

Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo

Recepimento DM 77



Indice

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	4
PREMESSA	7
1. CONTESTO REGIONALE.....	7
1.1. OROGRAFIA	7
1.2. RETE VIARIA.....	9
1.3. DENSITÀ TERRITORIALE	10
1.4. CLIMA.....	11
2. LE LINEE STRATEGICHE DELLA RIFORMA TERRITORIALE	11
2.1. GLI INVESTIMENTI E LE MISSION DEL PNRR	11
2.2. RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA	13
2.3. LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE BASATA SUI BISOGNI	14
2.4. L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E L'INTEGRAZIONE CON IL SOCIALE	14
3. BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE.....	15
3.1. STRUTTURA DEMOGRAFICA.....	15
3.2. QUADRO GEO-DEMOGRAFICO E PROIEZIONI AL 2050	18
3.3. PREVALENZA DELLE PATOLOGIE	21
3.4. STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO	28
3.5. BISOGNI SOCIALI	28
3.6. LE AZIONI DI PROGRAMMA PER L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEL PSR 2022-2024	31
4. IL PERCORSO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	35
4.1. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO	35
4.2. PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	42
4.3. DISTRETTO	45
4.3.1. ASSISTENZA PRIMARIA.....	46
4.3.2. CASA DELLA COMUNITÀ.....	51
4.3.3. L'INFERMIERE NELLA CASA DELLA COMUNITÀ	54
4.3.4. LE UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA).....	57
4.3.5. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....	58
4.3.6. CENTRALE OPERATIVA 116117.....	64
4.3.7. IL RUOLO DI RACCORDO DEL 118.....	66
4.3.8. OSPEDALE DI COMUNITÀ	69
4.3.9. ASSISTENZA DOMICILIARE	72
4.3.10. SERVIZI PER LA SALUTE DI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE.....	76
4.3.11. LA GESTIONE DELLE EMERGENZE PANDEMICHE	78
4.3.12. IL BUDGET DEL DISTRETTO.....	79
5. LE RETI DI ASSISTENZA.....	81
5.1. SALUTE MENTALE, DIPENDENZE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E MEDICINA PENITENZIARIA.....	81
5.2. AREA SALUTE MENTALE ADULTI	82
4.2.1. DISTURBI DEI COMPORTAMENTI ALIMENTARI.....	85
5.3. AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE (SER.D)	86

5.4.	I SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	90
5.5.	DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO	91
5.6.	LA SALUTE IN CARCERE	93
5.7.	NON AUTOSUFFICIENZA	95
5.7.1.	AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	95
5.7.2.	AREA DISABILITÀ E RIABILITAZIONE	96
5.8.	RETE DELLE CURE PALLIATIVE.....	101
5.9.	MEDICINA DELLO SPORT	103
6.	STRUMENTI A SUPPORTO.....	105
6.1.	NUOVO APPROCCIO VERSO UNA MEDICINA ORIENTATA ALLA PERSONA (DA PDTA A PAI)	105
6.2.	LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO	106
6.3.	SISTEMI DI TELEMEDICINA	107
6.4.	FARMACIA TERRITORIALE	108
6.5.	IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO.....	109
6.6.	SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITÀ.....	110
6.7.	INVESTIRE SULLE COMPETENZE.....	110
6.8.	DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE.....	112
7.	FINANZIAMENTI E INVESTIMENTI	115
8.	MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLA AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE	117
9.	ALLEGATI – TABELLE.....	120

Acronimi e abbreviazioni

Sigla	Descrizione
AA.SS.LL.	Aziende Sanitarie Locali
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ADS	Ambiti Distrettuali Sociali
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
ATSM	Articolazione Tutela Salute Mentale
BES	Benessere Equo e Sostenibile
CdC	Case della Comunità
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
CO	Centrale Operativa
COT	Centrali Operative Territoriali
CUR	Centrale Unica di Risposta
DALY	Disability Adjusted Life Year
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
DP	Dipartimenti Prevenzione
DP	Dipendenze Patologiche
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
DSB	Distretti Sanitari di Base
DSM	Dipartimento Salute Mentale
DSM	Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali
EBM	Evidence Based Medicine
FNOPI	Federazione Nazionale Ordini Professioni Internistiche
FNPS	Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GDC	Giornate di Cura
GEA	Giornate effettive di assistenza
IAD	Internet Addiction Disorder

ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
ICC	Indice di Comorbidità di Charlson
ICF	Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap
IF	Infermiere di Famiglia
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
MOCA	Materiale e Oggetti a Contatto con gli Alimenti
NEA	Numero Unico Armonizzato
NPI	Neuropsichiatria infantile
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAT	Piano delle Attività Territoriali
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PdZ	Piani di Zona
PL	Programmi Liberi
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNP	Piano Nazionale di Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POR	Piano Operativo Regionale
PP	Programmi Predefiniti
PP.AA.	Province Autonome
PRI	Piano di Riabilitazione Individuale
PSAP	Public Safety Answering Point
PSP	Presidi Sanitari Penitenziari
PRP	Piano Regionale Prevenzione
PUA	Punto Unico Accesso
REMS	Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
RRE	Residenza di Riabilitazione Estensiva
RRI	Residenza di Riabilitazione Intensiva

RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
SIAD	Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
RDP	Rapporto Dipendenze Patologiche
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SISM	Sistema Informativo Salute mentale
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TBC	Tubercolosi
UCA	Unità Continuità Assistenziale
UCCP	Unità Complessa di Cure Primarie
UOC	Unità Operative Complesse
UOS	Unità Operative Semplici
UOSD	Unità Operative Semplici di Dipartimento
USAP	Unità Speciali di Assistenza Prolungata
UVM	Unità Valutazione Multidimensionale
VMD	Valutazione Multi Dimensionale

Premessa

L'emergenza Covid-19 ha evidenziato la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN italiano, anche in considerazione delle tendenze strutturali (demografiche) e attuali (epidemiologiche). Infatti, considerando il continuo aumento della popolazione anziana, il SSN italiano dovrà far fronte a una crescente domanda di salute e a esigenze più complesse, che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati forniti attraverso la rete di assistenza territoriale.

La necessità di cambiamento per garantire la soddisfazione dei bisogni di cura in continuo evolversi per l'accresciuta domanda derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali, è stata la motivazione delle scelte strategiche programmatiche di revisione del sistema sanitario regionale contenute nel presente Piano.

La complessa situazione pandemica ha, di fatto, disvelato difficoltà pregresse ma ha anche stimolato nuove sfide e nuovi obiettivi per il futuro, rivelando potenzialità non presenti fino a quel momento, fornendo una serie di dati utili per contribuire alla definizione di una nuova programmazione socio-sanitaria. Queste evidenze invitano pertanto tutti gli attori coinvolti a considerare il periodo 2022-2024 come un passaggio strategico per gestire i cambiamenti a cui andrà incontro il sistema di welfare locale e regionale, evidenziando la necessità di porre ora le basi per un cambiamento che sarà, inevitabilmente, di medio e lungo periodo. Questo momento rappresenta perciò una finestra di opportunità per disegnare il sistema di welfare del futuro, rivedendone obiettivi, strategie e modalità di programmazione e intervento.

Il suddetto documento demanda alle singole ASL l'approvazione di specifici piani aziendali, utili ad individuare le articolazioni organizzative, gestionali e tecnologiche attuative del piano in argomento.

1. CONTESTO REGIONALE

Le caratteristiche geografiche, l'alta sismicità del territorio e le vie di comunicazione rappresentano per l'Abruzzo vincoli che pongono inevitabili problematiche organizzative e gestionali per la definizione della rete ospedaliera.

1.1. Orografia

La Regione, con una estensione di 10.831 km², presenta il 65% della sua superficie in area montuosa, con le vette più alte dell'Appennino peninsulare e il 35% in area collinare. Difatti, rappresenta la quarta regione montana rispetto alla media nazionale, per estensione della sua "Zona Altimetrica di Montagna". Dalla suddivisione per Province si evince come il territorio aquilano, con tutti i suoi 108 comuni, risulti essere per il 100% "montano", la provincia di Teramo per il 40% (13 comuni), la provincia di Pescara per il 36% (15 comuni) e la provincia di Chieti per circa il 30% (30 comuni). La "Zona Altimetrica di Collina", invece, ha un'area di 3.766,21 Km², ripartita tra la provincia di Teramo con un'estensione di 1.167,92 Km² e 34 comuni, la provincia di Pescara con 781,07 Km² e 31 comuni, la provincia di Chieti con 1.817,22 Km² e 74 comuni. Peculiarità per l'Abruzzo è il non avere territori classificati come "Zona Altimetrica di Pianura".

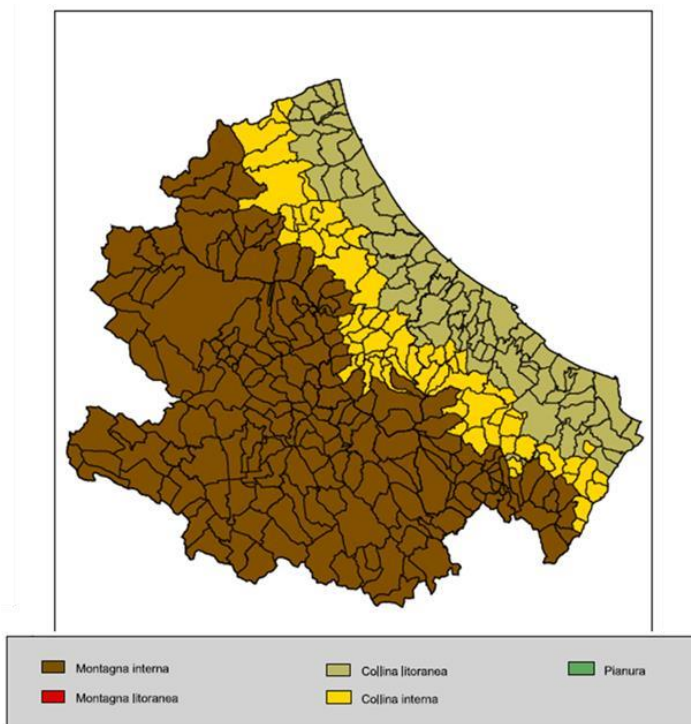


Figura 1 - Zone altimetriche (Istat). Regione Abruzzo.



Figura 2 - Cartina fisica dell'Abruzzo

Zona altimetrica	CHIETI		L'AQUILA		PESCARA		TERAMO	
	Numero di comuni	Somma di km ²	Numero di comuni	Somma di km ²	Numero di comuni	Somma di km ²	Numero di comuni	Somma di km ²
Collina interna	30	627	-	-	21	476	15	574
Collina litoranea	44	1190	-	-	10	305	19	594
Montagna interna	30	769	108	5034	15	444	13	780
Totale complessivo	104	2587	108	5034	46	1225	47	1948

Tabella 1 - Altimetria Regionale

Nel dettaglio, l'Istat classifica 166 comuni in zona altimetrica 1 (Montagna interna), 66 in zona altimetrica 3, (Collina interna) e 73 in zona altimetrica 4 (Collina litoranea). Inoltre, solo 19 dei 305 comuni sono classificati come litoranei.

Accanto a tali considerazioni va tenuto conto del fatto che il 33% del territorio abruzzese, con oltre 246.000 abitanti, è classificato in zona sismica 1, quella con più elevato livello di pericolosità, percentuale che pone la regione al secondo posto nella graduatoria nazionale. La zona sismica 2, a rischio intermedio, include il 51,8% dei comuni e il 50,9% dell'intera superficie territoriale.

1.2. Rete viaria

Il contesto geomorfologico regionale si ripercuote inevitabilmente sulla rete viaria, la quale non è adeguatamente strutturata per garantire un tempestivo collegamento tra aree geografiche diverse, con un importante impatto sull'accesso ai servizi pubblici ed in particolare a quelli socio-sanitari. Difatti, il dipanarsi di una morfologia nella quale si intersecano e si intrecciano massicci montuosi, ampie vallate e conche di sprofondamento tettonico rende difficoltoso il raggiungimento delle zone interne e di quelle di confine.

La connessione viaria dell'Abruzzo, che vede il coinvolgimento di due autostrade, non consente molti collegamenti trasversali, ma risulta essere principalmente un sistema basato su direttrici nord-sud. Inoltre, è necessario considerare anche il grado di urbanizzazione, con 259 comuni classificabili come zone rurali o zone scarsamente popolate, 44 piccole città o zone a densità intermedia di popolazione e con soli 2 comuni (Pescara e L'Aquila) classificabili come Città o zone densamente popolate.

Questa distribuzione della popolazione ha portato la rete viaria abruzzese a svilupparsi prevalentemente attraverso strade comunali extraurbane, come mostrato nella tabella sottostante, la cui percorribilità risente in misura rilevante della caratterizzazione orografica della regione.

	Autostrade (km)	Strade statali (km)	Strade regionali (km)	Strade provinciali	Strade comunali urbane (km)	Strade comunali	Strade vicinali (km)	Totale estesa rete
Abruzzo	352	1.037	1.195	5.440	5.521	16.102	8.081	37.728
%	0,90%	2,70%	3,20%	14,40%	14,60%	42,70%	21,40%	100,00%
Italia totale	6.588	19.291	37.771	118.892	171.479	312.149	184.655	850.825
%	0,80%	2,30%	4,40%	14,00%	20,20%	36,70%	21,70%	100,00%

Tabella 2 - Rete viaria principale e secondaria

Particolare attenzione va posta alla provincia di L'Aquila che, con la sua estensione territoriale di 5034,46 kmq in zona prevalentemente montuosa, obbliga a percorsi spesso tortuosi, con strade provinciali e comunali che spesso attraversano parchi nazionali e regionali, riserve naturali e borghi antichi e che, pertanto, devono salvaguardare l'ambiente nel quale di estendono.

1.3. Densità territoriale

Nel formulare politiche di intervento regionale in campo sociale e sanitario occorre tenere conto anche delle specifiche differenze territoriali. Come evidenziato dall'Osservatorio Sociale Regionale, l'Abruzzo si caratterizza come una regione con bassa densità territoriale, con 123 ab. per Km² rispetto alla media nazionale di 201 ab. Tuttavia, esaminando la distribuzione rispetto ai 305 comuni presenti in regione appare evidente la presenza di forti polarizzanti territoriali (Figura 3).

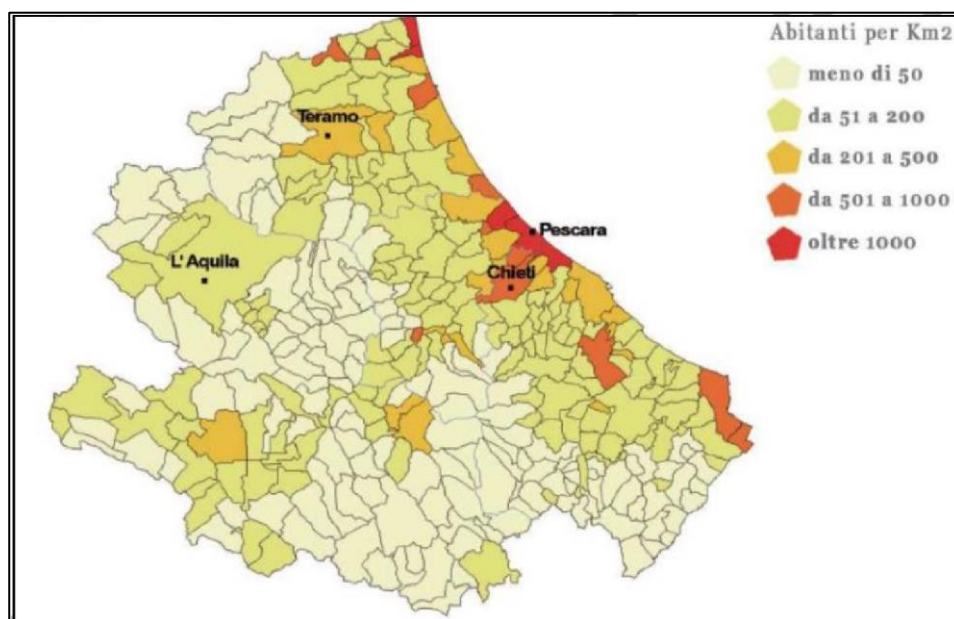


Figura 3 - Rappresentazione grafica della densità di popolazione per Km² nei comuni abruzzesi

È netta la differenza fra le zone costiere e sub-costiere, quelle montane interne, l'aquilano ed i centri maggiori della Marsica. In particolare, è evidente la concentrazione urbana della cosiddetta "Area Metropolitana Chieti-Pescara", un'area che rappresenta il 2% della superficie regionale, dove tuttavia si concentra il 23% dell'intera popolazione abruzzese, con una densità media di 1.323 ab. per Km² e con punte superiori ai 2.000 ab. per km². Più di due terzi dell'intero territorio regionale (intera zona centrale interna e costa meridionale) sono, invece, caratterizzati dalla presenza di sistemi locali definiti "cuore verde". Essi si caratterizzano per una densità di popolazione particolarmente contenuta (<90 ab. per km²), uno sbilanciamento verso le classi di popolazione anziane e tassi di disoccupazione inferiori ai valori medi. Infine, a ridosso dell'area metropolitana e dell'ovest della regione vi sono zone che rientrano nei sistemi definiti "Mezzogiorno interno", caratterizzati da bassissima densità (74 ab. per km²), tipici di aree interne e composti da territori che si stanno spopolando da decenni. La popolazione in queste zone è strutturalmente anziana e il mercato del lavoro appare inerte.

La provincia di L'AQUILA ha una superficie di 5.047 km², 288.433 abitanti, una densità di 57 abitanti/km²; è composta da 108 comuni di cui ben 58 con meno di 1000 abitanti e una densità abitativa al di sotto di 100 abitanti/km² in ben 104 comuni.

La provincia di CHIETI ha una superficie di 2599 km², 372.473 abitanti, una densità di 143 abitanti/km²; è composta da 104 comuni di cui ben 54 con meno di 1.000 residenti e una densità abitativa al di sotto di 100 abitanti/km² in ben 74 comuni.

La Regione Abruzzo ha ben 1.43 comuni con meno di 150 abitanti e con una densità abitativa di meno di 10 abitanti/kmq.

Tale squilibrio nella distribuzione della popolazione lo si evince anche da un'analisi su base provinciale, come riportato di seguito:

Provincia	Popolazione residente	Superficie Km2	Densità abitanti/Km2	Numero Comuni
L'Aquila	299.031	5.047,55	59	108
Chieti	385.588	2.599,58	148	104
Pescara	318.909	1.230,33	259	46
Teramo	308.052	1.954,38	157	47
Regione	1.311.580	10.831,84	121	305

Tabella 3 - Distribuzione della popolazione abruzzese

1.4. Clima

La situazione climatica dell'Abruzzo risente dell'orografia del territorio, con un clima mediterraneo lungo le coste e continentale procedendo verso le aree interne, con caratteristiche tipiche di alta montagna sui rilievi più elevati. Le piogge sull'Abruzzo sono condizionate dalla disposizione dei rilievi e i versanti più esposti sono quelli ad ovest. In inverno sui rilievi le precipitazioni sono prevalentemente nevose e in corrispondenza di intense irruzioni fredde la neve può comparire per brevi periodi anche sulle coste. Rilevante è anche il peso delle correnti settentrionali/orientali che accompagnano le irruzioni artiche continentali durante il periodo invernale. Nell'ambito del territorio abruzzese, la provincia di L'Aquila, posta a circa 700 m di quota e vicina al Gran Sasso, risulta essere tra le città le più fredde d'Italia.

2. Le Linee Strategiche della Riforma Territoriale

2.1. Gli investimenti e le missioni del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è la risposta strategica ai problemi strutturali, organizzativi e sociali presenti in Italia ed evidenziati a seguito della pandemia da Covid 19. Il Piano si articola in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU: digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione, coesione e salute. Le Missioni si articolano in Componenti, ovvero aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da Investimenti e Riforme.

Nello specifico, la Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca, ed è articolata in due Componenti:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale al fine di rafforzare il setting dell'offerta prestazionale sul territorio, l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari”;
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (SSN) al fine di rinnovare ed ammodernare le strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

In merito alla Componente 1, finanziata con 7 miliardi di euro, gli interventi/investimenti riguardano nello specifico l'attivazione/ammodernamento entro il 2026 di 1.350 Case della Comunità, 400 Ospedali di Comunità, 600 Centrali Operative Territoriali, l'aumento delle prestazioni in assistenza domiciliare fino a prenderne in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, lo sviluppo della telemedicina.

In merito alla Componente 2, finanziata con 8,63 miliardi di euro, gli interventi/investimenti riguardano nello specifico l'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero, il potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello, il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta; la creazione di quattro reti clinico-transnazionali di eccellenza e una struttura, per rispondere in modo univoco alle future pandemie; il sostegno di 4 iniziative di ricerca per lo sviluppo di soluzioni tecnologiche innovative in medicina, grazie all'aiuto di università, centri di ricerca e aziende partner; il potenziamento del FSE e il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS); il rafforzamento della formazione universitaria in medicina di base; il potenziamento del sistema della ricerca biomedica; il miglioramento della sicurezza strutturale dal punto di vista antisismico di 116 ospedali.

I Fondi per lo sviluppo della Componente 1 che saranno resi disponibili dal riparto, per la regione Abruzzo, sono destinati agli interventi, di seguito elencati, che prevedono un intervento complessivo di 89,51 mln di euro.

Il Piano Operativo regionale (POR)

Il DM 20 gennaio 2022 di ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e PP.AA. per i progetti del PNRR ha previsto per la Regione Abruzzo i seguenti target e relativi finanziamenti.

Intervento 1.1 CdC		Intervento 1.2.2 COT, interconnessione aziendale, device				Intervento 1.3 OdC		Tot finanziamento
Target regionale (n. CdC)	Finanziamento €/mln	Target regionale (n. COT)	Finanziamento per COT €/mln	Finanziamento per interconnessione aziendale €/mln	Finanziamento per device €/mln	Target regionale (n. OdC)	Finanziamento per OdC €/mln	€/mln
40,0	58,9	13,0	2,3	0,9	1,3	10,0	26,2	89,5

Tabella 4. Target regionale interventi e relativi finanziamenti previsti dal DM 20.01.2022

Di seguito viene riportato il target regionale programmato e relativo finanziamento in accordo con l'allegato due del Piano Operativo Regionale e in accordo con i 4 incontri effettuati nel periodo compreso tra maggio 2021 e aprile 2022 tra Agenas e la regione Abruzzo.

Tipologia	Numero interventi da Riparto	Numero interventi programmati	Popolazione afferente	Bacino di utenza medio	Finanziamento programmato a valere su fondi PNRR
Case della Comunità	40	40	1.281.012	32.025	58.901.493 €
Centrali Operative Territoriali	13	13	1.281.012	98.539	2.249.975 €
Ospedali di Comunità	10	11	1.281.012	116.456	26.178.441 €

Tabella 5. Target regionali programmati e relativi finanziamenti previsti dal POR

Tipologia	Numero interventi programmati	Numero interventi programmati in coerenza con M&T PNRR	Numero interventi programmati nei range superficie mq ²	Numero interventi programmati di cui gli enti sono proprietari
Case della Comunità	40	40	40	28
Centrali Operative Territoriali	13	13	13	10
Ospedali di Comunità	11	10	10	10

Tabella 6. Target regionali programmati e relativi finanziamenti previsti dal POR

2.2. Reti di prossimità, strutture e telemedicina

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale rappresentano i pilastri di una riforma sistemica multilivello volta a garantire un'effettiva uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari e a superare un approccio settoriale al concetto di salute, considerando anche i determinanti della salute ambientale e climatica, in particolare nella ripresa post-pandemica.

Tale riforma non potrà prescindere dalle criticità di un territorio molto vasto e prevalentemente montuoso, popolato da un miriade di piccoli comuni a bassa intensità abitativa.

Non potrà prescindere dalla scarsa se non assenza della rete (telefonica, internet, fibra) che renderà impossibile l'utilizzo della telemedicina, del telemonitoraggio, del teleconsulto.

Non potrà prescindere dall'abbandono degli ambulatori dei piccoli comuni da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri vuoi per la carenza di Medici vuoi perché scarsamente attrattivi.

La collocazione delle strutture sul territorio della regione Abruzzo tiene conto del criterio dell'uniformità distributiva territoriale, dell'ottimale utilizzo delle strutture preesistenti, oltre che della congruità delle superfici disponibili in ordine alle funzioni da implementare.

Il tutto nell'ottica di una più strutturata organizzazione anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale della rete territoriale dell'offerta attraverso le seguenti azioni:

- rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali nell'ottica di favorire una maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale;
- rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento e dei servizi domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- garantire, attraverso l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT), la funzione di coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Il tutto sfruttando al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina e la digitalizzazione);
- sviluppare modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti della digitalizzazione dei servizi (Telemedicina, Telemonitoraggio, Teleconsulto) con la finalità di migliorare l'integrazione delle reti territoriali sostenere adeguatamente l'assistenza domiciliare e garantire maggiore capillarità riducendo i divari geografici e territoriali in termini di offerta dei servizi sanitari perseguendo, in tal modo, l'equità di accesso a servizi di prossimità che diano risposte tempestive ed efficaci;
- valorizzare la partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (ASL, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni del Terzo Settore, Farmacie, etc. Nell'ambito della rete capillare delle Farmacie convenzionate a livello territoriale vanno inquadrate la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la

possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla “Farmacia dei Servizi” (D.lgs. 153/2009).

2.3. La programmazione territoriale basata sui bisogni

La programmazione regionale è unitaria, cioè riguarda contemporaneamente e in modo integrato, i diversi ambiti di attività che debbono essere garantiti dal Servizio sanitario: prevenzione, distrettuale, ospedaliera.

Una corretta programmazione della rete territoriale deve individuare a livello distrettuale le specifiche modalità operative che consentano ai servizi sanitari e sociali di integrare le risorse professionali, organizzative e finanziarie in una rete che garantisca i benefici di ciascun intervento anziché vanificarne gli effetti. Essa, quindi, non può prescindere dall'identificazione delle responsabilità specifiche, nella gestione integrata degli interventi, da parte dei soggetti istituzionali presenti sul territorio, in particolare Aziende Sanitarie Locali, ASP e Comuni, nel rispetto delle disposizioni normative che regolamentano la materia.

L'assistenza territoriale, organizzata secondo un modello di rete, comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di famiglia all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali, alle strutture semiresidenziali e residenziali.

Un sistema di governance territoriale che consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità, non può prescindere dall'adozione di un modello di stratificazione dei bisogni della salute della popolazione basato: sull'utilizzo dei dati, sulla suddivisione dei profili di salute del cittadino in base al livello di rischio, e sull'identificazione delle risorse impiegate, che consenta la valutazione dei bisogni della singola persona e i relativi interventi, la programmazione e la verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento.

Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo ed esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio.

2.4. L'integrazione dei servizi sanitari e l'integrazione con il sociale

La salute dipende da numerosi determinanti socio-economici e culturali; molte disuguaglianze di salute traggono origine e possono avere soluzione in aspetti socio-sanitari. L'integrazione socio-sanitaria è pertanto da potenziare a tutti i livelli, programmatico, organizzativo, operativo. La normativa nazionale ed i finanziamenti del PNRR saranno quindi un motore rilevante per questa strategia.

Ai fini del presente documento per l'integrazione socio-sanitaria si intende: “l'insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione, l'organizzazione, l'erogazione di servizi ed i livelli clinici, progettati per creare connessioni, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori delle cure (cure) e dell'assistenza (care)”.

L'integrazione sociosanitaria va, pertanto, attuata e verificata su cinque livelli:

- Dimensione Istituzionale: forme strutturate di coinvolgimento e co-decisione dei livelli istituzionali regionali, aziendali, comunali;
- Dimensione programmatica e direzionale: strumenti unitari di programmazione per gli ambiti sociosanitari; forme di condivisione delle funzioni direzionali;
- Dimensione interprofessionale: strumenti assistenziali integrati con strumenti e modalità organizzative comuni;

- Dimensione Gestionale e Organizzativa: forme organizzative comuni al sanitario e al sociale; produzione di servizi con prestazioni sanitarie e prestazioni sociali; forme di condivisione delle risorse;
- Dimensione Comunitaria: modalità partecipative in ambito sociosanitario; attivazione di reti comunitarie di prossimità.

Gli strumenti di riferimento che consentono l'integrazione gestionale e socio-sanitaria, prevista dal D.Lgs. 502/1992 e dalla Legge 328/2000 nonché, per l'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo dall'art. 1, comma 163, della L. 31/12/2021, n. 234 e dall'accordo previsto all'art. 21, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12/01/2017 (l'approvazione dell'Intesa, prevista dalla sottoscrizione dell'accordo all'art.21, è fondamentale al fine di definire gli ambiti e le competenze del SSR da un lato e dai Comuni dall'altra, mediante l'impiego di risorse umane e strumentali di rispettiva competenza a legislazione vigente), devono essere rappresentati in modo uniforme dai Programmi delle Attività Territoriali (PAT) dei distretti e dai Piani di Zona (PdZ) anche al fine di definire le competenze del SS da un lato e dei Comuni dall'altro.

3. Bisogni di salute della popolazione

La popolazione che abita un determinato territorio (in questo caso la regione) è il principale fruitore delle

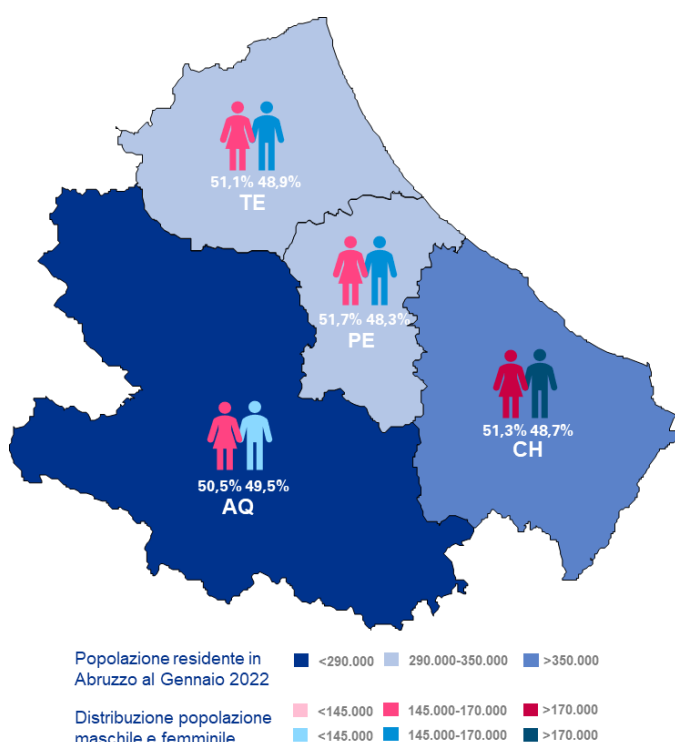


Figura 4 Popolazione Residente in Abruzzo

strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e sociali per la salute. Pertanto, le sue caratteristiche strutturali, i suoi comportamenti che influiscono sulle dinamiche demografiche, le sue caratteristiche socioeconomiche costituiscono e condizionano la domanda di salute e di sanità cui bisogna rispondere. A ciò si aggiungono valutazioni in termini di composizione oro-grafica e di strutture di offerta, che impattano anche sulle scelte di vita della popolazione.

3.1. Struttura demografica

La struttura demografica di una popolazione sintetizza il suo trascorso in termini di dinamica naturale e migratoria, così come anche determina pesantemente il suo andamento futuro. Dal punto di vista economico, sociale e sanitario, la struttura per sesso ed età costituisce un riferimento essenziale per valutare potenzialità e bisogni. A questo si possono aggiungere situazioni e fenomeni esterni che impattano sulla struttura della popolazione, andando ad accelerare delle

tendenze e modificando in parte le esigenze e i bisogni.

Il più recente cambiamento che ha influito sulla popolazione italiana (ma anche mondiale) si è registrato con la pandemia SARS Covid-19.

In Regione Abruzzo, al 1° gennaio 2021 la popolazione abruzzese ha registrato un decremento pari all'1,57% in un solo anno (circa 20.514 persone), dato molto più marcato rispetto agli anni precedenti (tra l'anno 2019 e l'anno 2020 il decremento è pari a 0,44%).

La situazione demografica della Regione Abruzzo nel 2022 è di 1.273.660 abitanti¹, distribuiti su un territorio di 10.763 km², caratterizzato principalmente da aree montane. L'organizzazione territoriale provinciale coincide con quella delle Aziende sanitarie territoriali, che sono ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila, ASL Lancio-Vasto-Chieti, ASL Pescara, ASL Teramo.

In termini di copertura delle aree territoriali la provincia di Chieti ospita il maggior numero di abitanti con il 29%, mentre le altre 3 province hanno una percentuale di popolazione abbastanza simile.

Sul totale della popolazione, le donne coprono una percentuale maggiore (51,15%) rispetto agli uomini (48,85%). Tale composizione si riflette su alcuni indicatori rappresentativi del quadro epidemiologico.

Per quanto concerne la speranza di vita, dal 2014 al 2021 si osserva un aumento dei valori, sempre superiori per le donne rispetto agli uomini, sia per la speranza di vita alla nascita (rispettivamente, da 85,1 a 84,7 e da 80,2 a 80,0 anni) che per la speranza di vita a 65 anni (rispettivamente da 22,4 a 20,3 a 18,9 a 18,6), oltre che ad un lieve e progressivo aumento dell'età media al decesso, che passa da 80,8 a 82,6 anni.²

Speranza di vita Abruzzo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Speranza di vita alla nascita - maschi	80,2	80,2	80,5	80,3	80,9	81,1	80,2	80,0
Speranza di vita alla nascita - femmine	85,1	84,6	85,3	84,8	85,3	85,6	85,1	84,7
Speranza di vita alla nascita	82,6	82,3	82,9	82,5	83,1	83,3	82,6	82,3
Speranza di vita a 65 anni - maschi	18,9	18,9	19,1	18,9	19,3	19,6	18,8	18,6
Speranza di vita a 65 anni - femmine	22,4	21,9	22,7	22,1	22,7	22,9	22,3	22,0
Speranza di vita a 65 anni	20,7	20,4	20,9	20,5	21,0	21,3	20,6	20,3

Tabella 7 Speranza di vita in Abruzzo, dal 2014 al 2021

La maggiore sopravvivenza femminile rispetto a quella maschile va legata alle principali malattie che colpiscono in particolare gli uomini in età matura ed anziana (es. cardiovascolari), ma che via via si va compensando con la diffusione anche tra le donne di comportamenti (es. abitudini al fumo) che impattano sulla speranza di vita e sulla mortalità. Ciò nonostante, l'impatto demografico dell'epidemia da COVID-19 registrato nel 2020 ha determinato, se pure con valori di scarto inferiori rispetto alla media nazionale italiana, una riduzione della speranza di vita alla nascita per la popolazione Abruzzese (-1,1 anni per gli uomini e -0,5 anni per le donne³).

