Technology Assessment – Accredimento)</b>	<b>1)</b> Definizione delle modalità di valutazione dell’appropriatezza generica dell’attività di ricovero: creazione di una commissione ispettiva unica	I semestre 2008	Accordo integrativo sulle modalità di valutazione dell’appropriatezza
	<b>2)</b> Costituzione dei gruppi di lavoro per definire il sistema di indicatori (di struttura, processo ed esito) per la valutazione della qualità dell’assistenza, in termini di appropriatezza specifica (efficacia), efficienza, soddisfazione degli utenti, equità e sicurezza	Fine 2007	Report
	<b>3)</b> Definizione del sistema di indicatori multidimensionale (efficienza, sicurezza, etc.)	I semestre 2008	Report
	<b>4)</b> Sviluppo del sistema informativo di supporto alla sperimentazione degli indicatori di qualità e sicurezza (segnalazione eventi sentinella e infezioni ospedaliere)	II semestre 2008	Report
	<b>5)</b> Sperimentazione del sistema di indicatori e del relativo sistema informativo, sia relativamente all’efficacia che alla sicurezza	I semestre 2009	Report
	<b>6)</b> Messa a regime del sistema di indicatori	Fine 2009	Report annuali

<b>C) Percorsi Assistenziali</b>	<b>1)</b> Costituzione dei gruppi di lavoro regionali sui percorsi identificati come prioritari, e avvio della fase di costruzione dei percorsi	Fine 2007	Report
	<b>2)</b> Definizione dei percorsi a livello regionale e costituzione dei gruppi di lavoro aziendali sui percorsi e definizione dei piani di formazione aziendali sui percorsi	I semestre 2008	Report
	<b>3)</b> Costruzione dei percorsi a livello aziendale (e scelta delle linee guida e protocolli), e definizione del sistema di monitoraggio (vedere obiettivi del sistema di monitoraggio)	Fine 2008	Report
	<b>4)</b> Sperimentazione percorsi (basata sugli indicatori previsti nel sistema di monitoraggio)	Tutto il 2009	Report finale basato sul sistema di monitoraggio
	<b>5)</b> Messa a regime dei percorsi	Fine 2010	Report annuali basati sul sistema di monitoraggio
<b>D) Audit Clinici</b>	<b>1)</b> Definizione delle priorità e sviluppo del programma regionale di audit da parte della ASR-Abruzzo	I semestre 2008	Piano di settore
	<b>2)</b> Interazione con il sistema degli indicatori e svolgimento/rafforzamento degli audit clinici a livello locale	I semestre 2009	Report
<b>E) Health Technology Assessment (HTA)</b>	<b>1)</b> Costituzione del gruppo regionale di lavoro sul HTA, individuazione delle tecnologie su cui avviare in via prioritaria i processi di HTA, e definizione delle procedure	Fine 2007	Report
	<b>2)</b> Costituzione dei gruppi di lavoro sulle diverse tecnologie identificate quali prioritarie, ed avvio dei lavori	I semestre 2008	Report
	<b>3)</b> Conclusione dei lavori di HTA in almeno il 50% dei gruppi formati	Fine 2008	Report
	<b>4)</b> Conclusione dei lavori di HTA di tutti i gruppi avviati nell'anno precedente	I semestre 2009	Report
	<b>5)</b> Predisposizione dei capitolati per le unioni di acquisto per le tecnologie ad alto impatto economico sul sistema	Fine 2009	Capitolati



<b>F) Sviluppo organizzativo dei servizi secondo l'approccio di cura progressiva</b>	<b>1)</b> Realizzazione dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, Riabilitative e della Professione Ostetrica (D.I.T.R.O.) per ciascuna ASL	Fine 2007	Delibera attuativa
	<b>2)</b> Realizzazione dell'Osservatorio delle Professioni Sanitarie all'interno della ASR-Abruzzo	Fine 2008	Delibera attuativa
	<b>3)</b> Avviamento del piano regionale per la formazione continua delle professioni sanitarie	Fine 2008	Piano di settore
<b>G) Carta dei servizi</b>	<b>1)</b> Redazione/Aggiornamento delle carte dei servizi da parte di aziende pubbliche e private	Fine 2008	Pubblicazione e diffusione delle carte dei servizi aggiornate
	<b>2)</b> Potenziamento degli Uffici Relazione con il Pubblico (URP)	Fine 2008	Presenza degli URP ed orari di attività
<b>H) Accreditamento</b>	<b>1)</b> Manuali di Autorizzazione e di Accreditamento	Fine 2007	Legge Regionale
	<b>2)</b> Messa a regime del sistema di accreditamento	Dal 2008	Delibere di autorizzazione e accreditamento
<b>I) Sistemi di monitoraggio</b>	<b>1)</b> Costituzione dei gruppi di lavoro per definire il sistema di indicatori di monitoraggio e di verifica per le varie aree di intervento previste dal PSR	Fine 2007	Report
	<b>2)</b> Definizione del sistema di indicatori	I semestre 2008	Report
	<b>3)</b> Sperimentazione del sistema	Entro la fine 2008	Report
	<b>4)</b> Messa a regime del sistema	2009	Report annuali
<b>J) Riorganizzazione delle reti cliniche</b>	<b>1)</b> Progettazione delle reti (analisi dei dati di performance dei singoli punti di erogazione di prestazioni; ridisegno organizzativo ed operativo degli stessi; valutazione di impatto economico)	Fine 2007	Piani di settore
	<b>2)</b> Ristrutturazione delle reti	Fine 2010	Report annuali (2008-2009-2010) su stati di avanzamento di ristrutturazione

## 2 - GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Obiettivi	Azioni	Tempi	Verifica attuazione
<b>A) Formare ed informare gli Operatori Sanitari (a partire dai settori a più alto rischio)</b>	<b>1)</b> Attivazione di Corsi di Formazione	2008- I° sem 2009	Report aziendali
<b>B) Organizzazione della Rete di Gestione del Rischio Clinico</b>	<b>1)</b> Elaborazione e somministrazione Questionario di rilevazione	I° sem 2008	Report sullo stato dell'arte.
	<b>2)</b> Creazione di un Network per la gestione del Rischio Regionale ed Aziendale	Fine 2008	Report
<b>C) Costituzione di un Sistema informatizzato per la conoscenza del Contenzioso, e degli Eventi Sentinella. Collegamento con il Ministero della Salute.</b>	<b>1)</b> Elaborazione Scheda di rilevazione Strutturata	Giugno 2008	Report
	<b>2)</b> Elaborazione di un Data-base	Giugno 2009	Report
	<b>3)</b> Attivazione del Sistema di raccolta Regionale per la raccolta delle informazioni relative alla sinistrosità ed agli Eventi Sentinella	Fine 2010	Delibera regionale
<b>D) Documentazione Unica del Processo terapeutico</b>	<b>1)</b> Costituzione Gruppi di lavoro	I° sem 2008	Report
	<b>2)</b> Elaborazione Scheda unicaTerapeutica	I° sem 2008	Report
	<b>3)</b> Formazione	Entro 2008	Report
	<b>4)</b> Sperimentazione	2008-2009	Report
	<b>5)</b> Messa regime	2010	Delibera regionale
<b>E) Monitoraggio Infezioni Ospedaliere. Link con i C.I.O.</b>	<b>1)</b> Costituzione Gruppi di Lavoro e predisposizione sistema di sorveglianza	I° sem 2008	Report
	<b>2)</b> Sperimentazione Sistemi di sorveglianza e di controllo	2008-I° sem 2009	Report
	<b>3)</b> Messa a regime istemi di sorveglianza aziendali	dal 2010	Delibera regionale
<b>F) Riduzione del Contenzioso legato alla Procedura di Acquisizione del Consenso Informato.</b>	<b>1)</b> Costituzione Gruppi di Lavoro	I° sem 2008	Report
	<b>2)</b> Elaborazione di un Format unico	I° sem 2008	Report
	<b>3)</b> Formazione	II° sem 2008-I° sem 2009	Report
	<b>4)</b> Attivazione di Procedura a valenza Regionale	Entro 2009	Delibera regionale
<b>G) Standardizzazione della Documentazione Clinica: Cartella clinica Integrata</b>	<b>1)</b> Attivazione di "Focus group"	I° sem 2008	Report
	<b>2)</b> Elaborazione cartella unificata	II° sem 2008-I° sem 2009	Report
	<b>3)</b> Formazione	Entro 2009	Report

### 3 - DISTRETTO

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Articolazione Organizzativa</b>	<b>1)</b> Ridefinizione del numero dei distretti come previsto dal PSR 2008-2010	A regime entro I sem 2008	Adozione Atti Aziendali
	<b>2)</b> Attivazione Unità Operative secondo quanto previsto dal PSR 2008-2010	A regime entro I sem. 2008	Adozione Atti Aziendali
<b>B) Punto unico d'accesso (PUA)</b>	<b>1)</b> Sperimentazione di un Punto Unico d'Accesso (PUA) in ognuna delle 6 ASL	Fine sperimentazione entro I sem 2008;	Report di Sperimentazione
	<b>2)</b> Attivazione di un PUA in ognuno dei 24 distretti	A regime entro I sem 2009	Adozione atti formali aziendali.
<b>C) Potenziamento delle funzioni delle UVM (Unità Di Valutazione Multidimensionale)</b>	<b>1)</b> Adozione degli strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale secondo quanto previsto dal PSR 2008-2010	Entro I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali Aziendali
	<b>2)</b> UVM come modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali		Adozione specifici Atti formali Aziendali
<b>D) Continuità' della assistenza</b>	<b>1)</b> Attivazione di procedure di Dimissione Protetta	Entro I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali Aziendali
<b>E) Coordinamento Funzioni territoriali</b>	<b>1)</b> Istituzione del Comitato Tecnico Aziendale delle Attività Distrettuali	I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali Aziendali
	<b>2)</b> Attivazione dell UCAD ( Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali)	I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali Aziendali
<b>F) Sistemi di monitoraggio</b>	<i>Cfr. azioni/strumenti, tempi e verifica del GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE (ob. 1-I- 1, 2, 3, 4)</i>		

#### 4 - CURE DOMICILIARI

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari</b>	<b>1)</b> Adeguamento alle Linee Guida Regionali ( LR 224 /13.03.07) e a quanto previsto dal PSR 2008-2010	Entro I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali Aziendali di riorganizzazione e recepimento
<b>B) Incremento e qualificazione dell'assistenza domiciliare</b>	<b>1)</b> Raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente piano relativi alla % di assistiti sulla popolazione totale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,6 % nel 2007-</li> <li>• 2,2 % nel 2008</li> <li>• 3% nel 2009</li> </ul>	2007- 2009	Report annuali di attività
	<b>2)</b> Adeguamento del finanziamento regionale del LEA domiciliare	Entro I semestre 2008	LA ministeriali
<b>C) Adozione di strumenti operativi integrati</b>	<b>1)</b> Attivazione Cartella Domiciliare Integrata (secondo le indicazioni dell'ASR Abruzzo)	Sperimentazione entro 2008 a regime fine 2009	Adozione specifici Atti formali Aziendali
<b>D) Sviluppo ed implementazione della qualità dell'assistenza</b>	<b>1)</b> Manuale della Qualità Delle Cure Domiciliari	Sperimentazione 2008 a regime 2009	Adozione specifici Atti formali Aziendali
<b>E) Sistemi di monitoraggio</b>	<i>Cfr. azioni/strumenti, tempi e verifica del GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE (ob. 1-I- 1, 2, 3, 4)</i>		