Nel 2021 viene stimato un quoziente di natalità regionale del 6,5‰ (8.237 nati) (Italia: 6,8‰); al 31 Dicembre 2021 i nati in Abruzzo per Provincia sono 1.868 (L'Aquila), 1.946 (Teramo), 2.129 (Pescara) e 2.294 (Chieti). Il tasso di fecondità nel 2021 di 1,20 contro la media nazionale di 1,25. Nel 2021 le madri residenti in Italia hanno in media 32,6 anni alla nascita del primo figlio, le donne abruzzesi 32,4 anni. I dati Istat mostrano che i parti cesarei in Abruzzo passano da 36,44% del 2000 a 31,51% del 2020 dei parti registrati nella regione ⁴.

¹ Fonte: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=26469#>

² Fonte: <https://www4.istat.it/it/Abruzzo>

³ Fonte: https://www.istat.it/it/files/2021/05/REPORT_INDICATORI-DEMOGRAFICI-2020.pdf

⁴ Fonte Health for All ISTAT

La mortalità infantile nella popolazione abruzzese presenta invece un andamento fluttuante dal 2015 al 2018, passando da 3,32 a 3,02 morti nel primo anno di vita su 1000 nati vivi, ma presenta sempre valori più elevati rispetto alla media nazionale (che passa dal valore di 2.90 a 2.88 ⁵).

Analizzando la composizione della popolazione per fasce d'età e per sesso si rappresenta la composizione delle tre classi di età di maggiore interesse medico-sanitario: quella «pediatrica», qui definita tra la nascita ed il 15° compleanno; quella «anziana», tradizionalmente riferita alla popolazione con 65 anni e più; e quella dei «grandi vecchi», rappresentata da coloro che hanno superato i 75 anni d'età.

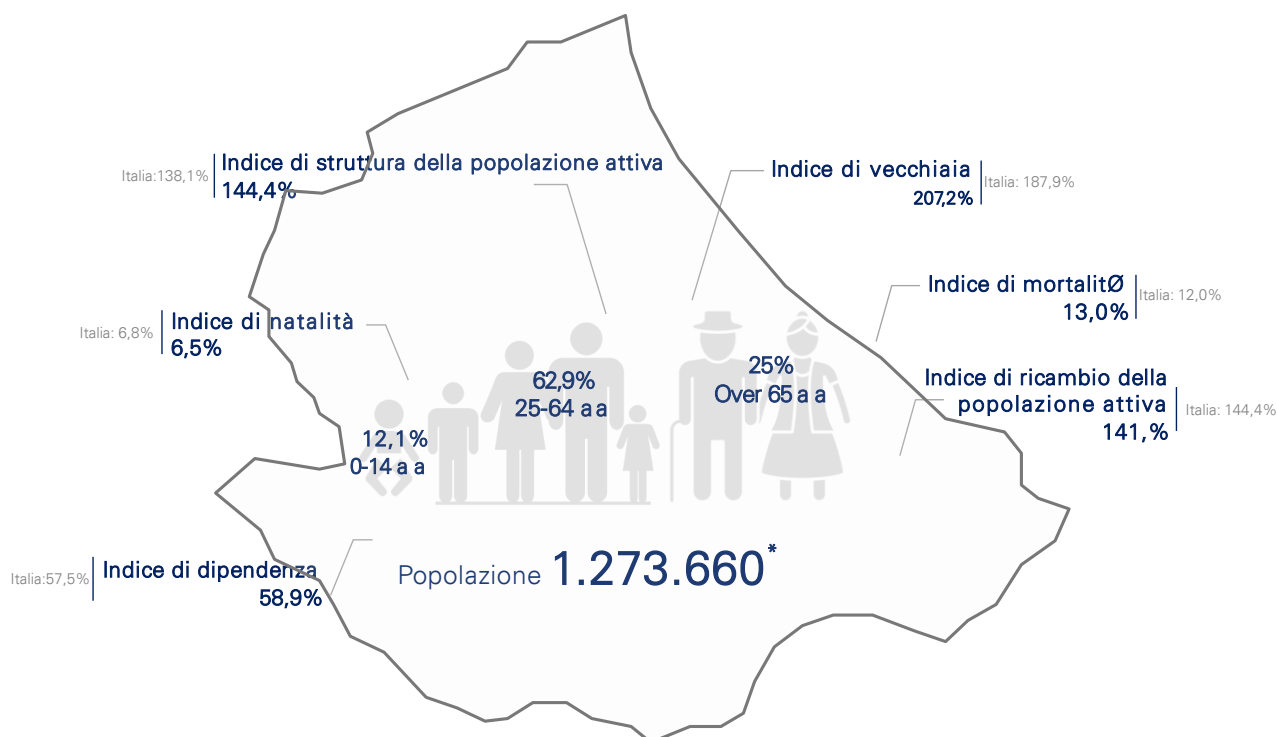


Figura 5 - Indici demografici popolazione abruzzese nel 2021 (*dato 2022)

⁵ Fonte: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=26469#>

Calcolando l'indice di invecchiamento della popolazione (come rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) si osserva che la Regione Abruzzo ha registrato valori superiori rispetto la media italiana nell'intero arco temporale compreso tra il 2014 e il 2022. Inoltre, come si evince dal grafico 2, dal 2014 al 2022 l'indice di invecchiamento della Regione Abruzzo presenta un andamento in continua crescita.⁶

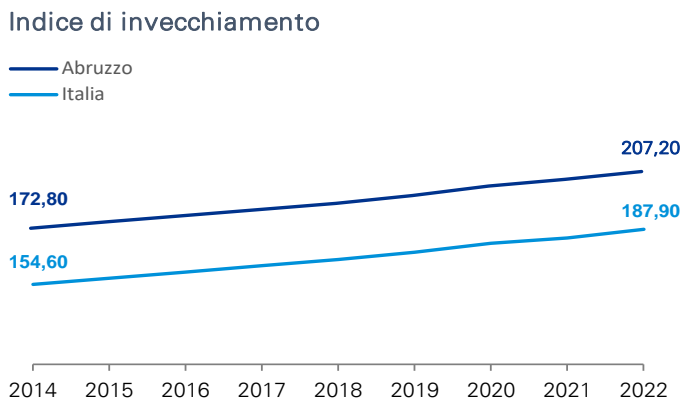


Figura 6 Andamento dell'indice di invecchiamento in Abruzzo e in Italia nel periodo 2014-2022

3.2. Quadro Geo-demografico e proiezioni al 2050

Da un punto di vista Geo-demografico, la Regione si caratterizza per una distribuzione omogenea delle aree interne, con la concentrazione nel quadrante sud-orientale delle zone più periferiche della regione: nella fascia

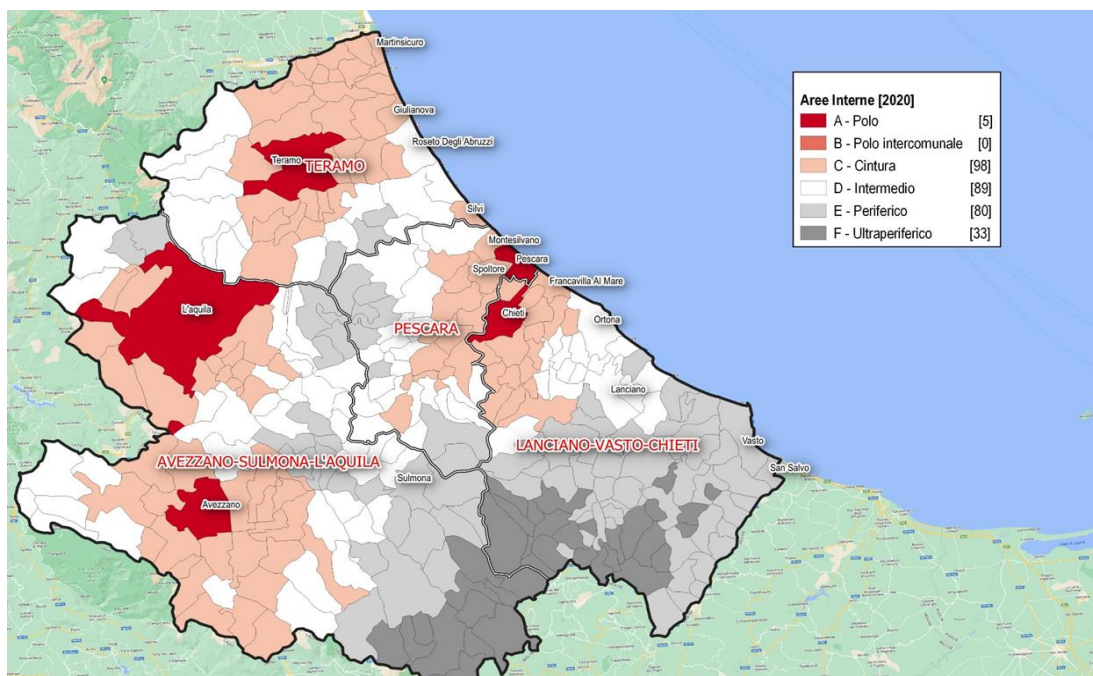


Figura 7 Distribuzione delle aree interne in Abruzzo

⁶ Fonte: <https://www4.istat.it/it/Abruzzo>

di territorio che dalla Marsica, passando per il massiccio della Maiella, arriva fino alla bassa costa chietina. (figura 7).

I principali poli di servizio regionali sono situati nei capoluoghi di provincia con l'aggiunta del comune di Avezzano che rappresenta un centro di riferimento per l'area occidentale della regione. Intorno a poli regionali si irradia una cintura di comuni che a Nord-Ovest forma un arco che congiunge i poli aquilani con il polo di Teramo, mentre nella fascia costiera centrale i comuni gravitanti nei poli di Pescara e Chieti tendono a formare un unico agglomerato geografico.

La distribuzione geografica dei poli e delle aree interne caratterizza le dinamiche demografiche della regione: con le aree periferiche che tendono a perdere popolazione, mentre nei poli, soprattutto nei comuni di cintura, si evidenzia la maggior presenza di comuni che hanno fatto segnare un aumento sistematico della popolazione (figura 8).

Nello specifico, tra il 2002 e il 2019, i comuni che hanno fatto registrare una continua diminuzione della popolazione si distribuiscono lungo la dorsale appenninica che, correndo da Nord a Sud, divide l'area interna e montuosa della regione da quella costiera. In particolare, il processo di spopolamento dei comuni abruzzesi corre lungo la direttrice che dai Monti della Laga, nel teramano, incrocia il massiccio del Gran Sasso d'Italia per poi arrivare al massiccio della Maiella. Ed è in quest'ultima area, quella più distante dai poli di servizio regionali, che si concentra il maggior numero di comuni in decrescita sistematica di popolazione.

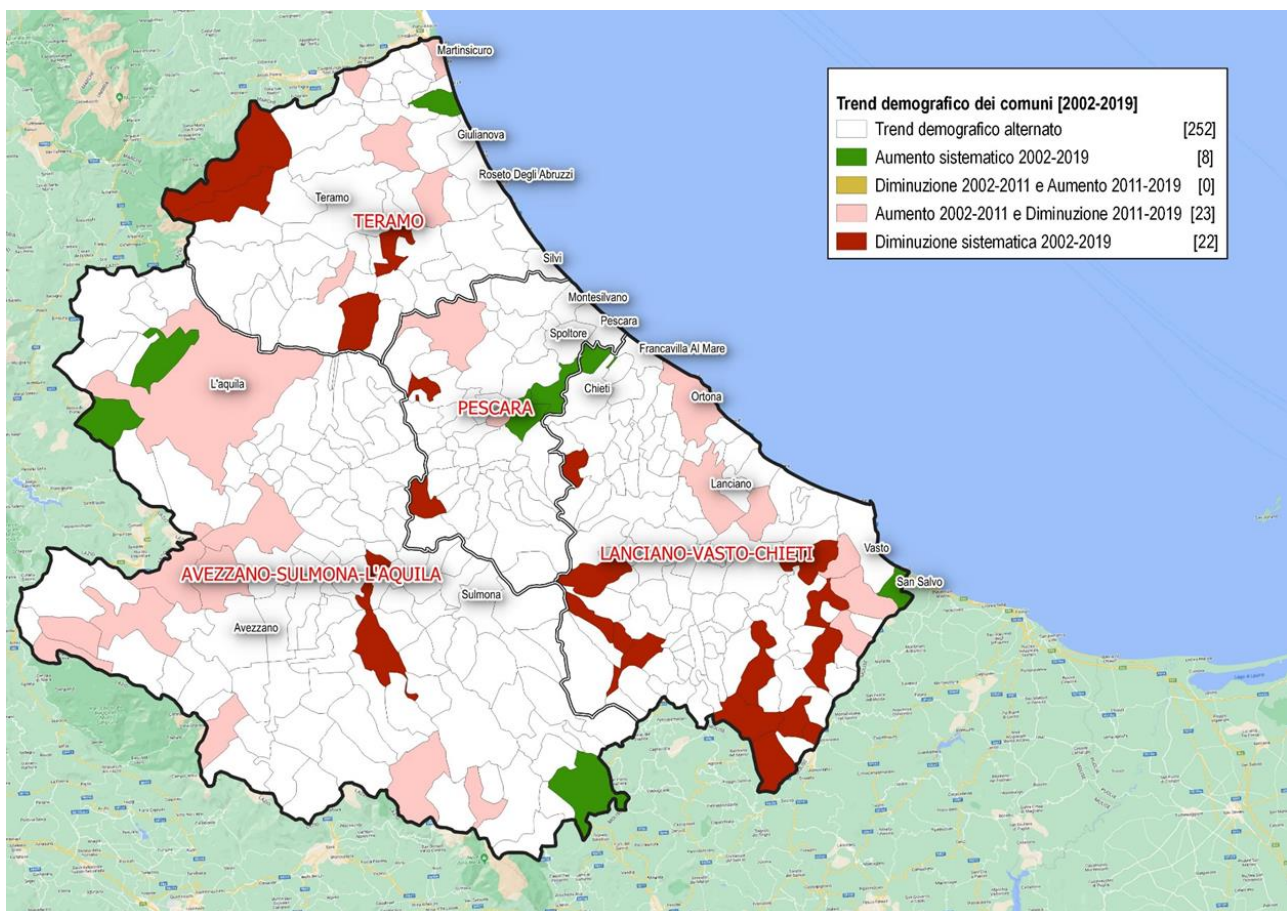
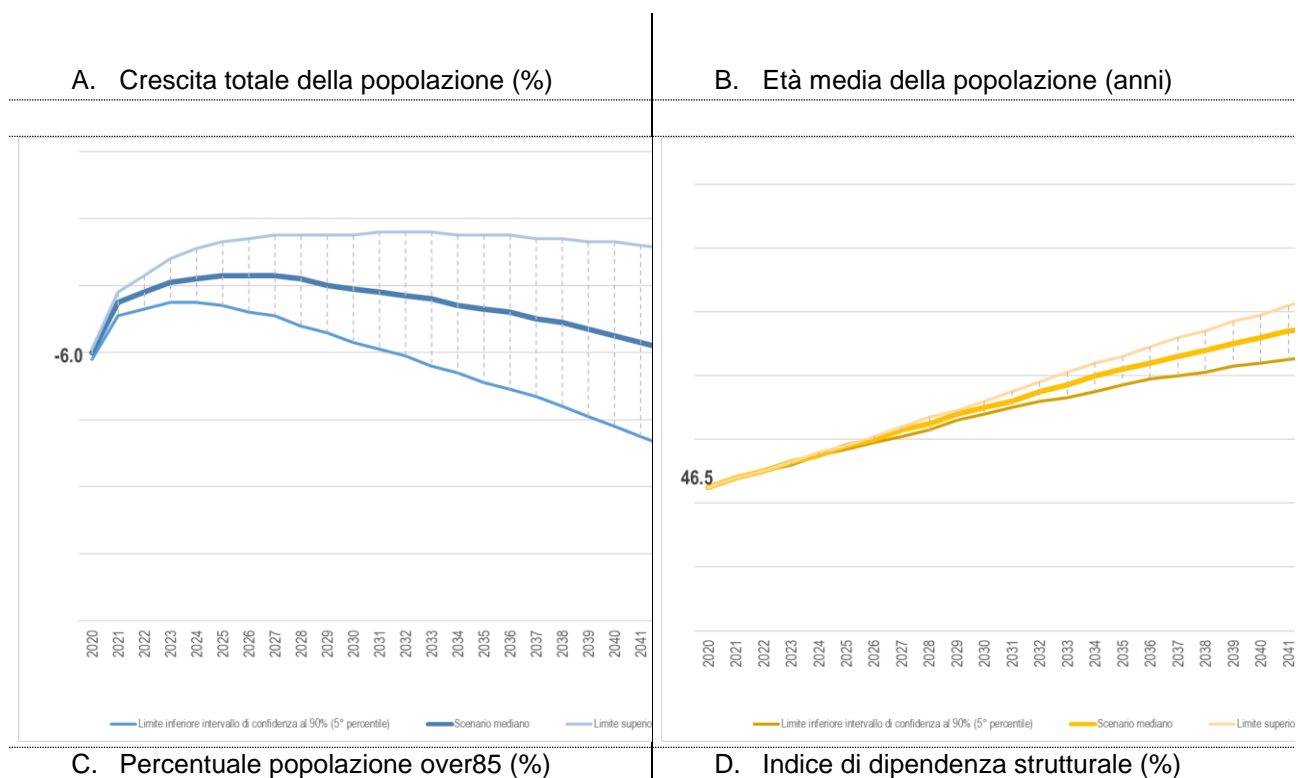


Figura 8 Trend demografico dei comuni abruzzesi [2002-2019]

Di contro, i comuni con una tendenza demografica positiva fanno parte di aree vicine ai poli regionali. In particolare, processi di popolamento costante si registrano nella cintura della città dell'Aquila, lungo la costa del teramano e nelle aree comprese tra i centri urbani di Pescara e Chieti. Accanto a ciò, si evidenziano dei contesti che fuoriescono dalla relazione aumento della popolazione-vicinanza dai poli. Si tratta dei comuni dell'Alto Sangro che ruotano attorno a Castel di Sangro, mentre nella fascia costiera, la zona di Vasto e in particolare il comune di San Salvo. Si tratta di aree, sia quella dell'Alto Sangro sia quella di Vasto, caratterizzate da un significativo sviluppo turistico che ha agito, al rialzo, sulla leva demografica dei comuni appartenenti ad esse.

Il fenomeno dello spopolamento dei centri abruzzesi, specie quelli interni, ha raggiunto proporzioni significative al punto che i principali indicatori demografici segnano, da qui al 2050, una perdita progressiva di popolazione, dall'attuale -6% al -7,9% nel 2050 [Grafico 1A], con conseguenti invecchiamento dei cittadini abruzzesi, con un aumento, nell'arco di 30 anni, di 6 anni dell'età media della popolazione: dai 46,5 anni de 2020 ai 52,5 del 2050 (Grafico 1B).

Tali dinamiche spingeranno verso l'alto il numero di persone ultra85enni, raddoppiando in termini percentuali (4,1% nel 2020 vs 8,5% nel 2050 – Grafico 1C) e arrivando quasi alla parità tra popolazione attiva e quella inattiva, con un indice strutturale che nel 2050 salirà al 98% (Grafico 1D).



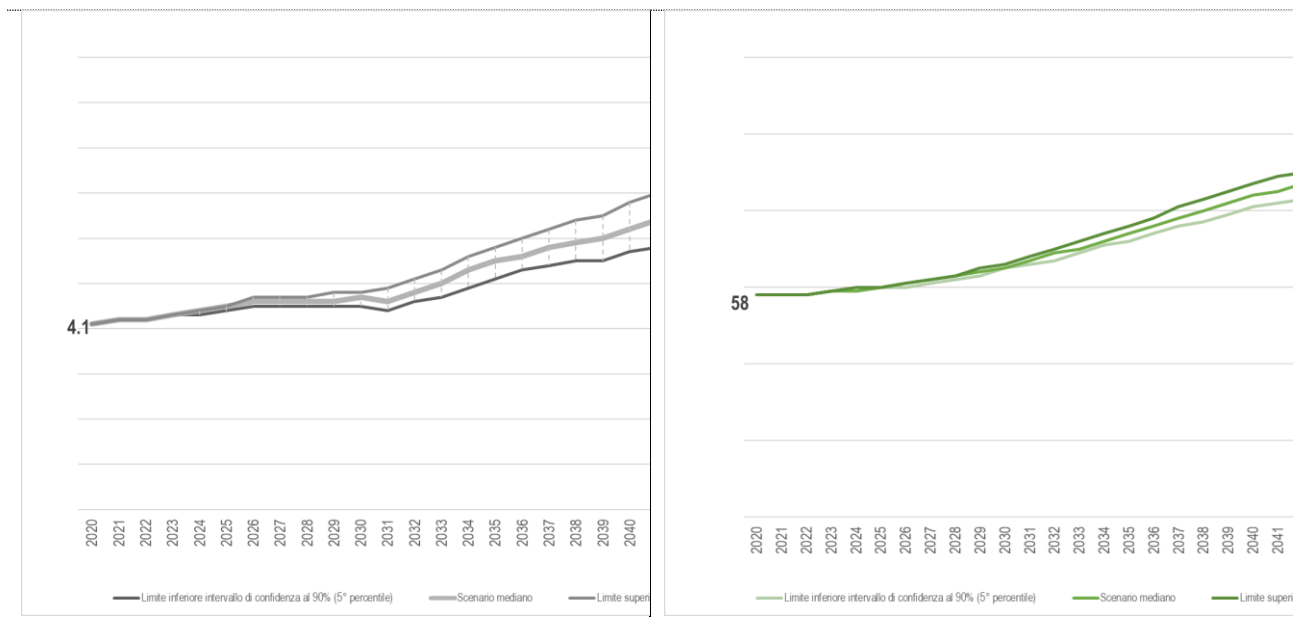


Grafico 1 – Proiezioni demografiche: 2020-2050

3.3. Prevalenza delle patologie

Cronicità

Il progressivo invecchiamento della popolazione si riflette sul livello di cronicità, non autosufficienza e fragilità assistenziale della popolazione. Prendendo in considerazione la popolazione ospedalizzata dal 2015 al 2020 si evidenzia un progressivo aumento della percentuale di pazienti con un valore dell'indice di Charlson⁷ superiore a uno (Grafico 2).

⁷ L'indice di Comorbidità di Charlson (ICC) misura lo stato di salute di una persona sulla base del numero e del tipo di patologia cronica di cui è affetta. In particolare, l'ICC prende in considerazione 19 comorbidità alle quali è assegnato un peso sulla base del tipo di patologia. Il punteggio complessivo va da 0, in caso di assenza di comorbidità, a un massimo di 40, in caso di copresenza della totalità delle comorbidità prese in considerazione. L'ICC è un indice calcolato in ambito ospedaliero attraverso algoritmi definiti sui codici diagnostici delle SDO. Per approfondimenti: Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.* J Chronic Dis 1987;40(5):373-83.

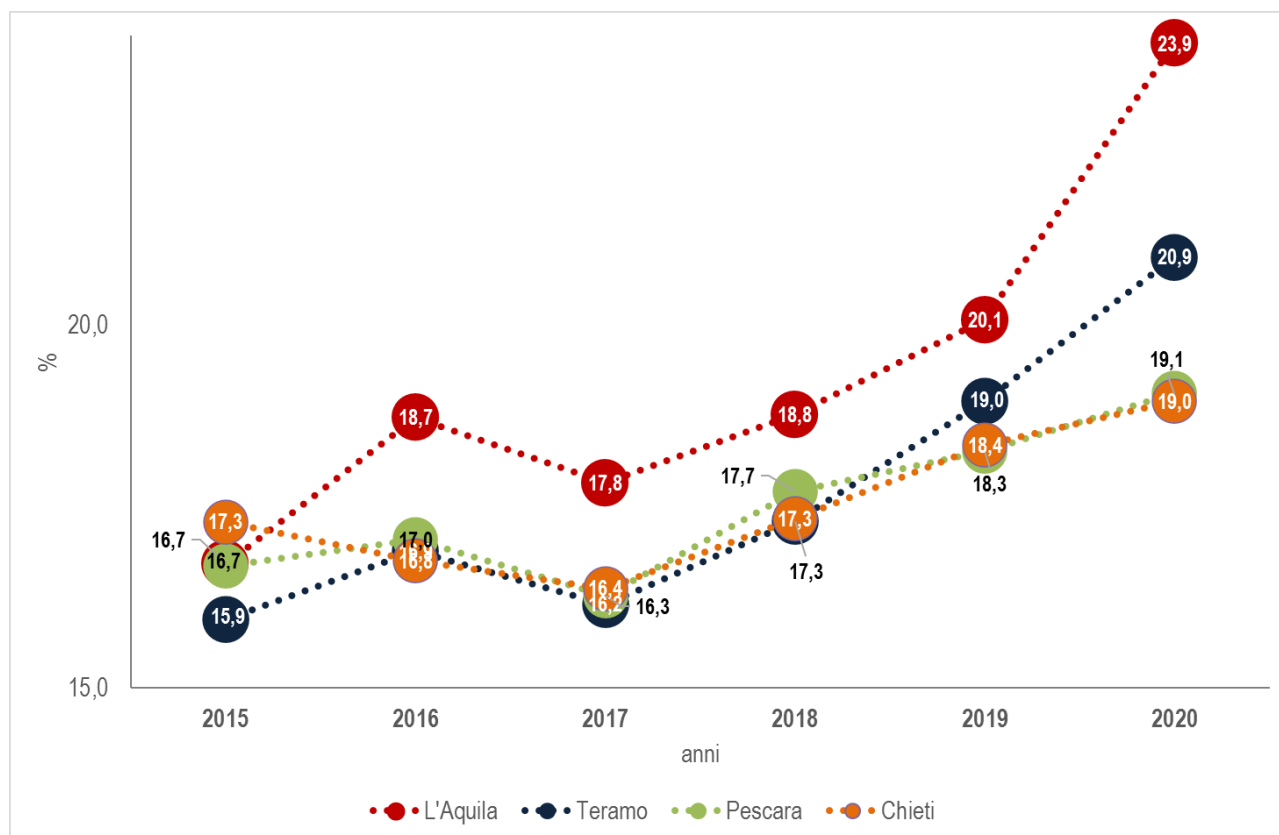


Grafico 2 -Pazienti con IC >=1 sul totale di pazienti ricoverati per provincia [anni: 2015-2020 – valori in %]

Dal 2017, negli ospedali della regione, la quota di persone con comorbidità è andata progressivamente aumentando. La crescita maggiore si è registrata tra i residenti della provincia dell'Aquila, con un aumento di sei punti percentuali (dal 17,8% del 2017 al 23,9% nel 2020). Nelle altre province la crescita risulta essere più lineare con saldi di crescita tra i 3-4 punti percentuali.

Osservando la distribuzione dell'ICC standardizzato⁸ per comune (figura 9), si nota come i comuni con un'incidenza dell'ICC superiore alla media (maggiore di 100) si addensino prevalentemente nei poli di servizio regionali e nei comuni limitrofi ad essi, mentre nelle aree interne la quota dei cittadini con ICC maggiore o uguale a 1 risulta più mitigata. La maggiore incidenza di pazienti con comorbidità residenti nelle aree più dinamiche della regione suggerisce una lettura dell'indicatore che, per costruzione dello stesso (definito sull'ambito ospedaliero), andrebbe corredata con la capacità di accesso dei cittadini ai nosocomi della regione. Va da sé, infatti, che la maggior parte dei comuni con la percentuale maggiore di cittadini con una o più cronicità sia residente in comuni vicini ad un nodo della rete ospedaliera abruzzese e ciò aumenta la probabilità di accedervi. Viceversa, i comuni in cui la quota dei cittadini con comorbidità è più contenuta, sono ubicati nelle aree interne maggiormente distanti dai poli di servizio.

⁸ La procedura di standardizzazione è stata impostata su una distribuzione dei punteggi standard con media pari a 100 e deviazione standard uguale a 10.

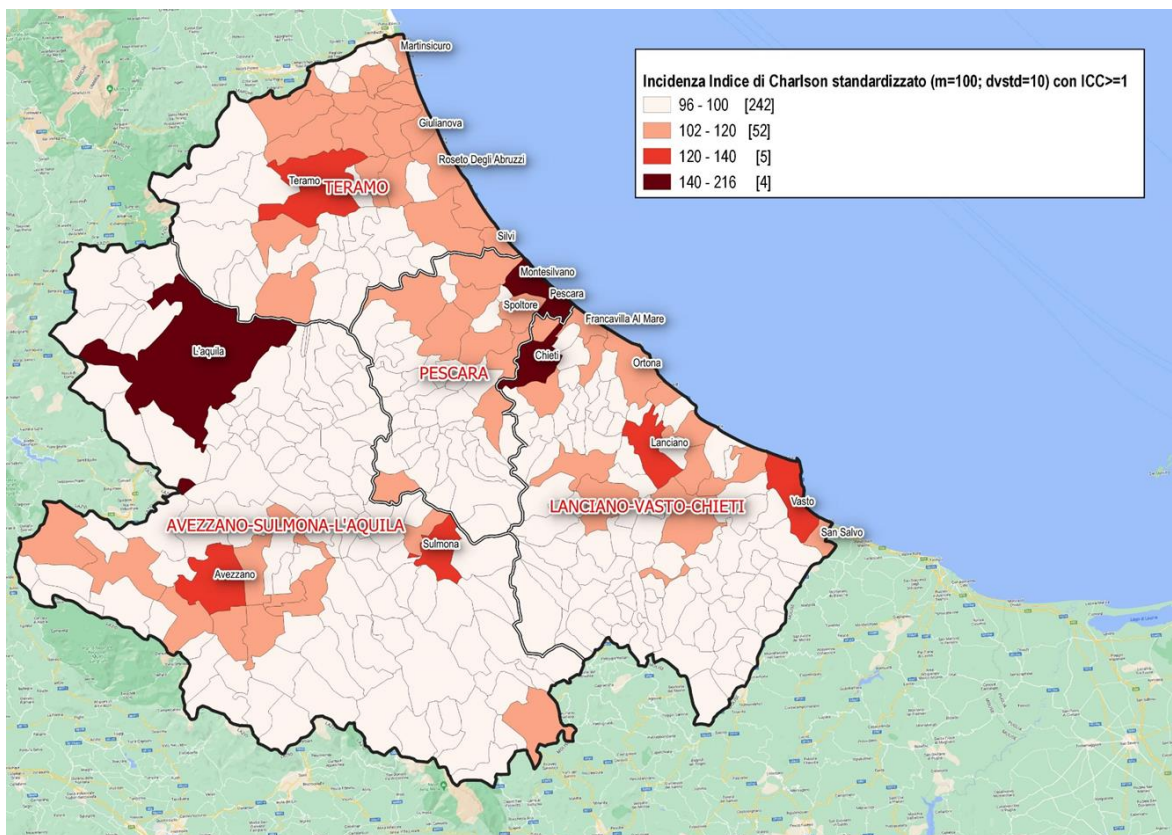


Figura 9 Indice di Charlson standardizzato per comune (ICC >= 1)

Ad integrare il quadro della cronicità che emerge dall'analisi dell'ICC vi è uno studio dell'ARS Abruzzo che evidenzia come la distribuzione dei soggetti ultrasessantenni con una patologia cronica (35,9% della popolazione) sia omogenea nelle 4 province con una maggiore prevalenza a Chieti (37,8%). Anche il numero degli ultra-65enni che hanno due o più patologie croniche (10,8%) è distribuito uniformemente con un picco a Chieti (12,4%). I tassi di prevalenza su 100 abitanti del diabete, broncopneumopatia cronica e demenze è omogeneo nel territorio, mentre le malattie cardiovascolari, che comprendono le malattie del cuore e cerebrovascolari, vedono una maggiore prevalenza a Chieti (19,6%) e una più bassa prevalenza a L'Aquila (13,9%).

Per quanto riguarda la popolazione ultrasessantenne i dati evidenziano una percentuale medio-alta di ricoveri, con prevalenza nelle province di L'Aquila (77%) e Pescara (76,6%). La percentuale di ricoveri urgenti, invece, risulta uniforme in tutte le aree (tra 26,1% e 28,4%). I ricoveri potenzialmente impropri risultano maggiori a L'Aquila e Pescara (rispettivamente del 21,5% e 20,7%) rispetto a Chieti e Teramo (rispettivamente del 16% e 14,8%).

Per quanto riguarda gli accessi al Pronto Soccorso la percentuale più alta risulta quella di Chieti (149,8%), come anche nel caso degli accessi ripetuti (32%). La percentuale di codici bianchi risulta in media del 7% con la percentuale maggiore registrata a Chieti (10,8%) e la minore a L'Aquila (2,3%). La percentuale di codici bianchi o verdi risulta sensibilmente minore a L'Aquila (40,4%) rispetto agli altri presidi, la cui media oscilla tra 64,7% (Pescara) e 77,8% (Chieti). La percentuale di codici rossi o gialli risulta maggiore negli ospedali di Chieti e Pescara (rispettivamente del 71,7% e 60,8%) rispetto a quella di L'Aquila e Teramo (rispettivamente del 47,7% e 49,8%). Per quanto riguarda i codici rossi si registra la percentuale maggiore a Chieti (4,2%), come anche nel caso degli accessi effettuati da mezzanotte alle 8 (32%).

Nel 2018 in Abruzzo, i tassi di mortalità specifica per 10.000 abitanti, mostrano la seguente graduatoria tra le cause di morte: le malattie cardiovascolari rappresentano la principale con un tasso maggiore nelle donne (48,2) rispetto agli uomini (38,48) superiori entrambi rispetto al 2014 (rispettivamente 46,6 e 39,14); i tumori rappresentano la seconda causa con un tasso superiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 10,32 vs 7,21), superiori entrambi rispetto al 2014 (9,07 vs 5,39); i disturbi mentali rappresentano la terza causa con un tasso superiore nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 4,86 vs 2,4), superiori entrambi rispetto al 2014 (3,74 vs 1,94); infine, il diabete rappresenta la quarta causa con un tasso superiore nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 3,91 vs 3,29), inferiori entrambi rispetto al 2014 (4,00 vs 3,56). La mortalità generale nel 2018 è stata di poco più elevata tra le donne che tra gli uomini (rispettivamente 111,58 vs 110,67 morti su 10.000 abitanti dello stesso genere), con valori superiori al 2014 per entrambi i sottogruppi, anche se con rapporti invertiti (rispettivamente, 104,15 vs 107,73).⁹

Tassi di mortalità

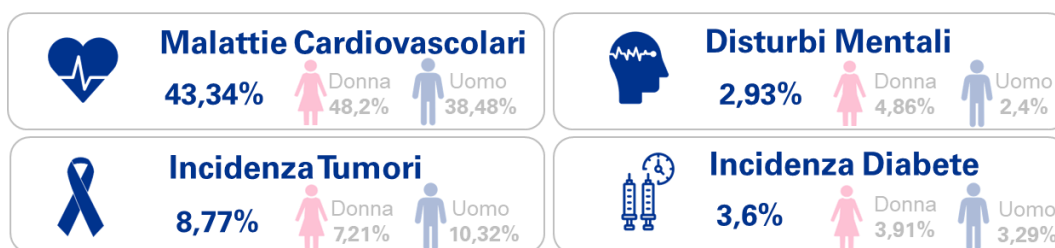


Figura 10 Tassi mortalità Regione Abruzzo nel 2018

Disabilità, non autosufficienza e fragilità¹⁰

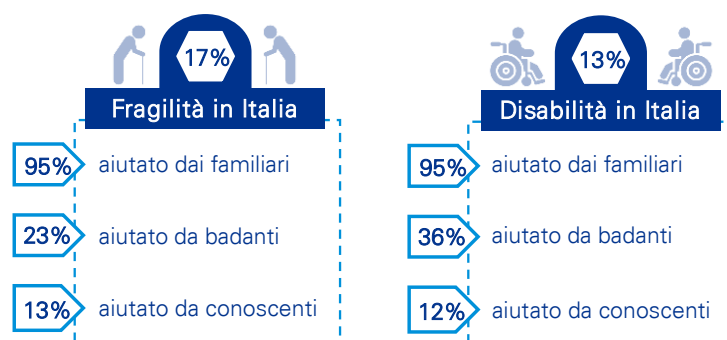


Figura 11 Analisi sulla condizione di fragilità e disabilità in Italia nel 2022

Secondo i dati più recenti forniti dall'indagine di PASSI d'Argento 2017-2020¹¹, in Italia risultano fragili circa 17 persone su 100. La fragilità è una condizione che cresce progressivamente con l'età, riguarda il 9% dei 65-74enni e raggiunge il 33% fra gli ultra ottantacinquenni; è anch'essa associata allo svantaggio socio-economico, sale economiche (vs 13% tra chi non ne riferisce) e al 26% fra le persone con bassa istruzione (vs 11% fra chi ha un livello di istruzione alto). La quasi totalità delle persone con fragilità (99%) riceve aiuto per svolgere le funzioni

delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (95%), e/o da badanti (23%) ma anche da conoscenti (13%); meno

⁹ Fonte: Database ISTAT Health for All <https://www.istat.it/it/archivio/14562>

¹⁰ <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili>: In PASSI d'Argento si definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

¹¹ Fonte: Indagine PASSI d'Argento 2017-2022, <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/croniche>

del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori sociosanitari delle ASL o del Comune, meno dell'1% riceve assistenza da un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (2%). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni del Sud (25% vs 15% nel Centro e 13% nel Nord). Nella Regione Abruzzo, i dati relativi alla fragilità rilevati dall'indagine Passi si attestano al di sotto del valore Nazionale, pur presentando una percentuale molto simile (16,2 fragili ogni 100 abitanti).

Di contro, l'indagine Passi osserva che in Italia la condizione di disabilità si attesta su valori leggermente inferiori rispetto alla fragilità, anche se allo stesso modo rilevanti, coinvolgendo circa 13 persone su 100. La disabilità, intesa come perdita di autonomia nello svolgimento di attività fondamentali della vita quotidiana, cresce con l'età, e in particolar modo dopo gli 85 anni interessa quasi 1 anziano su 2 (41.7%); è mediamente più frequente fra le donne (16% vs 10% uomini), fra le persone socio-economicamente svantaggiate per difficoltà economiche (27% fra chi ha molte difficoltà economiche vs 10% tra chi non ne riferisce) o per bassa istruzione (23% vs 5% fra chi ha un livello di istruzione alto). La quasi totalità delle persone con disabilità (99%) riceve aiuto, ma questo carico di cura e di assistenza è per lo più sostenuto dalle famiglie, molto meno dal servizio pubblico di ASL e Comune. Il 95% delle persone con disabilità dichiara di ricevere aiuto dai propri familiari per la/le attività della vita quotidiana per cui non è autonomo, il 36% da badanti, il 12% da conoscenti; l'11% riceve aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari, il 2% riceve assistenza presso un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (3%). Una persona su 4 con disabilità riceve un contributo economico per questa condizione (come l'assegno di accompagnamento). In Abruzzo, tale valore si attesta poco al di sopra del valore Nazionale (circa 14 persone su 100).

Salute mentale e disabilità psichica

La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale¹².

Il Rapporto Sistema informativo salute mentale (SISM) relativo all'anno 2020, redatto dal Ministero della Salute, evidenzia come a livello nazionale gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici ammontano a 728.338 unità con tassi standardizzati che vanno da 34,2 per 10.000 abitanti adulti in Molise fino a 195,4 nella regione Umbria (valore totale Italia 143,4). Gli utenti sono di sesso femminile nel 53,6% dei casi, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (69,0%). In entrambi i sessi risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni mentre la più alta concentrazione si ha nelle classi 45-54 anni e 55-64 anni (46,8% in entrambi i sessi); le femmine presentano, rispetto ai maschi, una percentuale più elevata nella classe > 75 anni (6,7% nei maschi e 10,7% nelle femmine).

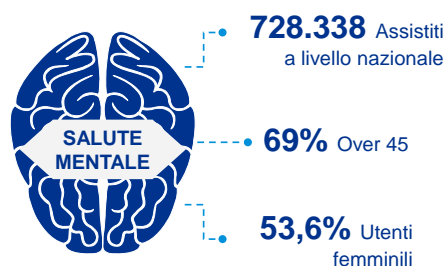


Figura 12 Report salute mentale in Italia, Flusso SISM (2020)

Per quanto attiene la Regione Abruzzo, il Rapporto rileva una Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti pari a 137,7 (tasso standardizzato) e un'incidenza per 10.000 abitanti pari a 76,2 (tasso standardizzato). Nel corso degli ultimi anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di prestazioni in ambito salute mentale, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica ed anche, in questo periodo storico, in conseguenza alla pandemia da COVID-19.

¹² Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa (2005)

Dipendenze

Abitudine al fumo

Il tasso di fumatori in Abruzzo colloca la regione al quarto posto tra quelle italiane con la percentuale di fumatori più elevata (27,4%), dopo Umbria. I fumatori tra i 18 e 69 anni che hanno cercato di smettere di fumare sono passati dal 32,7 % (anno 2010) al 34,6 % (anno 2020), dato che evidenzia un trend in crescita, in controtendenza con il dato nazionale che ha visto la percentuale ridursi dal 38,4 % (anno 2010) al 35,3 % (anno 2020). Il tasso dei fumatori varia dal 20% al 32% e decresce con l'età, nelle donne e al crescere del livello di istruzione. La maggiore differenza si nota al cambiare delle difficoltà economiche. Secondo lo studio HBSC - Abruzzo 2018, si evidenzia l'esperienza precoce (fin dagli 11 anni) del fumo che diventa quotidiana al crescere dell'età fino ai quindici anni (quando il 6,9 % delle femmine e il 7,2% dei maschi fumano 'tutti i giorni').

Rispetto al dato nazionale l'Abruzzo si colloca a metà classifica in termini di percentuale di interpellati che dichiarano di aver ricevuto il consiglio da parte degli operatori sanitari di smettere di fumare¹³.

Consumo di alcol

Nel periodo 2017-2020 nella regione Abruzzo il 7,6% degli intervistati è classificato come consumatore *binger*. Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani, prevalentemente gli uomini e, rispetto al 2010 appare comunque in diminuzione (10,9% vs 8,00%). Sempre nello stesso periodo, il 13,9% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto, consumatore *binge* e/o consumatore abituale. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani con una differenza di genere rispetto al consumo giornaliero dichiarato dal 3,4% dei maschi e dallo 0,6% delle femmine quindicenni, tra i quali circa la metà dei maschi (il 50,3%) e delle femmine (47,3%) dichiarano di aver fatto negli ultimi 12 mesi l'esperienza di *binge drinking* (proporzioni più elevate rispetto alla media nazionale). Prevalentemente un'istruzione superiore/laurea, assenza di difficoltà economiche. Rispetto al consumo alcolico a maggior rischio vi sono differenze statisticamente significative confrontando le AA.SS.LL. regionali: ASL Lanciano-Vasto-Chieti 22,6%, ASL Teramo 4,9%¹⁴.

Uso di sostanze stupefacenti

I comportamenti di consumo a rischio di sostanze stupefacenti ed il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione, confermato da tutte le ricerche epidemiologiche, rappresentano un fenomeno di forte crescita negli ultimi anni in Italia ed ha un impatto rilevante sulla salute pubblica. Dal 2015 al 2019 (ESPAD Italia CNR-IFC) la prevalenza di studenti abruzzesi che dichiarano il consumo di almeno una sostanza illegale, dopo l'incremento registrato nel 2017 per tutte le tipologie di consumo (nella vita, nell'anno e nell'ultimo mese) risulta stabile¹⁵.

Nel 2019 in Abruzzo si registrano 184 ricoveri con diagnosi principale droga-correlata di cui il 73% ha riguardato pazienti di genere maschile (M=136; F=48) e, rispetto alle classi di età dei soggetti ricoverati, il 36% ha riguardato persone di 35-44 anni (M: 44%; F: 15%) ed il 27% di 45-54 anni, soprattutto tra le donne (M: 24%; F: 35%). In Abruzzo i decessi droga-correlati nel 2020 sono stati 12, esclusivamente maschi e con un decremento del 17% rispetto all'anno precedente e un tasso di 16 decessi ogni 1.000.000 di residenti.

Gioco d'azzardo

Dall'indagine GAPS 2019 si evince che il 72% della popolazione regionale di età compresa tra i 18 e gli 80 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, con una prevalenza che risulta superiore a quella

¹³ Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

¹⁴ Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

¹⁵ Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

nazionale (62%). Il 48% dei rispondenti lo ha fatto nei dodici mesi precedenti alla rilevazione, prevalenza che anche in questo caso risulta superiore alla media nazionale (41%). Il gioco d'azzardo risulta in generale maggiormente diffuso tra le persone di sesso maschile e tra quelle di minore età. Le prevalenze regionali nell'ultimo anno risultano, per entrambi i generi, superiori a quelle nazionali (per i maschi la percentuale è pari a 56%, per le femmine è pari a 40,2%), in particolare nella fascia di 18-40 anni con un valore pari a 81,6% per il gioco nella vita e al 54,2% per il gioco nell'ultimo anno¹⁶.

Internet e Internet Addiction Disorder (IAD)

Sulla base del test di screening SPIUT, il 9% degli studenti abruzzesi risulta "utilizzatore compulsivo" di Internet, soprattutto le ragazze (Maschi 8%; Femmine 10%) e i minorenni (Minorenni=10%; Maggiorenni=8%). Il 26% degli utilizzatori compulsivi utilizza quotidianamente Internet per 6 ore o più per fare una o più attività (chattare/stare sui social, giocare, leggere/cercare informazioni, ascoltare/scaricare musica, video ecc.), quota superiore a quella rilevata tra gli utilizzatori non compulsivi (11%), così come superiore risulta la quota di utilizzatori compulsivi con un andamento scolastico medio/basso, che riferiscono di avere genitori che non monitorano le attività del sabato sera e/o che non si sentono affettivamente ed emotivamente sostenuti dai propri genitori¹⁷.

Tossicodipendenze¹⁸

Dai dati del Rapporto Regione Abruzzo - Il Servizio Analisi Economica, Statistica e Monitoraggio, ha dichiarato, nel rapporto sulle tossicodipendenze del 2016, che l'uso dichiarato di cocaina è stato del 3% (-2,5% in meno rispetto al 2005), l'uso di cannabis è del 28% (-1,4% in meno rispetto al 2005) e il consumo di eroina di 1,5% (+0,3% rispetto al 2005). In relazione agli oppiacei, si è osservata una diminuzione costante nel tempo (89% nel 1996, 72,2% nel 2006, 69,7% nel 2016). Le persone che hanno fatto domanda di trattamento ai servizi nel 2016 sono 4.510 di cui il 68,1% per eroina, il 17,3% per cocaina l'11,1% per cannabinoidi e il 3,5% per altre sostanze. Per quanto riguarda le malattie infettive correlate all'uso di droga, gli assistiti testati nel 2018 per HIV sono stati 38.222, pari al 29,9% del totale dei soggetti in trattamento. Nel complesso su 1.620 soggetti risultati positivi (1,3% del totale dei trattati) il 4,2% è risultato HIV positivo, l'1,9% HBV positivo e il 42,3% al HCV positivi. Tra i soggetti più a rischio troviamo sicuramente i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva.

Le diagnosi maggiormente frequenti sono: il 62,7% degli utenti presenta disturbi della personalità e del comportamento, il 20% sindromi nevrotiche, l'11,2% schizofrenia, il 2,5% depressione e la restante parte affetta da restanti disturbi psichici. Il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti a livello nazionale per

dipendenza da droga nel 2019 è stato pari allo 0.02 x 10.000 abt; con particolare riferimento alla regione Abruzzo dove si è riscontrato un tasso di mortalità per abuso da sostanze stupefacenti pari al 0.04x 10.000 abt.

¹⁶ Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

¹⁷ Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

¹⁸ <https://www.epicentro.iss.it/tossicodipendenza/tossico-Abruzzo>

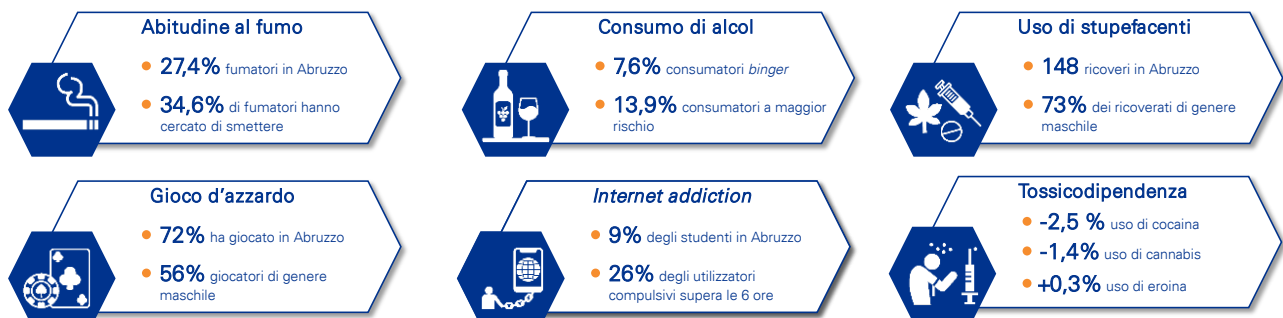


Figura 13 Report principali dipendenze in Abruzzo

3.4. Stili di vita e fattori di rischio

Il 33.0% della popolazione abruzzese adulta (18-64 anni) si stima sia in una condizione di sovrappeso e il 10.8% di obesità, valori di poco superiori alla media nazionale (rispettivamente 31.5% e 10.8%)¹⁹.

Poco più del 40% della popolazione abruzzese assume almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno, e si

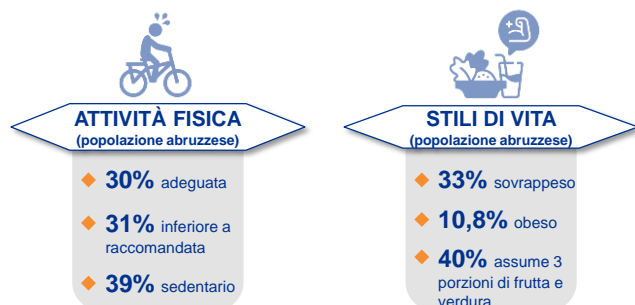


Figura 14 Indagine sull'attività fisica e sugli stili di vita della popolazione abruzzese

tratta prevalentemente di adulti, di genere femminile, senza difficoltà economiche e cittadini italiani. Nella fascia di età evolutiva, complessivamente, il 35.0% dei bambini misurati nell'indagine OKkio alla salute (età rappresentata 8-9 anni) presenta un eccesso ponderale che comprende sia obesità che sovrappeso e tale prevalenza si colloca al di sopra della media nazionale. Il trend in diminuzione osservato dall'avvio della sorveglianza (dal 2008 in poi), inoltre, si è invertito, poiché tale prevalenza risulta aumentata rispetto al 2016 nella Regione (quando era pari a 32.7%). L'eccesso ponderale

risulta, poi, associato con il livello socio-economico dei genitori (in senso inverso) e con lo stato ponderale di questi (in senso diretto). In questa fascia di età, anche nella nostra Regione, si rileva il fenomeno della *misperception*, poiché il 43% delle madri di bambini sovrappeso e il 13% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso. Tra gli adolescenti abruzzesi, secondo l'indagine di sorveglianza HBSC-Abruzzo 2018, il 17,8% è in sovrappeso e il 3,4% è obeso (dato superiore a quello nazionale) e scarso risulta il consumo di frutta e verdura quotidiano.

Nel periodo 2016-19, nella Regione Abruzzo solo 30% delle persone adulte riferisce uno livello di attività fisica corrispondente a quello raccomandato, il 31% in quantità inferiore e il 39% è completamente sedentario.

3.5. Bisogni sociali

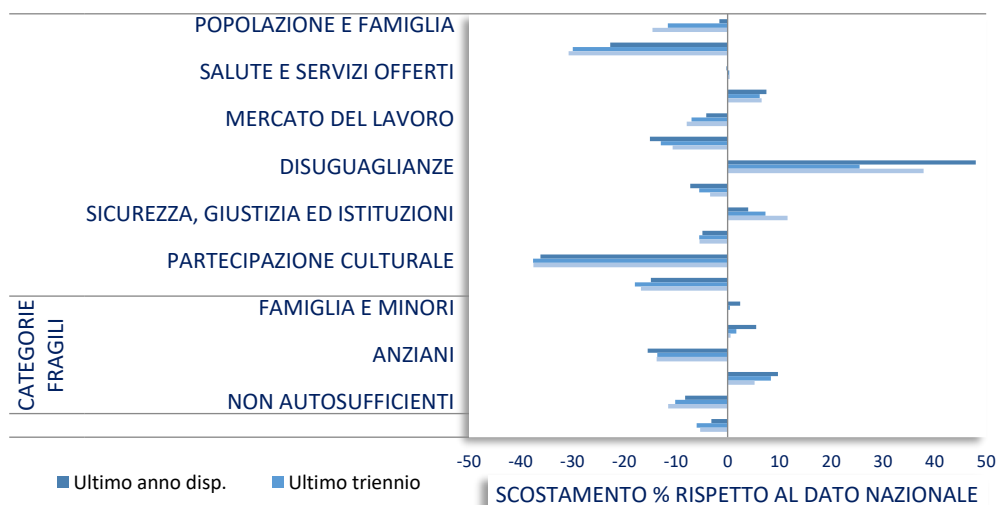
La Missione 5 del PNRR ricopre un ruolo trasversale e di rilievo all'interno del PNRR, ovvero il sostegno alla parità di genere e il contrasto alle discriminazioni, l'incremento dell'occupazione giovanile, il riequilibrio territoriale e lo sviluppo del Mezzogiorno e delle aree interne.

¹⁹ Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

La Regione Abruzzo, nella redazione e approvazione del Piano Sociale Regionale, ha sviluppato un programma di interventi e iniziative volte a perseguire gli obiettivi individuati dal PNRR e tenendo in considerazione le peculiarità del contesto regionale, anche in ottica di individuare in modo mirato soluzioni che avvicinino sempre più il contesto sociale al contesto sanitario.

Partendo dall'ultimo rapporto BES dell'ISTAT, che sintetizza per famiglia di indicatori e aggregati tematici la situazione regionale rispetto al contesto Italia, ha individuato priorità di intervento e scenari di evoluzione. Il punto di partenza ha riguardato la costruzione del Profilo sociale regionale (fonte: Media indici sintetici - programma BES - Benessere Equo e Sostenibile dell'Istat).

INDICI SINTETICI DEL PROFILO SOCIALE PSR 2022 - 2024



Fonte: Report BES_Istat

La "Media indici sintetici", mostra per l'Abruzzo un leggero ritardo rispetto ai dati nazionali, ma con una significativa tendenza alla riduzione del divario: da -6,0% dell'ultimo triennio a -3,1% nell'ultimo anno disponibile. Tali risultanze sono pertanto da considerare nel complesso positivamente.

Performance superiori al resto del Paese si evidenziano soprattutto sulle “Disuguaglianze” (media pari a circa +37% nei tre periodi analizzati, con dati che fanno riferimento principalmente al reddito), ma anche sulla “Sicurezza, Giustizia ed Istituzioni solide” (media pari a +8% circa e valori in peggioramento a causa soprattutto dalle buone performance dei dati nazionali registrate negli ultimi anni) e su “Istruzione e Formazione” (stabile e media pari a +7% circa). Per quanto riguarda le categorie fragili, emergono i “Disabili” (dati in miglioramento e media pari a +8% circa).

In linea con i dati nazionali sono le aree tematiche “Salute e servizi offerti” (stabile), “Relazioni sociali” (stabile) e, riguardo alle categorie fragili, “Famiglia e minori” (in miglioramento) e “Giovani” (in netto miglioramento, con un +5% rispetto al riferimento nazionale nell’ultimo anno disponibile).

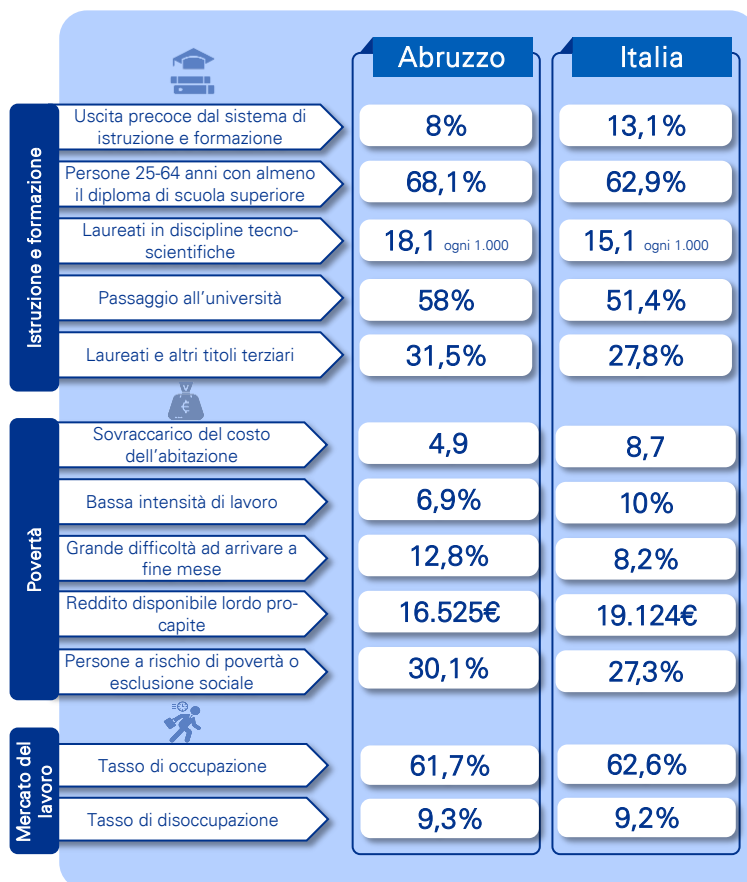
Le criticità vengono mostrate, in ordine di gravità, sulle aree tematiche “Partecipazione culturale” (divario

sostanzialmente stabile, quantificabile in circa il -37%), “Stranieri”, (gap in riduzione, ma con una media nei tre periodi analizzati quantificabile in -28%), “Qualità dei servizi” (divario in riduzione e con media pari a circa il -16%), “Povertà e Città sostenibili” (gap in aumento e divario medio pari a circa -13%), “Popolazione e Famiglia” (gap in netta riduzione nell’ultimo anno e divario medio pari a -9%), “Mercato del lavoro” (gap in riduzione e media pari a circa -6%) e “Parità di genere” (gap in aumento e divario medio pari a -5%). Riguardo invece alle categorie fragili, emergono gli “Anziani” (divario stabile e pari a circa -14%) e i “Non autosufficienti” (gap in riduzione e divario medio pari a -10%).

L’analisi dei dati del profilo, evidenzia e conferma criticità consolidate e acute nella fase di emergenza sociale e sanitaria di pandemia da Covid-19 con particolare riferimento a:

- basso tasso di natalità che segue un costante indice negativo nell’ultimo decennio 2011-2021;
- elevato indice di vecchiaia che pone l’Abruzzo tra le regioni con una popolazione anziana più elevata;
- elevato indice di dipendenza sociale rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (15-64 anni);
- elevato tasso di disoccupazione che si evidenzia in maniera più significativa nel target giovani e donne.

Una parte rilevante della Regione Abruzzo è caratterizzata da Aree Interne, aree capaci di offrire ai residenti una limitata accessibilità ai servizi essenziali di cittadinanza (istruzione, salute, mobilità), pur essendo dotate di considerevoli risorse ambientali e culturali. Queste aree, che sono situate in posizioni distanti dai principali centri urbani, subiscono un processo di marginalizzazione che si autoalimenta, caratterizzato da riduzione quantitativa e qualitativa dell’offerta locale dei servizi pubblici, calo della popolazione sotto la soglia critica, invecchiamento demografico, diminuzione dell’occupazione e dell’utilizzo del territorio, degrado del patrimonio artistico e paesaggistico, *digital divide*.



Allo scopo di arginare la situazione descritta, la Regione Abruzzo ha definito, in linea con quanto disposto dall'Accordo di Partenariato 2014-2020 – Italia – di cui all'art. 14 Reg. (UE) n. 1303/2013, una strategia per le Aree Interne che promuova, da un lato, l'aumento del benessere e dell'inclusione sociale delle persone che vi risiedono, dall'altro, l'incremento della domanda di lavoro e dell'utilizzo del capitale territoriale.

3.6. Le azioni di programma per l'assistenza socio-sanitaria del PSR 2022-2024

La nuova programmazione sociale regionale 2022-2024 (DGR n. 43/C del 07.02.2022 e DCR n. 62 del 24.02.2022), recepisce le direttive e gli indirizzi del PSN 2021-2023 e dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 e si pone la finalità prioritaria di consolidare ed efficientare le buone prassi della precedente programmazione e rafforzare il sistema locale dei servizi alla persona attraverso quattro indirizzi strategici:

- il rafforzamento delle azioni di sistema che garantiscono uniformità ed omogeneità della governance e delle procedure organizzative e programmatiche degli enti locali, comuni e ambiti distrettuali sociali e delle reti operative dell'integrazione sociosanitaria. Gli obiettivi sono il rafforzamento del PUA/UVM, della valutazione del bisogno e della presa in carico (ADS, DSB, servizi territoriali), dei percorsi di formazione continua rivolta in modo unitario agli operatori sociali dei Comuni, delle ASL e del Terzo Settore, la condivisione delle informazioni e delle reti informatizzate per l'interoperatività tra ADS/DSB/Servizi territoriali nell'ambito dei processi amministrativi e di condivisione delle prestazioni e servizi sociosanitari per la non autosufficienza e la disabilità ed il disagio sociale degli adulti e dell'integrazione socio-lavorativa e dell'inclusione sociale (ADS/CPI/mondo del lavoro e della produzione) per l'inclusione ed il contrasto alla povertà;
- l'implementazione di servizi e interventi sociali e sociosanitari omogenei su tutto il territorio regionale che garantiscono la uniformità dei nuovi livelli essenziali di prestazioni sociali (LEPS) del nuovo piano sociale nazionale 2021/2023 (Decreto interministeriale del 22 settembre 2021);
- l'integrazione della programmazione sociale e sociosanitaria ordinaria e straordinaria attraverso una cabina di regia e di pilotaggio regionale, strategica per la programmazione delle politiche e delle risorse attuate in ambito nazionale e regionale e le risorse comunitarie del PNRR e REACT Eu e del FSE 2021-2027. Risulta particolarmente significativa proprio la capacità delle relazioni partenariali sia in ambito istituzionale - tra i Dipartimenti della Regione e gli Enti locali - che nell'ambito delle azioni di co-programmazione e co-progettazione con il Terzo settore per la realizzazione dei progetti sociosanitari previsti a valere sulle risorse del PNRR della Missione 5 (5C2 "Infrastrutture sociali, famiglie e terzo settore", Missione 5C3 "Interventi speciali per la coesione territoriale") e Missione 6 (salute di prossimità). L'integrazione dovrà riguardare sia le risorse finanziarie e strutturali, che le competenze e la condivisione professionale, soprattutto per la implementazione a livello territoriale delle Case di Comunità e degli interventi sociosanitari domiciliari e territoriali (percorso di presa in carico unitario attraverso UVM/PAI/budget di progetto previsto già dall'art. 14 della legge 328/2000);
- la revisione e aggiornamento degli strumenti normativi e regolamentali nell'ambito dei servizi alla persona, dell'accreditamento e autorizzazione al funzionamento dei servizi diurni, territoriali, semiresidenziali e residenziali e della regolazione della compartecipazione alla spesa sociale e sociosanitaria dei cittadini.

Sono state previste azioni progettuali regionali del Piano Operativo PNRR Missione 5C2 coordinato dalla Regione Abruzzo, di concerto con gli ADS, ai sensi del Decreto Direttoriale n. 450 del 9 dicembre 2021 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, che prevede 3 investimenti e relativi 7 sub-investimenti.

Per la Regione Abruzzo, con decreto direttoriale n. 98 del 9 maggio 2022, sono stati ammessi a finanziamento 48 progetti complessivi con Enti proponenti Ambiti Sociali Territoriali per una somma totale di finanziamento pari a € 31.803.000.

PROPOSTE INTERVENTO	NUMERO PROGETTI AMMESSI A FINANZIAMENTO	Budget (€)
1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	12	2.538.000
1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti	3	7.380.000
1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	4	1.320.000
1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori	4	840.000
1.2 percorsi di autonomia persone con disabilità	15	10.725.000
1.3.1 povertà estrema: Housing first	5	3.550.000
1.3.2 povertà estrema: centro servizi	5	5.450.000
TOTALE	48	31.803.000

Tabella 8 Schede di progetto inserite nel documento REACT AU Abruzzo

Di seguito si riporta una sintesi delle ulteriori schede progetto inserite nel documento REACT EU Abruzzo predisposte dal Servizio regionale DPG022 – Servizio programmazione sociale.

Altri progetti specifici del REACT EU per il potenziamento dei servizi sociali per il contrasto alle fragilità e l'inclusione sociale.

TIPOLOGIA	TITOLO PROGETTO	RISORSE PREVENTIVATE
REACT EU	Interventi a sostegno della Famiglia	1.000.000
REACT EU	Interventi per l'Invecchiamento attivo	4.000.000
REACT EU	Sostegno alla spesa dei Comuni per la quota sociale prestazioni sociosanitarie residenziali (FISS, L.R. 37/2014)	1.355.000
REACT EU	Sostegno rette minori in residenzialità e per progetti Care leavers	5.500.000
REACT EU	Sostegno disabilità gravissima e non autosufficienza	1.500.000
REACT EU	TOTALE	13.355.000

Tabella 9 Progetti e relative risorse

Le azioni dirette del PSR 2022-24 per il rafforzamento della rete locale dei servizi sociosanitari

E' essenziale, in proposito, potenziare e rendere più efficiente il lavoro di raccordo tra i servizi per la presa in carico e l'orientamento del cittadino (servizio sociale professionale e segretariato sociale) con il servizio PUA (per gli aspetti organizzativi e procedurali) e con la UVM che garantisce la valutazione del bisogno ad elevata intensità socio-sanitaria del territorio e l'integrazione dei servizi e interventi per l'inclusione sociale ed il contrasto alle fragilità con le politiche attive del lavoro, della formazione e dell'istruzione.

Tra le Azioni e Obiettivi del PSR 2022-2024 per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria figurano:

Il potenziamento del Punto Unico di Accesso PUA

Definire con gli ADS e i DSB il potenziamento delle strutture territoriali, delle competenze professionali e delle reti telematiche di condivisione dati e processi e la definizione dei Piani di Attuazione Locale per l'accesso unitario e la presa in carico socio-sanitaria, tramite centralizzazione dei PUA nelle Case di Comunità

OBIETTIVO
rafforzare l'accesso e la presa in carico socio-sanitaria multidisciplinare su tutto il territorio

RISORSE
FNPS, FSR, FNA, PNRR e RAECT-EU

Il rafforzamento dei servizi per la presa in carico

La valutazione del bisogno sociale e socio-sanitario multidimensionale e la modalità di sostegno sociale tramite il progetto assistenziale e educativo individuale. Definire con gli ADS e i DSB strumenti, risorse professionali (socio-sanitarie e per la valutazione psicologica) e procedure uniformi ed omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e socio-sanitario, del PAI e PEI e del Budget di Progetto.

OBIETTIVO
l'obiettivo prioritario è quello prevenire e ridurre la istituzionalizzazione e le degenze e i ricoveri impropri

RISORSE
FNPS, FSR, FNA, PNRR e RAECT-EU

Dimissioni protette

Contrasto alle fragilità, la riduzione dell'emarginazione sociale, la prevenzione e la riduzione dell'istituzionalizzazione e dell'allontanamento dal proprio domicilio e contesto sociale e l'inclusione della persona in un contesto familiare e di vita appropriato alle esigenze individuali di carattere sociale e familiare, economico e lavorativo, sanitario e socio-sanitario.

OBIETTIVO
prioritario a quello di prevenire e ridurre la istituzionalizzazione e le degenze e i ricoveri impropri

RISORSE
FNPS, FSR, FNA, PNRR e RAECT-EU

Progetti Dopo di noi e vita indipendente

Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone con svantaggio sociale con azioni regionali integrate di inclusione sociale ai sensi della L.R. 57/2012 e PNA e di autonomia abitativa L. 112/2016. Definire con gli ADS, i DSB, i CSM, le Associazioni dei familiari ed il Terzo settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato. Garantire procedure uniformi ed omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e socio-sanitario, del PAI e PEI e del Budget di Progetto.

OBIETTIVO
rafforzare l'accesso e la presa in carico socio-sanitaria multidisciplinare su tutto il territorio

RISORSE
FNPS, FSR, FNA, PNRR e RAECT-EU

Servizi per la non autosufficienza

Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone non autosufficienti con azioni regionali integrate del PNA e altre azioni regionali per la non autosufficienza.
Definire con gli ADS, i DSB, i CSM, le Associazioni dei familiari ed il Terzo settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato.

OBIETTIVO
garantire procedure uniformi ed omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e socio-sanitario, del PAI e PEI e del Budget di Progetto. L'obiettivo prioritario per dare piena risposta con interventi diretti e indiretti alle disabilità complesse e gravissime a garantire la permanenza nel proprio domicilio e contesto di vita sociale e familiare della persona non autosufficiente oltre quello di prevenire e ridurre la istituzionalizzazione e i ricoveri impropri.

RISORSE
regionali e nazionali
FNA, Fondo Dopo di Noi, PNRR

Il Piano sociale regionale 2022-2024 (PSR) individua nella Convenzione socio-sanitaria (per la gestione e la realizzazione dei servizi ed interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria) lo strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione socio-sanitaria, destinato a definire e precisare le scelte di natura generale e programmatoria dell'Ambito distrettuale sociale e dell'Azienda ASL per l'attuazione degli interventi

e dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria, così come disegnati nel Piano distrettuale sociale dell'Ambito e nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) dell'Azienda ASL.

La convenzione socio-sanitaria, individua servizi, progetti, attività ed interventi e ne descrive lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato. La principale azione di cooperazione organizzativa per l'integrazione socio-sanitaria è quella tra Distretto sanitario ed Ufficio di piano dell'Ente capofila dell'Ambito sociale territoriale.

La convenzione deve garantire la coerenza con il Piano sociale distrettuale e la normativa nazionale e regionale di riferimento. Il contenuto sostanziale deve essere inquadrato nelle strategie di sistema per l'integrazione socio-sanitaria concordemente adottate dall'Ambito e dall'Azienda ASL. La Convenzione socio-sanitaria ha durata pari a quella del Piano Sociale Regionale da cui trae origine.