<b>5 - IL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI</b>			
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>AZIONI/STRUMENTI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>VERIFICA ATTUAZIONE</b>
<b>A) Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti</b>	<b>1)</b> Stesura del Piano del fabbisogno dell'offerta articolato per distretto e per tipologia di struttura	Entro il 2007	Atto del fabbisogno
	<b>2)</b> Allocazione delle risorse nel piano di riparto del FSR sulla base delle indicazioni del piano di rientro	A partire dal riparto 2008	Piani di riparto del FSR
<b>B) Verifica dell'appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali residenziali</b>	<b>1)</b> Messa a regime del sistema RUG III, attualmente in fase di sperimentazione	A partire dal 2008	Delibera regionale Report annuali
<b>C) Congruità della remunerazione delle prestazioni rispetto ai costi di erogazione ed ai costi sostenuti da Comuni ed Utenti</b>	<b>1)</b> Rimodulazione del sistema tariffario	Entro il 2007	Delibera regionale
	<b>2)</b> Valutazione di impatto economico delle tariffe sulla spesa dei Comuni ed Utenti	Entro il 2007	Report tecnico
<b>D) Sistema di monitoraggio</b>	<i>Cfr. azioni/strumenti, tempi e verifica del GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE (ob. 1-I- 1, 2, 3, 4)</i>		

## 6 - IL SISTEMA EXTRAOSPEDALIERO PER LA RIABILITAZIONE E LE DISABILITÀ

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa</b>	<b>1)</b> Stesura del Piano del fabbisogno dell'offerta articolato per distretto e per tipologia di struttura	Entro il 2007	Atto del fabbisogno
	<b>2)</b> Allocazione delle risorse nel piano di riparto del FSR sulla base delle indicazioni del piano di rientro	A partire dal riparto 2008	Piani di riparto del FSR
<b>B) Appropriatelyzza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo</b>	<b>1)</b> Identificazione dei requisiti di appropriatezza per l'accesso e per la degenza	Entro il 2007	Delibera regionale Contratti negoziali
	<b>2)</b> Predisposizione del sistema di verifica (soggetti, tempi, modalità etc.)		
<b>C) Adozione di strumenti di classificazione e di analisi del case-mix in ambito residenziale</b>	<b>1)</b> Identificazione di strumenti di classificazione e di analisi del case-mix	Entro il 2007	Report
	<b>2)</b> Sperimentazione degli strumenti di classificazione e di analisi del case-mix	Nel corso del 2008	Report
	<b>3)</b> Messa a regime degli strumenti	Entro il 2009	Delibera regionale Report annuali
<b>D) Congruità della remunerazione delle prestazioni rispetto ai costi di erogazione ed ai costi sostenuti da Comuni ed Utenti</b>	<b>1)</b> Rimodulazione del sistema tariffario	Entro il 2007	Delibera regionale
	<b>2)</b> Valutazione di impatto economico delle tariffe sulla spesa dei Comuni ed Utenti	Entro il 2007	Report tecnico
<b>E) Sistema di monitoraggio</b>	<i>Cfr. azioni/strumenti, tempi e verifica del GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE (ob. 1-I- 1, 2, 3, 4)</i>		

## 7 - CONSULTORI

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) articolazione organizzativa</b>	<b>1)</b> Riconduzione dei consultori all'interno dei distretti attraverso la costituzione delle U. O. Consultoriali	A regime entro il I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
	<b>2)</b> Ridefinizione del numero dei Consultori e delle sedi di erogazione, conformemente agli standard previsti dalla Legge n. 34/1996	A regime entro il I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
<b>B) realizzazione del P.O.M.I. regionale</b>	<b>1)</b> 1) Redazione del P.O.M.I. regionale	Entro il 2008	Delibera Regionale
	<b>2)</b> 2) Applicazione e monitoraggio del P.O.M.I. regionale	A partire dal 2009	Report annuali
<b>C) realizzazione percorso nascita</b>	<b>1)</b> 1) Costituzione dei gruppi di lavoro regionale sul percorso e avvio della fase di costruzione dei percorsi	Entro il 2007	Report
	<b>2)</b> 2) Definizione del percorso a livello regionale, costituzione dei gruppi di lavoro aziendali sui percorsi e definizione dei piani di formazione aziendali sui percorsi	Entro il I semestre 2008	Report
	<b>3)</b> Costruzione dei percorsi a livello aziendale e definizione del sistema di monitoraggio	Entro il 2008	Report
	<b>4)</b> Sperimentazione percorsi	Entro il 2009	Report finale basato sul Sistema di monitoraggio
	<b>5)</b> Messa a regime dei percorsi	Entro il 2010	Report annuali
<b>D) sistemi di monitoraggio</b>	<i>Cfr. azioni/strumenti, tempi e verifica del GOVERNO CLINICO E RETI CLINICHE (ob. 1-I- 1, 2, 3, 4)</i>		

## 8 - DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Articolazione organizzativa</b>	<b>1)</b> Attivazione Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e dei suoi organi funzionali così come previsto dal PSR 2008 - 2010	Entro il I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
	<b>2)</b> Attivazione delle U. O. del Dipartimento <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser.T</li> <li>- Servizi di alcoologia</li> <li>- Centri antitabacco</li> <li>- Presidi per le dipendenze presso le Case circondariali</li> <li>- Strutture residenziali/semiresidenziali e Comunità terapeutiche pubbliche</li> </ul>	Entro il I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
<b>B) potenziamento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali</b>	<b>1)</b> Potenziamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Dipendenze	Entro il II semestre 2008	Report
	<b>2)</b> Prevenzione primaria nei diversi contesti sociali attraverso informazione e sensibilizzazione ai problemi delle dipendenze in campo scolastico, lavorativo, familiare , in gruppi sociali e/o associazioni operanti sul territorio	Entro il II semestre 2008	Report
	<b>3)</b> coordinamento con le attività consultoriali e raccordo operativo con i Medici di Medicina Generale		
<b>C) omogeneizzazione delle procedure e degli interventi</b>	<b>1)</b> Definizione di <ul style="list-style-type: none"> <li>- protocolli operativi sulle Dipendenze</li> <li>- Protocolli diagnostici condivisi con altri Servizi territoriali</li> </ul>	Entro il II semestre 2008	Report



## 9 - SALUTE MENTALE

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Potenziamento delle attività dei CSM</b>	1) Definizione ed attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi continuativi ambulatoriali, domiciliari e di "rete"	Entro il 2008	Report
	2) Apertura dei CSM 6 giorni su 7 tendenzialmente per 12 ore al giorno	Entro il 2008	Adozione di atti formali aziendali
<b>B) Riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero</b>	1) Definizione, in accordo con i servizi dell'emergenza-urgenza e l'ordine pubblico, di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza e per le procedure di attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori	Entro il 2008	Protocolli
	2) Predisposizione di un sistema di verifica dell'appropriatezza dei ricoveri	Entro il I semestre 2008	Report
	3) Sperimentazione e messa a regime del sistema	Entro il 2009	Report
<b>C) Riordino della residenzialità psichiatrica e verifica della qualità dell'assistenza</b>	1) Riduzione progressiva dei pl di riabilitazione psichiatrica da 6,2 x 10.000 abitanti a 4 x 10.000 abitanti	Entro il 2010	Report annuali
	2) Riclassificazione delle strutture residenziali	Entro il 2008	Delibera regionale
	3) Sviluppo e sperimentazione degli strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza	Entro il 2008	Report
<b>D) Sviluppo delle attività per la neuropsichiatria infantile</b>	1) Realizzazione e verifica dei progetti terapeutici, educativi e riabilitativi integrati e personalizzati	Entro il 2008	Report
	2) Istituzione di una UOC di Neuropsichiatria Infantile per ciascuna provincia	Entro il 2009	Atto formale aziendale
<b>E) Potenziamento delle attività per l'Autismo Infantile e per gli altri disturbi generalizzati dello sviluppo</b>	1) Potenziamento del "Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo Infantile"(CRRAI)	Entro il I semestre 2008	Report
	2) Sviluppo dei Centri diurni	Entro il 2010	Report

<b>F) Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale</b>	1) Sviluppo del day-hospital psichiatrico	Entro il 2009	Adozione di atti formali aziendali
	2) Sviluppo di almeno un Centro Diurno per CSM	Entro il 2009	Adozione di atti formali aziendali
<b>G) Integrazione socio-sanitaria: potenziamento delle risposte "sociali" ai problemi di salute mentale a tutti i livelli di intervento</b>	1) Sviluppo della rete per l'inserimento lavorativo	Entro il 2008	Report
	2) Potenziamento degli interventi di prevenzione primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza	Entro il 2008	Report
	3) Promozione di campagne di informazione e di orientamento dell'opinione pubblica volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone con "disagio" e verso quelle affette da disturbi mentali	Entro il 2008	Report
<b>H) Realizzazione del "Progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale"</b>	1) Creazione del gruppo di lavoro regionale per la realizzazione del Progetto Obiettivo per la Salute Mentale	Entro il 2007	Delibera regionale
	2) Stesura del Progetto Obiettivo	Entro il 2008	Progetto Obiettivo
	3) Attuazione del Progetto Obiettivo	A partire dal 2009	Report annuali

## 10) PREVENZIONE COLLETTIVA

OBIETTIVO GENERALE	RAZIONALIZZARE ED OMOGENEIZZARE I LIVELLI DI ASSISTENZA DELLA PREVENZIONE IN TUTTE LE ASL REGIONALI			
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	<b>A) Razionalizzare il livello di assistenza della prevenzione a livello regionale</b>	1) Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello regionale	I° semestre di vigenza del Piano	Atti formali di attuazione del Piano di riordino del macrolivello di prevenzione
		2) Individuazione di un unico riferimento tecnico-organizzativo per le attività di prevenzione realizzato funzionalmente tramite un coordinamento tecnico trasversale		
	<b>B) Individuazione delle funzioni riconducibili al macrolivello di prevenzione</b>	1) Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello territoriale (UU.OO. Consultoriali e screening)	I° semestre di vigenza del Piano	Atti formali di attuazione del Piano di riordino del macrolivello di prevenzione
LEA	<b>C) Garantire uniformità delle prestazioni previste dai LEA della Prevenzione</b>	1) Attuazione della normativa e dei piani mirati per il settore veterinario	Sei mesi dall'entrata in vigore del Piano	Piano attuativo mirato del settore
		2) Formulazione dei piani aziendali di emergenza veterinaria		
		3) Implementazione del Sistema Informativo veterinaria Regione Abruzzo (SIVRA)		
		4) Consolidamento per tutte le vaccinazioni degli obiettivi di copertura previsti dalla normativa nazionale e regionale	I° semestre di vigenza del Piano	95% di copertura per DTPa/IPV/HB/Hib/MPR nei bambini di età <=24 mesi;
		5) Estensione delle coperture vaccinali in età pediatrica nelle donne in età fertile previste dalla normativa nazionale regionale e dal PNEMeRC	I° semestre di vigenza del Piano	95% di copertura per almeno una dose di MPR nei bambini tra 3 e 15 anni
		6) Estensione delle coperture vaccinali negli anziani	I° semestre 2009	≥75% di copertura per antinfluenzale e incremento della copertura per antipneumococcica negli anziani > 65 anni
		7) Effettuazione di campagne informative	I° semestre vigenza Piano	Diffusione di opuscoli informativi
		8) Introduzione dell'obbligo di informare i pazienti ricoverati ≥65enni e donne in età fertile sulla possibilità della vaccinazione (rispettivamente antinfluenzale e antipneumococcica e antirosolia)	II° semestre di vigenza del Piano	Distribuzione della scheda informativa
		9) Gestione dell'anagrafe vaccinale informatizzata	II° semestre vigenza Piano	Gestione del programma di invito alla vaccinazione