4. Il Percorso di Salute della popolazione

4.1. Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

Il percorso di cura della comunità, in generale, e del cittadino, come singolo assistibile, parte da buone pratiche e da piani della prevenzione ben definiti.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2021 - 2025 della Regione Abruzzo (di seguito PRP) riflette la visione, i principi, le priorità ed il modello del Piano Nazionale di Prevenzione 2020 - 2025 (di seguito PNP).

Il Programma del Piano Nazionale di Prevenzione 2020 - 2025 prevede che le Regioni e le Province Autonome tengano conto degli obiettivi di salute, benessere, equità fissati dall'Agenda ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio "*One Health*" nella programmazione e nelle conseguenti azioni.

La prospettiva "*One Health*" consente di comprendere le complesse relazioni esistenti tra esseri umani ed ecosistemi naturali/artificiali; in altri termini, di riconoscere che la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente. Il modello "*One Health*" viene utilizzato come paradigma di progettazione per la realizzazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.

Il PRP 2021-2025 della Regione Abruzzo ha accolto la "*visione One Health*" enfatizzata nel PNP, una visione in cui la salute è considerata come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente; nei confronti di tale sfida viene proposta nel PRP la promozione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato. Ne consegue il perseguimento di un ecosistema in cui le relazioni tra salute umana, sanità animale e ambiente condizionano le risposte e gli effetti su di essi.

I programmi sanitari progettati nel PRP sono realizzati mediante una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture presenti sul territorio, l'organizzazione del sistema a rete è in grado di rispondere in modo flessibile e tempestivo ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, stratificazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.), così come indicato nella visione del PNP.

L'emergenza Covid-19 ha messo in evidenza la necessità di affiancare agli interventi "tradizionali" di prevenzione e promozione della salute, ulteriori programmi di integrazione tra Enti che a vario titolo sono coinvolti nella tutela dei cittadini negli ambienti di vita e di lavoro, valorizzando l'elemento di novità di prevedere/rafforzare alleanze e sinergie tra forze diverse, secondo il principio della cura della "Salute in tutte le Politiche" (*Health in all Policies*), che significa riconoscere nelle politiche dei diversi settori il perseguimento del benessere generale della popolazione, come obiettivo comune.

La complessità degli interventi previsti nello stesso PNP ha imposto la necessità di passare da una strategia composta da singole azioni ad una logica di processi e programmi trasversali (Modello a "matrice").

Nella progettazione delle azioni, il profilo di salute ed equità regionale ha rappresentato il punto di partenza per l'identificazione degli obiettivi e delle priorità su cui far convergere le risorse del Macro-livello "Prevenzione".

La molteplicità degli interventi richiesti ha comportato l'organizzazione degli stessi oltre che nei programmi predefiniti (da PP1 a PP10) anche in programmi liberi (da PL11 a PL13), ciascuno dei quali include diversi provvedimenti che concorrono al raggiungimento dei correlati macro-obiettivi.

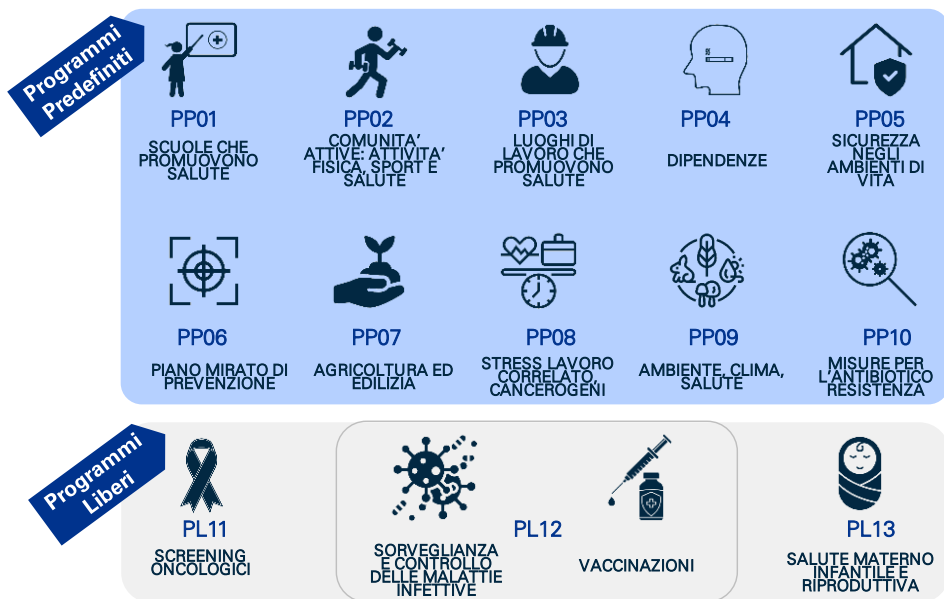
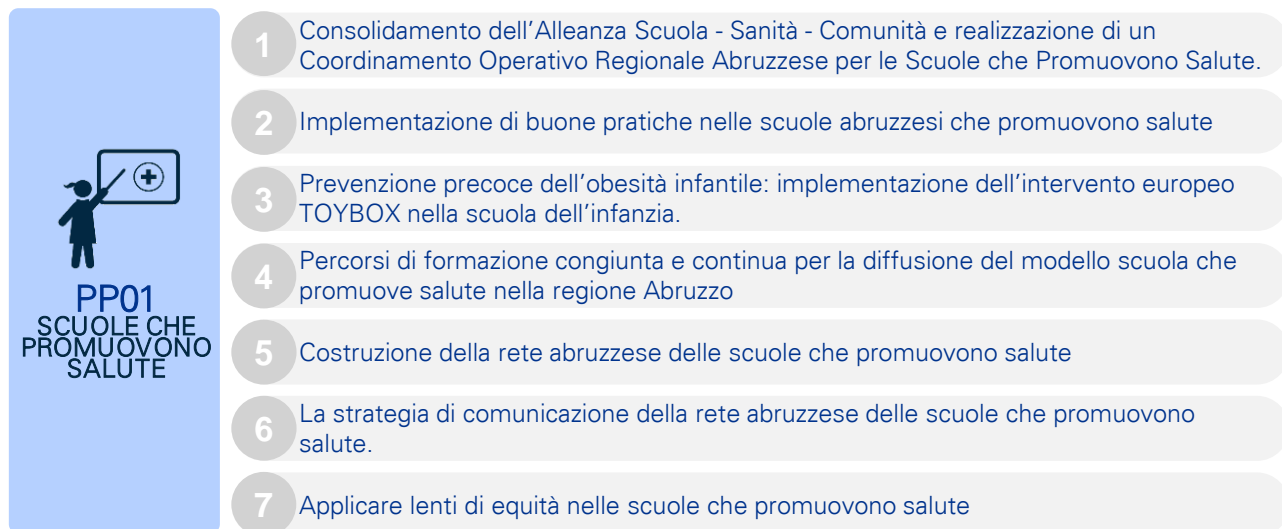


Figura 15 Struttura del Piano regionale della prevenzione

All'interno di ogni programma, sono rappresentate diverse azioni necessarie per la realizzazione dell'intero programma, secondo gli obiettivi centrali stabiliti nel PNP.





PP02
COMUNITA'
ATTIVE:
ATTIVITA'
FISICA, SPORT
E SALUTE

- 1 Sviluppare azioni di comunicazione per sensibilizzare la popolazione sulla importanza del movimento e sulle opportunità esistenti
- 2 Rinnovare gli accordi in essere o creare nuovi Accordi con ANCI, Università, Ufficio Scolastico regionale, CONI ecc. per collaborare alla creazione e diffusione delle comunità attive
- 3 Realizzazione di un modulo formativo counselling motivazionale breve
- 4 Adesione del Comune alla rete dei comuni in movimento
- 5 Esercizio fisico e attività sportiva tra persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista
- 6 Implementazione programma AFA (Attività Fisica Adattata), EFA (Esercizio Fisico Adattato)
- 7 Applicare lenti di equità nelle scuole che promuovono salute



PP03
LUOGHI DI
LAVORO CHE
PROMUOVONO
SALUTE

- 1 Ridurre i disordini da carenza iodica
- 2 Supporto informativo alle Imprese in tema di REACH (Registrazione sostanze chimiche) e CLP (classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio)
- 3 Corretti stili di vita e promozione della salute sui luoghi di lavoro



PP04
DIPENDENZE

- 1 Corso di formazione per Formatori, diretto ad Operatori Sanitari e Sociosanitari delle ASL della Regione, per la realizzazione nella Comunità di intervento efficaci per prevenire il tabagismo
- 2 Liberamondo" Cresci e sogna libero: vivi in-Dipendente
- 3 Promozione e sostegno agli adulti strategici e protagonismo giovanile per la promozione della salute
- 4 Verso luoghi di lavoro liberi dal fumo e consapevoli delle altre problematiche di *addiction*
- 5 Corso di formazione per l'addestramento al counselling breve su alcol ed altre addiction, rivolto ad operatori Socio-Sanitari delle ASL, ai MMG, MdCA e ai Medici del Lavoro
- 6 TEST IT: riduzione del rischio-drug checking e Snap (Sistema Nazionale allerta Precoce)
- 7 Mamma Beve Bimbo Beve: Prevenzione della FASD (Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico)



PP05
SICUREZZA
NEGLI
AMBIENTI DI
VITA

- 1 La cultura della sicurezza negli ambienti di vita dei minori: un approccio informativo, partecipato e condiviso”
- 2 La prevenzione degli incidenti domestici con particolare riguardo alla popolazione anziana
- 3 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder
- 4 Ottimizzazione dei flussi informativi verso il CAV
- 5 A scuola con il REACH e il CLP... insieme per essere più sicuri
- 6 Riduzione delle disuguaglianze sulla percezione del rischio domestico tra i cittadini stranieri.



PP06
PIANO MIRATO
DI
PREVENZIONE

- 1 Sovraccarico biomeccanico in ambito socio-sanitario: focus sulle RSA
- 2 Verifica di metodi e tecniche di protezione degli organi in movimento delle macchine nel settore metalmeccanico.
- 3 Piano mirato per la prevenzione e gestione dei focolai di infezione da covid-19 negli impianti di macellazione e sezionamento carni



PP07
PREVENZIONE
IN EDILIZIA E
AGRICOLTURA

- 1 Realizzazione di eventi informativi/formativi su REACH e CLP rivolti a specifici settori del mondo produttivo
- 2 Piano mirato di prevenzione del rischio cadute dall'alto in edilizia
- 3 Piano mirato di prevenzione del rischio utilizzo (non conforme) macchine agricole
- 4 Promozione della qualità dell'appropriatezza ed efficacia della Sorveglianza Sanitaria
- 5 Strategie di intervento attività di controllo/assistenza/vigilanza in edilizia/agricoltura



PP08
PREVENZIONE
DEL RISCHIO
CANCEROGEN
O
PROFESSIONA
LE, DELLE
PATOLOGIE
PROFESSIONA
LI
DELL'APPARAT
O MUSCOLO-
SCHELETRICO
E DEL RISCHIO
STRESS
CORRELATO
AL LAVORO

- 1 Consolidamento dell'Alleanza Scuola - Sanità - Comunità e realizzazione di un Coordinamento Operativo Regionale Abruzzese per le Scuole che Promuovono Salute.
- 2 Implementazione di buone pratiche nelle scuole abruzzesi che promuovono salute
- 3 Prevenzione precoce dell'obesità infantile: implementazione dell'intervento europeo TOYBOX nella scuola dell'infanzia.
- 4 Percorsi di formazione congiunta e continua per la diffusione del modello scuola che promuove salute nella regione Abruzzo
- 5 Costruzione della rete abruzzese delle scuole che promuovono salute
- 6 La strategia di comunicazione della rete abruzzese delle scuole che promuovono salute.
- 7 Applicare lenti di equità nelle scuole che promuovono salute



PP09
AMBIENTE,
CLIMA E
SALUTE

- 1 Controllo delle malattie trasmesse dagli alimenti, sistema di allerta e gestione delle emergenze per alimenti e mangimi
- 2 Implementazione del registro tumori negli animali
- 3 Abruzzo in rete per l'ambiente e la salute
- 4 Controllo delle Onde elettromagnetiche e della radioattività ambientale.
- 5 Piano di monitoraggio e controllo delle malattie trasmesse da vettori e Piano controllo della Leishmaniosi
- 6 Piano di controllo per le acque potabili
- 7 Gestione dell'emergenze epidemiche veterinarie
- 8 Sorveglianza e controllo sanitario della fauna selvatica
- 9 Gestione delle emergenze non epidemiche in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- 10 Programmazione e controllo delle attività in materia di sicurezza chimica per la gestione dei prodotti fitosanitari (REACH e CLP).
- 11 Controllo delle emissioni odorigene e qualità dell'aria
- 12 Controllo delle emissioni odorigene e qualità dell'aria



PP010
MISURE PER IL
CONTRASTO
DELL'ANTIMIC-
ROBICO-
RESISTENZA

- 1 Implementazione di un Piano regionale integrato di sorveglianza epidemiologica continua delle ICA (Infezione correlate all'Assistenza) e degli MDRO(
- 2 Potenziamento delle attività dei servizi veterinari riguardanti l'antimicrobico resistenza
- 3 Monitoraggio regionale della prescrizione antibiotica nel settore sanitario umano e veterinario
- 4 Aumentare la consapevolezza della Comunità sull'importanza di fare un uso appropriato degli antimicrobici
- 5 Sistema di allerte per gli alimenti, MOCA (Materiale e Oggetti a Contatto con gli Alimenti) , mangimi e piano di emergenza
- 6 1 Sorveglianza regionale delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE)
- 7 7 Sviluppo di Programmi locali di *Antimicrobial stewardship* (AS) per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza



PL01 SCREENING ONCOLOGICI

- 1 Rafforzamento dei coordinamenti regionali e aziendali di screening
- 2 La formazione degli operatori
- 3 Implementazione di protocollo di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV (a partire dalla coorte 1997)
- 4 Acquisizione nuovo sistema informatizzato unico regionale
- 5 Estensione invito attivo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 e allo screening al colon retto alla fascia di età 70-74 anni.
- 6 Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di carcinoma eredo familiare della mammella
- 7 Comunicazione a categoria *target* (donne italiane e straniere di 25 anni).



PL02 MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI

- 1 Consolidamento della Sorveglianza regionale delle Paralisi Flaccide Acute (PFA)
- 2 Consolidamento e monitoraggio del nuovo sistema di notifica delle malattie infettive "*prema*"
- 3 Completare e consolidare l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale
- 4 Acquisizione nuovo sistema informatizzato unico regionale
- 5 Realizzazione del piano regionale di sorveglianza e controllo delle arbovirosi nell'ottica one-health
- 6 Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di carcinoma eredo familiare della mammella
- 7 Comunicazione a categoria *target* (donne italiane e straniere di 25 anni).
- 8 Completare e consolidare l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale
- 9 Acquisizione nuovo sistema informatizzato unico regionale
- 10 Realizzazione del piano regionale di sorveglianza e controllo delle arbovirosi nell'ottica one-health

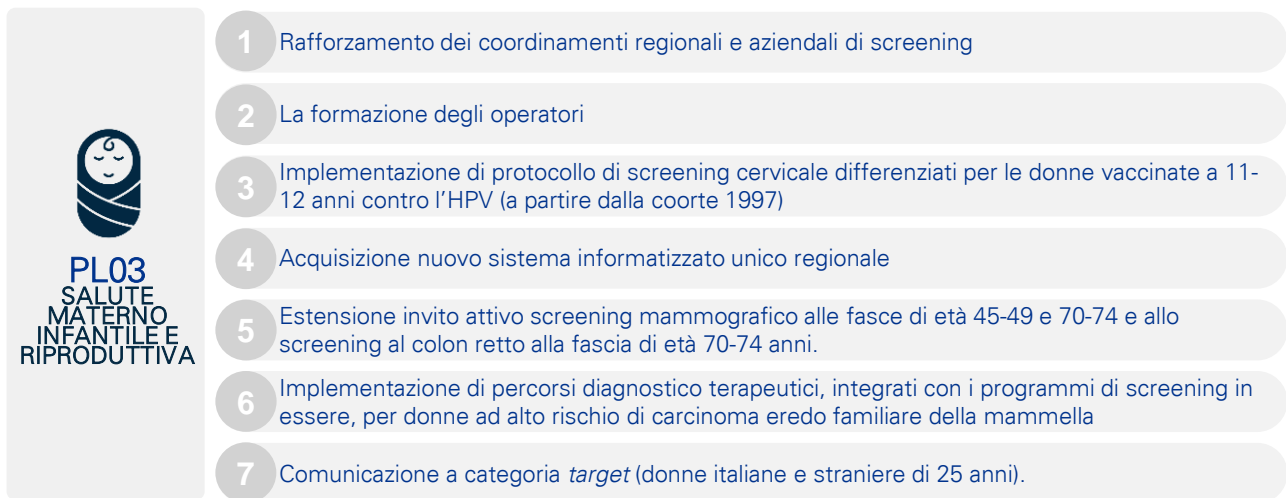


Figura 16 Azioni del Piano Regionale di Prevenzione

Il ruolo strategico nella attuazione delle azioni pianificate, per quanto premesso, spetta ai Dipartimenti di Prevenzione (di seguito DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., cui spetta l'onere di fungere da fulcro intorno al quale ruotano le azioni pianificate. I DP assicurano le azioni finalizzate alla attuazione del PRP, tutto ciò in coerenza con una consolidata tradizione che vede in tali Organismi aziendali le strutture di riferimento per le principali Istituzioni rappresentative della comunità stessa (Comuni, Scuola, etc). Ai DP compete inoltre il ruolo di “cabina di regia” per strutturare organicamente i piani di prevenzione, garantendo la condivisione degli obiettivi con le altre strutture sanitarie dell’Azienda, con particolare riferimento alla Medicina Generale e alle aree cliniche competenti.

Tale ruolo di coordinamento affidato al DP richiede una crescente qualificazione delle competenze, per quanto attiene all’analisi epidemiologica, alla creazione di partnership trasversali, al patrocinio istituzionale, alla formazione di professionisti, così da “fare rete” in un’ottica trans-aziendale ed in coerenza con i dettami indicati nel Decreto del Ministero della Salute del 23 Maggio 2022, n°77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale (22GG00085) (GU Serie Generale n°144 del 22/06/2022).

Ai DP, quindi, è affidata la “*governance*” degli interventi, da cui deriva la necessaria realizzazione di una matrice efficace di collegamenti all’interno delle strutture sanitarie coinvolte nell’attuazione delle specifiche azioni programmate nel PRP.

I DP agiscono tramite un coordinamento integrato con le altre strutture sanitarie dell’Azienda, a cui sono delegate le attività di prevenzione e promozione della salute, sviluppano azioni rivolte alla prevenzione universale, alla medicina predittiva, alla medicina di genere, al contrasto alle malattie croniche non trasmissibili e alla profilassi della riemersione di malattie pregresse (TBC, Polio etc.). Le attività di prevenzione e promozione della salute vengono svolte nelle strutture territoriali distrettuali con particolare riferimento a Case di Comunità, Cure Primarie, dipartimenti clinici. In tal senso, se si parla di promozione della salute, in senso lato, questa travalica i confini entro cui tradizionalmente operano i dipartimenti di prevenzione, basti pensare alla salute mentale e all’area materno-infantile.

Il modello “a rete” consente ai DP di:

- intercettare precocemente la domanda/bisogno di salute della popolazione (stratificazione del rischio) e fornire adeguate risposte;
- garantire equità e parità di accesso alle prestazioni di prevenzione e promozione della salute;

- promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (*empowerment*) attraverso programmi di comunicazione.

4.2. Presa in carico e continuità assistenziale

L'invecchiamento è da sempre associato ad un maggior consumo di risorse dal punto di vista sanitario, dovuto a frequenti accessi ai servizi sanitari e bisogni di salute sempre più correlati e presenti.

Se da un lato il Covid-19 ha evidenziato come le categorie di soggetti più fragili esposti alla pandemia fossero proprio gli anziani (in aggiunta ad altre categorie di soggetti fragili) dall'altro ha evidenziato come la tendenza dei cittadini verso soluzioni smart e digital di assistenza siano sempre più attuabili in contesti di bisogno evidente. La popolazione over 65, difatti, non può essere più interpretata come grado di non autosufficienza ma esiste una stratificazione possibile di soggetti e relativi bisogni anche all'interno di questa parte della popolazione. Questa popolazione è costituita da persone spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche ma, anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: PS o ricovero in ospedale. Tale condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e socio sanitari e variabili di contesto.

Prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia in soggetti con condizioni di rischio, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale orientato all'equità, sono fondamentali.

Gran parte della letteratura internazionale è oggi concorde nel considerare necessario un forte ripensamento del tradizionale sistema ospedaliero, non soltanto nel semplice spostamento di attività dall'ospedale al territorio, ma una vera integrazione ospedale/territorio a garanzia della presa in carico. In questa direzione si colloca il ripensamento dei servizi territoriali proposti dal DM77, che pianifica, rafforza e valorizza i servizi territoriali attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità e/o gli ambulatori dei servizi territoriali medici/infermieristici, quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale della popolazione di riferimento;
- il potenziamento della Casa di Comunità come primo luogo di cura;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari per la presa in carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni sociali e di maggiore fragilità;
- introduzione di logiche sistematiche di sanità di iniziativa, che individua le persone a rischio di fragilità e offre loro le cure preventive in modo proattivo nelle fasi precoci delle condizioni a lungo termine;
- modelli di servizi digitalizzati, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e tele monitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG e PLS, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali);
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti del lavoro di prevenzione, cura, riabilitazione, inclusione sociale e sostegno che può essere offerto dalla comunità;

- la partecipazione attiva e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso il pieno coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, Enti d'Ambito Sociale, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.)

Partendo da queste considerazioni, appare evidente come lo stesso servizio sanitario regionale debba adeguare il sistema d'offerta, alla caratterizzazione dei nuovi profili di cittadini esistenti, andando a modulare e completare il processo di intercettazione, raccolta del bisogno, programmazione della salute, assistenza ed erogazione, prevenzione continua.

Il Nuovo Sistema d'Offerta Territoriale (NSOT) della Regione Abruzzo deve, comunque, svilupparsi su quattro direttrici principali che di seguito si richiamano:

- trasferire sul territorio tutte le prestazioni di pertinenza della specialistica territoriale, che oggi, in assenza di una rete territoriale adeguatamente distribuita e sviluppata, vengono erogate presso i presidi ospedalieri, contribuendo a rendere inefficiente la performance dei presidi stessi, perché:
 - il setting è inappropriato;
 - le funzioni "territoriali" interferiscono con le funzioni proprie dell'ospedale;
 - peggiora il rapporto costi/ricavi per singola prestazione;
- garantire un sistema di assistenza di prossimità **a tutti i cittadini**, nell'ambito del quale siano previste specifiche tutele delle fragilità;
- riconciliare le previsioni di cui al PNRR con l'effettivo quadro esigenziale della Regione, che risente fortemente delle caratteristiche orografiche, climatiche e di viabilità, ricordando, in proposito, lo specifico riferimento del DM 77/2022 alle Case della Comunità, che di seguito si riporta:
 - *"Casa della Comunità' hub ogni 40.000-50.000 abitanti;*
 - *Case della Comunità' spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) **tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità'. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricompresi nelle Case della Comunità' Hub e Spoke, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità' accederanno anche gli specialisti ambulatoriali"***;
- riconciliare l'offerta sanitaria territoriale con i bisogni effettivi della popolazione attraverso lo sviluppo di specifiche metodologie che consentano di perimetrare, per ciascun punto di erogazione (Case della comunità hub e spoke), distribuzione, modalità e tipologia dell'offerta sulla base della stratificazione dei bisogni del relativo bacino di riferimento in termini di tipologia (opportunamente qualificata per età e sesso) e di tempi di risposta.

Al fine di realizzare tale intento, la programmazione regionale si propone di realizzare strutture per la medicina di prossimità volte a potenziare la prevenzione e la promozione dei corretti stili di vita, l'assistenza e la riabilitazione delle categorie più fragili, anche attraverso il rafforzamento e lo sviluppo della telemedicina e gli investimenti per l'innovazione e la digitalizzazione del sistema sanitario.

Tale potenziamento, data la particolare orografia della Regione Abruzzo, data la bassa densità abitativa della miriade di piccoli comuni sparsi su un territorio vastissimo, non potrà prescindere dal potenziamento degli

studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri organizzati in team (mini spoke). Si valuterà per questo l'eventuale dotazione di personale di studio compatibile con i vincoli di spesa.

Lo sviluppo della Sanità di Iniziativa, quale modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche, non aspetta l'assistito in ospedale o in un'altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi di insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa dalla prevenzione primaria fino alla prevenzione delle complicanze attraverso il follow up proattivo tramite strumenti di telemonitoraggio e telemedicina. Il concetto che si persegue è di ragionare l'assistenza (territoriale e ospedaliera) come un rapporto continuum con la popolazione.

Per mettere in atto tale azione la Regione si propone di integrare la rete di assistenza territoriale e rafforzare la capillarità degli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri e la capacità distrettuale come punto di riferimento del territorio, in continuità organizzativa-funzionale-gestionale con l'assistenza ospedaliera, con la pianificazione dell'inserimento della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC): (a) delle Casa di Comunità per il potenziamento, l'integrazione e la riorganizzazione dei servizi sanitari offerti sul territorio (all'interno delle quali saranno attivate èquipe multidisciplinari e composte da MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità e altri professionisti della salute per il coordinamento di tutti i servizi da erogare agli assistiti fragili); (b) delle Centrali Operative Territoriali (COT), per il raccordo tra i setting di passaggio dell'assistenza al paziente, favorendo la programmazione dell'offerta e la tempestività di risposta; (c) degli Ospedali di Comunità al fine di poter svolgere interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e degenze di breve durata; (d) di un Piano di Sanità digitale per il rafforzamento e la riorganizzazione della rete territoriale anche attraverso lo sviluppo della telemedicina. Si intende realizzare questo obiettivo valutando nei limiti di legge di bilancio l'ipotesi di personale previsto dell'Art. 47 comma b capo II del vigente acn e un numero adeguato di personale infermieristico a tutte le forme associative.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Con l'espressione "umanizzazione delle cure e dei servizi" si intende designare quella componente comunicativa relazionale senza la quale l'azione terapeutica risulta essere parziale o non adeguata.

È compito del SSR far sì che i luoghi di cura e gli interventi sanitari siano in grado di garantire l'attenzione per ogni singolo paziente attraverso un'informazione completa, una comunicazione empatica, l'alleviamento del dolore e della sofferenza.

La valutazione partecipata della qualità concorre al consolidamento di un modello che favorisce la "trasparenza" delle organizzazioni sanitarie che sono stimolate a "rendere conto" direttamente del proprio operato agli utenti.

Sulla base di questi orientamenti, un piano articolato per promuovere l'umanizzazione dei servizi deve prevedere/favorire:

- La promozione di una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, attraverso gli strumenti di comunicazione delle ASL (carta dei servizi, siti web, bollettini periodici);
- La crescita della comunicazione tra professionisti e tra professionisti ed assistiti, adottando linee guida e corsi di formazione sulle modalità di trasferimento delle informazioni al paziente e di coinvolgimento nelle scelte;
- La diffusione della cultura dell'*empowerment* quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute ed adottare stili di vita corretti;
- Lo sviluppo di una forte attività di raccordo tra i servizi socio-sanitari e i contesti sociali e territoriali di appartenenza dei pazienti;
- Lo sviluppo di metodologie con cui valutare il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha usufruito, nell'ottica di intervenire ad eliminare le criticità evidenziate.



4.3. Distretto

Il Distretto quale articolazione organizzativa funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio, costituisce il riferimento per l'accesso a tutti i servizi della Asl, dove si realizza, prime fra tutte per il tramite delle Case della Comunità e quindi COT e Ospedali di Comunità, la presa in carico, la continuità assistenziale e l'integrazione socio sanitaria nei confronti dei bisogni della popolazione, in funzione di un'attenta analisi dei bisogni e della differenziazione degli stessi tra fasce di popolazione e categorie assistibili.

Il Distretto è il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi socio sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Pertanto al Distretto vengono attribuite funzioni di:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili;

- produzione, ossia la funzione di erogare i servizi sanitari territoriali, in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio sanitari;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza, attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione delle disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Direttore e Distretto, acquisiscono in un binomio perfetto la funzione di garanzia del rispetto e del raggiungimento degli obiettivi condivisi, assegnati e fissati dalla Direzione Generale Aziendale sia in termini di efficienza ma ancor più di efficacia e qualità, attraverso la valutazione delle priorità di azione, della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria e socio sanitaria, nonché di monitoraggio e di verifica dei risultati.

4.3.1. Assistenza primaria

La pandemia ha creato fratture profonde nelle nostre comunità a tutti i livelli, soprattutto sul piano sociale ed economico e ha ingigantito le disegualianze. I più deboli hanno pagato il conto più elevato: dai bambini ai ragazzi, costretti a rinunciare a qualunque relazione interpersonale diretta per periodi molto lunghi, in una fase cruciale della loro vita. Un costo elevatissimo hanno pagato, in termini di vite perse, i nostri anziani.

La pandemia, però, ci ha dato grandi insegnamenti: ha aiutato a capire l'importanza del nostro servizio sanitario e ci ha fatto comprendere la necessità di rafforzarlo e tutelarlo.

Le cure primarie e tutta la medicina territoriale trova il suo fulcro nel medico di famiglia. La valorizzazione del suo ruolo deve avvenire attraverso un rafforzamento di tutti gli strumenti dei fattori produttivi e dei servizi da essierogati, in modo da poter realizzare un' efficace presa in carico su prevenzione, gestione della cronicità e della disabilità e accessi impropri al pronto soccorso.

L'attuale articolazione dell'assistenza primaria, nella Regione Abruzzo, è caratterizzata dalla diffusione capillare degli studi convenzionati che andranno potenziati, a garanzia dell'accessibilità della popolazione, e da forme associative disciplinate dai precedenti AA.CC.NN. e AA.II.RR. Nella Regione sono presenti, in forma embrionale, solo alcune forme organizzative previste dalle normative vigenti (AFT e UCCP). La Regione ha provveduto, a termini di quanto stabilito dalla legge 08.11.2012, n. 189 e dal Patto per la Salute 2014/2016, a definire l'impianto generale del sistema delle AFT e UCCP, uniforme per il territorio regionale con l'adozione dei Decreti del Commissario ad acta 16 e 17 del 8/03/2016 e 56/2016, ma attualmente le poche (AFT e UCCP) attivate risultano in una fase sperimentale. La redazione delle linee guida di indirizzo dovrà essere curata con il supporto delle OO.SS. della Medicina Generale e della Pediatria.

La regione intende superare la fase sperimentale e arrivare in sede di ACN-AIR al numero fissato dai parametri nazionali. In sede di AIR si potrà condividere la realizzazione delle AFT attraverso l'eventuale integrazione dei medici nei Nuclei di cure primarie già esistenti o unendo nuclei di cure primarie già formati sino al raggiungimento del bacino di utenza previsto dagli atti di programmazione regionale e dalla legge Balduzzi.

Forme organizzative territoriali per l'erogazione delle Cure Primarie: AFT (2022)	
Tipologia	N° AFT attivate
AFT di Medicina Generale	24
AFT di Pediatria di libera scelta	6
AFT dei medici specialisti ambulatoriali attivate (*)	7
N° Aggregazioni strutturali multiprofessionali (UCCP) attivate	8
N° dei MMG che operano nelle UCCP /totale MMG	150/962
N° dei PLS che operano nelle UCCP /totale PLS	1/134
N° degli specialisti ambulatoriali che operano nelle UCCP /totale specialisti ambulatoriali	11/282

Tabella 10 Situazione AFT in Regione Abruzzo al 2020

Le AFT sono le unità organizzative elementari della medicina convenzionata senza personalità giuridica, che rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico. La AFT rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte. Esse perseguono gli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria secondo un modello-tipo coerente con i contenuti di A.I.R. e ACN.

In particolare, competono alla AFT le seguenti funzioni e attività:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai medici e PLS del ruolo unico di assistenza primaria che la compongono;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema che, responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione (vaccinazioni) ;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevole ad attuare corretti stili di vita;
- erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte. Queste prestazioni diagnostiche sono funzionali al percorso di presa in carico del paziente e contribuiscono attraverso un'azione di filtro, a ridurre degli accessi al DEA, oltre che a ridurre le liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità. La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'AFT e dovrà essere regolamentata da appositi accordi a livello aziendale che prevedano sia attività svolte a rapporto orario, sia inserite nella definizione del budget di AFT;
- concordare a livello aziendale i PDT che saranno messi a disposizione del territorio; diagnosticare in tempi congrui con le necessità dei cittadini per tutte quelle patologie che, pur acute, possono essere trattate a livello territoriale;

- garantire una effettiva presa in carico degli assistiti anche l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età, attivando l'integrazione con altri servizi sanitari di secondo e terzo livello.

Nell'ambito dell'AFT, tra i medici del ruolo unico a ciclo di scelta e PLS che la compongono, è individuato un Referente, cui sono attribuiti compiti di raccordo professionale e funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di ciascuna AFT in relazione agli obiettivi assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati dall'azienda di cui all'art 30 ACN.

Il Referente dell'AFT svolge l'attività di coordinamento dei medici componenti l'AFT, gestisce i rapporti con l'esterno e gestisce in particolare le relazioni con gli Organi e gli Uffici dell'Azienda USL di riferimento.

Normalmente le AFT curano una popolazione di riferimento formata non superiore ai 30 mila abitanti «ferme restando le esigenze legate ad aree ad elevata densità abitativa» (art. 29 comma 3, ACN 2016-2018). I medici dell'AFT garantiscono l'assistenza ai cittadini dalle 8 alle 24, 7 giorni su 7. L'Art. 28 c.3 disciplina che la AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio. All'art.28 c.6 lett.b, viene riportato inoltre che nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica è garantita nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20. La Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata. La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio. I medici possono tipicamente esercitare l'attività in sede unica aggregata o in rete, avvalendosi del personale infermieristico e di supporto amministrativo secondo le indicazioni dell'ACN. Ai fini della gestione clinica condivisa dei dati degli assistiti, i medici possono operare in sede unica (che può coincidere con l'UCCP di riferimento o è ad essa funzionalmente collegata), utile a garantire la collaborazione con i medici specialisti. In caso di sede unica di una AFT che ha come riferimento un territorio geograficamente ampio, i medici possono realizzare le funzioni dell'AFT prevalentemente in rete, continuando ad operare nei propri studi professionali attraverso la condivisione delle informazioni cliniche.

Medici e pediatri che fanno parte dell'AFT sono funzionalmente connessi in rete tramite un'infrastruttura telematica/informatica connessa e interoperabile con i sistemi informativi regionali (Anagrafe Assistiti, Anagrafe Vaccinale, FSE, CUP, Centrale Operativa Territoriale, etc), nel rispetto della normativa sulla privacy. Ogni medico ha accesso alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per un'efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

Ai fini di conseguire i livelli assistenziali propri dell'AFT, deve essere garantita ai medici la tecnologia diagnostica utile a permettere anche l'attività di telerefertazione, telemedicina e teleconsulto. Il funzionamento interno dell'AFT è garantito dal regolamento definito dal Comitato aziendale.

Il modello assistenziale e organizzativo su cui si basa l'organizzazione dell'assistenza primaria descritta, nella strategia complessiva del passaggio da una "medicina di attesa" a una "medicina di iniziativa" o proattiva, risponde al principio per cui i pazienti meno complessi afferiscano al livello delle cure primarie (*Self - management support*), gestito dal MMG/PLS/CA (ex Continuità Assistenziale) / SAI (Specialisti Ambulatoriali Interni).

I casi più complessi (*High risk patients e Patients with severe complications*), invece, possono essere inseriti in programmi di *follow-up* più intensi, gestiti dal MMG/PLS/CA/SAI in collaborazione con il *team* multidisciplinare dell'UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie).

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla privacy. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

- a) sistema informativo nazionale (NSIS);
- b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
- c) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- d) certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente.

Medici e pediatri, in particolare:

- a) assumono il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente;
- b) sono parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;
- c) perseguono gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

L'art 47 lett.b) dell'ACN 2016-2018 e Art. 44 lett b (per la Pediatria), stabiliscono che le risorse della quota variabile sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di ADI e ADP viene definita annualmente dalla programmazione regionale.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento (UCCP). I medici del ruolo unico di assistenza primaria (MMG e Continuità Assistenziale) si raccordano tramite le AFT alle attività dell'UCCP nel rispetto della programmazione regionale. Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, le Regioni, in relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, possono prevedere l'istituzione delle AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

Le UCCP hanno una sede fisica ben riconoscibile nell'ambito territoriale distrettuale, in connessione funzionale con le AFT che insistono sul medesimo territorio, e prendono in carico assistenziale la comunità di riferimento relativamente alle prestazioni dirette ai soggetti cronici, fragili e multi-patologici.

L'UCCP garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. La Regione definisce per le eventuali sedi dislocate nel territorio il livello di complessità organizzativo-strutturale, anche minimo, in relazione a specifiche caratteristiche orografiche, demografiche e sociali e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione, al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

Le funzioni dell'UCCP sono identificabili in:

- assistenza ai soggetti con patologie croniche gestibili nell'ambito delle Cure Primarie (accesso ordinario tramite richiesta di un medico dipendente o convenzionato con il SSR);
- la continuità delle cure ai soggetti fragili, soprattutto nelle fasi di accesso e dimissione dei ricoveri ospedalieri (accesso ordinario tramite richiesta di un medico dipendente o convenzionato con il SSR, in collegamento con il Punto Unico di Accesso distrettuale);
- le prestazioni correlate per livello di intensità ai codici bianchi, secondo normativa regionale, nonché erogazione di prestazioni specialistiche e di diagnostica tramite richiesta di un medico dipendente o convenzionato con il SSR, secondo protocolli formalizzati a livello aziendale;
- le UCCP, infine, possono realizzare specifiche attività in ambito di prevenzione e di formazione del caregiver, anche al domicilio, con il coinvolgimento dei diversi dipartimenti aziendali.

Nel 2020, a fronte di 25 UCCP programmate a livello regionale soltanto 7 sono state effettivamente attivate, scontando anche dei ritardi dovuti dalla mancata stipulazione gli AA.II.RR. e in via transitoria della attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, co.7 della L. 189/2012. L'implementazione delle AFT e UCCP sul territorio regionale non ha dato seguito ad uno sviluppo omogeneo di tali modelli organizzativi su tutto il territorio. A tal proposito, dai riscontri effettuati in occasione del questionario LEA 2020 le Aziende Sanitarie Locali hanno evidenziato difformità nell'attuazione degli stessi, poiché la messa a regime della disciplina di riforma delle cure primarie ha incontrato finora un ostacolo difficilmente superabile nella mancata emanazione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali.

Le UCCP attualmente attive sono collocate nelle ASL di Teramo, Lanciano-Vasto-Chieti e Pescara.

Organizzazioni territoriali per l'erogazione delle Cure Primarie: UCCP (2022)	
Tipologia	N° UCCP attivate/ UCCP totali previste
UCCP dotate di ambulatorio infermieristico	8/25
UCCP dotate di PUA	3/25
UCCP che garantiscono continuità Assistenziale H24 7/7 giorni	6/25
UCCP dotate di postazione di emergenza territoriale 118	1/25
UCCP dotate di Ospedali di Comunità	1/25
UCCP dotate di Struttura residenziale per malati cronici non autosufficienti	1/25
Totale aggregazioni strutturali multiprofessionali (UCCP) Regione Abruzzo	8/25

La programmazione regionale prevede, da declinare successivamente nell'ambito di ciascun piano aziendale demandato a ciascuna ASL, l'istituzione del Servizio di psicologia di base al fine di intercettare i relativi bisogni assistenziali della popolazione.

Il DM 77 del 2022 introduce un requisito fondamentale per la realizzazione delle Case della Comunità (CdC) e la riqualificazione dell'assistenza primaria, anche alla luce degli indirizzi e degli obiettivi previsti dal PNRR, che riguarda la presenza delle UCCP e di tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT) all'interno del modello delle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Step Operativi		Owner	Timing
		Regione	Entro 2023
➤ Ricognizione della situazione <i>as is</i>		Regione	Entro 2023
➤ Definire il fabbisogno di attivazione delle UCCP in coerenza con gli interventi CdC programmati		Regione	Entro 2023
➤ Rappresentare il quadro di attivazione delle UCCP programmate		Regione	Entro 2023
➤ Strutturare modelli di raccordo tra le esistenti AFT e UCCP e le CdC di nuova introduzione (DM77)		ASL	Entro 2023
➤ Attivazione UCCP programmate nei distretti/CdC		ASL	Entro 2023

4.3.2. Casa della Comunità

La **Casa della Comunità** (CdC) rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti una struttura pubblica del SSR, il luogo fisico, di prossimità di facile individuazione e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, in tutte le situazioni nelle quali può realizzarsi la collaborazione con gli enti locali.

La CdC **promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare e multiprofessionale**, in qualità di sede privilegiata **per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale**. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere **un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni** – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari, operano sia all'interno delle CdC sia nella loro individualità. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC, quale progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa, è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, attraverso le funzioni di front office e di back office svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dalle équipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria.

L'articolazione delle CdC in Hub e Spoke, prevede che nelle CdC HUB siano previsti dai 7 agli 11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (Socio sanitario e Amministrativo), nelle CdC Spoke e MMG e PLS, lo standard dovrà tenere conto delle caratteristiche orografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolar modo nelle aree interne e rurali nel rispetto della prossimità.

Nelle CdC spoke, tutte le aggregazioni di MMG e PLS (AFT e UCCP), sono ricomprese avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle CdC accederanno anche gli Specialisti

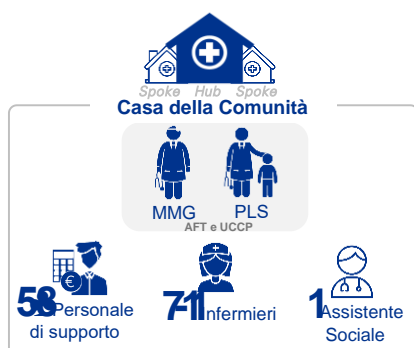
ambulatoriali. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base. La CdC hub garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di **telemedicina e tele assistenza**.

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG,PLS,SAI,IFoC.)		OBBLIGATORIO
Punto unico di accesso		OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare		OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoria per le patologie ad elevata prevalenza		OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici		OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali		OBBLIGATORIO
Collegamento con la casa della comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12 6/7 gg
Servizi di diagnosi di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Comunità assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Constoriali e attività rivolta ai minori		FACOLTATIVO
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)		FACOLTATIVO
Programmi di screening		FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		RACCOMANDATO
Medicina dello sport		RACCOMANDATO

Tabella 11 - Servizi nelle CdC

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici e di densità abitativa e a differenti gradienti di presenza attiva dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri setting assistenziali territoriali, domicilio compreso, presenti sul territorio, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto.



Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, ma anche di presenza di medici ospedalieri presso la CdC. Questa forma di integrazione e coordinamento, riveste un ruolo di maggior valenza soprattutto in merito alla gestione comune di pz cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la **Centrale Operativa Territoriale** che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

Le indicazioni del DM 77 del 2022 circa la dotazione organica a cui tendere per la definizione di una CdC hub volta ad assicurare i servizi descritti indica la presenza di **7-11 Infermieri di Famiglia e Comunità** organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFeC per le attività

ambulatoriali, 1-2 IFeC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC *hub* e *Spoke*, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC *hub&spoke*.

La regione Abruzzo, nell'ambito degli investimenti previsti nel PNRR, ha programmato la futura rete delle CdC *Hub* e *Spoke* e dei cosiddetti Punti di Erogazione, le cui attività saranno definite in una successiva mappatura dei servizi.

Nel dettaglio si evidenzia che la Regione Abruzzo ha ricevuto, in sede di ripartizione fondi PNRR, un finanziamento per la realizzazione di 40 Case della Comunità, approvate con D.G.R 263 del 24/05/2022.

Da un'attenta lettura del contesto orografico, viario e climatico della Regione appare evidente che il numero di CdC attribuito alla Regione va rivalutato alla luce delle previsioni di cui al DM 77/2022, secondo il principio di prossimità, che rappresenta la vera innovazione del PNRR e del DM 77/2022.

Per superare le criticità legate al contesto orografico la Regione ha sviluppato una propria programmazione delle CdC, ad oggi designate come CdC *hub*, CdC *spoke* e punti di erogazione. Questi ultimi, non ricompresi nella programmazione ministeriale ma indispensabili per garantire anche ai cittadini d'Abruzzo gli stessi "diritti di prossimità" che hanno i cittadini delle altre Regioni, saranno finanziati direttamente dalla Regione ed avranno le stesse caratteristiche organizzativo-funzionali delle case della Comunità *spoke*.

Si riporta di seguito l'articolazione distributiva delle Case delle Comunità previste nella programmazione della Regione Abruzzo.

ASL 201	Finanziato PNRR	Hub	Spoke	Spoke (F.R.)
Case della comunità	11	3	8	15
Ospedale di Comunità	3			
COT	3			

ASL 202	Finanziato PNRR	Hub	Spoke	Spoke (F.R.)
Case della comunità	15	5	10	13
Ospedale di Comunità	3			
COT	4			

ASL 203	Finanziato PNRR	Hub	Spoke	Spoke (F.R.)
Case della comunità	6	3	3	2
Ospedale di Comunità	3			
COT	3			

ASL 204	Finanziato PNRR	Hub	Spoke	Spoke (F.R.)
Case della comunità	8	3	5	2
Ospedale di Comunità	2			
COT	3			

*(F.R.): *Finanziamento Regionale*

Tabella 12 - Articolazione distributiva delle Case delle Comunità Hub, Spoke, Spoke a Finanziamento Regionale (F.R.), ospedali di comunità e COT

		Owner	Timing
Step Operativi	➤ Realizzazione degli interventi previsti dal PNRR (N. 40 CdC) e dei punti di erogazione definiti dalle ASL	Regione ASL	Entro 2026
	➤ Mappatura dei servizi nelle CdC e nei punti di erogazione , per individuazione della macro offerta territoriale	Regione ASL	Entro 2023
	➤ Attivazione del modello CdC nelle sedi già operative	ASL	Entro 2023
	➤ Strutturare procedure, protocolli e PDTA volti alla realizzazione della presa in carico territoriale del cittadino	ASL	Entro 2023

Inoltre, al fine di garantire un servizio di prossimità ancor più omogeneo a livello territoriale, la Regione Abruzzo intende prevedere l'acquisizione di mezzi mobili (camper) attrezzati ad ambulatorio e completi di strumentazione di base (ECG, Ecografo, PC, collegamento satellitare, ecc), che svolgeranno nel territorio le seguenti attività principali:

- prelievi ematici;
- medicazioni;
- visite ed esami specialistici;
- visite ostetriche;
- attività da infermiere di famiglia.

Tale previsione si ispira all' iniziativa in corso di cui bando relativo alla Missione 5 del PNRR "Inclusione e Coesione" del Piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR), Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" – Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne - Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità".

4.3.3. L'infermiere nella Casa della Comunità

Il "Progetto di Salute", è definito dal DM 77 come lo strumento per realizzare la "**presa in carico globale**" della persona, funzione affidata ad una équipe multiprofessionale che ne assicura la continuità clinico socioassistenziale.

L'équipe multiprofessionale territoriale risponde ai bisogni di salute dei cittadini e svolge la propria attività all'interno delle Case della Comunità. La composizione dell'équipe è determinata dalla complessità dei casi da gestire, dall'evoluzione della malattia e dallo stato di fragilità del paziente. La struttura minima dell'équipe è costituita da MMG/PLS, Medico Specialista ed Infermiere da integrare progressivamente con altri professionisti rappresentati da Specialisti, Farmacisti, Psicologi, Assistenti Sociali, Fisioterapisti e altri sanitari dell'Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM). La figura dell'infermiere di famiglia o di comunità introdotta dal DL n. 34/2020 convertito in L. n.77 del 17 luglio 2020, all'art. 1 c. 5 dispone tra gli interventi urgenti in materia di assistenza territoriale il rafforzamento/nascita in alcuni territori dei Servizi Infermieristici territoriali oltre che ospedalieri, l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, al fine di potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti contagiati dal SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4".

L'infermiere di famiglia o di comunità (di seguito IF/C) entra quindi a far parte a pieno titolo dell'équipe multi e interprofessionale; è il referente della risposta ai bisogni assistenziali e di Self-care mediante la "presa in carico della persona" e della sua rete relazionale nell'intero percorso di cura, fungendo da "intermediario" con gli altri attori del processo senza prevalere sulle altre forme dell'assistenza primaria.

Nell'ambito del proprio operato e dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario è responsabile del proprio operato e assicura la sua attività in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità professionale (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione ecc..) concorrendo a realizzare la rete del welfare di comunità.

Le indicazioni contenute nella L. n.77 del 7 luglio 2020 hanno trovato piena applicazione nelle *“Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità”*, approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 17/09/2020 e in linea con la L. 251 del 10 agosto del 2000.

La redazione delle linee di indirizzo è stata curata con il supporto del sottogruppo tecnico della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (di seguito “FNOPI”), a partire dal documento *“Position statement su Infermiere di Famiglia e Comunità”*, in cui la descrizione delle competenze dell'IF/C risulta completa e in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio. L'infermiere di famiglia/comunità è definito quale *“Professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, appositamente formato, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubbliche, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità”*.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità ha l'obiettivo, quindi, di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'IF/C opera sul territorio, all'interno del Distretto sanitario e in collaborazione con il Sociale, e si inserisce nell'organizzazione azienda quale supporto all'integrazione nei setting territoriali le anche attraverso gli ambulatori infermieristici, negli Istituti scolastici ed educativi, presso le strutture sanitarie residenziali per non autosufficienti e nei luoghi di socialità (articolarzioni dei comuni).

I livelli di azione, sono articolati in:

- ambito distrettuale;
- ambito individuale e familiare, attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari con l'obiettivo di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento dell'autonomia e il mantenimento della persona al proprio domicilio evitando il ricorso alle strutture di ricovero;
- ambito comunitario, attraverso azioni rivolte alla comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, con l'obiettivo di favorire la integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute attraverso ambulatori infermieristici a libero accesso dedicati.

L'IF/C svolge la propria attività negli ambiti riconducibili alla prevenzione:

- **primaria**, ovvero agendo su tutti quei fattori di rischio di malattia attraverso l'educazione sanitaria sui fattori modificabili, favorendo, nei cittadini, l'acquisizione di conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori, che contribuiscono a proteggere dai danni sulla salute (Per l'O.M.S. Lo scopo dell'educazione alla salute è aiutare la popolazione ad acquisire benessere attraverso i propri comportamenti ed i propri sforzi. Essa si fonda sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento delle loro condizioni di vita);
- **secondaria**, che si realizza attraverso la promozione di test di screening ed esami previsti per diagnosticare precocemente le malattie;
- **terziaria**, modello post-acuzie che include tutti quegli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di patologie croniche.

L'IF/C per agire con competenza sul territorio deve conoscere il sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali e di conseguenza generare le interconnessioni necessarie ad attivare le azioni di integrazione orizzontali e verticali tra servizi e i professionisti in favore di una risposta efficace ai bisogni espressi dai cittadini.

Di seguito alcune delle competenze ritenute fondamentali dall'infermiere dell'IF/C, oltre a quelle previste dal profilo professionale dell'infermiere (D.M n. 739/94, Legge n.42/1999, Legge n. 251/2000, Codice Deontologico) sono individuabili in:

- identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto di vita e di comunità;
- prendere decisioni basate sui principi etici (codice deontologico);
- pianificare gli interventi di prevenzione, promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
- conoscere ed utilizzare metodi di comunicazione efficaci;
- coordinare e gestire l'assistenza in tutti i *setting*;
- capacità di lavorare in autonomia e/o in équipe;
- documentare sistematicamente la propria pratica;
- gestire i dati clinici e alimentare i flussi informativi di propria competenza;
- pianificare l'assistenza e definire le priorità nei percorsi di cura sulla base dell'analisi dei dati e della malattia;
- sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie nella partecipazione alle decisioni relative alla loro salute;
- definire indicatori e standard di processo per valutare l'efficacia delle attività infermieristiche;
- curare le relazioni professionali in un'ottica collegiale e di sostegno con i colleghi;
- partecipare alla formazione continua ed al proprio sviluppo professionale.

Considerata la rilevanza che questa figura professionale potrà avere nel panorama sanitario e sociale, agendo in sinergia con le altre figure che già operano sul territorio, si terrà conto della necessità di uniformare la formazione sia accademica che regionale e di monitorare nel tempo le ricadute che essa avrà sulle persone assistite.

Nell'attesa della formalizzazione della implementazione di tale figura professionale su tutto il territorio abruzzese, tenuto conto degli infermieri dipendenti delle AA.SS.LL. in servizio o disponibili a ricoprire tale ruolo, privi di formazione specifica, e in considerazione del fatto che è in itinere la stima del fabbisogno formativo dei professionisti necessari ad implementare il numero di IFeC delle ASL, la Regione intende individuare con un provvedimento successivo la progettazione e la realizzazione del progetto formativo specifico, in attesa delle indicazioni nazionali sulla formazione universitaria.

Il DM 77 indica lo standard di presenza di *“1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola”*.

		Owner	Timing
Step Operativi	➤ Ricognizione della situazione as is e valutazione dell' impatto dell'introduzione di tale figura nel modello vigente	ASL	Entro 2023
	➤ Prevedere l'implementazione di un nuovo modello organizzativo dell'IdC sul territorio	ASL	Entro 2023
	➤ Riconduzione risorse presenti e previsione di eventuali programmi di formazione	ASL	Entro 2023

4.3.4. Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'esperienza COVID-19 ha accelerato l'utilizzo e la sperimentazione di modelli e soluzioni "smart" nell'assistenza al domicilio, tra queste l'istituzione e l'utilizzo delle USCA nei vari distretti hanno dato un forte supporto nella gestione domiciliare dei pazienti affetti dalla patologia Covid-19. L'evoluzione di tale modello di assistenza, considera la possibilità di utilizzare tali unità mobili anche per la gestione a domicilio dei pazienti afferenti ad un territorio.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico.

Le Unità di Continuità Assistenziale sono costituite da équipe di medici e infermieri, eventualmente integrate con altre figure professionali in base alle peculiari patologie trattate, la singola équipe è composta da un medico ed un infermiere, la stima è di una ogni 100.000 abitanti. Il personale sanitario selezionato per le UCA deve possedere adeguate competenze nella gestione di pazienti complessi, essere quindi in possesso di comprovata esperienza professionale. L'obiettivo del nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale è quello di evitare il più possibile l'ospedalizzazione e orientare la presa in carico in favore delle cure domiciliari, adottando il principio della casa come il luogo privilegiato di cura.

La sede operativa delle UCA è la Casa della Comunità Hub alla quale afferisce anche da un punto di vista organizzativo.

L'attivazione delle UCA spetta ai MMG ed ai PLS che operano nelle Case della Comunità, nelle UCCP e in AFT, la decisione di richiedere il loro intervento si basa sulla valutazione di score standardizzati (si rimanda a linee di indirizzo regionali che saranno condivise con i clinici, redatte in una fase successiva all'approvazione del presente documento).

Le UCA non sostituiscono, bensì supportano i MMG, PLS, MCA per un periodo definito, necessario alla risoluzione di quadri clinici complessi di pazienti che non richiedono il ricovero ospedaliero, gestibili a domicilio.

Nei casi di compromissione delle funzioni vitali l'équipe UCA allerta il sistema di emergenza urgenza territoriale 118, il Pronto soccorso e comunica attraverso la COT il trasferimento del paziente nel nuovo setting assistenziale.

Le attività svolte dall'équipe sono condivise nella cartella informatizzata (l'acquisizione della cartella clinica elettronica è tra gli obiettivi del Piano strategico della sanità digitale della Regione Abruzzo).

L'integrazione delle UCA con le diverse figure professionali che compongono la rete dell'assistenza territoriale e ospedaliera è supportata da strumenti informatici e digitali. Il personale sanitario per esercitare le proprie funzioni e gestire in modo flessibile ed integrato il percorso di cura necessita di medical device collegati a sistemi digitalizzati di telemedicina (obiettivo del Piano strategico della sanità digitale della Regione Abruzzo), di telemonitoraggio, di teleconsulto, di televisita e di telereferto.

Le UCA sono istituite dalle AA.SS.LL. e collocate nei Distretti all'interno delle Case della Comunità.

Step Operativi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione di procedure e modelli organizzativi delle UCA, anche in funzione della recente esperienza delle USCAR nel corso della pandemia COVID-19 ➤ Individuazione di strumenti informatici e digitali che permettano l'integrazione tra UCA e le diverse figure professionali che compongono la rete dell'assistenza territoriale 	Owner	Timing
		ASL	Entro 2023

4.3.5. Centrale operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è una funzione organizzativa facilitatrice dei processi clinico-assistenziali e della integrazione socio-sanitaria attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte, con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

La COT colloca l'attenzione sul valore alla salute della comunità, coordinando al meglio le risorse disponibili e realizzando reti integrate di professionisti, competenze, processi e tecnologie che coinvolgono non soltanto le strutture aziendali, ma anche le componenti istituzionali e sociali della comunità, al fine di raccogliere i problemi/bisogni espressi dai nodi della rete e dare risposta unitaria e aziendale a bisogni differenziati che richiedono l'attivazione di processi erogativi multipli nonché di differente natura.

“La COT è un modello organizzativo dell'ASL a valenza distrettuale che svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.” Il DM 77 del 2022 indica come standard la costituzione di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti Operativa 7 giorni su 7, con una dotazione di personale (per 100.000 abitanti) di: 1 Coordinatore aziendale Infermieristico, con la responsabilità del funzionamento della COT, della gestione del coordinamento del personale; 3-5 infermieri; 1-2 unità di Personale di Supporto (psicologi, amministrativi, ecc.).

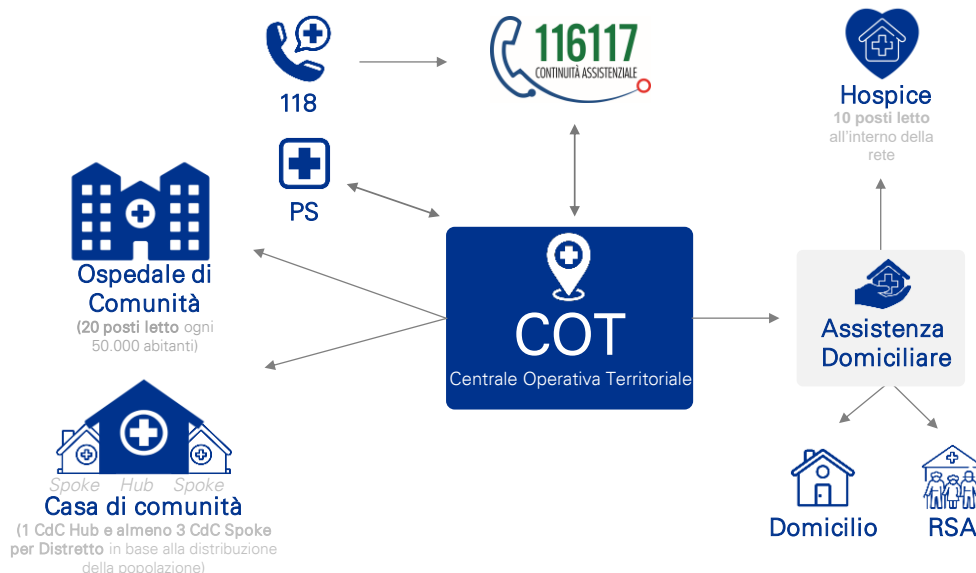


Figura 17 Il sistema organizzativo/interconnessione

Il **Transitional Care Model (TCM)** è il modello di riferimento della COT. “La funzione della COT che programma e accompagna il paziente nell'attraversamento dei setting assistenziali con una particolare enfasi

sulla rete delle cure intermedie e sociosanitarie. Il processo può essere di tipo step up, in cui si cerca di prevenire ospedalizzazioni o consumi di servizi specialistici inappropriati o di tipo step down, in cui si cerca di accompagnare le dimissioni dei potenziali pazienti bed blockers verso nodi delle cure intermedie più appropriati. Il TCM opera a favore dei bisogni del paziente, dei suoi familiari, dei professionisti e dei servizi del SSN. Al paziente viene proposto il setting di cura più appropriato e viene accompagnato nei processi di transizione da un ambito all'altro, senza che debba cercare di procurarsi l'erogatore adeguato. I care giver vengono sostenuti nel processo di elaborazione della criticità della situazione, alleviati della cura per un periodo congruo alla fragilità presente e supportati nella eventuale scelta del modello assistenziale di prossimità finale da integrarsi all'ADI (care giver familiare, care giver professionale, centro diurno o struttura). I professionisti del SSN, operanti nei diversi setting, vengono sollevati dai compiti di attrazione dei pazienti e di ricerca dei luoghi possibili di dimissione dei pazienti fragili, compiti che vengono esercitati dalla COT, potendosi i professionisti concentrare sulle attività assistenziali e cliniche core. In tal senso, si rimanderà a specifici atti aziendali l'ipotesi di poter separare il personale in dotazione per le COT e per i presidi ospedalieri e territoriali delle ASL.

La COT svolge il compito di selezionare i setting appropriati per i pazienti e garantisce la loro transizione da un nodo assistenziale all'altro, una volta completati i cicli di cura. La funzione di transitional care fa perno sull'utilizzo sistematico di logiche e strumenti digitali in tre dimensioni tra di loro complementari:

- l'accompagnamento dei pazienti e dei loro care giver lungo il processo di fruizione dei servizi dei nodi delle cure intermedie e ospedaliere, segnalando e accompagnando tappe, procedure, tempi e modi, ma anche raccogliendo feed back sia sulla salute, sia sulla qualità dei servizi percepita;
- il coordinamento tra i nodi delle cure intermedie, per programmare i volumi e le transizioni dei pazienti in una logica di raccordo dei dimensionamenti, con l'obiettivo di saturare in modo appropriato la capacità produttiva della rete e dei suoi singoli nodi erogativi;

il supporto dei professionisti dei singoli setting, che ricevono e alimentano il materiale informativo sui singoli pazienti.²⁰

Alla COT sono affidate le funzioni di:

- **Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale**

Dotate di una piattaforma digitale, integrata con i sistemi informatici ospedalieri, delle ASL e delle strutture territoriali, contenente un database informativo, del territorio di competenza, disponibile in tempo reale, riguardo una mappatura aggiornata dei servizi presenti, dei posti letto disponibili delle strutture ospedaliere e territoriali, residenziali e semiresidenziali (OdC, Hospice, RSA, ...), delle tempistiche di attivazione dei servizi e di eventuali liste di attesa. A livello regionale, deve usufruire di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Inoltre, la piattaforma in uso sarà collegata al Fascicolo Sanitario Elettronico garantendo supporto ai professionisti in relazione alla storia clinica del paziente.

- **Continuità cure (ospedale-territorio; ospedale-ospedale; territorio-territorio)**

La COT dovrà coordinare, gestire, tracciare e monitorare fino a compimento le:

- transizioni dall'Ospedale verso il Territorio;
- transizioni dal Territorio verso l'Ospedale;

²⁰ cap.6. Transitional care della fragilità con strumenti digitali in [“Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR”](#) - PON GOV CRONICITÀ Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT – Ministero della Salute – Agenas, aprile 2022

- transizioni dal Territorio verso il Territorio.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT. Qualunque sia la transizione, la struttura ospedaliera/territoriale e/o il professionista, la COT esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato/domiciliato per il quale, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale. A seguito della valutazione effettuata dal Distretto e dall'UVMD, nella quale è identificato il setting di cura più appropriato verso il quale indirizzare il paziente (Ospedale, OdC, riabilitazione, Hospice, RSA, assistenza domiciliare), la COT, dopo aver verificato la disponibilità del servizio di destinazione, provvede a organizzare, coordinare, tracciare, monitorare e nel caso interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

- **PUA e COT**

La collaborazione e l'avvicendamento tra i servizi del PUA e della COT sono necessari per assicurare la completezza della gestione del processo, in cui il PUA predispose l'iter amministrativo/autorizzativo dei servizi necessari alla persona in funzione della richiesta di assistenza pervenuta; mentre la COT coordina l'attivazione del servizio, il monitoraggio dei tempi di realizzazione e la connessione con gli altri attori del percorso.

Per tale gestione si può avvalere delle funzioni del **PUA che rappresenta il supporto front-end** a cittadinanza e professionisti, volto all'attivazione delle procedure di assistenza del paziente in setting assistenziali intermedi o a domicilio.

Qualora richiesto dai professionisti coinvolti, la COT può attivare le unità di valutazione multidisciplinari.

- **Residenzialità/disabilità**

La COT garantisce una messa in rete di tutte le possibili risposte di tipo sanitario, socio-sanitario e socio assistenziale, mediante una mappatura aggiornata, disponibile in tempo reale, delle risorse e delle dotazioni a disposizione dei nodi della rete di offerta.

- **Cronicità**

La COT può essere inserita in protocolli operativi di gestione della cronicità ad esempio attraverso il supporto nell'attività di monitoraggio dell'arruolamento delle persone con malattia cronica e dell'aderenza al PDTA previsti dal piano locale delle cronicità per i diversi setting assistenziali.

- **Telemedicina**

La COT gestisce/ monitora la piattaforma tecnologica di supporto alle attività di telecontrollo e telemonitoraggio attivati e attivabili sia nell'ambito dei percorsi delle cronicità sia nelle situazioni di presa in carico di persone in ambito extraospedaliero per brevi periodi. Fornire supporto logistico alle attività di teleconsulto e teleconsulenza, utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT coordina la modalità di teleconsulto tra i professionisti.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT ovvero: Medici di Assistenza Primaria (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, MCA IFeC ecc.) Strutture di ricovero ospedaliero; Emergenza – Urgenza, 118; Medici e infermieri esperti specialistica ambulatoriale; Dipartimenti trasversali ospedale territorio (Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile, Prevenzione, DMI); Strutture sanitarie intermedie residenziali e semiresidenziali (Hospice, Ospedali di Comunità, RSA); Servizi Sociali (aziendali ed Enti Gestori del territorio); CO 116117. Gli stessi attori e strutture rappresentano anche la rete delle integrazioni che attraverso la COT potrà essere garantita al cittadino.

Il numero di Centrali da attivare nella Regione e previste dal PNRR, come target minimo per l'Abruzzo, prevedono 13 strutture distribuite territorialmente nelle 4 ASL.

- **Integrazione CENTRALE OPERATIVA 116117 – COT – UVM**

La combinazione tra Centrale operativa, le UVM e il numero telefonico unico per la EU 116117, strumento di primo contatto con i servizi sanitari territoriali, rappresenta il meccanismo di accesso, selezione e transitional care del SSR, a partire dai servizi domiciliari, delle cure intermedie e delle cure primarie, per cui vanno concettualizzati, progettati e gestiti unitariamente, organizzando e valorizzando le loro sistematiche interdipendenze. Il loro coordinamento può essere affidato al responsabile UCAT²¹ per il ruolo strategico di garanzia, committenza, coordinamento della produzione dei servizi territoriali, transitional care e allocazione delle risorse assistenziali ai pazienti, come è avvenuto efficacemente durante l'epidemia Covid-19.

La segnalazione alla COT dei soggetti fragili pervenuti al 116117, che evidenziano un bisogno sociale e sanitario, attiverà quest'ultima che informerà i Medici di Assistenza Primaria di riferimento di ognuno e gli altri professionisti (Servizio Cure Domiciliari qualora abbiano una presa in carico attiva) e richiederà una valutazione ed eventuale presa in carico, indirizzando l'utente al servizio che meglio risponde al suo bisogno, migliorando così l'appropriatezza organizzativa e riducendo gli accessi impropri ai servizi e il tempo di risposta.

- **Integrazione CENTRALE 118 – COT**

Dovrà essere assicurata una integrazione puramente relazionale con la Centrale 118, in merito alla condivisione di dati/informazioni quali: postazioni medicalizzate presenti sul territorio, volumi di chiamate /interventi effettuati.

Nell'organizzazione del personale della COT si terrà conto, ove possibile, della specificità delle funzioni che dovranno essere svolte, tendendo il più possibile a organizzare una dotazione dedicata e che non sia contemporaneamente impegnata anche nelle attività erogative dell'assistenza..

Per il funzionamento delle COT si deve tener conto della necessità di protocolli operativi per l'implementazione dei servizi che agiscano su:

- interrelazioni 116117/COT;
- interazione 118/COT;
- dimissione protetta;
- interrelazioni con i Dipartimenti aziendali;
- raccordo con C.A. (ex Guardia Medica) /MMG/PLS;
- rapporti con le Unità di Valutazione Multidimensionali;
- interrelazioni/Integrazione con Enti Gestori Servizi Sociali;
- rapporti con le Strutture private accreditate;
- servizi erogati in remoto (Telemedicina);
- modalità di gestione delle assenze del personale della COT;
- modalità di gestione dei *disaster recovery* (malfunzionamento sistemi operativi e telefonia).