OBIETTIVO GENERALE	RAZIONALIZZARE ED OMOGENEIZZARE I LIVELLI DI ASSISTENZA DELLA PREVENZIONE IN TUTTE LE ASL REGIONALI			
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
SICUREZZA ALIMENTARE	<b>D) Introdurre misure complete di salvaguardia sanitaria che coprano l'intera catena alimentare, compresi i mangimi</b>	<b>1)</b> Revisione del sistema informativo ed epidemiologico con implementazione della raccolta dei dati	I° semestre di vigenza del Piano	1) Report
		<b>2)</b> Analisi dei dati raccolti e programmazione della sorveglianza sanitaria basata su dati reali	II° semestre di vigenza del Piano	2) Relazione
		<b>3)</b> Registrazione delle attività (Reg.852/2004) e controllo negli stabilimenti riconosciuti CE (Reg.853/2004) e nelle strutture della filiera alimentare	2009	3) Formalizzazione delle procedure
		<b>4)</b> Classificazione delle attività alimentari in base al rischio, al fine di stabilire la frequenza dei controlli	2009	4) Report
		<b>5)</b> Attuazione dei programmi per la ricerca di residui e di sostanze non consentite negli alimenti e nei mangimi	Rilevazione semestrale	5) Atto programmatico
		<b>6)</b> Attuazione delle procedure di sorveglianza e controllo di prodotti alimentari e mangimi previste dal PNAA	II° semestre di vigenza del Piano	6) Documento
	<b>E) Garantire un sistema di allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti e di mangimi</b>	<b>1)</b> Attuazione di procedure che garantiscano una efficace e rapida azione in caso di allerta alimentare	Secondo i tempi di legge	1) Formalizzazione delle procedure
		<b>2)</b> Attuazione procedure di emergenza		2) Atto di indirizzo
		<b>3)</b> Dare piena applicazione al Reg.CE 183/2004	Rilevazione Annuale	3) Relazione
		<b>4)</b> Studio di sistemi di comunicazione del rischio di dimensione interattiva caratterizzati da un dialogo e da un feed back con tutti gli interessati	2009	4) Relazione
SICUREZZA NEI RAPPORTI UOMO/ANIMALE	<b>F) Migliorare il sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e ridurre la prevalenza di zoonosi specifiche</b>	1) Revisione del sistema informativo	Rilevazione Semestrale	1) Report omogenei
		2) Inserimento dati nel SIVRA per il monitoraggio delle malattie infettive degli animali a maggior rilevanza epidemiologica e del benessere animale	Rilevazione Trimestrale	2) Relazione
		3) Piena attuazione dei piani di eradicazione (100%) delle malattie degli animali (brucellosi, tubercolosi, ecc)	Rilevazione Trimestrale	3) Documento
		4) Attuazione dei Piani di emergenza di sanità pubblica veterinaria	Rilevazione Annuale	4) Atto di indirizzo

OBIETTIVO GENERALE	POTENZIARE E RIQUALIFICARE I SETTORI CRITICI DELLA PREVENZIONE			
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
SISTEMA INFORMATIVO DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	<b>G) Informatizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione</b>	<b>1)</b> Riprogettazione dei flussi informativi necessari al governo della prevenzione e all'esercizio della prevenzione, facendo riferimento al "Mattoncino 15" dell'Assistenza Sanitaria Colettiva e al Sistema di Sorveglianza "Passi"	II semestre di vigenza del Piano	- Modelli di report omogenei - Analisi dei primi dati
SICUREZZA SUL LAVORO	<b>H) Analisi dell'andamento infortunistico in ambito lavorativo e individuazione di patologie correlate con l'esposizione in ambiente lavorativo</b>	1) Recupero dei dati dalla rete sanitaria (P.S e SDO)	I semestre di vigenza del Piano	1) Report
		2) Uso dei dati INAIL	I semestre di vigenza del Piano	2) Report
		3) Partecipazione al progetto nazionale INAIL, ISPESL, Regioni	I semestre di vigenza del Piano	3) Relazione
		4) Costruzione del sistema informativo regionale finalizzato alla riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali	II semestre di vigenza del Piano	4) Modelli di report omogenei
		5) Strutture regionali di supporto ai servizi	II° anno di vigenza del Piano	5) Attivazione
	<b>I) Azioni individuate sulla base delle informazioni aggiuntive</b>	1) Piani mirati di comparto	- Pianificazione entro il I bimestre - Avvio entro il I semestre - Valutazione entro il 2009	1) Relazione
		2) Azioni mirate sul rischio		2) Relazione
		3) Azioni di supporto agli attori della "626" con particolare riferimento agli RLS/RLST	2010-2011 Valutazione dei risultati e implementazione di correttivi entro il I° bimestre di ogni anno e comunicazione dei risultati	3) Relazione
		4) Potenziamento del settore di vigilanza e controllo	Entro il I°anno	4) Relazione a livello regionale delle iniziative intraprese
	<b>J) Promozione della sicurezza sul lavoro</b>	1) Verifica dei risultati ottenuti con i Piani mirati di comparto	Nel II° anno di vigenza del Piano	Relazione
		2) Attuazione di programmi di informazione/formazione partendo dalle risultanze dei piani di comparto e dalle azioni mirate a rischio, oltre agli specifici interventi di vigilanza	Nel III° anno di vigenza del Piano	

OBIETTIVO GENERALE	POTENZIARE E RIQUALIFICARE I SETTORI CRITICI DELLA PREVENZIONE			
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
EPIDEMIOLOGIA	<b>M) Diffondere l'uso di metodologie di analisi dei problemi per la progettazione e la valutazione degli interventi</b>	1) Promuovere attività formative e gruppi di discussione	I° semestre di vigenza del Piano	Corsi e seminari effettuati e relativi risultati ottenuti
	<b>N) Sviluppare e consolidare una rete epidemiologica regionale (Progetto di Re.T.E.)</b>	1) Attivazione della Re.T.E (istituzioni regionali e aziendali)	II° semestre di vigenza del Piano	Rapporto sullo stato di salute della popolazione
		2) Rilevazione dati relativi alle aree critiche di salute (morbosità, disabilità, mortalità, fattori di rischio)	2009	
PREVENZIONE NUTRIZIONALE	<b>O) Attivazione / potenziamento dell'Area Funzionale per la nutrizione</b>	1) Definizione e attuazione di un piano formativo per lo sviluppo di una rete integrata di servizi	I° semestre di vigenza del Piano	Attestazione formale
		2) Acquisizione di risorse umane, tecniche e strumentali	2009	
PROTEZIONE AMBIENTALE	<b>P) Costruzione di un sistema informativo basato sui dati attualmente presenti nei vari enti</b>	1) Accordo con ARTA	I° semestre di vigenza del Piano	Formalizzazione accordo
	<b>Q) Individuazione di aree geografiche e tematiche di intervento su cui procedere agli accordi di programma</b>	1) Verifica dei dati in possesso e segnalazioni da parte di enti e associazioni	II° semestre di vigenza del Piano	Relazione
	<b>R) Sviluppo di programmi con le singole realtà territoriali dipartimentali</b>	1) Piani mirati	2° anno di vigenza del Piano	Formalizzazione delle procedure
2) Costruzione con le strutture periferiche di procedure operative di intervento				

OBIETTIVO GENERALE	MIGLIORARE LA QUALITA'			
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
PROMOZIONE DELLA QUALITA'	<b>S) Sviluppo della funzione di informazione, educazione e comunicazione per la salute agli utenti e alla popolazione</b>	1) Definizione di un piano di comunicazione	I° semestre di vigenza del Piano	1) Documento
		2) Attuazione del piano di comunicazione	nel 1° e 2° anno	2) Elaborazione materiale informativo
		3) Costituzione dello sportello unico per la prevenzione	nel 1° anno creare le condizioni tecniche e organizzative per lo sportello unico; nel 2° anno attivazione dello sportello	3) Attivazione dello sportello unico in tutte le AUSL
		4) Costituzione di un nucleo di operatori per fornire supporto metodologico per l'educazione alla salute	2009	4) N° programmi di educazione customer tailored
	<b>T) Orientare le attività di educazione alla salute all'EBPH</b>	1) Istituzione Commissione regionale valutazione interventi educazione alla salute EBPH	2009	Interventi di educazione alla salute metodo EBPH/totale
	<b>U) Orientare i Servizi del Dipartimento al Miglioramento Continuo della Qualità</b>	1) Garantire l'appropriatezza d'uso di prestazioni sanitarie efficaci	Nel 1° anno di vigenza del Piano	1) Documento di revisione delle prestazioni obsolete
		2) Migliorare l'organizzazione per l'erogazione delle prestazioni	Nel 1° e 2° anno di vigenza del Piano	2) Requisiti strutturali rispettati / requisiti strutturali
		3) Definizione di protocolli operativi e di procedure integrate	Nel 1° anno di vigenza del Piano	3) Protocolli definiti / protocolli programmati Procedure integrate/ procedure previste
		4) Migliorare il rapporto con l'utenza interna ed esterna	Nel 2° anno di vigenza del Piano	4) Questionario di gradimento
	<b>V) Orientare le attività all'EBPH</b>	a. Pianificazione e attuazione di un piano formativo che coinvolga tutti gli operatori del Dipartimento di Prevenzione		Relazione dell'attività svolta

## 11 - IL GOVERNO DEL DOLORE EVITABILE

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Attuazione linee guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore a livello aziendale</b>	<b>1)</b> Identificazione del responsabile aziendale per l'applicazione delle Linee Guida	Entro il II semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
	<b>2)</b> Costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore	Entro il II semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
<b>B) Realizzazione rete delle cure palliative</b>	<b>1)</b> Completamento ed attivazione hospice in fase di realizzazione conformemente agli standard di cui all'allegato 1 del Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007	Entro fine 2010	Report annuali sullo stato di avanzamento dei lavori
	<b>2)</b> Implementazione Cure Domiciliari Livello 3B	Entro il I semestre 2008	Adozione specifici Atti formali aziendali
	<b>3)</b> Stesura Linee Guida Regionali Cure Palliative	Entro il I semestre 2008	Delibera Regionale
<b>C) Realizzazione della rete di cure palliative pediatriche</b>	<b>1)</b> Stesura Linee Guida Regionali Cure Palliative pediatriche	Entro il I semestre 2008	Delibera Regionale



## 12 - FORMAZIONE CONTINUA

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
<b>A) Strutturazione del sistema regionale ECM</b>	<b>1)</b> Definizione del modello di Accredimento – Gestione della Formazione ECM della Regione Abruzzo	Avvio dell'attività nel 2008 e progressivo consolidamento negli anni successivi	Delibera di Giunta Regionale
	<b>2)</b> Definizione e costituzione degli organismi di supporto al sistema ECM regionale		Commissione Regionale ECM: delibera di Giunta Regionale
<b>B) Attivazione del sistema ECM regionale</b>	<b>1)</b> Proposta di obiettivi formativi di interesse regionale	entro 2008	Delibera di Giunta Regionale
	<b>2)</b> Progettazione del sistema di accreditamento regionale ECM degli eventi formativi e del sistema informatizzato unico per la gestione, il monitoraggio e l'Accreditamento di tutti i processi Formativi		Documento tecnico progettuale
	<b>3)</b> Coordinamento Gruppi di Lavoro dei Responsabili Formazione ASL		Regolamento Unico Formazione
	<b>4)</b> Proposta Regolamento Unico Formazione		Progetti aziendali
	<b>5)</b> Avvio delle procedure per l'accREDITamento dei progetti di formazione		Report di formazione per Aziende
<b>C) Accredimento dei provider pubblici in accordo con tempi e criteri stabiliti a livello di conferenza Stato-Regioni</b>	<b>1)</b> Avvio della definizione dei requisiti e delle procedure per l'accREDITamento dei provider	entro 2009	Documento tecnico progettuale
	<b>2)</b> Sottoporre a procedura di accREDITamento le Strutture che ne fanno richiesta		Delibera di Giunta Regionale
	<b>3)</b> Avvio della realizzazione di una anagrafe accurata e trasparente dei crediti formativi degli operatori		Numero di Strutture accreditate/anno
			Delibera di Giunta Regionale

***ALLEGATO 3 - IMPATTO ECONOMICO (COSTI  
SORGENTI E CESSANTI) DELLE AZIONI DI PIANO  
NEGLI ANNI 2008, 2009 E 2010***

## ANNO 2008

Programmatico 2007	Potenziamento e riqualificazione Dipartimento Prevenzione			Riassetto Distretti			Potenziamento emergenza e continuità assistenziale			Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa		
	Programma B PdR			Programma C PdR			Programma D PdR			Programma E PdR		
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo
- contributi F.S.R.	2.080,000		0,000			0,000			0,000			0,000
- saldo di mobilità	4,000		0,000			0,000			0,000			0,000
- entrate proprie	72,000		0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale entrate</b>	<b>2.156,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>costi della produzione</b>												
- assistenza farmaceutica convenzionata	268,000		0,000			0,000			0,000			0,000
- assistenza sanitaria di base	135,660		0,000	1,840		1,840			0,000			0,000
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	413,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,000	-4,000
<i>ospedaliera convenzionata</i>	194,000		0,000			0,000			0,000			0,000
<i>altra assistenza</i>	219,000		0,000			0,000			0,000		4,000	-4,000
- altri costi esterni	31,000		0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi esterni</b>	<b>847,660</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>1,840</b>	<b>0,000</b>	<b>1,840</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>4,000</b>	<b>-4,000</b>
prodotti farmaceutici	134,860		0,000			0,000			0,000			0,000
acquisto di beni	173,000	0,500	0,500	0,015		0,015			0,000			0,000
acquisto di servizi	211,000	2,000	2,000	0,060		0,060			0,000			0,000
costi del personale di cui:	778,000	0,520	0,000	0,520	1,150	0,000	1,150	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>personale</i>	750,000	0,500	0,500	1,150		1,150			0,000			0,000
<i>accantonamenti per personale</i>	28,000	0,020	0,020			0,000			0,000			0,000
accantonamenti per rischi	6,000		0,000			0,000			0,000			0,000
oneri fiscali	56,000	0,040	0,040	0,090		0,090			0,000			0,000
oneri finanziari	15,000		0,000			0,000			0,000			0,000
altri costi interni	36,000		0,000	0,020		0,020			0,000			0,000
<b>totale costi interni</b>	<b>1.409,860</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>3,060</b>	<b>1,335</b>	<b>0,000</b>	<b>1,335</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>totale costi produzione</b>	<b>2.257,520</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>3,060</b>	<b>3,175</b>	<b>0,000</b>	<b>3,175</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>-4,000</b>
saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazione rimanenze	15,000		0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	<b>2.272,520</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>3,060</b>	<b>3,175</b>	<b>0,000</b>	<b>3,175</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>-4,000</b>
<b>risultato dell'esercizio</b>	<b>-116,520</b>	<b>-3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>-3,060</b>	<b>-3,175</b>	<b>0,000</b>	<b>-3,175</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>4,000</b>	<b>4,000</b>

	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		
	Programma F PdR			Programma G PdR			Programma I PdR			Programma J PdR			Programma K PdR		
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo
- contributi F.S.R.			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- saldo di mobilità			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- entrate proprie			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale entrate</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>costi della produzione</b>															
- assistenza farmaceutica convenzionata			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- assistenza sanitaria di base			0,000			0,000			0,000			0,000	0,500		0,500
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	0,000	4,000	-4,000	0,000	2,500	-2,500	4,000	0,000	4,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>ospedaliera convenzionata</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>altra assistenza</i>		4,000	-4,000		2,500	-2,500	4,000		4,000			0,000			0,000
- altri costi esterni			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi esterni</b>	0,000	4,000	-4,000	0,000	2,500	-2,500	4,000	0,000	4,000	0,000	0,000	0,000	0,500	0,000	0,500
prodotti farmaceutici			0,000	0,250		0,250			0,000	0,900		0,900	0,500		0,500
acquisto di beni			0,000	0,150		0,150			0,000	0,100		0,100	0,100		0,100
acquisto di servizi			0,000			0,000	2,000		2,000	1,510		1,510	1,000		1,000
costi del personale di cui:	0,000	0,000	0,000	1,560	0,000	1,560	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>personale</i>			0,000	1,500		1,500			0,000			0,000			0,000
<i>accantonamenti per personale</i>			0,000	0,060		0,060			0,000			0,000			0,000
<i>accantonamenti per rischi</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>oneri fiscali</i>			0,000	0,120		0,120			0,000			0,000			0,000
<i>oneri finanziari</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>altri costi interni</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi interni</b>	0,000	0,000	0,000	2,080	0,000	2,080	2,000	0,000	2,000	2,510	0,000	2,510	1,600	0,000	1,600
<b>totale costi produzione</b>	0,000	4,000	-4,000	2,080	2,500	-0,420	6,000	0,000	6,000	2,510	0,000	2,510	2,100	0,000	2,100
saldo gestione straordinaria															
+ costi intramoenia e variazione rimanenze			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	0,000	4,000	-4,000	2,080	2,500	-0,420	6,000	0,000	6,000	2,510	0,000	2,510	2,100	0,000	2,100
<b>risultato dell'esercizio</b>	0,000	4,000	4,000	-2,080	2,500	0,420	-6,000	0,000	-6,000	-2,510	0,000	-2,510	-2,100	0,000	-2,100

	Spesa Farmaceutica Territorio e ospedale			Riassetto rete ospedaliera			Programma Resto			Totale Programmi			Programmatico 2008
	Programma L PdR	Programma M, N, O e P PdR		Programma L PdR	Programma M, N, O e P PdR		Programma L PdR	Programma M, N, O e P PdR		Programma L PdR	Programma M, N, O e P PdR		
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	
- contributi F.S.R.			0,000			0,000	63,000		63,000	63,000	0,000	63,000	2.143,000
- saldo di mobilità			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
- entrate proprie			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	72,000
<b>totale entrate</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	63,000	0,000	63,000	63,000	0,000	63,000	2.219,000
<b>costi della produzione</b>													
- assistenza farmaceutica convenzionata	12,000		12,000			0,000			0,000	12,000	0,000	12,000	280,000
- assistenza sanitaria di base			0,000			0,000			0,000	2,340	0,000	2,340	138,000
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	0,000	0,000	0,000	0,000	22,500	-22,500	0,000	0,000	0,000	4,000	33,000	-29,000	384,000
<i>ospedaliera convenzionata</i>			0,000		21,000	-21,000			0,000	0,000	21,000	-21,000	173,000
<i>altra assistenza</i>			0,000		1,500	-1,500			0,000	4,000	12,000	-8,000	211,000
- altri costi esterni			0,000			0,000	2,139		2,139	2,139	0,000	2,139	33,139
<b>totale costi esterni</b>	12,000	0,000	12,000	0,000	22,500	-22,500	2,139	0,000	2,139	20,479	33,000	-12,521	835,139
prodotti farmaceutici	7,272		7,272	8,000		8,000			0,000	16,922	0,000	16,922	151,782
acquisto di beni		0,026	-0,026		0,956	-0,956			0,000	0,865	0,983	-0,118	172,882
acquisto di servizi	3,859		3,859	6,938		6,938			0,000	17,368	0,000	17,368	228,368
costi del personale di cui:	0,000	0,000	0,000	0,000	8,230	-8,230	0,000	0,000	0,000	3,230	8,230	-5,000	773,000
<i>personale</i>			0,000		7,150	-7,150			0,000	3,150	7,150	-4,000	746,000
<i>accantonamenti per personale</i>			0,000		1,080	-1,080			0,000	0,080	1,080	-1,000	27,000
<i>accantonamenti per rischi</i>			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	6,000
<i>oneri fiscali</i>			0,000		1,250	-1,250			0,000	0,250	1,250	-1,000	55,000
<i>oneri finanziari</i>			0,000			0,000		6,000	-6,000	0,000	6,000	-6,000	9,000
<i>altri costi interni</i>			0,000			0,000	0,980		0,980	1,000	0,000	1,000	37,000
<b>totale costi interni</b>	11,131	0,026	11,105	14,938	10,436	4,501	0,980	6,000	-5,020	39,634	16,463	23,172	1.433,032
<b>totale costi produzione</b>	23,131	0,026	23,105	14,938	32,936	-17,999	3,119	6,000	-2,881	60,113	49,463	10,651	2.268,171
saldo gestione straordinaria													
+ costi intramoenia e variazione rimanenze			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	15,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	23,131	0,026	23,105	14,938	32,936	-17,999	3,119	6,000	-2,881	60,113	49,463	10,651	2.283,171
<b>risultato dell'esercizio</b>	-23,131	0,026	-23,105	-14,938	32,936	17,999	59,881	6,000	65,881	2,887	49,463	52,349	-64,171

## ANNO 2009

	Programmatico 2008	Potenziamento e riqualificazione Dipartimento Prevenzione			Riassetto Distretti			Potenziamento emergenza e continuità assistenziale			Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa		
		Programma B PdR			Programma C PdR			Programma D PdR			Programma E PdR		
<b>valore della produzione</b>		sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo
- contributi F.S.R.	2.143,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- saldo di mobilità	4,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- entrate proprie	72,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale entrate</b>	<b>2.219,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>costi della produzione</b>													
- assistenza farmaceutica convenzionata	280,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- assistenza sanitaria di base	138,000			0,000	2,000		2,000			0,000			0,000
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	384,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	2,880	-2,880
<i>ospedaliera convenzionata</i>	173,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>altra assistenza</i>	211,000			0,000			0,000			0,000		2,880	-2,880
- altri costi esterni	33,139			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi esterni</b>	<b>835,139</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,880</b>	<b>-2,880</b>
prodotti farmaceutici	151,782			0,000			0,000			0,000			0,000
acquisto di beni	172,882	0,500		0,500			0,000			0,000			0,000
acquisto di servizi	228,368	2,000		2,000			0,000			0,000			0,000
costi del personale di cui:	773,000	0,520	0,000	0,520	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>personale</i>	746,000	0,500		0,500			0,000			0,000			0,000
<i>accantonamenti per personale</i>	27,000	0,020		0,020			0,000			0,000			0,000
<i>accantonamenti per rischi</i>	6,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>oneri fiscali</i>	55,000	0,040		0,040			0,000			0,000			0,000
<i>oneri finanziari</i>	9,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>altri costi interni</i>	37,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi interni</b>	<b>1.433,032</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>totale costi produzione</b>	<b>2.268,171</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>3,060</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,880</b>	<b>-2,880</b>
saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazione rimanenze	15,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	<b>2.283,171</b>	<b>3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>3,060</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,880</b>	<b>-2,880</b>
<b>risultato dell'esercizio</b>	<b>-64,171</b>	<b>-3,060</b>	<b>0,000</b>	<b>-3,060</b>	<b>-2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>-2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,880</b>	<b>2,880</b>