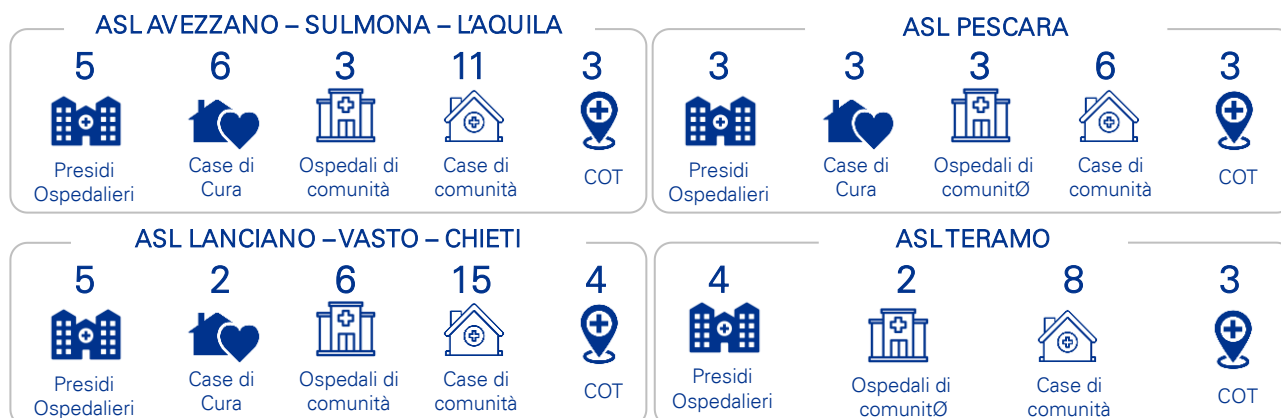
Infine, allo scopo di poter garantire la continuità delle cure in tali strutture si valuterà, fermo restando la piena aderenza al regolamento GDPR, verrà promossa l'adozione di soluzione che contemplano la piena circolarità informativa anche attraverso il ricorso all'incorrente Fascicolo Sanitario Elettronico v.2.0

²¹ Unità di Coordinamento Assistenza Territoriale, istituita con Ordinanza n.53 del 3/5/2020; "Procedura per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19" del Presidente della Regione Abruzzo. L'UCAT della Regione Abruzzo è stata presa ad esempio come modello della COT nella ricognizione AGENAS: "[Le centrali operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali](#)" Supplemento alla rivista Monitor • 2022



Figura 18 Distribuzione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nelle 4 ASL della Regione Abruzzo

L'articolazione delle COT nelle ASL della Regione Abruzzo



Tra le esperienze Regionali svolte nell'ambito del processo di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali e con particolare attenzione alle Cure di Transizione, vi è il Progetto dell'Agenzia di Integrazione e Continuità Ospedale-Territorio (AgICOT), effettuata da parte della Regione Abruzzo – con capofila ASL di Teramo- a

seguito della pubblicazione del DL 19 maggio 2020, n.34, poi convertito in Legge N.77 del 17 luglio 2020, recante “le linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità” di cui alla DGR n. 919 del 29/12/2021²². In ottemperanza ai requisiti richiesti dal bando Ministeriale, AglCOT si configura come un’agenzia a dimensione distrettuale, che vada ad integrare e ad agire in sinergia con l’azione di presa in carico del Punto Unico di Accesso (PUA), dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e del NAIOT.

L’AglCOT, infatti, non si sostituisce alle funzioni proprie delle altre Strutture e dei Servizi già presenti (NAIOT, PUA ed UVM), ma svolge una funzione prettamente di coordinamento, in quanto rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e sociosanitario, di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati.

- **Obiettivo**

L’obiettivo generale è quello di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico dell’anziano fragile nel passaggio da un setting assistenziale all’altro (ospedale–territorio, territorio-ospedale e territorio-territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell’assistenza anche nel lungo periodo.

- **Target**

Il Target specifico è rappresentato dagli anziani fragili residenti nel territorio Regionale. L’AglCOT, infatti, non si occupa di ogni tipologia di paziente, ma solo di casi di una certa complessità determinata dalla condizione di fragilità nell’anziano. La persona destinataria di tale servizio, pertanto, deve diventare fruitore di prestazioni sociosanitarie e assistenziali dalla rete dei servizi distrettuali e necessita di essere “seguito” nel percorso di dimissione ospedaliera e di presa in carico post ricovero o nella transizione da un luogo di cura all’altro o da un livello clinico/assistenziale all’altro.

- **Attività e funzioni**

Una volta evidenziata la condizione di fragilità dell’anziano, la segnalazione di un bisogno di assistenza che determina l’attivazione dell’AglCOT, deve provenire da un professionista aziendale che ravveda la necessità di prestazioni socio-sanitarie e di una presa in carico “protetta”. Le funzioni dell’AglCOT consistono nel:

- Valutare l’appropriatezza della segnalazione
- Identificare il bisogno del paziente
- Stilare il Piano di Assistenza Individuale
- Creazione del Progetto di Vita
- Calcolo del Budget di Salute
- Identificare il setting coerente rispetto al bisogno del paziente
- Monitorare l’offerta disponibile
- Attivare i servizi o i professionisti competenti per area territoriale
- Raccogliere informazioni e monitorare le condizioni di salute del paziente
- Promuovere l’appropriatezza delle dimissioni, coordinandosi con il NAIOT per l’individuazione dei percorsi assistenziali ottimali rispetto ai bisogni del paziente, attivando anche i percorsi di inserimento presso le strutture di ricovero intermedie o le unità di offerta residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio, secondo quanto previsto dal regolamento vigente per l’accesso alle medesime strutture
- Monitorare e verificare i percorsi assistenziali attivati e nello specifico:

²² Approvazione preliminare di un progetto regionale di sperimentazione di Strutture di Prossimità, da sottoporre ad approvazione del Ministero della Salute ai sensi dell’Intesa di cui all’articolo 1, comma 4-bis del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

- percorsi di dimissione protetta dall'ospedale;
 - percorsi assistenziali più appropriati, finalizzati all'erogazione delle cure domiciliari;
 - percorsi per la presa in carico dei pazienti presso le strutture intermedie territoriali;
 - percorsi per la presa in carico dei pazienti presso le strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere;
 - percorsi di presa in carico delle persone in condizioni di fragilità sociale, in collaborazione con gli ambiti sociali di riferimento;
 - percorsi di presa in carico da parte di Enti del Terzo Settore;
- Raccordarsi con le zone-distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zonali di competenza dell'Agenzia ;
 - Coordinare l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti delle strutture ospedaliere ed il MMG ;
 - Coinvolgere il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace;
 - Fornire informazioni concernenti le modalità operative per poter usufruire delle risorse, delle prestazioni e dei servizi offerti dalle strutture della rete (modulistica, procedimento, requisiti, ecc.);
 - Svolgere un ruolo di responsabilità e monitoraggio nel governo delle risorse disponibili sia sul piano della appropriatezza gestionale ed organizzativa che sul piano della sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri e territoriali;
 - Gestire il sistema informativo messo a disposizione tramite l'aggiornamento delle informazioni e dei dati e la produzione di report.

	Owner	Timing
Step Operativi	Regione	Entro 2023
	ASL	Entro 2023
	Regione	Entro 2023
	ASL	Entro 2023
	Regione ASL	Entro 2024

4.3.6. Centrale operativa 116117

I numeri telefonici unici nazionali, brevi o mnemonici, hanno sempre rappresentato una soluzione molto efficiente per garantire facilità ed equità di accesso degli utenti ai servizi pubblici. Tuttavia, la presenza di diversi recapiti, ha spesso costituito un ostacolo per la garanzia di livelli omogenei dei servizi e, contestualmente, ha generato grandi difficoltà nelle fasi di monitoraggio della qualità degli stessi.

L'intenzione della Regione è di attivare una Centrale regionale 116117 che riesca a catalizzare e prendere in carico la richiesta di assistenza non urgente, integrandosi con il servizio di emergenza-urgenza del 118.

La numerazione unica 116117 opera in stretto collegamento con gli altri servizi territoriali al fine di indicare all'utente la risposta al bisogno espresso maggiormente idoneo per le caratteristiche rappresentate e valutate dall'operatore telefonico, anche in ragione di disponibilità e tempistiche delle reti di offerta territoriale. Il livello di risposta si articola su due principali livelli di scalabilità il primo operatore telefonico e il secondo livello rappresentato dal medico di turno della centrale.

Il nuovo numero 116117, unico a livello Nazionale ed Europeo (NEA), svolge in tale contesto una funzione di ideale coordinamento unitario a cui tendere, ed è stato progettato con lo scopo di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura

raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza, con le COT e con altri servizi che potranno essere previsti.

La sua disciplina si colloca all'interno delle previsioni pattizie di cui all'Accordo Stato Regioni del 07 febbraio 2013 sul documento recante "*Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*" e nel successivo Accordo Stato Regioni del 24 novembre 2016 sul documento "*Linee di Indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117*".

La risposta all'utente che chiama il numero 116117 dovrà quindi essere garantita da un operatore in grado di valutare la richiesta di assistenza (operatore tecnico e/o personale sanitario adeguatamente formato) e, successivamente, dovrà essere indirizzata verso i servizi in grado di soddisfare il bisogno. Di conseguenza, la capacità di risposta del servizio 116117 (in termini di numero di operatori) e le risorse fisiche di rete, dovranno essere dimensionate in base al traffico rilevato e alla qualità del servizio atteso: ad es. il numero di chiamate/ora, la durata media della chiamata, il tempo di attesa accettabile, la percentuale di perdita del traffico accettabile.

In particolare, il numero unico 116117 dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche:

- è un numero unico per tutti i cittadini senza obbligo di registrazione preventiva;
- deve essere unico in Italia e in UE;
- è un numero a chiamata rapida che non necessita prefisso;
- il numero è disponibile h24 - 7 giorni su 7;
- fornisce assistenza e/o informazioni;
- il servizio non è limitato nel tempo;
- la chiamata al 116117 è gratuita;
- le chiamate possono essere effettuate da telefono fisso o mobile;
- i dati personali vengono trattati nel rispetto della privacy;
- la struttura organizzativa del servizio può cambiare da regione a regione.

Il progetto si prefigge di portare a compimento il processo di informatizzazione del servizio di Continuità Assistenziale, che con la Centrale 116117 andrà ad assorbire il servizio attuale (ex. Guardia Medica) per assicurare continuità di cura sanitaria sia ai cittadini sia alle persone temporaneamente presenti in casi di non emergenza-urgenza sanitaria, fornendo:

- assistenza medica con consulenza medica telefonica diretta;
- assistenza medica domiciliare con invio di un medico di continuità assistenziale;
- assistenza medica ambulatoriale in struttura adeguata;
- assistenza medica per paziente auto-presentatosi in ambulatorio;
- consigli sanitari non urgente prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro di chiamata al 118;
- risposte di tipo informativo (obbligatorio) per modalità di accesso al MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento;
- modalità di accesso alla Guardia Medica Turistica;
- altri servizi erogabili previsti dall'Accordo Stato regioni del 24/11/2016 (integrazione socio sanitaria, sanità pubblica, trasporto sanitario ecc.).

In tale contesto è evidente l'importanza della formazione ed addestramento specifici e finalizzati ad acquisire, con apposite procedure, le conoscenze e le abilità necessarie alla corretta gestione delle attività proprie della CO NEA 116117.

La realizzazione del presente piano dovrà prevedere delle fasi di realizzazione e delle attività specifiche per ciascuna fase, del tutto o in parte propedeutiche e conseguenti rispetto ai diversi step progettuali.

La tabella di seguito mostra lo scenario temporale di realizzazione e avvio operativo della Centrale 116117.

Attività	2022			2023
	Aprile - Giugno	Luglio - Settembre	Ottobre - Dicembre	Gennaio - Marzo
Approvazione	Predisposizione progettualità e approvazione Regione Abruzzo Presentazione progetto per richiesta attivazione a Ministero della Salute Approvazione Delibera di Giunta Regionale			
Predisposizione funzionamento	Definizione Procedure Operative Realizzazione, configurazione e collaudo delle componenti software Realizzazione dell'architettura telefonica Predisposizione delle sale e postazioni della centrale			
Arruolamento personale	Individuazione del personale tecnico (espletamento procedure di selezione) Individuazione del personale medico (espletamento procedure di selezione) Formazione del personale medico e tecnico			
Comunicazione	Campagna comunicazione			
Avvio	Attivazione CO Centrale			

Tabella 13 - Cronoprogramma realizzazione e avvio Centrale Operativa 116117

4.3.7. Il ruolo di raccordo del 118

Il servizio di 118 è regolarmente individuato come un raccordo tra l'intervento immediato dei soccorsi alla chiamata del cittadino e il trasporto nel luogo di cura, ove necessario, secondo protocolli standard. L'attività di trasporto e/o soccorso sanitario di infermi e feriti – connesso allo svolgimento di un'attività principale sanitaria o non sanitaria da parte dell'esercente - è svolta con veicoli ad uso speciale (generalmente ambulanze) immatricolati in uso proprio ed intestati ad enti pubblici, aziende, associazioni o altre collettività secondo le previsioni normative nazionali (D.M. 553/87, D.M. 487/97, Circ. 43325/07 Min. Trasporti, D.M. 137/2009) e regionali (Circ. 5279/8 del 7.3.2002 e 26338/8 dell'1.10.2002; D.C.A. 8/2011). L'esercizio dell'attività di soccorso sanitario, anche se svolta da collettività private, si esplica nell'ambito e sotto l'egida del pubblico servizio di urgenza ed emergenza territoriale 118, mentre l'attività di mero trasporto – per definizione, al di fuori del sistema 118 – è generalmente rivolta a soddisfare le esigenze di mobilità dei pazienti non critici.

La Regione Abruzzo presenta la seguente dotazione di postazioni territoriali 118 nelle 4 AASSLL.

ASL	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
AVEZZANO- SULMONA- L'AQUILA	MSA	L'AQUILA	H24
		AVEZZANO	H24
		SULMONA	H24
		CASTEL DI SANGRO	H24
		CARSOLI	H24
		NAVELLI	H24-DIURNO MEDICO NOTTURNO
		MONTEREALE	H24-DIURNO MEDICO NOTTURNO
		PESCASSEROLI	H24-DIURNO MEDICO NOTTURNO
		PESCINA	H24
		TAGLIACOZZO	H24
		PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO
		CASTEL VECCHIO	H12 DIURNO INDIA
		SCANNO	H12 DIURNO
		CAMPO DI GIOVE	H12 NOTTURNO
	TOTALE N.13 (3 MEDICO/INDIA + 1 INDIA)		
	MSB	VALLE ROVETO	H24
		L'AQUILA	H24
		SULMONA	H24
		AVEZZANO	H24
		TRASACCO	H12 DIURNO
ROCCA DI MEZZO		H12 DIURNO	
TOTALE N.6			
TOTALE ASL 19			
LANCIANO- VASTO- CHIETI	MSA	CHIETI	H24
		LANCIANO	H24
		VASTO	H24
		ORTONA	H24
		FRANCAVILLA/PASSO	H24 ESTIVO/H14 DICEMBRE-
		ATESSA	H24
		CASOLI	H24
		GUARDIAGRELE	H24
		SAN SALVO	H24
		GISSI	H24
		CASTIGLIONE MESSER	H24
		VILLA SANTA MARIA	H24
		TORRICELLA PELIGNA	H24
	LAMA DEI PELIGNI	H24	
	TOTALE N.14		
	MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO
		TORREBRUNA	H12 NOTTURNO
TOTALE N.1			
TOTALE ASL 15			
PESCARA	MSA	PESCARA	H24
		MONTESILVANO	H24
		PENNE	H24
		SCAFA	H24
		POPOLI	H24
		PIANELLA	H24
		PESCARA SUD	H24
	TOTALE N.7		
	MSB	PESCARA SUD	H24
		PESCARA NORD	H24
		PESCARA CENTRO	H12 DIURNO
		VALPESCARA	H12 DIURNO
CATIGNANO		H12 NOTTURNO	
CARAMANICO TERME	H12		
TOTALE N.5			
TOTALE ASL 12			
TERAMO	MSA	TERAMO	H24
		ATRI	H24
		GIULIANOVA	H24
		SANT'OMERO	H24
		ALBA ADRIATICA	H24
		ZAMPITTI/BASCIANO	H24
		ROSETO	H24
	TOTALE N.7		
	MSB	TERAMO	H24
		SILVI	H24
		MARTINSICURO	H24
		MONTORIO	H24
		ISOLA DEL GRAN	H12 DIURNO
		NOTARESCO	H12 NOTTURNO
		BISENTI	H12 NOTTURNO
		S.EGIDIO	H12 DIURNO
	CASTELNUOVO	H12 DIURNO	
TOTALE N.7			
TOTALE ASL 14			

Tabella 14 - Strutture regionali

A queste postazioni si aggiungono circa 70 autorizzati al trasporto sanitario di emergenza e secondario, integrando il sistema di risposta al bisogno della popolazione.

Nel processo di miglioramento continuo dell'offerta e dell'intercettazione della domanda per orientarla e gestirla nei setting più appropriati, diversi interventi sono in previsione e già alcuni declinati nel presente piano: a) nella nuova programmazione territoriale il ruolo del 118 troverà un nuovo raccordo che è rappresentato dalla COT (approfondimento paragrafo 3.3.5); b) la numerazione 116117, cercando di catalizzare la richiesta di assistenza non urgente mediante meccanismi di relazione e integrazione con il 118, andrà a rafforzare il ruolo di coordinamento e riferimento della gestione delle urgenze-emergenze rappresentato già dal 118.

In un'ottica di gestione delle maxi-emergenze, il ruolo del 118 ricopre una posizione fondamentale nell'attività di smistamento e presa in carico delle risposte sia che si tratti di una risposta immediata in presenza di un evento catastrofico, ma anche nella gestione delle situazioni collaterali che l'emergenza genera. Un esempio riguarda l'isolamento di comuni, e quindi delle famiglie, a causa di una maxi-emergenza, che in presenza di una rete organizzata di servizi e di trasporti, anche con il supporto dei soggetti accreditati, può essere in grado di tamponare il ripristino della normale possibilità di offerta sanitaria di un luogo, collegando e raccordando i cittadini verso luoghi di cura più vicini, garantendo la continuità della cura.

Negli scenari di sviluppo la prossimità e la classificazione dei bisogni (intesi anche come complessità e intensità assistenziale) saranno necessari per coordinare e attuare una risposta sempre più coerente. Quindi, creare una matrice tra dotazioni delle postazioni 118, integrate con postazioni private accreditate, e classificazione della domanda potrà orientare la risposta in funzione di una caratterizzazione del bisogno.

L'Italia ha iniziato ad adeguarsi alle direttive europee sul 112 (decisione 91/396/CEE sull'introduzione di un numero unico europeo per le chiamate d'emergenza 112), a seguito dell'emanazione del decreto del 22 gennaio 2008 dal titolo "numero unico di emergenza europeo 112" e successivo decreto del 12 novembre 2009 "Disposizioni relativamente al servizio del numero telefonico unico di Emergenza Europeo 112 (integrazione 115 e 118)".

In regione Abruzzo con la DGR 516 del 20/09/2022 è stato siglato il protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Interno e la Regione per l'attuazione del numero unico di emergenza europeo 112 secondo il modello della centrale unica di risposta. Le nuove Centrali Uniche di Risposta (CUR-PSAP1) sono organizzate per rispondere ad ogni chiamata di soccorso e provvedono a geolocalizzare l'utente e il luogo dell'evento e inoltrare poi la richiesta di soccorso al PSAP2 dell'Ente competente: Vigili del Fuoco, Polizia di Stato, Carabinieri, Sistema di Emergenza extraospedaliero ed eventuali altri attori. L'attuazione di tale modello andrà a rafforzare il processo di risposta unitaria alla "chiamata" del cittadino mediante l'attivazione e lo smistamento ai servizi competenti delle richieste.

Nell'ambito del raccordo previsto dal regolamento DM 70/2015 sulla rete ospedaliera, nella definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale, pur richiamando "un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq.", prevede comunque "l'applicazione di un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali". Allo stesso modo il DM 77/2015 richiama, nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'istituzione delle Case della Comunità, la necessità di tenere "conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio ai elementi della medicina dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità".

In tal senso la rete territoriale del 118 verrà articolata in aderenza alle disposizioni normative richiamate favorendo la piena rispondenza alle esigenze delle reti tempo dipendenti, in particolare il Comitato Regionale per l'Emergenza Urgenza Abruzzo (CREA) avrà il compito di elaborare apposite procedure che favoriscano,

attraverso l'intervento delle postazioni mobili afferenti alle C.O.118 e al servizio di elisoccorso, il rispetto dei tempi limite di intervento (allarme-target).

Come noto, il 65% della superficie della regione Abruzzo è ricompresa nella "Zona altimetrica di montagna", e la rete di mezzi, risorse e tecnologie che costituiscono il sistema di emergenza-urgenza territoriale deve garantire il tempestivo collegamento con le zone interne, considerando, tra l'altro, il profilo meteorologico che si presenta fortemente problematico: il nuovo approccio favorirà le comunicazioni integrate tra mezzi e professionisti di soccorso, il potenziamento dell'attuale servizio di elisoccorso valutando anche soluzioni di intervento notturno, l'attivazione di postazioni veicolari ad hoc in base ai flussi turistici e alle condizioni climatiche di ogni territorio.

4.3.8. Ospedale di comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura di ricovero pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC può avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente con modalità da normare a livello regionale.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. All'interno dell'équipe di cura è presente l'Infermiere case-manager di OdC che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: l'infermiere case manager si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza e procurare eventuali ausili necessari una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE. In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina. Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunità, come nodo della rete territoriale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali: servizi sociali, le associazioni di volontariato, la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Successivi provvedimenti aziendali e regionali potranno definire una indicazione del setting assistenziale in funzione della tipologia di utenza, delle modalità d'accesso, considerando gli standard minimi di personale e ulteriori altri aspetti di dettaglio dell'assistenza erogata.

La regione Abruzzo dispone attualmente di 5 Ospedali di Comunità, situati nei comuni di Casoli, Gissi, Guardiagrele, Pescina e Tagliacozzo (questi ultimi due saranno oggetto di ristrutturazione con fondi PNRR), ed entro il 2026 saranno realizzati 200 p.l.



Regione Abruzzo	Valori
Popolazione (01/01/2020)	1.293.941
PL OdC da standard (20 p.l. ogni 50.000 ab.)	518
PL OdC attivi in Regione	83
PL OdC da realizzare con fondo recovery	200
OdC attivi in Regione	5
OdC da realizzare con fondo recovery	11
Posti letto OdC attivi nel 2026	200

Tabella 15 - Ospedali di Comunità, strutture e PL attivi e da attivare

Nell'ambito degli investimenti previsti nel PNRR, la Regione ha programmato la futura rete degli OdC rappresentata nella seguente mappa:

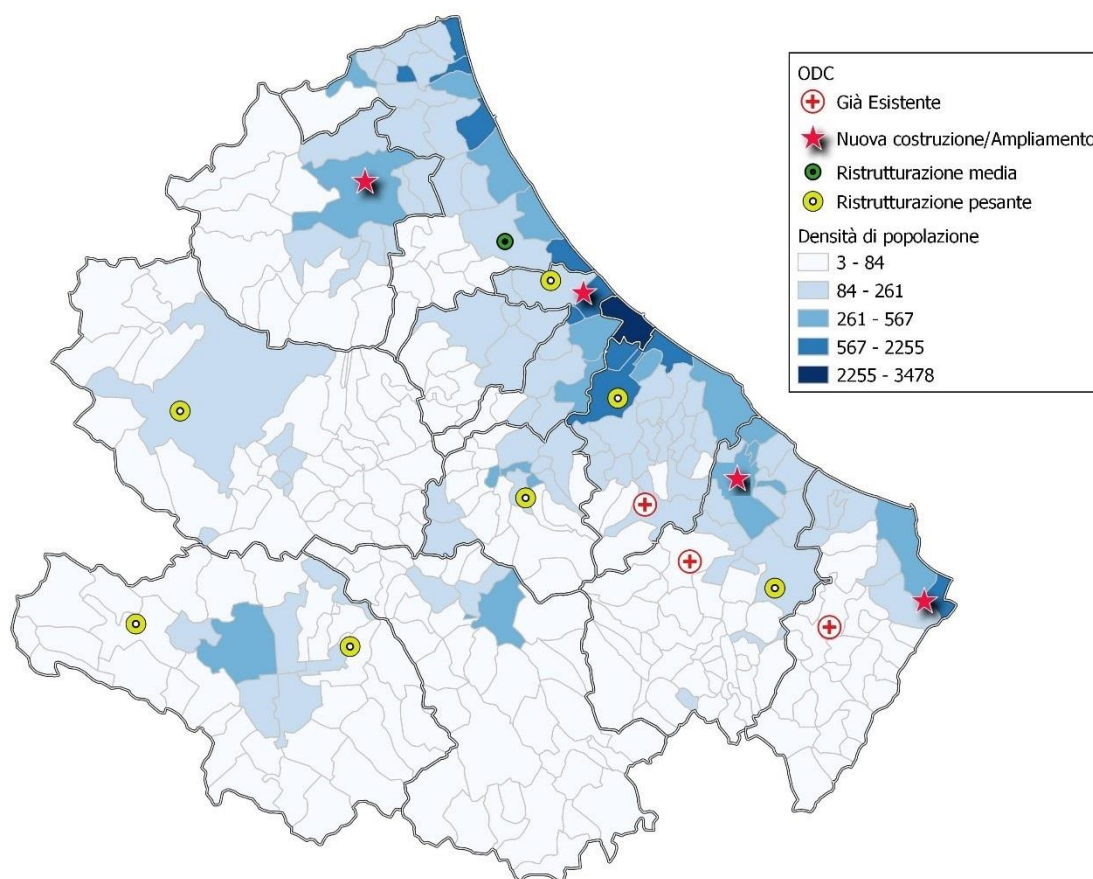


Figura 19 OdC previsti nella Regione Abruzzo

Step Operativi		Owner	Timing
	➤ Garantire la realizzazione dei presidi in congruità con la programmazione PNRR regionale	Regione ASL	Entro 2026
	➤ Adozione protocolli di raccordo con le strutture ospedaliere di dimissione e con gli altri servizi individuati	ASL	Entro 2023
	➤ Riorganizzazione dei professionisti sanitari nelle sedi già attivate e individuazione del personale complessivo	ASL	Entro 2023
	➤ Definire nuove modalità di monitoraggio dei pazienti attraverso processi di telemedicina	ASL	Entro 2023

4.3.9. Assistenza domiciliare

Le Cure Domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzate alla erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, all'interno della Missione 6 componente 1, l'investimento 1.2.1 è dedicato al potenziamento dell'assistenza domiciliare. Tale Piano prevede la definizione di un modello di assistenza territoriale capillare su tutto il territorio nazionale che sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della comunità di riferimento, non dimenticando le fasce di popolazione in età più avanzata e fragili, nonché la popolazione con una o più patologie croniche o con disabilità, la quale non può prescindere dal potenziamento dell'assistenza domiciliare. Seguendo le migliori pratiche internazionali l'obiettivo che il SSN si pone nei prossimi 5 anni è quello di aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Attualmente in Regione Abruzzo circa il 5,28% (flusso SIAD 2020) della popolazione sopra i 65 anni è assistita al domicilio e tale dato è in linea con la media nazionale.

Regione Abruzzo	
Popolazione 2020 post censimento	1.293.941
Popolazione over 65 (al 2020)	314.288
Popolazione over-65 (al 2026)	340.187
Assistiti over 65 con PIC erogate SIAD 2020	16.723
% utenti over 65 trattati al 2020	5%
Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026	34.019
Incremento per arrivare a trattare in Cure Domiciliari il 10% della popolazione > 65 anni al 2026 (popolazione target)	17.296

Tabella 16 - Dati sulla popolazione Abruzzese over 65

Per raggiungere l'obiettivo *target* nel 2026, la previsione è della presa in carico di ulteriori 17.296 persone over 65 anni.

La Regione Abruzzo, con atto giunta D.G.R. 693 del 18 settembre 2018 ha recepito il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 in merito al Capo IV artt.21-22-23 e approvato il Documento Tecnico "Autorizzazione e Accreditamento delle cure domiciliari", con cui sono stati caratterizzati in via prioritaria i livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari e definiti altresì, i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale.

Gli obiettivi principali delle Cure Domiciliari sono di garantire:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ed evitare il ricorso inappropriato ad altri setting assistenziali;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle Cure Domiciliari sono:

- la condizione di non autosufficienza e/o di fragilità dell'assistito, derivante da una patologia in atto o per gli esiti di una patologia che necessitano di assistenza erogabile al domicilio;
- il supporto di un'adeguata rete familiare o informale per l'assistito;
- l'idoneità del domicilio alle specifiche condizioni dell'assistito (ad es. assenza di barriere architettoniche tali da limitarne l'autonomia raggiunta; adeguatezza dell'impianto elettrico per i soggetti sottoposti a ventilazione assistita, etc.);
- il consenso informato fornito dall'assistito e dalla sua famiglia;
- la presa in carico, la garanzia degli accessi concordati e la disponibilità telefonica a favore dell'assistito da parte del MMG (dalle ore 8 alle 20).

Livelli di intensità delle Cure Domiciliari

Cure Domiciliari di Livello Base (CIA < 0.14)

Le Cure Domiciliari di livello Base sono costituite da prestazioni professionali in risposta ai bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo. Le Cure Domiciliari di livello Base sono caratterizzate da un "Coefficiente di Intensità Assistenziale" inferiore a 0,14 e sono indirizzate a soggetti, di norma anziani o disabili, che per le loro limitazioni motorie ed in generale per il loro livello di autosufficienza, anche temporanea, non possono recarsi presso le opportune strutture ambulatoriali. Le Cure Domiciliari di base sono costituite da singole prestazioni infermieristiche, mediche e riabilitative, purché abbiano carattere occasionale o ciclico programmato. L'accesso all'assistenza domiciliare di livello base, pertanto, è di norma richiesta dal MMG/PLS dell'assistito al Servizio di Cure Domiciliari del Distretto di riferimento, il quale ne dà comunicazione al PUA per conoscenza. La richiesta per l'attivazione delle Cure Domiciliari di base, inoltre, può essere fatta da un medico specialista pubblico o convenzionato con il SSR al PUA, il quale contatta il MMG/PLS dell'assistito e il Servizio di Cure Domiciliari del Distretto, per gli adempimenti di competenza. Anche per le Cure domiciliari di Livello Base deve essere redatta la Cartella assistenziale/clinica informatizzata.

Cure Domiciliari Integrate di I livello (0.14 < CIA > 0.30)

Le Cure Domiciliari Integrate di I livello (ADI) sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso. Per l'accesso è necessaria una valutazione multidimensionale e la stesura del Piano d'Assistenza Individuale, ovvero di un Progetto Riabilitativo Individuale, che definisce i bisogni riabilitativi della persona.

Cure Domiciliari Integrate di II livello (0.31 < CIA > 0.50)

Le Cure Domiciliari Integrate di II livello (ADI) sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso. Anche questo livello di cure domiciliari necessita della valutazione multidimensionale e della stesura del Piano

d'Assistenza Individuale, ovvero di un Progetto Riabilitativo Individuale, che definisce i bisogni riabilitativi della persona.

Cure Domiciliari Integrate di III livello (CIA>0.50)

Le Cure Domiciliari Integrate di III Livello (ADI) sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Questo livello assistenziale è composto da interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche (ad es. sono diretti a soggetti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, con necessità di supporto ventilatorio invasivo, soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza, soggetti con patologie croniche complicate e neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata). Anche questo livello di cure domiciliari necessita della valutazione multidimensionale e della stesura del Piano d'Assistenza Individuale, ovvero di un Progetto Riabilitativo Individuale, che definisce i bisogni riabilitativi della persona.

Le Cure Palliative Domiciliari previste dall'art. 23 del DPCM del 12/01/2017 sono contemplate da specifico provvedimento regionale (DCA n. 51 dell'11/10/2012, così come modificato dalla DGR 311 del 18/05/2018). L'assistenza palliativa, anche in regime domiciliare, viene erogata all'interno della Rete regionale delle Cure Palliative, in coerenza con quanto previsto nell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012, nonché in coerenza con l'attuale normativa vigente in materia e in coordinamento con quanto previsto nel presente documento.

Con DGR 769 del 29 dicembre 2021 la Regione ha recepito l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 relativo all'implementazione dei nuovi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178.

Adeguamento ai nuovi standard previsti dal DM 77

Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Le risposte assistenziali differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta. Il servizio di cure domiciliari garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di definire standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale. La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che

misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico.

I servizi in telemedicina si inseriscono a pieno titolo nel percorso di presa in carico a domicilio, sia che si tratti di una attività erogata una tantum, sia che si sviluppino come cicli di prestazioni (es. la teleriabilitazione) o in modalità continuativa (es. il telemonitoraggio).

Nel percorso di presa in carico a domicilio intervengono:

- il MMG/PLS al quale è in capo la responsabilità clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico;
- l'infermiere quale componente dell'équipe multiprofessionale, che funge da punto di riferimento per la famiglia e per gli altri attori (PLS/MMG, specialisti, MCA, altri professionisti) nella presa in carico del paziente. È figura di collegamento e facilitatore organizzativo e del coinvolgimento della persona, della famiglia e dei caregiver nella definizione ed attuazione del PAI. Funge da case manager in relazione al piano di cura domiciliare agevolando e coordinando il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità;
- la COT e la Centrale Operativa dell'ADI, che possono trovare sede presso le Case della Comunità adeguatamente collegate alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, hanno la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra setting che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali. In ogni caso la Centrale Operativa dell'ADI deve interagire con la COT e può eventualmente anche essere funzionalmente integrata ad essa.

Costituiscono elementi fondamentali:

- la programmazione e la realizzazione delle attività e il perseguimento degli obiettivi definiti nel PAI, laddove previsto, in accordo con il paziente e la famiglia;
- il collegamento a piattaforme tecnologiche di supporto alla presa in carico da parte dell'équipe multiprofessionale o del singolo professionista;
- la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori coinvolti nella presa in carico (compresi MMG/PLS) al fine di garantire in tempo reale i dati aggiornati. Più in generale si rende necessario sviluppare l'integrazione tra il sistema informativo territoriale e ospedaliero finalizzato a garantire la continuità della presa in carico.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri o istituzionalizzazione non necessarie. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che attraverso i suoi servizi e professionisti governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Possono disporre di sedi operative dislocate nelle Case della Comunità. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e gestisce le transizioni tra i vari setting assistenziali.

La dotazione di personale, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI. Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Tali interventi, si integrano con quelli previsti dall'art. 1 comma 162 lettera a) della L. 23 dicembre 2021, n. 234 e comma 163 e a quanto sarà disposto nell'ambito delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza del SSR e dei comuni disponibili a legislazione vigente.

La Regione Abruzzo, con successivo atto programmatico, in ossequio alle vigenti disposizioni normative, provvede a definire un fabbisogno autorizzatorio del numero di strutture sanitarie dedicate alle Cure Domiciliari autorizzabili per ambito aziendale.

	Owner	Timing
Step Operativi	Regione	Entro 2023
	Regione	Entro 2023
	ASL	Entro 2023
	Regione	Entro 2023
	ASL	Entro 2023

4.3.10. Servizi per la Salute di minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare (CF) rappresenta la struttura aziendale a libero accesso e gratuita deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle della gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (Tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (Trp), l'avvocato.

Il DM 77 fissa come obiettivo la presenza di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 abitanti nelle aree interne e rurali.