	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		
	Programma F PdR			Programma G PdR			Programma I PdR			Programma J PdR			Programma K PdR		
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo
- contributi F.S.R.			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- saldo di mobilità			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- entrate proprie			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale entrate</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>costi della produzione</b>															
- assistenza farmaceutica convenzionata			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- assistenza sanitaria di base			0,000			0,000	0,400		0,400	0,341		0,341	0,400		0,400
- assistenza convenzionata esterna: di cui:															
ospedaliera convenzionata	0,000	6,720	-6,720	0,000	2,100	-2,100	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
altra assistenza		6,720	-6,720		2,100	-2,100									
- altri costi esterni			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi esterni</b>	0,000	6,720	-6,720	0,000	2,100	-2,100	0,400	0,000	0,400	0,341	0,000	0,341	0,400	0,000	0,400
prodotti farmaceutici			0,000	0,250		0,250	1,000		1,000	1,200		1,200	0,750		0,750
acquisto di beni			0,000	0,150		0,150	0,500		0,500	0,200		0,200	0,300		0,300
acquisto di servizi			0,000			0,000	3,000		3,000	2,000		2,000	2,000		2,000
costi del personale di cui:	0,000	0,000	0,000	1,560	0,000	1,560	1,560	0,000	1,560	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
personale			0,000	1,500		1,500	1,500		1,500			0,000			0,000
accantonamenti per personale			0,000	0,060		0,060	0,060		0,060			0,000			0,000
accantonamenti per rischi			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
oneri fiscali			0,000	0,120		0,120	0,120		0,120			0,000			0,000
oneri finanziari			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
altri costi interni			0,000			0,000			0,000	0,250		0,250	0,315		0,315
<b>totale costi interni</b>	0,000	0,000	0,000	2,080	0,000	2,080	6,180	0,000	6,180	3,650	0,000	3,650	3,365	0,000	3,365
<b>totale costi produzione</b>	0,000	6,720	-6,720	2,080	2,100	-0,020	6,580	0,000	6,580	3,991	0,000	3,991	3,765	0,000	3,765
saldo gestione straordinaria															
+ costi intramoenia e variazione rimanenze			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	0,000	6,720	-6,720	2,080	2,100	-0,020	6,580	0,000	6,580	3,991	0,000	3,991	3,765	0,000	3,765
<b>risultato dell'esercizio</b>	0,000	6,720	6,720	-2,080	2,100	0,020	-6,580	0,000	-6,580	-3,991	0,000	-3,991	-3,765	0,000	-3,765

	Spesa Farmaceutica Territorio e ospedale			Riassetto rete ospedaliera			Programma Resto			Totale Programmi			Programmatico 2009
	Programma L PdR			Programma M, N, O e P PdR									
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	
- contributi F.S.R.			0,000			0,000	70,000		70,000	70,000	0,000	70,000	2.213,000
- saldo di mobilità			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
- entrate proprie			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	72,000
<b>totale entrate</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	70,000	0,000	70,000	70,000	0,000	70,000	2.289,000
<b>costi della produzione</b>													
- assistenza farmaceutica convenzionata	3,000		3,000			0,000			0,000	3,000	0,000	3,000	283,000
- assistenza sanitaria di base			0,000			0,000			0,000	3,141	0,000	3,141	141,141
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	0,000	0,000	0,000	4,000	0,600	3,400	0,000	0,000	0,000	4,000	12,300	-8,300	375,700
<i>ospedaliera convenzionata</i>			0,000	4,000		4,000			0,000	4,000	0,000	4,000	177,000
<i>altra assistenza</i>			0,000		0,600	-0,600			0,000	0,000	12,300	-12,300	198,700
- altri costi esterni			0,000			0,000	2,287		2,287	2,287	0,000	2,287	35,426
<b>totale costi esterni</b>	3,000	0,000	3,000	4,000	0,600	3,400	2,287	0,000	2,287	12,427	12,300	0,127	835,266
prodotti farmaceutici	6,052		6,052	10,000		10,000			0,000	19,252	0,000	19,252	171,033
acquisto di beni			0,000	3,445		3,445			0,000	5,095	0,000	5,095	177,978
acquisto di servizi	3,000		3,000	6,632		6,632			0,000	18,632	0,000	18,632	247,000
costi del personale di cui:	0,000	0,000	0,000	0,000	6,000	-6,000	0,000	3,640	-3,640	3,640	9,640	-6,000	767,000
<i>personale</i>			0,000		5,000	-5,000		3,500	-3,500	3,500	8,500	-5,000	741,000
<i>accantonamenti per personale</i>			0,000		1,000	-1,000		0,140	-0,140	0,140	1,140	-1,000	26,000
<i>accantonamenti per rischi</i>			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	6,000
<i>oneri fiscali</i>			0,000		1,000	-1,000		0,280	-0,280	0,280	1,280	-1,000	54,000
<i>oneri finanziari</i>			0,000			0,000		9,000	-9,000	0,000	9,000	-9,000	0,000
<i>altri costi interni</i>			0,000			0,000	0,339		0,339	0,904	0,000	0,904	37,904
<b>totale costi interni</b>	9,052	0,000	9,052	20,078	7,000	13,078	0,339	12,920	-12,581	47,804	19,920	27,884	1.460,916
<b>totale costi produzione</b>	12,052	0,000	12,052	24,078	7,600	16,478	2,626	12,920	-10,294	60,231	32,220	28,011	2.296,182
saldo gestione straordinaria													
+ costi intramoenia e variazione rimanenze			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	15,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	12,052	0,000	12,052	24,078	7,600	16,478	2,626	12,920	-10,294	60,231	32,220	28,011	2.311,182
<b>risultato dell'esercizio</b>	-12,052	0,000	-12,052	-24,078	7,600	-16,478	67,374	12,920	80,294	9,769	32,220	41,989	-22,182



## ANNO 2010

Programmatico 2009	Potenziamento e riqualificazione Dipartimento Prevenzione			Riassetto Distretti			Potenziamento emergenza e continuità assistenziale			Riequilibrio e regolazione assistenza riabilitativa			
	Programma B PdR	Programma C PdR	Programma D PdR	Programma E PdR	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo
<b>valore della produzione</b>													
- contributi F.S.R.	2.213,000		0,000			0,000			0,000				0,000
- saldo di mobilità	4,000		0,000			0,000			0,000				0,000
- entrate proprie	72,000		0,000			0,000			0,000				0,000
<b>totale entrate</b>	<b>2.289,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>costi della produzione</b>													
- assistenza farmaceutica convenzionata	283,000		0,000			0,000			0,000				0,000
- assistenza sanitaria di base	141,141		0,000	2,000		2,000			0,000				0,000
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	375,700	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>ospedaliera convenzionata</i>	177,000		0,000			0,000			0,000				0,000
<i>altra assistenza</i>	198,700		0,000			0,000			0,000				0,000
- altri costi esterni	35,426		0,000			0,000			0,000				0,000
<b>totale costi esterni</b>	<b>835,266</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
prodotti farmaceutici	171,033		0,000			0,000			0,000				0,000
acquisto di beni	177,978		0,000			0,000			0,000				0,000
acquisto di servizi	247,000		0,000			0,000			0,000				0,000
costi del personale di cui:	767,000	1,050	0,000	1,050	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	2,625	0,000	2,625
<i>personale</i>	741,000	1,000		1,000		0,000			0,000		2,500		2,500
<i>accantonamenti per personale</i>	26,000	0,050		0,050		0,000			0,000		0,125		0,125
<i>accantonamenti per rischi</i>	6,000		0,000			0,000			0,000				0,000
<i>oneri fiscali</i>	54,000	0,075		0,075		0,000			0,000		0,188		0,188
<i>oneri finanziari</i>	0,000		0,000			0,000			0,000				0,000
<i>altri costi interni</i>	37,904		0,000			0,000			0,000				0,000
<b>totale costi interni</b>	<b>1.460,916</b>	<b>1,125</b>	<b>0,000</b>	<b>1,125</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,813</b>	<b>0,000</b>	<b>2,813</b>
<b>totale costi produzione</b>	<b>2.296,182</b>	<b>1,125</b>	<b>0,000</b>	<b>1,125</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,813</b>	<b>0,000</b>	<b>2,813</b>
saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazione rimanenze	15,000		0,000			0,000			0,000				0,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	<b>2.311,182</b>	<b>1,125</b>	<b>0,000</b>	<b>1,125</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>2,813</b>	<b>0,000</b>	<b>2,813</b>
<b>risultato dell'esercizio</b>	<b>-22,182</b>	<b>-1,125</b>	<b>0,000</b>	<b>-1,125</b>	<b>-2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>-2,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>-2,813</b>	<b>0,000</b>	<b>-2,813</b>

	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		
	Programma F PdR			Programma G PdR			Programma I PdR			Programma J PdR			Programma K PdR		
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo
- contributi F.S.R.			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- saldo di mobilità			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- entrate proprie			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale entrate</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>costi della produzione</b>															
- assistenza farmaceutica convenzionata			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
- assistenza sanitaria di base			0,000			0,000	0,500		0,500	0,500		0,500	0,500		0,500
- assistenza convenzionata esterna: di cui:															
<i>ospedaliera convenzionata</i>	0,000	2,300	-2,300	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>altra assistenza</i>		2,300	-2,300			0,000			0,000			0,000			0,000
- altri costi esterni			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi esterni</b>	0,000	2,300	-2,300	0,000	0,000	0,000	0,500	0,000	0,500	0,500	0,000	0,500	0,500	0,000	0,500
prodotti farmaceutici			0,000	0,250		0,250	1,000		1,000	1,000		1,000	1,000		1,000
acquisto di beni			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
acquisto di servizi			0,000			0,000	0,500		0,500	0,500		0,500	0,500		0,500
costi del personale di cui:	0,000	0,000	0,000	1,050	0,000	1,050	1,050	0,000	1,050	1,050	0,000	1,050	1,050	0,000	1,050
<i>personale</i>			0,000	1,000		1,000	1,000		1,000	1,000		1,000	1,000		1,000
<i>accantonamenti per personale</i>			0,000	0,050		0,050	0,050		0,050	0,050		0,050	0,050		0,050
<i>accantonamenti per rischi</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>oneri fiscali</i>			0,000	0,075		0,075	0,075		0,075	0,075		0,075	0,075		0,075
<i>oneri finanziari</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<i>altri costi interni</i>			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi interni</b>	0,000	0,000	0,000	1,375	0,000	1,375	2,625	0,000	2,625	2,625	0,000	2,625	2,625	0,000	2,625
<b>totale costi produzione</b>	0,000	2,300	-2,300	1,375	0,000	1,375	3,125	0,000	3,125	3,125	0,000	3,125	3,125	0,000	3,125
saldo gestione straordinaria															
+ costi intramoenia e variazione rimanenze			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	0,000	2,300	-2,300	1,375	0,000	1,375	3,125	0,000	3,125	3,125	0,000	3,125	3,125	0,000	3,125
<b>risultato dell'esercizio</b>	0,000	2,300	2,300	-1,375	0,000	-1,375	-3,125	0,000	-3,125	-3,125	0,000	-3,125	-3,125	0,000	-3,125

	Spesa Farmaceutica Territorio e ospedale			Riassetto rete ospedaliera			Programma Resto			Totale Programmi			Programmatico 2010
	Programma L PdR			Programma M, N, O e P PdR									
<b>valore della produzione</b>	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	sorgenti	cessanti	saldo	
- contributi F.S.R.			0,000			0,000	70,000		70,000	70,000	0,000	70,000	2.283,000
- saldo di mobilità			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
- entrate proprie			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	72,000
<b>totale entrate</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	70,000	0,000	70,000	70,000	0,000	70,000	2.359,000
<b>costi della produzione</b>													
- assistenza farmaceutica convenzionata	5,000		5,000			0,000			0,000	5,000	0,000	5,000	288,000
- assistenza sanitaria di base			0,000			0,000			0,000	3,500	0,000	3,500	144,641
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	0,000	0,000	0,000	4,000	0,000	4,000	0,000	0,000	0,000	4,000	2,300	1,700	377,400
<i>ospedaliera convenzionata</i>			0,000	4,000		4,000			0,000	4,000	0,000	4,000	181,000
<i>altra assistenza</i>			0,000			0,000			0,000	0,000	2,300	-2,300	196,400
- altri costi esterni			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	35,426
<b>totale costi esterni</b>	5,000	0,000	5,000	4,000	0,000	4,000	0,000	0,000	0,000	12,500	2,300	10,200	845,466
prodotti farmaceutici	5,000		5,000	5,000		5,000			0,000	13,250	0,000	13,250	184,283
acquisto di beni			0,000	2,000		2,000			0,000	2,000	0,000	2,000	179,978
acquisto di servizi			0,000	0,500		0,500			0,000	2,000	0,000	2,000	249,000
costi del personale di cui:	0,000	0,000	0,000	3,150	0,000	3,150	0,000	0,000	0,000	11,025	0,000	11,025	778,025
<i>personale</i>			0,000	3,000		3,000			0,000	10,500	0,000	10,500	751,500
<i>accantonamenti per personale</i>			0,000	0,150		0,150			0,000	0,525	0,000	0,525	26,525
<i>accantonamenti per rischi</i>			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	6,000
<i>oneri fiscali</i>			0,000	0,225		0,225			0,000	0,788	0,000	0,788	54,788
<i>oneri finanziari</i>			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>altri costi interni</i>			0,000			0,000			0,000	0,000	0,000	0,000	37,904
<b>totale costi interni</b>	5,000	0,000	5,000	10,875	0,000	10,875	0,000	0,000	0,000	29,063	0,000	29,063	1.489,978
<b>totale costi produzione</b>	10,000	0,000	10,000	14,875	0,000	14,875	0,000	0,000	0,000	41,563	2,300	39,263	2.335,444
saldo gestione straordinaria													
+ costi intramoenia e variazione rimanenze			0,000			0,000	8,555		8,555	8,555	0,000	8,555	23,555
<b>totale costi al netto dei ricavi straordinari</b>	10,000	0,000	10,000	14,875	0,000	14,875	8,555	0,000	8,555	50,118	2,300	47,818	2.358,999
<b>risultato dell'esercizio</b>	-10,000	0,000	-10,000	-14,875	0,000	-14,875	61,445	0,000	61,445	19,883	2,300	22,183	0,001

# ***ALLEGATO 4 - I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA PER IL MACROLIVELLO DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA***

Il livello si articola nelle seguenti aree.

- A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- D Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F Sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
- G Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale
- H Valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche

Per ogni Servizio sono stati individuati i programmi/attività, nonché le attività integrate

SERVIZIO DI IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA

Livello A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
A1	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse	Gestione del sistema di segnalazione e notifica di malattia infettiva e diffusiva, e dei focolai epidemici Indagini epidemiologiche in caso di focolai Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di vita dei vettori di microrganismi patogeni, anche in relazione alle antropozoonosi Analisi periodica dei dati, in termini di tempo, spazio e persona Conduzione di eventuali studi analitici per indagare i fattori di rischio Comunicazione e diffusione dei risultati sull'andamento delle malattie infettive/diffusive	Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive Comunicazione periodica a cittadini e istituzioni
A2	Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse	Predisposizione ed attuazione delle misure da adottare per il controllo delle malattie infettive Predisposizione ed attuazione delle azioni di controllo da attuare in caso di focolai epidemici Assistenza e vigilanza sulle operazioni pubbliche di disinfestazione e derattizzazione Programmi di educazione sanitaria Comunicazione e diffusione di informazioni sulle azioni di controllo intraprese	Profilassi immunitaria e chemioprolifassi dei contatti e dei soggetti a rischio Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi. Produzione periodica di report sugli interventi di controllo Comunicazione periodica a cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive
A3	Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate di cui al Piano Nazionale Vaccini (Accordo Stato Regioni 3 Marzo 2005), nonché le vaccinazioni per la prevenzione delle infezioni da Papillomavirus Umano (HPV), limitatamente alle bambine nel 12° anno di vita (dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni)	Gestione anagrafe vaccinale Sorveglianza delle coperture vaccinali e delle reazioni avverse a vaccino Valutazione della qualità dei programmi vaccinali Valutazione dell'impatto di salute dei programmi vaccinali Produzione di report	Inviti alle persone interessate Vaccinazioni Interventi di informazione e comunicazione Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive
A4	Medicina del viaggiatore	Aggiornamento sui rischi infettivi presenti nelle varie aree del pianeta Attività di prevenzione alle popolazioni migranti, previste dall'art. 35, comma 3, del decreto legislativo n.286/1998	Informazione per i viaggiatori Attività di prevenzione rivolte alle popolazioni migranti: vaccinazioni; profilassi internazionale; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive e bonifica focolai
A5	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	Analisi dei possibili scenari Predisposizione di sistemi di sorveglianza ad hoc Identificazione delle misure da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme Predisposizione di procedure/ protocolli locali e generali, formazione del personale e comunicazione Accordi di collaborazione con altri soggetti direttamente interessati Produzione di report	Attuazione di tutte le misure di prevenzione e controllo previste in caso di una possibile emergenza (ad es. misure quarantenarie, dispositivi individuali di protezione, vaccinazioni, etc.) Interventi di informazione e comunicazione

Livello B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

N.	Programmi / Attività 64	Componenti del programma	Prestazioni
B1	Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico	Gestione archivio degli impianti esistenti Vigilanza sugli impianti natatori e piscine per la riabilitazione	Verifiche e controlli analitici delle acque destinate a scopo ludico-ricreativo
B2	Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione	Mappatura e valutazione idoneità punti di balneazione Monitoraggio delle acque	Informazione alla popolazione ed alle istituzioni sui rischi e il monitoraggio Campionamento e analisi delle acque
B4	Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato	Sistemi di monitoraggio dei principali rischi ambientali ed elaborazione di mappe di rischio ambientale Promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute Attività di controllo su singoli impianti: rumore, inquinamento atmosferico, smaltimento dei rifiuti. Valutazione di possibili effetti sulla salute di esposizioni a fattori di rischio ambientale Attività di supporto per le Autorizzazioni Integrate Ambientali	Comunicazione dei rischi ambientali Assistenza ad enti ed istituzioni, su rapporti ambiente e salute, per programmi di miglioramento ambientale Controlli tecnici su rumore, inquinamento atmosferico, smaltimento dei rifiuti
B5	Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni	Sorveglianza sulle abitazioni con condizioni critiche di igiene e sicurezza, a tutela dell'utenza debole e altri cittadini socialmente svantaggiati Promozione della competenza di famiglie e popolazione anziana circa i rischi di incidenti domestici Individuazione delle situazioni di pericolo	Informativa agli Enti preposti su situazioni abitative critiche Informazione a gruppi di popolazione sui rischi di incidenti domestici
B6	Promozione della sicurezza stradale	Promozione e gestione di un approccio integrato che coinvolga i diversi livelli di assistenza dell'azienda sanitaria: professionisti ospedalieri e della medicina specialistica e di base; Contributo allo sviluppo di sistemi informativi integrati per l'analisi dei determinanti; Contributo allo sviluppo di iniziative, coordinate tra i diversi soggetti competenti, per l'educazione, l'informazione, la formazione sulla sicurezza stradale; Promozione dell'inserimento della sicurezza stradale tra i criteri per la pianificazione urbanistica e la progettazione edilizia Iniziative finalizzate ad incrementare l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale	Report informativi Comunicazione periodica a cittadini e istituzioni Interventi di promozione della guida sicura

<sup>64</sup> Questi programmi sono erogati in forma integrata tra sistema sanitario e agenzie per la protezione ambientale, in accordo con le indicazioni normative regionali.

N.	Programmi / Attività 64	Componenti del programma	Prestazioni
B9	Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali	Attività di controllo e vigilanza	Verifiche e controlli analitici Informazione ed assistenza
B13	Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, preparati ed articoli (REACH)	Partecipazione al sistema di allerta Attività di vigilanza e controllo programmate e derivanti dall'attivazione del sistema di allerta Attività di informazione ai cittadini ed ai lavoratori	Verifiche e controlli Informazione ed assistenza Comunicazione dati di monitoraggio
B14	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)	Previsione degli scenari emergenziali Partecipazione al sistema di allerta Attività di vigilanza e controllo programmate e derivanti dall'attivazione del sistema di allerta Attività di informazione ai cittadini e alle istituzioni	Comunicazione / informazione Predisposizione di piani e protocolli operativi in accordo con altre istituzioni coinvolte
B15	Tutela della collettività dal rischio radon	Redazione della mappa del territorio per individuazione delle aree a rischio Monitoraggio delle abitazioni site in aree a rischio Linee operative per la bonifica delle abitazioni esistenti e la costruzione delle nuove	Produzione di mappa del rischio Informazione e comunicazione Controlli tecnici specifici

Prestazioni a pagamento secondo tariffario regionale da garantirsi in una logica di integrazione con gli specifici programmi richiamati dalla numerazione

N. Programma	Prestazione
B1	Valutazione sui progetti di nuove piscine pubbliche o di uso pubblico
B3	Verifica di compatibilità urbanistica dei progetti di insediamenti produttivi, industriali, artigianali e commerciali, ai fini della tutela della salute della collettività e della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori
B7	Valutazioni preventive in occasione della procedura per il rilascio del titolo a costruire
B8	Valutazioni preventive per autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie complesse
B10	Esame e controllo dei piani di scoibentazione a tutela dei lavoratori e della collettività
B10	Predisposizione certificazione di restituibilità, in caso di scoibentazione di amianto friabile
B11	Eventuali provvedimenti autorizzativi e/o pareri a tutela della collettività e/o dei lavoratori, valutazioni tecniche e pareri
B12	Eventuali provvedimenti autorizzativi e/o pareri a tutela della collettività e/o dei lavoratori, valutazioni tecniche e pareri

Livello B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

B3	Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica	Gestione di un sistema informativo, su base anagrafica, delle attività produttive e dei servizi, per fornire informazioni utili alla pianificazione urbanistica; Promozione, negli strumenti di regolazione edilizia e urbanistica, di criteri per la tutela degli ambienti di vita dagli inquinanti ambientali, per lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale Valutazioni preventive dei piani urbanistici, in collaborazione con ARPA	Assistenza tecnica a Enti preposti su rapporti tra salute e pianificazione urbana Verifiche e controlli
B7	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo	Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti per gli utenti ed i lavoratori Concorso alla definizione delle azioni di miglioramento, da concordare con i soggetti gestori	Verifiche e controlli Assistenza agli enti preposti Controlli analitici indoor nell'ambito di programmi specifici
B8	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria	Gestione dell'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture ed impianti esistenti per gli utenti ed i lavoratori	Verifiche e controlli Informazione ed assistenza
B10	Tutela della popolazione e dei lavoratori dal rischio "amianto"	Censimento presenza di amianto friabile e compatto nei luoghi di vita e di lavoro Controllo dei piani di bonifica Vigilanza sulle attività di bonifica a tutela dei cittadini e dei lavoratori.	Verifiche e controlli Informazione ed assistenza Monitoraggio e comunicazione dati a cittadini e lavoratori
B11	Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici	Attività di vigilanza e controllo a tutela della sicurezza dei lavoratori e dei cittadini	Verifiche e controlli
B12	Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	Attività di vigilanza e controllo negli ambienti di vita Attività di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro	Verifiche e controlli