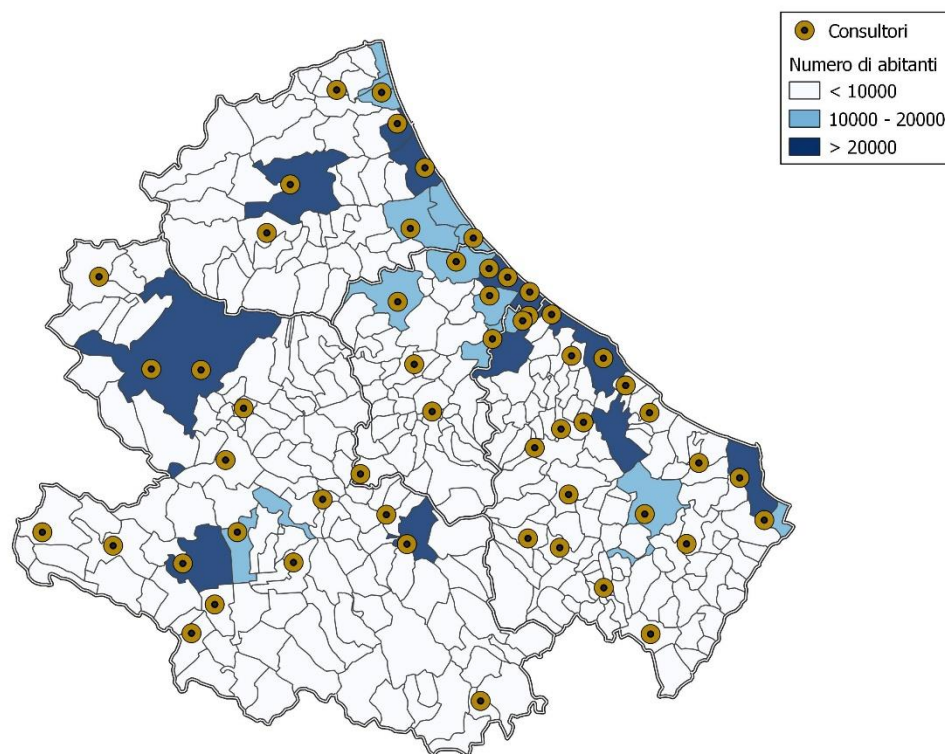


Figura 20 Mappa dei consultori presenti in Regione Abruzzo

Dalla Mappa si evince che attualmente sono presenti nella regione Abruzzo 57 consultori²³, su una popolazione di 1.273.660 abitanti, garantisce un rapporto di 1 consultorio ogni 22.344 abitanti al di sopra dello standard posto dal DM 77.

Dal rapporto tra il numero dei consultori e la popolazione di ciascuna delle quattro ASL abruzzesi emerge che le ASL di Pescara e di Teramo sono molto al di sopra dello standard imposto dal DM 77.

ASL	Numero Consultori	Abitanti	Abitanti/Consultori
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	16	288.439	18.027
LANCIANO-VASTO-CHIETI	6	372.473	15.520
PESCARA	9	313.346	34.816
TERAMO	8	299.402	37.425

Tabella 17 - Consultori presenti nelle ASL di Regione Abruzzo

²³ MdS Modello STS11 2020

4.3.11. La gestione delle emergenze pandemiche

Conclusa la fase di emergenza, è iniziata quella di convivenza con il virus, il 30 giugno è terminata l'attività territoriale delle U.S.C.A., sostituite dalle eredi Unità di Continuità Assistenziale (cfr. paragrafo 3.3.4. Decreto 77). L'andamento della pandemia richiede comunque una organizzazione sul territorio dedicata ai pazienti positivi al SARS-CoV-2 a supporto dei MMG.

La Rete COT - COVID

Costituisce l'ambito di cura dei casi positivi sul territorio, la rete prevede:

- un numero unico aziendale;
- attivo 7 giorni su 7;
- gestito da un sanitario;
- ad uso esclusivo del MMG.

Nei giorni festivi e prefestivi è attivo il numero della Continuità Assistenziale; i cittadini sono messi in contatto con il Team di medici dedicati ai casi COVID positivi.

Il ruolo del MMG

Il MMG è il regista della rete territoriale, nei casi dei pazienti COVID positivi:

- valuta le condizioni generali, anche attraverso una anamnesi telefonica;
- gestisce a domicilio il caso COVID positivo asintomatico e/o paucisintomatico;
- attiva, per il paziente COVID positivo sintomatico, la visita medica presso l'ambulatorio COVID territoriale, utilizzando il numero unico;
- richiede la visita domiciliare per i pazienti non deambulanti o in particolari condizioni di fragilità.

L'Ambulatorio COVID Territoriale

Il numero di ambulatori è stimato in base all'estensione del territorio e al numero di Medici disponibili all'attività specifica.

L'accesso all'ambulatorio avviene su prenotazione da parte del MMG attraverso il numero unico.

L'ambulatorio prevede un responsabile medico nominato dalla ASL di appartenenza, i medici che vi operano sono quelli che svolgevano la loro attività nelle U.S.C.A., sono arruolati dalle AA.SS.LL. con i contratti previsti per i medici della continuità assistenziale, inoltre, è presente un team mobile di sanitari per garantire le visite domiciliari ai pazienti non deambulanti.

Le attività previste nell'ambulatorio sono:

- visite mediche;
- ecografia polmonare;
- prelievi ematici;
- emogasanalisi;
- terapie mediche specifiche;

al termine della visita il medico stabilisce il percorso di cura e il setting assistenziale idoneo al caso clinico.

Il percorso clinico assistenziale

La migliore conoscenza dei meccanismi fisiopatogenetici ed immunitari della malattia causata dal virus SARS-CoV-2, unitamente alle valutazioni del decorso clinico svolto sulla popolazione mondiale e alle nuove possibilità terapeutiche, impongono una costante revisione dell'approccio clinico. Ne consegue, per i Sanitari, la necessità di adeguare sistematicamente i trattamenti terapeutici in base alle indicazioni aggiornate fornite dalla comunità scientifica e dagli organismi istituzionali nazionali e internazionali.

Nel caso specifico, il Ministero della Salute, alla luce della sopravvenuta disponibilità di nuovi farmaci antivirali e anticorpi monoclonali, ha aggiornato il documento “*Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2*” (Circolare del 10/02/2022).

La Regione Abruzzo nel corso dei due anni di pandemia ha pubblicato documenti relativi alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2: la O.P.G.R. n. 11 del 20/03/2020 recante “*Emergenza COVID-19 - Istituzione delle Unità Speciali di continuità assistenziale ai sensi del D.L. 9 marzo 2020 n. 14*”, la O.P.G.R. n. 53 del 03/05/2020 - “*Procedura per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti Covid-19*”, e la D.G.R. n. 746 del 23/11/2020 - “*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dei pazienti COVID-19*”.

Con la D.G.R. 598 del 6/10/2020 è stato approvato il “*Piano di Potenziamento e Riorganizzazione dell’Assistenziale Territoriale per emergenza COVID-19*”, in attuazione alle disposizioni dell’art. 1 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020.

Il Piano risponde alla necessità di adottare interventi urgenti e non procrastinabili a sostegno dei pazienti affetti da COVID-19, ponendo le seguenti finalità:

- implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti;
- intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus;
- assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario;
- organizzare l’attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.).

Il Piano ha come obiettivo il potenziamento dell’assistenza domiciliare e della sorveglianza attiva per i pazienti affetti da SARS-CoV-2 non ospedalizzati, attraverso la componente infermieristica in collaborazione con le U.S.C.A. e il rafforzamento dell’assistenza ai soggetti fragili e cronici presso il proprio domicilio.

Inoltre, a causa del manifestarsi di un sempre maggiore numero di casi riconducibili al Long – Covid-19, Sindrome che definisce gli effetti a distanza della malattia, si è reso necessario tracciare un percorso di cura dedicato ai pazienti che ne sono affetti, che seppur guariti conservano reliquati a carico di diversi organi e apparati.

Per armonizzare e fornire un modello di cura appropriato ai casi sopramenzionati la Regione Abruzzo ha approvato la D.G.R. 121 del 4/03/2021 recante “*Linee di indirizzo per il follow up dei pazienti con pregressa infezione da COVID-19*”, documento elaborato dalla Agenzia Sanitaria Regionale – Abruzzo.

4.3.12. Il Budget del Distretto

La formulazione di un Budget di Distretto deve derivare da scelte aziendali dell’ASL e ancora più a monte, da scelte di politica sanitaria e sociosanitaria regionale, cui spetta individuare le scelte fondamentali del sistema in riferimento ai LEA e agli Obiettivi di salute che quella regione si prefigge di raggiungere.

Dalle linee strategiche aziendali, devono derivare le aree d’intervento del Distretto, che partendo dalla situazione “in essere”, si proiettano con specifici obiettivi a traguardi annuali e triennali, chiedendo il miglior utilizzo di fattori produttivi e performance che possono essere oggetto per negoziare il budget stesso.

In questi termini il budget (art. 28 L.R. 146/1996), non deve essere inteso esclusivamente come tetto di spesa e nemmeno come solo strumento di risparmio, ma nella sua accezione più ampia di strumento di programmazione e controllo gestionale volto a promuovere azioni e comportamenti più efficaci.

Un set di indicatori per la valutazione delle attività Distrettuali e quindi anche la corretta formazione del Budget può essere quello seguente:

- spesa sanitaria media per abitante;
- spesa farmaceutica per abitante;
- numero di visite specialistiche per abitante;
- numero di visite specialistiche per patologia;
- tassi di residenzialità e semi-residenzialità;
- tasso di anziani inseriti nei programmi di ADI;
- furata media dei programmi di ADI;
- tasso di incidenza delle patologie (con particolare riferimento a quelle croniche);
- costi dei protocolli terapeutici delle patologie di cui al punto precedente;
- costi dei protocolli terapeutici delle “patologie rare”.

Le Aziende Sanitarie, entro 6 mesi dall'approvazione del presente documento, devono assicurare un efficiente sistema informativo, con l'obiettivo di procedere a realizzare:

- analisi e valutazioni dei servizi erogati direttamente o indirettamente dal Distretto (es: cure primarie, assistenza domiciliare, assistenza specialistica ambulatoriale, attività consultoriali, etc.);
- analisi e valutazioni dei servizi per i quali il Distretto è committente (a solo titolo di esempio: assistenza farmaceutica convenzionata, ricoveri e prestazioni erogate da strutture accreditate per Riabilitazione, RSA, Hospice, etc.);
- analisi della percentuale di assorbimento dei costi dei servizi distrettuali rispetto alla quota capitaria.

L'elaborazione della proposta di budget deve avvenire sotto il coordinamento del Direttore di Area Distrettuale, che dovrà partecipare alla formulazione degli Obiettivi strategici ad opera della Direzione Generale, con il coinvolgimento dei Responsabili dei C.D.R-Centri Di Responsabilità (responsabili delle UU.OO.) ai quali si chiede una particolare attenzione nella valutazione di tutti gli elementi che andranno a strutturare il budget.

Ad ogni trimestre, l'Organo di Controllo Gestionale verifica che le risorse siano impiegate in modo efficiente e controlla lo stato d'avanzamento del budget generale e dei budget dei C.d.R. Nel controllo budgettario si procede all'invio di specifici atti (es: relazione sullo stato di avanzamento del budget distrettuale) con esplicitazione degli eventuali scostamenti e delle cause che possono averli determinati. Alla conclusione di ogni annualità finanziaria unitamente al bilancio d'esercizio, si dovrà trasmettere alla Direzione Aziendale e all'Organo Regionale, nella relazione sulla gestione (art. 21, comma 5, L.R. 146/96), il rapporto annuo finale sul controllo di gestione dei budget.

Il processo di budgeting è caratterizzato da elementi di complessità per una regione come l'Abruzzo che sta concludendo il Piano di rientro, avendo già cessato il commissariamento. L'indirizzo è di affrontare questo processo “per gradi” partendo da una costruzione della spesa derivata dagli ultimi “tendenziali” costruiti per i LEA territoriali.

Sulla base di uno studio condotto con il supporto dell'Agenas, in via sperimentale ogni ASL può avviare con alcuni Distretti o Aree Distrettuali il processo di budgeting, per verificare l'aderenza dei LEA alla spesa reale e formulare con essi una prima proposta di budget distrettuale, che sarà seguita in tutte le sue fasi evolutive adattata e corretta fino a ricostruire l'intero processo di budgeting, che con il suo perfezionamento potrà essere esteso a tutti i Distretti o Aree Distrettuali.

5. Le Reti di Assistenza

5.1. Salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria infantile e medicina penitenziaria

La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale (Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005).

Il Rapporto Sistema informativo salute mentale (SISM) relativo all'anno 2020, redatto dal Ministero della Salute, evidenzia come a livello nazionale gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici ammontano a 728.338 unità con tassi standardizzati che vanno da 34,2 per 10.000 abitanti adulti in Molise fino a 195,4 nella regione Umbria (valore totale Italia 143,4). Gli utenti sono di sesso femminile nel 53,6% dei casi, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (69,0%). In entrambi i sessi risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni mentre la più alta concentrazione si ha nelle classi 45-54 anni e 55-64 anni (46,8% in entrambi i sessi); le femmine presentano, rispetto ai maschi, una percentuale più elevata nella classe > 75 anni (6,7% nei maschi e 10,7% nelle femmine).

Per quanto attiene la Regione Abruzzo, il Rapporto rileva una Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti pari a 137,7 (tasso standardizzato) e un'incidenza per 10.000 abitanti pari a 76,2 (tasso standardizzato).

Nel corso degli ultimi anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di prestazioni in ambito salute mentale, riconducibile ad un'evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica ed anche, negli anni più recenti, in conseguenza alla pandemia da COVID-19.

L'impatto della disabilità, in termini di DALY (*Disability-adjusted life year* - OMS), provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e dei costi delle malattie cardiovascolari. A tal riguardo la prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione delle patologie psichiatriche necessita di interventi multidisciplinari connotati, sovente, da una forte integrazione socio-sanitaria.

La programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari deve fondarsi sull'analisi del bisogno di salute del bacino di popolazione di riferimento anche in relazione ai bisogni emergenti e alla necessaria trasversalità con le aree di confine (dipendenze, minori, disabilità, anziani).

L'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ex DPCM 12 gennaio 2017 deve essere garantita in primis dalle strutture pubbliche e, in via integrativa, dalle strutture private accreditate per le quali la committenza pubblica mantiene comunque la governance sul percorso terapeutico-riabilitativo dell'utente.

Le risorse umane e strumentali dovranno essere standardizzate ed omogeneamente distribuite così come garantita deve essere l'equità di accesso alle strutture sanitarie e socio-sanitarie nel territorio regionale.

Particolare rilievo riveste sia la valutazione della qualità del servizio, così come percepito dall'utente, sia la qualità del clima organizzativo, così come percepito dagli stessi operatori.

Il modello organizzativo ordinario per la gestione delle attività connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area salute mentale è rappresentato dal Dipartimento.

Questo si configura come un Dipartimento strutturale transmurale (ospedale-territorio), in coerenza con quanto disposto dal D.Lgs 502/92, D.Lgs 517/93 e D.Lgs 229/99 e, per quanto riguarda nello specifico l'area in oggetto, rappresenta il garante clinico-organizzativo per tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito salute mentale per il bacino d'utenza di riferimento e coordina le U.O.C e U.O.S.D e U.O.S di pertinenza sviluppando sinergie anche con altre U.O.C. Aziendali e stakeholder esterni onde

garantire i LEA e raggiungere gli obiettivi di salute ed economici fissati dall'Azienda Sanitaria nel rispetto delle risorse assegnate.

Il Direttore del Dipartimento è responsabile dal punto di vista tecnico professionale e gestionale dell'intera attività del Dipartimento e supporta la Direzione Sanitaria nella funzione di governo clinico. È responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate, assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, garantisce gli interventi di emergenza/urgenza H24, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo nei limiti delle risorse destinate dall'azienda (*Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000"*).

Il presente Piano prevede che nelle Aziende Sanitarie Locali sia costituito un Dipartimento di Salute Mentale, neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP), struttura operativa deputata all'organizzazione ed alla produzione di attività finalizzate alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale per l'intero arco della vita, garantisce tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l'età evolutiva e adulta.

Assicura altresì ai Distretti la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative. Tale modello organizzativo, trae fondamento dalla definizione di una rete di trattamento, ospedaliera e territoriale integrata, secondo una logica di psichiatria di comunità.

Ai fini dell'erogazione delle proprie prestazioni, il Dipartimento si articola in Unità operative complesse, Unità operative semplici a valenza dipartimentale e Unità operative semplici.

Sono strutture a gestione diretta o a *governance* da parte del Dipartimento:

- Centro Salute Mentale (CSM);
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- Strutture Semiresidenziali (Centro Diurno, Day Hospital Territoriale e Ospedaliero);
- Strutture Residenziali extraospedaliere area salute mentale adulti (SRP1, SRP2, SRP3.1, SRP3.2, SRP3.3);
- Unità operativa di NPI;
- Strutture Semiresidenziali;
- Strutture Residenziali extraospedaliere area salute mentale minori;
- Servizio per le Dipendenze Patologiche (Ser.D);
- Strutture Semiresidenziali;
- Strutture Residenziali extraospedaliere area dipendenze patologiche.

5.2. Area Salute Mentale Adulti

Il CSM, in collaborazione con i servizi del territorio, assicura servizi di prevenzione, diagnosi e cura a livello territoriale e domiciliare e rappresenta il centro cardine dell'assistenza territoriale sviluppando collaborazioni con i reparti ospedalieri, le altre unità operative distrettuali, gli Enti territoriali (Comuni) per quanto concerne gli aspetti relati ai servizi sociali e con il mondo dell'associazionismo.

Il CSM, garante della continuità assistenziale, riveste un ruolo centrale nella organizzazione del DSM in quanto sede ordinaria di accesso dell'utenza, luogo privilegiato dove si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico.

L'accesso, che prevede anche l'intervento a domicilio, può avvenire direttamente, attraverso il MMG, o attraverso lo sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari.

ASL	Denominazione struttura	Livello Emergenza	Day hospital	Degenza ordinaria	Totale posti	Dimessi	
				2020		2019	2020
201	P.O.SAN SALVATORE L'AQUILA	DEA 1	-	15	15	398	352
202	P.O. CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' CHIETI	DEA 1	-	5	5	152	227
202	P.O. LANCIANO 'RENZETTI'	DEA 1	-	15	15	441	300
202	P.O. VASTO 'S. PIO DA PIETRALCINA'	DEA 1	4	-	4	96	25
203	P.O. 'SPIRITO SANTO' PESCARA	DEA 1	12	15	27	425	300
204	OSPEDALE MAZZINI	DEA 1	-	12	12	351	68
204	OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE	PS	-	12	12	414	422
Totale			16	74	90	2.277	1.694

Tabella 18 - Strutture accreditate per l'area della salute mentale

Con DCA n.134/2014 la regione Abruzzo ha recepito l'Accordo "Strutture Residenziali Psichiatriche" sottoscritto in sede di Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 e con DCA n.10 del 12 marzo 2016 sono state definite le linee programmatiche per il riordino della rete regionale di residenzialità psichiatrica riformando radicalmente le tipologie di strutture previste in passato dalla DGR 877/2011 e dal PSR 2008-2010.

La corrispondenza tra la classificazione delle strutture prevista dal DCA 10/2016 e quella recata dal PSR 2008-2010 e ancor prima dalla DGR 877/2001 è rappresentata nella tabella che segue.

AREA SALUTE MENTALE		
STRUTTURE EX DCA N.10/2016	STRUTTURE EX PIANO SANITARIO 2008-2010 E DGR 591/P	STRUTTURE EX DGR N.877/2001
SRP1	Residenze Riabilitative psichiatriche per la post acuzie	Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa per le specifiche patologie psichiatriche (Comunità Terapeutica)
SRP2	Residenze Protette	Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa (Struttura Protetta)
SRP3.1	Casa Famiglia	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a più alta intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia)
SRP3.2	Gruppi Appartamento	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a minore intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia)

Tabella 19 - Classificazione Strutture Residenziali Psichiatriche presenti in Regione Abruzzo secondo le classificazioni DCA 10/2016 e PSR 2008-2010 e DRG 877/2011

L'offerta residenziale psichiatrica viene attualmente erogata attraverso quattro tipologie di strutture. Nella tabella che segue sono riportati i posti letto pubblici e privati accreditati nelle diverse tipologie, presenti nelle singole Aziende Sanitarie.

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI	ASL 02 POSTI	ASL 03 POSTI	ASL 04 POSTI	TOTALE POSTI
ALL.D DGR 877/2001 (SRP1)	20	48	84	26	178
ALL.A DGR 877/2001 (SRP2)	26	58	132		216
ALL.B DGR 877/2001 (SRP3.1)	-	40	-	46	86
ALL.C DGR 877/2001 (SRP3.2)	-	-	6	-	6
TOTALE RIABILITAZIONE	46	146	222	72	486

Tabella 20 - Tipologia strutture che offrono servizi di riabilitazione psichiatrica in Regione Abruzzo

Il DCA 10/2016 ha rideterminato il fabbisogno regionale dei posti letto dedicati alla psicoriabilitazione nei seguenti termini:

Rideterminazione fabbisogno posti letto DCA 10/2016 - Offerta Residenziale					
Tipologia di struttura	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04	Totale
SRP.1	31	39	33	31	134
SRP.2	31	39	33	31	134
SRP.3.1	15	20	16	16	67
SRP.3.2	9	12	10	9	40
Totale	86	110	92	87	375

Tabella 21 - Fabbisogno posti letto per l'assistenza residenziale psichiatria secondo DCA 52/2012

Sempre il Decreto Commissariale 10/2016 ha subordinato la definizione delle caratteristiche assistenziali ed organizzative delle strutture SRP.3. e la declinazione, a livello aziendale, del relativo fabbisogno assistenziale, alla domanda di assistenza concretamente rilevata dalle UU.VV.MM., programmando, quali forme alternativa di assistenza per la salute mentale i Centri Diurni Psichiatrici e le Strutture Abitative Autogestite. DCA 10/2016, ha approvato le dotazioni di posti letto pubblici dettagliate nella tabella sottostante:

Rideterminazione fabbisogni posti letto DCA 10/2016 - Offerta Residenziale e semiresidenziale					
Tipologia di struttura	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04	Totale
SRP.1	10	20	-	20	50
SRP.2	16	-	-	11	27
SRP.3.1	-	-	16	16	32
SRP.3.2	9	12	10	9	40
Totale	35	32	26	56	149

Tabella 22 - Fabbisogno posti letto per l'assistenza Semiresidenziale e residenziale psichiatria secondo DCA 52/2012

Con riferimento al privato accreditato nell'Area della Salute Mentale si fa presente che il processo di riorganizzazione della Rete Regionale Residenziale e Semiresidenziale della Salute Mentale, in attuazione del DCA n.10/2016, è ancora in corso di definizione.

Relativamente al fabbisogno di residenzialità psichiatrica per livelli di intensità assistenziale con la trasposizione delle strutture attualmente accreditate nelle tipologie SRP1, SRP2, SRP3.1 e SRP3.2 non emergono criticità da affrontare, se non quelle rappresentate da un riequilibrio quantitativo.

Ai fini della classificazione dei livelli previsti dai DPCM LEA, i requisiti e gli standard, con le relative tariffe, sono stati già adeguati con il DCA 10/2016 anche all'esito dei risultati emersi dalle valutazioni dell'UVM sulla valutazione clinica dell'intensità riabilitativa di cui necessitano i pazienti.

In conformità con quanto disposto dal DM 2 aprile 2015 n.70 i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura devono essere allocati almeno in presidi ospedalieri di I livello in quanto la presenza di un DEA di I livello consente di disporre di tutte le competenze necessarie ad un approccio multidisciplinare. La capacità ricettiva massima di ogni SPDC non può comunque superare i 16 p.l.

Sulla base delle linee programmatiche del presente Piano, si individuano i seguenti obiettivi prioritari:

- **riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero (SPDC) e dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni dalle dimissioni**, attraverso il potenziamento degli interventi di promozione, prevenzione e presa in carico precoce e attività di formazione per MMG/PLS nonché il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria;
- **Potenziamento e sviluppo della rete di trattamento semiresidenziale e residenziale extraospedaliera** in coerenza con la vigente normativa in merito ai Livelli Essenziali di Assistenza ed in funzione dei livelli di intensità riabilitativa e assistenziale in modo da garantire, tra l'altro, l'equo accesso alle prestazioni semiresidenziali e residenziali a tutti i cittadini;
- **Perseguimento di adeguati standard di qualità ed appropriatezza delle strutture eroganti**, tra cui, le unità di offerta semiresidenziali e residenziali extraospedaliere, per il tramite di standard qualitativi (Accreditamento) e utilizzo di interventi EBM con valutazione degli esiti di trattamento;
- **Consolidare la rete dei servizi della salute mentale**, qualificando le prestazioni sull'evoluzione delle domande e prevedendo l'implementazione di nuovi modelli di erogazione dell'offerta e modelli innovativi di intervento per le patologie emergenti;
- **Dare attuazione** a quanto previsto dal documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" (Rep. Atti 137/CU del 13/11/2014) attraverso la **redazione e successiva attuazione di PDTA per i disturbi psichiatrici**, soprattutto quelli a maggior carico assistenziale;
- **Sostenere e sviluppare esperienze innovative di residenzialità leggera** anche attraverso la coprogettazione e lo strumento del budget di salute;
- **Rafforzare la collaborazione con la medicina generale e le altre unità distrettuali nella costruzione di percorsi di screening, diagnosi precoce e presa in carico condivisa.**

		Owner	Timing
Step Operativi	➤ Implementazione di linee guida per il potenziamento della rete di servizi della salute mentale	Regione ASL	Entro 2023
	➤ Favorire la presa in carico precoce dei pazienti in collaborazione con i MMG	ASL	Entro 2023

4.2.1 Disturbi dei comportamenti alimentari

Le schede sinottiche dei centri diurni per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) età evolutiva ed età adulta e dei Nuclei Residenziali dedicati per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono state approvate dalla DGR 129/2017 che ne hanno definito: i bisogni da soddisfare, la tipologia di struttura, i meccanismi di autorizzazione e accreditamento, le modalità di accesso, l'articolazione dell'offerta/la durata di degenza, gli standard di struttura e di personale e le tariffe.

5.3. Area Dipendenze Patologiche (Ser.D)

Il DPCM del 12 gennaio 2017, con riferimento alle Dipendenze Patologiche, agli artt. 28 e 35 del Capo IV Assistenza Socio-Sanitaria ha aggiornato i livelli essenziali di assistenza prevedendo, inoltre, l'inclusione della dipendenza dal gioco d'azzardo.

La Regione Abruzzo con DGR n. 665/2019 ha approvato la "Riorganizzazione Area Dipendenze Patologiche", che ha esplicitato in dettaglio la natura sanitaria e il correlato livello di intensità assistenziale delle tipologie di trattamento in regime residenziale e semiresidenziale, ai sensi dell'art. 35 del richiamato DPCM, ed ha ricognito le strutture operanti in Abruzzo avviando i relativi procedimenti di autorizzazione e di accreditamento nel rispetto delle disposizioni recate dalla LR n. 32/2007 e ss.mm.ii..

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO	ASL 02 POSTI LETTO	ASL 03 POSTI LETTO	ASL 04 POSTI LETTO	TOTALE POSTI LETTO
COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI	-	15	-	20	35
COMUNITA' PRIMA ACCOGLIENZA	-	33	20	10	63
COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA	-	39	48	20	107
COMUNITA' EDUCATIVA ASSISTENZIALE	-	15	-	8	23
COMUNITA' TERAPEUTICA RIAB.SEMIRESIDENZIALE	-	7	20	-	27
COMUNITA' PEDAGOGICO RIAB. SEMIRESIDENZIALE	-	-	-	-	-
TOTALI	-	109	88	58	255

Tabella 23 - Offerta posti letto all'esito della riconversione dell'area dipendenze patologiche

Nel 2020 i servizi per le Dipendenze Patologiche, a quanto si rileva nel rapporto SIND 2020 (Ministero della Salute), hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti dipendenti da sostanze (su un totale di 198.497 contatti) di cui 15.671 sono nuovi utenti (12,5%) e 109.757 sono soggetti già in carico o rientrati dagli anni precedenti (87,5%).

Il rapporto SIND relativo all'anno 2020 evidenzia inoltre come il 63,9% dell'utenza in trattamento per droga è in carico ai servizi per uso primario di oppiacei e l'eroina rimane la sostanza primaria più usata dall'insieme degli utenti in trattamento; tra nuovi utenti, invece, la cocaina risulta sostanza primaria d'abuso nel 40,3% dei casi. L'accesso ai servizi per uso primario di cannabis riguarda circa il 27,9 % dei nuovi utenti e il 9,7% dei pazienti già in carico ai servizi dagli anni precedenti (12,0% dei pazienti totali).

I Servizi per le Dipendenze Patologiche si sono dovuti quindi confrontare dalla loro istituzione ad oggi, con un mutamento sia per quanto attiene la tipologia di sostanze d'abuso e modalità d'uso sia per caratteristiche psicopatologiche ed età dei consumatori. A ciò si aggiungono dipendenze comportamentali come, ad esempio, il Gioco d'Azzardo Patologico, che risultano avere grande impatto sociale per le conseguenze sociali ed economico-lavorative da queste determinate.

I Servizi per le Dipendenze Patologiche garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in materia di prevenzione, riduzione del rischio, trattamento e riabilitazione per i pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze anche in comorbilità con disturbi psichiatrici, attraverso interventi di rete a integrazione socio-sanitaria.

Per quanto attiene la comorbidità con i disturbi psichiatrici, l'analisi del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) evidenzia come per l'anno 2020 il 6,0% degli assistiti in trattamento presso i Ser.D. presenta almeno una diagnosi psichiatrica in comorbidità, percentuale verosimilmente sottostimata se confrontata con i dati di letteratura; l'analisi dei possibili determinanti di tale scostamento esulano però dall'obiettivo del presente documento. Il dettaglio delle diagnosi di comorbidità è riportato in Tabella 25.

I principi che devono orientare l'operatività dei servizi per le Dipendenze sono i seguenti:

Patologia concomitante	Utenti (%)
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	12,5
Mania e disturbi affettivi bipolari	0,8
Depressione	2,7
Sindromi nevrotiche e somatoformi	13,2
Disturbi della personalità e del comportamento	55,6
Alcolismo e tossicomanie	0,2
Demenze e disturbi mentali organici	0,7
Ritardo mentale	0,8
Altri disturbi psichici	1,2
Totale	100,0

Tabella 24 - Distribuzione percentuale degli utenti trattati per tipologia di patologia psichiatrica concomitante* (Rapporto anno 2020, adattato - Ministero della Salute).

- Porre l'utente al centro del percorso di cura;
- Attuare programmi di prevenzione (universale, selettiva, indicata) e di riduzione del rischio e del danno anche in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- Favorire la presa in carico precoce mediante la definizione di adeguati percorsi di cura e riabilitazione
- Adottare strumenti propri del Governo Clinico nell'ottica di erogare prestazioni dotate di efficacia, efficienza ed economicità;
- Coinvolgere, ove possibile, la rete familiare e sociale dell'utente;
- Sviluppare sinergie con altri Enti (Comuni, Scuola) e con il mondo dell'associazionismo;
- Attuare percorsi di cura fondati su evidenze cliniche e orientati alla recovery e all'empowerment dell'utente e della famiglia;
- Promuovere e sviluppare la multidisciplinarietà.

A tal riguardo si identificano i seguenti obiettivi:

- Sviluppare interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
- Sostenere e promuovere l'integrazione sociosanitaria ivi compresa l'inclusione lavorativa;
- Implementare i servizi, nella logica di solidarietà ed equità, promuovendo l'integrazione e la promozione di rapporti di collaborazione tra i soggetti diversi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale;
- Rafforzare l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale extraospedaliera anche attraverso l'ampliamento dell'offerta assistenziale sia pubblica sia privata accreditata, nel rispetto degli standard di accreditamento definiti dalla vigente normativa;
- Sviluppare la rete di trattamento dei soggetti ristretti con disturbo da uso di sostanze;
- Definire progetti terapeutici individualizzati basati su evidenze scientifiche (EBM) prevedendo sistemi di valutazione non solo di processo ma anche di esito.

I Ser.D. svolgono la propria attività anche in stretta collaborazione con diversi soggetti istituzionali:

- Amministrazioni Comunali, per quanto attiene la prevenzione universale e il reinserimento sociale e lavorativo;

- Prefetture, per quanto riguarda l'applicazione delle misure alternative alla sanzione amministrativa prevista dal D.P.R. 309/90;
- Mondo della scuola, per quanto attiene la prevenzione primaria delle dipendenze e il funzionamento dei C.I.C. (Centri d'Informazione e Consulenza);
- Istituti di Pena e l'Ufficio Esecuzione Penale esterna, per l'affidamento in prova in casi speciali che prevedono l'alternativa alla detenzione (art. 94 D.P.R. 309/90), Istituto Penale Minorile e USSM (Ufficio Servizio Sociale Minorile).

La rete di trattamento dell'Area dipendenze, oltre alle strutture territoriali, è costituita dalle strutture semiresidenziali e residenziali extraospedaliere per il trattamento riabilitativo a ciclo continuo e/o diurno, stratificato per intensità riabilitativa e assistenziale.

L'erogazione delle prestazioni preventive, di cura e riabilitazione, nel rispetto dei vigenti LEA, avviene per il tramite delle strutture pubbliche ed in via integrativa mediante il privato accreditato. La governance del sistema è comunque sempre garantita dal Dipartimento.

Il presente Piano definisce le seguenti azioni programmatiche da attuarsi nel periodo di vigenza:

- Definire e potenziare la rete di trattamento ambulatoriale all'interno dei Ser.D, specializzato nel trattamento del tabagismo e del gioco d'azzardo patologico che, per specificità d'intervento necessita di personale formato e dedicato;
- Sostenere e sviluppare esperienze innovative anche attraverso la **co-progettazione** e lo strumento del **budget di salute**;
- Implementare la rete di trattamento riabilitativo algologico attraverso la definizione dei network funzionali tra i Servizi per le Dipendenze, le altre strutture dipartimentali, unità operative ospedaliere, territoriali, la medicina generale e l'associazionismo/volontariato ;
- **Implementare la rete di trattamento semiresidenziale e residenziale extraospedaliera**, in conformità a quanto disposto dai vigenti LEA, prevedendo **anche forme di sperimentazioni gestionali** per specifici bisogni di salute e target di popolazione (es. giocatori, giovani e famiglie) anche mediante forme "flessibili e modulabili" di trattamento;
- Perseguire l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, efficienza ed appropriatezza per quanto concerne, tra l'altro, l'area della semi residenzialità e residenzialità extraospedaliera dedicata al trattamento degli utenti affetti da dipendenza patologica, sia mediante standard amministrativi (Accreditamento) sia attraverso l'utilizzo di interventi EBM e valutazione degli esiti di trattamento;
- Prevedere e sviluppare interventi informativi e psicoeducativi per utenti e famiglie, anche attraverso protocolli d'intesa regionali con gruppi di mutuo-aiuto;
- Attivare una rete di servizi territoriali, integrata e complementare, tra i Ser.D., i servizi sociali dei Comuni e le organizzazioni del terzo settore, in grado di dare una efficace risposta agli utenti affetti da gioco d'azzardo patologico e alle loro famiglie;
- Istituire un Tavolo Tecnico Permanente sulle Dipendenze;
- Attuare percorsi formativi privilegiando l'integrazione professionale e la multidisciplinarietà;
- Definire protocolli di collaborazione tra Servizi per le Dipendenze Patologiche, Salute Mentale e Neuropsichiatria infantile per garantire la continuità di cura longitudinale e/o in caso di comorbidità;
- Definire equipe multidisciplinari funzionali interservizi per la presa in carico di casi complessi ed a alto carico assistenziale (Case Manager);
- Attivare uno specifico laboratorio a valenza regionale per analisi tossicologiche di 2° livello.