F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F1	Coinvolgimento dei cittadini e cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni della collettività, in programmi inter-settoriali	<p>Profilo di salute della comunità                      Disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da rilevazioni che coinvolgono la comunità, al fine di:                      analizzare i bisogni della popolazione                      individuare i rischi della popolazione e dell'ambiente                      valutare l'impatto sulla salute di interventi sanitari, ambientali e sociali</p>	Relazioni sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari
		<p>Promozione della consapevolezza e della partecipazione                      Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute agli interlocutori istituzionali, organizzazioni sociali e associazioni, al fine di promuovere il valore salute in tutte le politiche e gli strumenti di regolazione e a sostegno del riorientamento dell'offerta in aderenza ai bisogni di salute della comunità                      Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute ai cittadini allo scopo di promuovere la partecipazione alle scelte per la salute e di rafforzare i singoli nella adozione di stili di vita sani (empowerment)</p>	Informazioni a cittadini e istituzioni
		<p>Promozione di sinergie con altri soggetti, costruzione di alleanze e partenariati per la salute                      Promozione di alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali per concordare azioni a sostegno di politiche per la salute</p>	Accordi
		<p>Contributo tecnico scientifico alla promozione della salute                      Sostegno all'individuazione di soluzioni ai problemi di salute prioritari, basate su evidenze scientifiche</p>	Individuazione dei programmi di prevenzione più efficaci
F2	Sorveglianza sui fattori di rischio di malattie croniche	<p>Rilevazione, analisi e comunicazione di informazioni sui rischi di malattie croniche                      Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie croniche</p>	Informazioni sui rischi di malattie croniche
F3	Prevenzione delle malattie croniche più diffuse, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità e indicazioni concordate a livello nazionale	<p>Promozione e realizzazione di interventi di sanità pubblica aventi le seguenti caratteristiche:                      sorveglianza dei trend temporali e spaziali del fenomeno che si intende prevenire/contrastare e dei determinanti correlati,                      programmazione e attuazione di interventi che privilegino azioni di dimostrata efficacia e che operino a livello sociale e ambientale, del sistema sanitario, individuale;                      valutazione di processo e di impatto sulla salute degli interventi realizzati</p>	Interventi Valutazioni

F4	Prevenzione e contrasto del tabagismo	<p>Programmi scolastici di prevenzione dell'iniziazione</p> <p>Campagne informative/educative, rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici</p> <p>Vigilanza sull'osservanza del divieto di fumo (L. 3/2003)</p>	Informazioni sui rischi per la salute correlati al fumo
F5	Prevenzione dell'uso di droghe	<p>Campagne informative mirate alla diffusione della norma del non-uso di droghe</p> <p>Programmi scolastici di prevenzione primaria dell'uso di droghe</p> <p>Programmi comunitari di prevenzione dell'uso di droghe</p>	Informazioni sui rischi per la salute correlati al consumo di droghe
F6	Prevenzione dell'alcolismo	<p>Campagne informativo-educative per la prevenzione dell'uso rischioso di bevande alcoliche</p> <p>Programmi scolastici di prevenzione del consumo di bevande alcoliche</p> <p>Programmi di promozione della guida senza alcol attraverso campagne di mass media e interventi nei luoghi di ritrovo</p> <p>Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale</p> <p>Organizzazione di iniziative di comunicazione e informazione sulla promozione dell'attività fisica</p>	<p>Informazioni sui rischi per la salute correlati al consumo di alcol</p>
F7	Tutela dell'attività fisica promozione	<p>Promozione del counseling sull'attività fisica da parte degli operatori sanitari</p> <p>Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità, previa valutazione clinica, comprensiva di visita e accertamenti diagnostici e strumentali, sulla base dei protocolli definiti a livello nazionale</p> <p>Rilascio certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica in campo scolastico</p> <p>Programmi di prevenzione e contrasto al doping</p> <p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening con periodicità definita a livello nazionale per tutta la popolazione target residente e domiciliata</p>	<p>Informazioni sui rischi per la salute correlati alla sedentarietà o alla scarsa attività fisica</p> <p>Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per disabili e minori</p> <p>Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche</p>
F8	Screening oncologici secondo l'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005	<p>Sorveglianza sulla estensione e sulla adesione dei programmi e valutazioni relative alla qualità dei processi e all'impatto sulla salute della popolazione, anche attraverso la realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali</p> <p>Coinvolgimento di gruppi a rischio e di gruppi socialmente svantaggiati</p> <p>Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale</p> <p>Realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali</p>	<p>Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening</p> <p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening alle popolazioni target</p>

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Livello C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
C1	Sorveglianza epidemiologica del territorio per la prevenzione e controllo dei rischi e danni da lavoro	Utilizzo e aggiornamento archivio anagrafico informatizzato delle aziende (INAIL – ISPESL -Regioni e/o della CCIAA) Mappatura delle aziende a rischio di incidente rilevante Elaborazione di mappe e profili territoriali per comparto e/o per rischio Comunicazione e diffusione dei dati ai soggetti sociali e istituzionali	Report periodici di informazione Comunicazione periodica ai cittadini e alle istituzioni
C2	Sorveglianza epidemiologica su infortuni e malattie professionali	Gestione dei dati su infortuni e malattie professionali derivanti dall'archivio integrato INAIL – ISPESL -Regioni e di quelli derivanti dal Sistema Nazionale di Sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi Elaborazione profili di danno territoriali Comunicazione e diffusione dei risultati	Report periodici di informazione Comunicazione periodica ai cittadini e alle istituzioni
C3	Programmi di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro	Programmazione e svolgimento dell'attività di controllo e vigilanza Elaborazione ed aggiornamento del profilo di rischio delle singole aziende controllate Svolgimento di Inchieste per infortuni e Malattie Professionali	Vigilanza e controllo Attività prescrittiva Report informativi
C4	Prevenzione delle patologie professionali e lavoro –correlate attraverso il controllo dei fattori di rischio chimico, fisico, biologico ed ergonomico-organizzativo	Esame delle valutazioni di rischio, delle procedure di sicurezza, delle misure di miglioramento programmate e dei dispositivi personali di protezione utilizzati Indagini, campionamenti e misurazioni di igiene industriale e di tipo ergonomico - organizzativo Implementazione di soluzioni di bonifica ambientale ed ergonomico - organizzative	Indagini tecniche Attività prescrittiva Report informativi
C5	Prevenzione degli infortuni attraverso il controllo di impianti, macchine e apparecchiature nei luoghi di lavoro e verifiche tecniche periodiche	Controllo delle caratteristiche e dispositivi di sicurezza di macchine,impianti e apparecchiature Esame della valutazione di rischio e della documentazione relativa, comprese le procedure di sicurezza e di controllo periodico Avvio eventuale delle procedure per la non conformità di macchine ed impianti alle normative europee	Controlli e verifiche Attività prescrittiva Report informativi
C6	Programmi per il miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Partecipazione alla elaborazione e svolgimento di attività e ricerche finalizzate alla individuazione di soluzioni, bonifiche, buone pratiche Attività di assistenza sull'implementazione nel territorio delle soluzioni, bonifiche, buone pratiche Effettuazione di piani per la comunicazione dei risultati e promozione delle misure di miglioramento	Assistenza e informazione alle imprese Report informativi Comunicazione periodica ai cittadini e alle istituzioni

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
C7	Valutazione e controllo dello stato di salute dei lavoratori	Piani di sorveglianza sanitaria mirata per la valutazione dello stato di salute dei lavoratori e la ricerca attiva delle malattie professionali e lavoro correlate Valutazione dei luoghi di lavoro e rilascio pareri per l'interdizione obbligatoria dal rischio per lavoratrici madri e nascituro Esame dei ricorsi avverso il parere del medico competente (ex art.17-626/94) Formulazione di linee di indirizzo per l'attività dei medici competenti Controllo delle attività dei medici competenti	Rilascio di pareri e/o certificazioni sanitarie Controlli sanitari sui lavoratori Sorveglianza sanitaria
C8	Controllo degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche con effetti a lungo termine	Gestione dei sistemi di sorveglianza epidemiologica delle patologie tumorali di origine professionale Organizzazione della attività di counseling rivolta agli ex-esposti per la prevenzione dei tumori Coordinamento e valutazione dell'attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti	Informazione e assistenza Counseling Sorveglianza sanitaria su ex esposti
C9	Comunicazione del rischio ai lavoratori esposti ed interventi di informazione specifica con particolare riferimento ai lavoratori migranti e stranieri	Interventi di informazione ed iniziative di comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi Attivazione di Sportelli informativi dedicati	Informazione e assistenza
C10	Attività di formazione e/o assistenza al sistema di prevenzione delle aziende e nei confronti dei lavoratori, con particolare riferimento ai lavoratori migranti e stranieri	Iniziative di assistenza su temi specifici e/o per gruppi di lavoratori in condizioni di particolare disagio, quali migranti, stranieri, atipici, in collaborazione con parti sociali ed altri organismi competenti	Iniziative di formazione Produzione e diffusione di materiale informativo

Prestazioni a pagamento secondo tariffario regionale da garantirsi in una logica di integrazione con gli specifici programmi richiamati dalla numerazione

N. Programma	Prestazione
C5	Verifiche periodiche o straordinarie di impianti, macchine e apparecchiature, come previsto dalla normativa
C7	Valutazione dei luoghi di lavoro e rilascio dei pareri per la tutela della salute di minori
C7	Accertamenti di idoneità specifica alla mansione in non esposti a rischio(ex art.5 -300/70)
C7	Partecipazione ai collegi medici per il collocamento mirato al lavoro ed altre valutazioni medico legali
C10	Formazione rivolta a soggetti del sistema di prevenzione delle aziende

SERVIZIO SANITA' ANIMALE

D Igiene e Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D1	Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali	- Verifica della registrazione delle movimentazioni animali	- Certificazioni - Report informativi
D3	Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale	- Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche - Gestione e aggiornamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende zootecniche e degli animali da reddito, divise per specie animali - Geo-referenziazione delle aziende	- Implementazioni anagrafiche - Certificazioni - Report informativi - Controlli in azienda
D5	Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali	- Effettuazione dei piani di profilassi regionali e nazionali - Valutazione epidemiologica dei dati ai fini della programmazione dell'attività	- Sorveglianza sanitaria - Certificazioni - Report informativi
D6	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali	- Registrazione di segnalazione di malattia infettiva di animali, anche sospetta, e/o di focolaio epidemico - Notifica di caso di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico - Produzione di report periodici per la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive animali	- Sorveglianza epidemiologica - Report informativi
D9	Lotta al randagismo	Realizzazione ed aggiornamento dell'anagrafe canina e censimento delle colonie feline. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Prevenzione dell'abbandono ed informazione per l'adozione consapevole	- Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale - Efficacia delle campagne di sterilizzazione. - Eventi ed attività informativa
D10	Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantropiche Controllo episodi di morsi di cani	- Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: • Eventi patologici popolazioni animali in ambito urbano • Eventi sentinella • Diffusione di situazioni di rischio • Anagrafica delle morsicature da cani	- Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione
D12	Prevenzione e controllo delle zoonosi	- Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: • Prevenzione • Eradicazione • Eventi sentinella su popolazioni animali • Valutazione di situazioni di rischio	- Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione - Sistema sorveglianza per flussi dati adeguati

SERVIZIO DI IGIENE DELLA PRODUZIONE, DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE, TRASPORTO, DEPOSITO, SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

E2	Sorveglianza sugli impianti di macellazione bovini , suini, ovini, equini, pollame, lagomorfi	- Attività di controllo sugli animali macellati come da regolamento 854/04 CE e sulla selvaggina destinata al consumo umano	Ispezioni Report informativi
E3	Sorveglianza sulle produzioni lattiero-casearie, sulla produzione di miele e uova	- Controllo delle aziende di trasformazione ai sensi del regolamento 852/04 e 854/04 CE	- Controlli periodici Report informativi
E6	Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04	- Audit; - Ispezioni; - Monitoraggio; - Sorveglianza; - Interventi correttivi, in forma di provvedimenti giudiziari, sanzionatori, amministrativi, indirizzi tecnici, prescrizioni	- Controlli periodici - Campionamenti - Prescrizioni - Certificazioni - Report informativi
E7	Sorveglianza su stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. 853/04 e 854/04 CE di carni, prodotti ittici, molluschi, uova	Come da Regolamento CE 882/04 e 854/04: - audit; - ispezioni; - monitoraggio; - sorveglianza; - provvedimenti giudiziari, sanzionatori, amministrativi, indirizzi tecnici, prescrizioni	- Controlli programmati - Prescrizioni - Report informativi
E10	Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano	Come da Reg 178/02 CE - attivazione - sorveglianza; - provvedimenti giudiziari/sanzionatori/ amministrativi/indirizzi tecnici/prescrizioni	- Vigilanza - Prescrizioni - Report informativi

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

D Igiene e Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori  
E Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D2	Riproduzione animale	- Controllo periodico sulla riproduzione animale - Rilascio o rinnovo autorizzazioni sanitarie - Rilascio del parere per autorizzazione sanitaria	- Controlli periodici - Certificazioni - Report informativi
D4	Vigilanza sul benessere degli animali da reddito	- Controllo periodico degli allevamenti e degli animali da reddito - Informazione degli operatori zootecnici - Controllo sulle condizioni di trasporto - Controllo sulla protezione degli animali durante la macellazione	- Report di controllo - Corsi di formazione
D8	Sorveglianza sull'impiego del farmaco veterinario	- Piani di sorveglianza sul farmaco veterinario - Controllo del corretto utilizzo del farmaco veterinario: - Registri carico/scarico, registri trattamenti e prescrizioni medico-veterinarie in azienda - Autorizzazione delle scorte - Autorizzazione alla detenzione e distribuzione - Registrazione transazioni e prescrizioni medico-veterinarie	- Controlli periodici - Rilascio pareri ed autorizzazioni - Report informativi
D9	Controllo del benessere degli animali d'affezione	- Controllo benessere animale nei cani	
D11	Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	- Sorveglianza e controllo periodico delle strutture - Sorveglianza e Piano Nazionale Alimentazione animale	- Controlli periodici - Certificazioni - Report informativi
D13	Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione	- Costruzione e aggiornamento dell'anagrafe delle aziende autorizzate - Attività di vigilanza periodica	- Controlli ispettivi - Esistenza di un'anagrafe aggiornata - Report di attività
E3	Sorveglianza sulla produzione di latte	- Controllo degli allevamenti ai sensi del regolamento 852/04 e 854/04 CE	- Controlli periodici Report informativi
E8	Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e o allevamento di molluschi bivalvi	- Attività di monitoraggio effettuata sulle zone di produzione e/o di allevamento riconosciute dalla Regione - Valutazione dei dati ed emissione di pareri sulle zone di pesca e su proposte di divieti - Controllo delle acque destinate alla molluschi coltura	- Controlli periodici - Rilascio pareri - Report informativi
E10	Gestione stati di allerta alimenti per animali	Come da Reg 178/02 CE - attivazione - sorveglianza; - provvedimenti giudiziari/sanzionatori/ amministrativi/indirizzi tecnici/prescrizioni	- Vigilanza - Prescrizioni - Report informativi

LEA VETERINARI INTEGRATI

D Igiene e Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori  
 E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

D7	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei possibili scenari</li> <li>- Identificazione delle misure organizzative da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme</li> <li>- Predisposizione di procedure/protocolli locali per le operazione di gestione e di estinzione del focolaio</li> <li>- Formazione del personale addetto ai sistemi di controllo</li> </ul>	- Piani di emergenza
E14	Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supporto all'indagine epidemiologica per l'individuazione dell'alimento a rischio;</li> <li>- Controlli e campionamenti nei luoghi di produzione e/o somministrazione degli alimenti a rischio.</li> </ul>	- Consulenza
D12	Controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenzione</li> <li>• Eradicazione</li> <li>• Eventi sentinella su popolazioni animali</li> <li>• Valutazione di situazioni di rischio</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione</li> <li>- Sistema sorveglianza per flussi dati adeguati</li> </ul>
E4	Sorveglianza sulla presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espletamento del Piano Regionale Residui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlli periodici</li> <li>- Report informativi</li> <li>- Campionamenti e controlli analitici su alimenti di origine animale</li> </ul>
E9	Sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo ai sensi del Reg. 1774/02 CE</li> <li>- Riconoscimento impianti</li> <li>- Rilascio autorizzazioni trasporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlli periodici</li> <li>- Rilascio pareri ed autorizzazioni</li> <li>- Certificazioni</li> <li>- Flussi informativi</li> </ul>



SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

G. Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale

N.	Programmi / Attività	Componenti del Programma	Prestazioni
G1	Sorveglianza Nutrizionale	Rilievi sullo stato nutrizionale della popolazione Raccolta dati su stili di vita della popolazione Comunicazione	Comunicazione alla popolazione ed ai soggetti istituzionali
G2	Interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani	Sviluppo di linee di intervento o campagne informative dirette alla popolazione generale per favorire stili di vita sani, anche utilizzando tecniche di marketing sociale; Promozione dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare (formazione del personale sanitario, educazione alimentare alle donne in gravidanza); Attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed educazione motoria in età scolare (Interventi per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica, di educazione al gusto, educazione motoria e di orientamento ai consumi per favorire la scelta di alimenti salutari);	Formazione Informazione
G3	Educazione / counseling nutrizionale su gruppi a rischio	Counseling nutrizionale diretto alle famiglie per la prevenzione dell'obesità infantile Consulenza dietetica, gruppi di autoaiuto nell'ambito degli spazi dedicati ai giovani Counseling nutrizionale per prevenire l'obesità nei soggetti in disassuefazione da fumo di tabacco Interventi di promozione di stili di vita salutari diretti a gruppi target (donne in menopausa, soggetti a rischio elevato) in collaborazione con MMG e PLS	Formazione Informazione Counseling
G4	Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale	Istituzione tavoli di confronto permanente con i settori scuola e aziende di ristorazione Predisposizione di linee di indirizzo condivise a salvaguardia di qualità nutrizionale nei capitolati	Consulenza nell'ambito di programmi interistituzionali
G5	Interventi sui servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro, per favorire scelte alimentari corrette	Formazione degli operatori della ristorazione collettiva su aspetti di sicurezza nutrizionale nell'alimentazione Condivisione di linee di indirizzo per favorire il consumo di alimenti salutari presso le mense scolastiche ed aziendali	Formazione Informazione
G6	Pianificazione ed esecuzione di indagini sulla qualità nutrizionale dei menù di strutture sanitarie e socio-assistenziali	Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche correlate a specifiche patologie Proposte di miglioramento in adesione ai fabbisogni effettivamente rilevati	Controlli Consulenza nutrizionale
G7	Valutazione e monitoraggio della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva con particolare riferimento alle mense scolastiche	Valutazione su adeguatezza nutrizionale dei menu proposti dalle mense scolastiche ed aziendali Valutazione sulla scelta delle materie prime utilizzate	Controlli Consulenza nutrizionale
G8	Incentivazione della qualità nutrizionale negli esercizi di somministrazione di alimenti	Sperimentazione di certificazione di qualità per pubblici esercizi sulla base di criteri, condivisi con Comune, Associazioni di categoria ed Associazioni Consumatori, inerenti la qualità nutrizionale degli alimenti somministrati	Consulenza nell'ambito di programmi interistituzionali

E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

N.	Programmi / Attività	Componenti del Programma	Prestazioni
E5	Controllo e sorveglianza su deposito, commercio, vendita ed utilizzo dei fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari Sorveglianza sulla presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine vegetale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controllo utilizzo dei fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari</li> <li>- vidimazione registro di vendita</li> <li>- controllo registro dei trattamenti</li> <li>- analisi e valutazione dei flussi di vendita dei prodotti fitosanitari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlli periodici</li> <li>- Report informativi</li> <li>- Campionamenti e controlli analitici su alimenti di origine vegetale</li> </ul>
E10	Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano	Come da Reg 178/02 CE <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione</li> <li>- sorveglianza;</li> <li>- provvedimenti giudiziari/sanzionatori/ amministrativi/indirizzi tecnici/prescrizioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilanza</li> <li>- Prescrizioni</li> <li>- Report informativi</li> </ul>
E 12	Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993	Informazioni ai consumatori sulle caratteristiche delle specie fungine locali Vigilanza su produzione e commercializzazione Interventi per sospetta intossicazione da funghi	Ispezioni report informativi
E13	Sorveglianza acque potabili	Mappatura fonti, impianti di approvvigionamento e reti di distribuzione degli acquedotti pubblici Mappatura dei pozzi privati Vigilanza su impianti ed aree di rispetto	controlli periodici prescrizioni report informativi campionamenti e controlli analitici per la verifica di potabilità

**Prestazioni a pagamento secondo tariffario regionale da garantirsi in una logica di integrazione con gli specifici programmi richiamati dalla numerazione**

N. Programma	Prestazioni / Azioni
E2	Certificazioni nell'ambito di attività di controllo sugli animali macellati come da regolamento 854/04 CE e sulla selvaggina destinata al consumo umano
E3	Certificazioni nell'ambito della sorveglianza sulla produzione di latte e sulle produzioni lattiero-casearie, sulla produzione di miele e uova
E5	Pareri autorizzativi inerenti stabilimenti di produzione, deposito, vendita di prodotti fitosanitari e coadiuvanti di fitosanitari (che include istruttoria, sopralluogo, espressione parere, archiviazione)
E7	Certificazioni nell'ambito della sorveglianza su stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. 853/04 e 854/04 CE di carni, prodotti ittici, molluschi, uova
E12	Certificazione di commestibilità su funghi destinati al commercio al dettaglio nell'ambito delle attività dell'ispettorato micologico
E12	Consulenza per i privati che hanno raccolto funghi ad uso personale nell'ambito delle attività dell'ispettorato micologico
E12	Formazione per i commercianti nell'ambito delle attività dell'ispettorato micologico
E13	Pareri su nuovi impianti, aree di rispetto e scavi nuovi pozzi e chiusura pozzi

LEA INTEGRATI

SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

SERVIZIO DI IGIENE DELLA PRODUZIONE, DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE, TRASPORTO, DEPOSITO, SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

E1	Registrazione stabilimenti settore alimentare ai sensi del Reg. CE 852/04	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo di dichiarazione di nuova registrazione (DIA)</li> <li>- Gestione e aggiornamento dell'anagrafe degli stabilimenti del settore alimentare (OSA) divisa per tipologia ed attività di rischio.</li> </ul>	- Iscrizione a registro
E11	Controllo su ristorazione collettiva ai sensi del Reg. 882/04 CE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlli sulle mense con particolare attenzione agli aspetti di sicurezza degli alimenti                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• audit</li> <li>• ispezioni</li> <li>• monitoraggio</li> <li>• sorveglianza</li> <li>• provvedimenti giudiziari /sanzionatori/ amministrativi/ indirizzi tecnici/ prescrizioni</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo periodici</li> <li>- Prescrizioni</li> <li>- Report informativi</li> </ul>
E14	Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supporto all'indagine epidemiologica per l'individuazione dell'alimento a rischio;</li> <li>- Controlli e campionamenti nei luoghi di produzione e/o somministrazione degli alimenti a rischio.</li> </ul>	- Consulenza