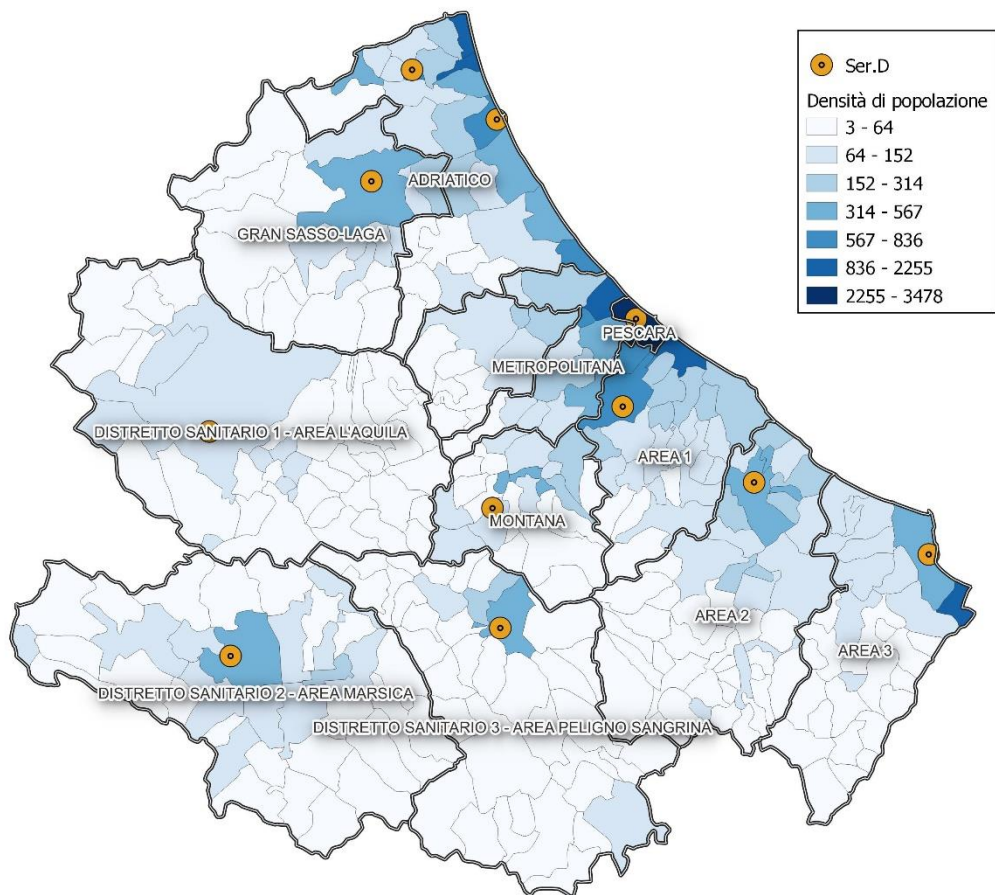


Figura 21 Distribuzione Ser.D nella regione Abruzzo

Step Operativi		Owner	Timing
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziare la rete di servizi territoriali per le dipendenze, integrata e complementare, tra i Ser.D., i servizi sociali dei Comuni e le organizzazioni del terzo settore; ➤ Istituire un Tavolo Tecnico Permanente sulle Dipendenze; 	<p>Regione ASL</p> <p>Regione</p>

HIV/AIDS

Al fine di dare piena attuazione al disposto dell'art.57 del DPCM del 12.01.2017 sui nuovi LEA e in considerazione delle indicazioni ministeriali l'ASR Abruzzo, con il supporto di esperti regionali, ha elaborato la scheda sinottica e le schede di autorizzazione e accreditamento relative alla struttura "Casa alloggio per persone affette da HIV/AIDS e patologie correlate.

OFFERTA ATTUALE AREA HIV (Convenzione Delibera n.5/2018 della ASL di Pescara "Il Samaritano")					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO	ASL 02 POSTI LETTO	ASL 03 POSTI LETTO	ASL 04 POSTI LETTO	TOTALE POSTI LETTO
CASA ALLOGGIO	-	-	10	-	10
TOTALI	-	-	10	-	-

Fonte dati: Dipartimento sanità



5.4. I Servizi di Neuropsichiatria Infantile

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti: coinvolgono complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni ed includono sia i disturbi neurologici (conseguenti a malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso sia i disturbi psichiatrici (psicosi, disturbi affettivi, disturbi della condotta, disturbi del comportamento alimentare e molti altri).

I disturbi dell'età evolutiva possono infatti essere ascritti a tre principali macroaree:

- disturbi neurologici;
- disturbi psichiatrici;
- disturbi del neurosviluppo (disabilità complesse e disturbi specifici).

I disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano un ambito pediatrico di particolare rilevanza per la salute pubblica, perché:

- sono estremamente frequenti, spesso cronici, complessi e in aumento;
- richiedono interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi tempestivi e appropriati per modificare il decorso che necessitano di competenze specialistiche e uno stretto coinvolgimento dei familiari e caregiver.

Tali disturbi ricevono sovente risposte parziali e frammentarie deleterie per patologie come queste, a prevalente decorso longitudinale.

Dal punto di vista epidemiologico si è assistito nell'ultimo decennio ad un aumento esponenziale della domanda di cura in tutti gli ambiti ma soprattutto negli ultimi anni (pre-post pandemia) nell'area dei disturbi del neurosviluppo e nell'area psichiatrica (*Documento di sintesi - Tavolo Tecnico Salute Mentale*; Ministero della Salute, 2021).

Il modello dipartimentale integrato (salute mentale, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche) appare ad oggi quello maggiormente atto a contemperare i bisogni di cura nell'area salute mentale per l'intero ciclo di vita. Ciò è maggiormente rilevante per il decorso longitudinale di molti tra i disturbi psichiatrici e del neurosviluppo, in particolare per quelli a maggior carico assistenziale (ad es. disturbi dello spettro autistico).

Riabilitazione Neuropsichiatria Infantile					
Regione	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi
ABRUZZO	2	356	86	100	246.345
ITALIA	547	222	3.891	124	5.639.756

Tabella 25 - Istituti o centri di riabilitazione di neuropsichiatria infantile presenti in regione Abruzzo nell'anno 2019 – Flusso RIA_04

Linee di indirizzo prioritarie, anche in relazione ai bisogni di salute ed in funzione di un'adeguata erogazione dei LEA, risultano essere:

- Costituzione e/o implementazione di una rete regionale che coinvolga i MMG e PLS, i servizi di NPI e le Agenzie che si occupano di minori (Scuola, Tribunale per i Minorenni), con la presenza di equipe funzionali multidisciplinari dedicate;
- Definizione di una rete di strutture semiresidenziali e residenziali dedicate al trattamento intensivo o sub intensivo extra ospedaliero di disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza ed adolescenza, in sinergia con le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- Perseguire l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, efficienza ed appropriatezza per quanto concerne, tra l'altro, l'area della semi residenzialità e residenzialità extraospedaliera sia mediante standard amministrativi (Accreditamento) sia attraverso l'utilizzo di interventi EBM e valutazione degli esiti di trattamento;
- Definizione di percorsi di transizione verso l'età adulta per permettere anche la convergenza di interventi rivolti ad uno stesso nucleo familiare (minori e genitori);
- Definizione di protocolli di collaborazione tra le diverse aree dipartimentali onde garantire la continuità di cura e incrementare la sinergia tra operatori dei diversi servizi;
- Individuazione della Unità di Valutazione Multidimensionale come luogo e momento di rilevazione dei bisogni dell'utente sia per quanto attiene l'aspetto sanitario sia socio-sanitario. L'individuazione della figura del case-manager, facilitatore del percorso di cura dell'utente, è per questo elemento centrale;
- Miglioramento dell'assistenza per i disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale mediante potenziamento delle sinergie in essere con tutti gli attori coinvolti e lo sviluppo di nuove collaborazioni;
- Costituzione di una rete regionale per il trattamento delle patologie a maggior carico assistenziale per l'età infantile/adolescenziale (ad.es autismo e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione) attraverso l'implementazione dell'offerta attualmente attiva e la definizione a livello programmatico dei nodi di rete e dei network funzionali necessari per l'adeguato funzionamento.

		Owner	Timing
Step Operativi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Costituzione di una rete regionale per il trattamento delle patologie a maggior carico assistenziale per l'età infantile/adolescenziale 	Regione	Entro 2023
			

5.5. Disturbi dello spettro autistico

Non esistendo a livello nazionale e regionale specifici dati epidemiologici di incidenza o prevalenza dell'autismo in età adulta, che consentono una programmazione mirata in termini quantitativi, si è ritenuto di indirizzare la programmazione prevedendo i diversi setting assistenziali in grado di assicurare la continuità dell'intero percorso assistenziale.

La DGR 437/2017 nell'approvare la "Disciplina attuativa della L.n.134/2015 recante disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico" ha programmato una implementazione qualitativa e quantitativa dell'attuale rete di offerta residenziale e semiresidenziale per i disturbi dello spettro autistico, incrementando fino al limite massimo del 20%, il fabbisogno dei centri diurni per i disturbi dello spettro autistico in età adulta definito dal DCA 52/2012 ed introducendo i Nuclei Residenziali dedicati per l'Autismo in età adulta e in età evolutiva con la previsione, per gli adulti, di un fabbisogno in 1 PL ogni 30.000 abitanti su base provinciale.

Successivamente, con DGR 360 del 24 giugno 2019, la regione Abruzzo ha recepito l'Intesa Stato-Regioni rep. Atti n.53/CU del 10 maggio 2018 ed ha approvato il Documento Tecnico "Aggiornamento delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico", che costituisce il Piano Operativo Regionale, con la definizione aggiornata del fabbisogno di assistenza inclusivo del livello ambulatoriale e domiciliare.

AREA AUTISMO - P.L. ATTUALMENTE ACCREDITATI					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04	Totale
CENTRO DIURNO (ETA' EVOLUTIVA/ADULTI)	22	44	20	42	128
NUCLEI RESIDENZIALI	-	14	-	-	14
TOTALI	22	58	20	42	142

Tabella 26 - Posti letto accreditati in Regione Abruzzo per l'assistenza nei disturbi dello spettro autistico

Fabbisogno assistenziale per pazienti con disturbi dello spettro autistico					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04	Totale
NUCLEI RESIDENZIALI	10	13	11	10	44
CENTRO DIURNO (ETA' EVOL)	58	77	67	62	264
TOTALI	68	90	78	72	308

Tabella 27 - Fabbisogno assistenziale per pazienti con disturbi dello spettro autistico determinato da ex DRG 360/2019

Fabbisogno autorizzatorio di assistenza ambulatoriale e domiciliare/extramurale		
ASL	Dato generico	Fabbisogno triennale
ASL01	21.103	9
ASL02	28.187	12
ASL03	24.779	10
ASL04	22.970	9
TOTALI	97.039	40

Tabella 28 - Fabbisogno autorizzatorio di assistenza ambulatoriale e domiciliare/extramurale ex DGR 360/2019

In conformità con quanto disposto dall'art.60 del DPCM 12 gennaio 2017, il Piano Operativo Regionale per i Disturbi dello Spettro Autistico, ex DGR 360/2019, ha introdotto le seguenti determinanti:

- Definizione a livello regionale di percorsi e strumenti di valutazione diagnostica e funzionale (di tipo multidimensionale) appropriati e basati sulle evidenze scientifiche.

- Definizione del fabbisogno di assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale sul proprio territorio, distinguendo l'offerta in modo da garantire differenti livelli di intensità assistenziale dei trattamenti terapeutici, abilitativi/riabilitativi.
- Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di accreditamento di idonee soluzioni residenziali e semiresidenziali tenendo conto della necessità di rispondere a logiche non istituzionalizzanti.

5.6. La Salute in Carcere

L'Accordo sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" (Rep. Atti n. 3/CU del 22/01/2015), di aggiornamento del precedente Accordo del 26/11/2009" definisce l'organizzazione della rete assistenziale regionale per la sanità penitenziaria individuando come modello organizzativo quello cosiddetto *hub e spoke* con specifiche sezioni specializzate in base ai bisogni sanitari e alle dimensioni degli Istituti penitenziari.

Il Servizio Sanitario Regionale, per il tramite delle Aziende Sanitarie, assicura ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimenti penali:

- azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso nell'istituto penale, durante il periodo di esecuzione della pena e all'atto della immissione in libertà;
- interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità;
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericoltura ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari;
- l'assistenza sanitaria di base e specialistica per le patologie acute e croniche.

Nell'ambito regionale, la definizione del modello organizzativo ha tenuto conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti per capienza negli istituti di pena, la tipologia degli utenti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie), o particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, ecc.).

Al fine di garantire in modo uniforme la tutela della salute all'interno delle strutture penitenziarie del territorio regionale, ciascuna ASL ha istituito la struttura organizzativa denominata "Unità Operativa di Medicina Penitenziaria" (UOMP) che coordina e gestisce le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricovero in ambiente ospedaliero di degenza protetta, al fine di fornire risposte adeguate alle specifiche e particolari esigenze assistenziali presenti in ambito penitenziario.

Il modello organizzativo definito a livello aziendale prevede la presa in carico del detenuto/internato, la gestione integrata dello stesso e la continuità delle cure dal momento dell'ingresso nella struttura penitenziaria e fino alla sua dimissione per ritorno in libertà e/o per trasferimento in altra sede. Inoltre, al fine di rispondere alle specifiche esigenze della Giustizia minorile, viene assicurata la presa in carico dei minorenni sottoposti a provvedimento penale residenti nel territorio aziendale di riferimento.

Le prestazioni sanitarie erogabili all'interno degli istituti di pena vengono assicurate da personale medico, infermieristico e di altro profilo professionale (psicologo, assistente sociale, fisioterapista, assistente sanitario, tecnico di radiologia, amministrativo) che costituisce la dotazione organica specifica dell'UOMP, da dimensionare in ciascuna ASL secondo i criteri regionali previsti dal Decreto Commissariale n. 146 del 30/10/2014.

Atteso che i bisogni di salute delle persone detenute/internate devono trovare una appropriata, efficace ed efficiente risposta in ambito regionale, come previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015, il DCA n. 117 del 30 novembre 2015 ha istituito la "Rete regionale per l'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti".

La suddetta Rete aggrega un sistema articolato di servizi sanitari, i Presidi Sanitari Penitenziari (PSP) che rappresentano l'articolazione intramuraria della UOMP, con caratteristiche organizzative differenziate, modulate in base a criteri definiti dall'Accordo sopra citato e recepiti dal Decreto Commissariale suddetto. La complessità delle strutture organizzative aziendali che devono garantire la tutela della salute in ambito penitenziario e la necessità di assicurare il raccordo istituzionale con l'Amministrazione penitenziaria al fine di osservare quanto previsto dall'Ordinamento penitenziario vigente (rif. art. 7 DPCM 1° aprile 2008), richiedono l'autonomia gestionale ed organizzativa delle Unità Operative istituite in ciascuna ASL.

L'obiettivo di consentire che tutti i bisogni di salute delle persone adulte e dei minori sottoposti a provvedimento penale trovino adeguata ed appropriata risposta mediante una *governance* aziendale efficace ed autorevole, può essere prioritariamente conseguito dalle Aziende Sanitarie, salvo diverse e motivate esigenze organizzative, disponendo in sede di adozione degli Atti Aziendali che la struttura organizzativa denominata Unità Operativa di Medicina Penitenziaria sia inserita tra gli organi di *staff* della Direzione Generale di ogni ASL.

Ai sensi dell'Accordo sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" (Rep. Atti n. 3/CU del 22/01/2015), ogni Servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale Azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta; fa parte della rete dei servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale.

Ogni Azienda Sanitaria Locale, nel cui ambito è ubicato un Istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati; ai fini della predisposizione di quest'ultima le Aziende Sanitarie Locali e l'Amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

Principale linea strategica e obiettivo del presente Piano sanitario territoriale oltre all'implementazione della rete di trattamento per le persone detenute, è quella di definire specifici standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari che comprendano standard strutturali, organizzativi e di personale; ciò al fine di rendere maggiormente efficace ed efficiente l'erogazione delle prestazioni sanitarie garantite alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale ex art. 58 del DPCM 12 gennaio 2017.

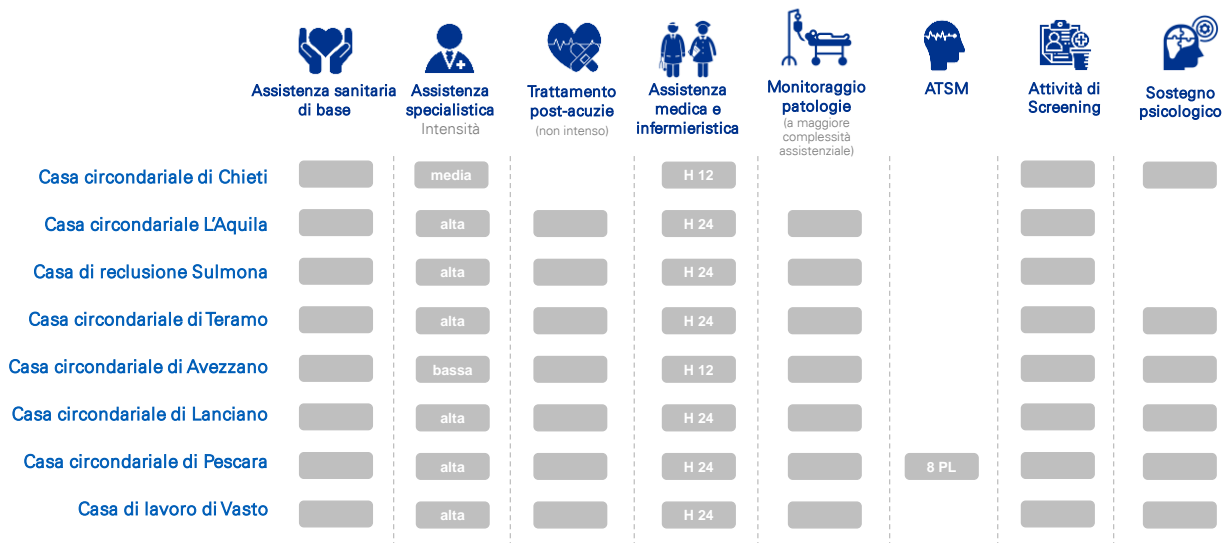


Figura 22 - Mappa dell'offerta sanitaria nelle strutture penitenziarie della regione Abruzzo

La Regione prevede l'adeguamento degli Atti Aziendali con possibilità prioritaria che le UOMP siano inserite tra gli organi di staff della Direzione Generale di ogni ASL e che la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) Abruzzo-Molise di Barete (AQ) sia inquadrata come UOSD del Dipartimento di Salute Mentale della ASL 201.

Step Operativi	Definizione di standard specifici per le attività assistenziali all'interno degli istituti penitenziari che comprendano standard strutturali, organizzativi e di personale	Owner	Timing
		Regione	Entro 2023

5.7. Non autosufficienza

5.7.1. Area anziani non autosufficienti

L'attuale sistema regionale residenziale e semiresidenziale dell'Area Anziani non Autosufficienti, previsto dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con L.R. n. 5/2008, prevede le seguenti tipologie di strutture, individuate per ambito aziendale e totale regionale:

- RP Anziani;
- RSA Anziani;
- RSA Demenze;
- Semiresidenze Anziani;
- Semiresidenze Demenze.

Le schede sinottiche di cui alla L.R.5/2008 (pagg.107-109 del P.S.R. 2008-2010) delineano, per le suddette tipologie di strutture, i bisogni assistenziali da soddisfare, la specifica tipologia di utenza, la modalità di accesso e la durata della degenza; i relativi requisiti di autorizzazione ed accreditamento, invece, sono dettagliati dai Manuali di cui alla DGR n.591/P del 2008 e ss.mm.ii.

La Regione Abruzzo ha ridefinito il fabbisogno regionale per le RSA Anziani, RSA Demenze, le RP Anziani, le Semiresidenze Anziani e le Semiresidenze Demenze programmandone un incremento di offerta. Nella tabella di seguito sono riportati i posti letto complessivi delle RSA e RP anziani.

Offerta posti letto accreditati per ASL – Area anziani non autosufficienti

Posti letto in strutture residenziali per anziani non autosufficienti - Abruzzo - Anno 2019

ASL	Posti letto	N. strutture	Utenti	GG/Utente
201-Avezzano-Sulmona-L'Aquila	423	9	618	199
202-Lanciano-Vasto-Chieti	626	14	877	199
203-Pescara	344	6	1.197	95
204-Teramo	351	7	514	245
Abruzzo	1.744	36	3.206	167

Fonte: elaborazioni su dati NSIS (STS24)

Tabella 29 Offerta posti letto accreditati per ASL - Area anziani non autosufficienti,

L'offerta attuale di assistenza per Anziani Non Autosufficienti presenta in regione una preponderanza di erogatori privati (circa il 90%) rispetto al pubblico e una carenza di assistenza semiresidenziale. Inoltre, i parametri di programmazione individuano un volume complessivo di posti letto equivalenti, per assistenza agli anziani ≥ 65 anni, inferiori rispetto a quello quantificato nella "griglia LEA" che presenta un valore di riferimento $\geq 9,80$ posti letto ogni 1.000 anziani ultrasessantacinquenni rispetto al dato provvisorio di 5,70 rilevato nel 2018. Nell'ambito del più complessivo ambito di indirizzo, controllo e monitoraggio dell'assistenza territoriale, la Regione adotterà soluzioni di analisi e approfondimento tese a valutare il livello di sostenibilità delle relative tariffe per gli erogatori privati eventualmente coinvolti utilizzando strumenti evoluti di elaborazione e gestione. In tal senso sarà implementato un sistema di governance anche attraverso elaborazioni di dati per la stima dei costi diretti e indiretti di produzione per le prestazioni rese.

Step Operativi		Owner	Timing
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento dell'assistenza semiresidenziale ➤ Implementazione di un sistema di <i>governance</i> anche attraverso elaborazioni di dati per la stima dei costi diretti e indiretti di produzione per le prestazioni rese 	<p>Regione</p> <p>Regione</p>

5.7.2. Area disabilità e riabilitazione

Il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità a livello territoriale, contesto in cui è possibile la verifica reale dell'*outcome* in termini di attività e partecipazione. L'ambito territoriale diviene quindi il luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF).

L'attività territoriale di riabilitazione a favore dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali deve trovare collocazione all'interno della rete dei servizi di riabilitazione e svolgersi in stretta integrazione con l'attività erogata dalle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

L'offerta territoriale, secondo quanto disposto dalla L.R. 5/2008 (par. 5.2.7.3.1) include:

- riabilitazione ambulatoriale;
- riabilitazione domiciliare;
- riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.

Per l'accesso alle prestazioni riabilitative ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali (prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78) è prevista una valutazione dei bisogni riabilitativi da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, secondo le modalità, le procedure e i tempi stabiliti dalla Regione Abruzzo con L.R. 5/2008 (par. 5.2.4.2.1) e con il DCA 107/2013, che agli artt. 10 e 11 dispone specificamente le procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione e gli adempimenti delle strutture che erogano prestazioni ex art. 26 L. n. 833/1978.

A seguito della valutazione dell'UVM, in conformità con quanto previsto dall'art. 34 del DPCM 12 gennaio 2017, vengono garantiti trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento, con modalità e durata del trattamento definiti nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il PRI, e la sua realizzazione mediante programmi riabilitativi, definisce il tipo di trattamento da erogare, la durata, la frequenza degli accessi a domicilio, il *case manager* a cui il paziente può rivolgersi, il caregiver a cui gli operatori fanno riferimento, il risultato atteso e le modalità di valutazione del raggiungimento del risultato.

Nel sistema regionale residenziale e semiresidenziale dell'Area Disabilità e Riabilitazione, inizialmente delineato dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, sono state predisposte con DGR 129/2017, le nuove tipologie di strutture: Semiresidenza disabili, Semiresidenza per Minorazioni Plurisensoriali dell'Età Evolutiva.

Conseguentemente, l'articolazione delle tipologie di strutture dell'Area Disabilità e Riabilitazione è indicata come segue:

- Residenze Riabilitazione Intensiva;
- Residenze Riabilitazione Estensiva;
- Semiresidenze Riabilitazione Estensiva;
- RSA Disabili;
- RP Disabili;
- USAP (Unità Speciali di Assistenza Prolungata);
- Semiresidenze Disabili;
- Residenze Disturbi Comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva;
- Residenze e Semiresidenze Minorazioni Plurisensoriali dell'età evolutiva.

Le schede sinottiche di cui al PSR 2008-2010 (pagg.119-125) rappresentano la tipologia di utenza, le modalità di accesso, la durata di degenza, lo standard di struttura, gli standard minimi di personale, il sistema di classificazione dei pazienti e gli specifici fabbisogni a livello regionale. I requisiti di autorizzazione e accreditamento delle suddette tipologie di strutture, invece, sono stabiliti dai Manuali di cui alla DGR n.591/P del 2008 e ss.mm.ii.

OFFERTA ATTUALE					
AREA DISABILITA' E RIABILITAZIONE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO	ASL 02 POSTI LETTO	ASL 03 POSTI LETTO	ASL 04 POSTI LETTO	TOTALE POSTI LETTO
DISABILITA'					
RSA DISABILI	64	11	-	33	108
RP DISABILI	-	159	-	-	159
USAP	-	-	-	-	-
SEMIRESIDENZE DISABILI	-	-	-	-	-
TOTALI	64	170	-	33	267
RIABILITAZIONE					
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA- RRI	40	265	50	78	433
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA- RRE	115	326	45	100	586
SEMIRESIDENZE RIABILITAZIONE ESTENSIVA	130	350	215	140	835
TOTALI	285	941	310	318	1.854
DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA					
RESIDENZE DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA	-	-	-	-	-
MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL' ETA' EVOLUTIVA					
RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL'ETA'EVOLUTIVA	-	-	-	-	-
SEMIRESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL'ETA'EVOLUTIVA	-	-	-	-	-

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella 30 Offerta Regione Abruzzo area disabilità e riabilitazione

Il DCA 117/2017 ha programmato l'attivazione di forme di assistenza pianificate dal PSR 2008-2010 (USAP) per introdurre nuove tipologie di strutture programmate dai vigenti atti di fabbisogno, a tutela ed implementazione degli attuali LEA. In questo senso, sono state previste Semiresidenze disabili, Semiresidenze per Minorazioni Plurisensoriali dell'età evolutiva.

La classificazione delle tipologie di strutture, sulla base dei livelli di intensità, consente di tener conto dell'appropriatezza e dei correttivi ritenuti necessari, finalizzati alla riqualificazione dei livelli a maggior tutela sanitaria, con il contestuale obiettivo di riduzione del ricorso alla istituzionalizzazione.

A seguito dell'approvazione del presente documento, le Direzioni Aziendali si atterranno rigorosamente alle disposizioni previste dal DPCM sui nuovi LEA in relazione alla durata dei trattamenti assistenziali.

In relazione alla definizione di un nuovo fabbisogno dell'area residenziale e semiresidenziale per disabili, se si considerano i parametri individuati per la verifica dei livelli essenziali nella "Griglia LEA" si identificano valori coerenti con quelli di riferimento nazionale. Tuttavia, anche in considerazione di alcune criticità di completezza del modello ministeriale STS 24/RIA11 si ritengono opportune azioni di miglioramento del flusso.

La riabilitazione ambulatoriale

In accordo con le Linee Guida del 1998, con il Piano di Indirizzo del 2011 e, da ultimo, con le Linee di indirizzo del 2019 per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, le tipologie di pazienti che possono usufruire dell'attività di riabilitazione ambulatoriale sono individuabili in:

- "casi complessi": utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti e un elevato grado di disabilità nelle ADL, che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine mediante un PRI che preveda molteplici programmi terapeutici eseguiti da un team multiprofessionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione). Come da indicazione nazionale, la durata complessiva del trattamento riabilitativo dovrà essere prevista in almeno 90 minuti per accesso;
- "casi non complessi": utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, necessitano di una sola tipologia di prestazione riabilitativa erogata o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione. Come da indicazione nazionale, la durata dell'accesso deve essere almeno di 30 minuti. In presenza di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, per l'erogazione di semplice terapia fisica strumentale non è necessaria la redazione di un PRI; in tutti gli altri casi il PRI deve essere formulato.

La riabilitazione ambulatoriale può essere svolta presso: Ambulatori di Riabilitazione e Centri di Riabilitazione.

Gli Ambulatori di Riabilitazione sono strutture intra o extra ospedaliere preposte alla erogazione di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa in regime ambulatoriale, rivolte a pazienti con disabilità transitorie e/o minimali. Per l'erogazione di tali prestazioni semplici non è richiesto il PRI.

I Centri di Riabilitazione sono strutture che erogano prestazioni ambulatoriali a pazienti che necessitano di intervento terapeutico riabilitativo con competenze multidisciplinari e multiprofessionali, teso al recupero parziale o totale del soggetto dal punto di vista fisico-funzionale, psicologico e sociale.

Le prestazioni riabilitative sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi, a domicilio e/o in sede extramurale e possono essere anche erogate con il coinvolgimento delle strutture di fisiokinesiterapia accreditate.

La riabilitazione domiciliare

La restituzione della persona al proprio ambiente di vita è l'obiettivo principale del percorso riabilitativo verso il quale devono convergere tutti gli interventi pianificati dal progetto riabilitativo individuale.

I trattamenti riabilitativi a domicilio possono costituire il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti all'interno del PRI; possono essere erogati quando previsti dal PRI, oppure nei casi in cui a fronte di un bisogno riabilitativo, il paziente è impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali.

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata per i casi con primo/secondo/terzo livello di CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale), per i percorsi riabilitativi a domicilio è richiesta la valutazione da parte dell'UVM, con la definizione di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) ovvero di un PRI.

In ambito domiciliare l'attività riabilitativa può avere le caratteristiche della riabilitazione estensiva o della socio-riabilitazione di lunga durata.

Sono destinatari dell'intervento domiciliare i pazienti che presentano i seguenti requisiti generali:

- sono intrasportabili per motivi clinici: si tratta di pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto renderebbe inefficace l'intervento stesso o sarebbe rischioso dal punto di vista sanitario;
- è presente un caregiver che garantisca la possibilità della permanenza al domicilio.

I pazienti possono presentare:

- disabilità a medio/alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero;
- disabilità maggiore cronica stabilizzata, in condizioni di intrasportabilità. In questi casi può essere necessario o possibile l'addestramento del paziente a determinate attività della vita quotidiana, l'adattamento all'uso di ortesi e ausili e/o l'addestramento del caregiver al sostegno e al supporto, con monitoraggio periodico;
- disabilità maggiori progressive nell'ambito di progetti di cure palliative;
- Nella Regione Abruzzo, le strutture autorizzate all'erogazione di prestazioni ambulatoriali ex art. 26 sono preposte all'erogazione di prestazioni riabilitative anche a domicilio e/o in sede extramurale.

La riabilitazione intensiva ed estensiva in strutture residenziali e semiresidenziali

Le strutture di riabilitazione, che prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale, costituiscono presidi della rete di riabilitazione ed operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia nella fase di completamento del programma per i pazienti provenienti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Le attività di riabilitazione svolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali si rivolgono a pazienti in condizione clinica stabilizzata, che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti e che hanno necessità di un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o per tempi minori (regime semiresidenziale).

L'intervento riabilitativo di tipo intensivo è caratterizzato da un impegno di almeno 3 ore giornaliere.

L'intervento riabilitativo di tipo estensivo è caratterizzato da un impegno di almeno 1 ora giornaliera, con una durata dei trattamenti che non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale dell'UVM non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo.

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei Livelli essenziali di assistenza, con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del decreto legislativo 502/92.

Azioni di miglioramento

Il 4 agosto 2021 è stato sottoscritto, in sede di Conferenza Stato-Regioni, l'Accordo "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" che definisce nuove regole per la riabilitazione ospedaliera e territoriale. Il documento si pone in esplicita continuità con precedenti indicazioni normative, come le Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 e con il Piano di Indirizzo sulla Riabilitazione del 2011, ribadendone i principi e sottolineando la necessità di azioni specifiche per giungere ad una più completa ed omogenea traduzione operativa.

Ad oggi la programmazione dell'offerta per prestazioni residenziali e semiresidenziali, suddivise per livello di intensità assistenziale, riscontra in parte un obiettivo limite nel contesto normativo regionale vigente. In effetti, nel corso degli anni, il fabbisogno autorizzatorio programmato è stato definito in applicazione dei requisiti e degli standard organizzativi e strutturali dettati dalla Legge Regionale n. 5/2008 e dalla Legge Regionale n.32/2007 e confermato, nel Piano di rientro, dai successivi Decreti Commissariali di attuazione e aggiornamento del fabbisogno (DCA 117/2016).

Le richiamate norme regionali, pur prevedendo e graduando i livelli d'intensità assistenziale all'interno della stessa struttura sanitaria, delineano un sistema di accreditamento istituzionale rivolto alla struttura sanitaria nel suo insieme e non al singolo modulo distinto per livello di intensità assistenziale.

L'intervenuta normativa prevista dal DPCM 12 gennaio 2017 richiede, ad integrazione del quadro programmatico delineato per la rete territoriale, alcune misure di adeguamento riferite alle tipologie assistenziali residenziali e semiresidenziali non coerenti con i livelli di intensità indicati dall'aggiornamento dei nuovi LEA, che dovrà seguire l'iter legislativo regionale attraverso la modifica delle tabelle sinottiche allegate al Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (L.R. n.5/2008) e l'aggiornamento delle quote di compartecipazione alla spesa per le prestazioni socio-sanitarie, con la ripartizione della stessa tra Fondo Sociale e Fondo Sanitario e con l'eventuale rivalutazione delle tariffe.

Preso atto delle problematiche Regionali rispetto ai nuovi LEA, che riguardano le macroaree della residenzialità e semiresidenzialità, le azioni che la Regione Abruzzo provvederà ad istituire sono sostanzialmente tre:

- Istituzione di un gruppo regionale di lavoro caratterizzato da specifiche competenze professionali;
- Previsione di uno scenario di superamento delle problematiche riscontrate al fine di procedere, entro i successivi sei mesi, alla completa revisione delle tabelle sinottiche allegate L.R. n.5/2008;
- Previsione di un percorso di iter legislativo dalla presumibile durata di un anno.

	Owner	Timing
Step Operativi	➤ Aggiornamento della rete territoriale di riabilitazione ai sensi del DPCM LEA 2017;	Regione Entro 2024
	➤ Aggiornamento delle quote di compartecipazione alla spesa per le prestazioni socio-sanitarie;	Regione Entro 2024
	➤ Revisione della L.R. n.5/2008.	Regione Entro 2023

5.8. Rete delle cure palliative

La programmazione regionale in materia di cure palliative conferma le indicazioni previste dall'art. 23 del DPCM del 12/01/2017, all'interno del DCA n. 51 dell'11/10/2012, così come modificato dalla DGR 311 del 18/05/2018. Si evidenzia, conseguentemente, che l'assistenza palliativistica, anche in regime domiciliare, viene erogata in coerenza con quanto previsto nell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012

(requisiti minimi e modalità di accreditamento). Con DGR 661 del 22/10/2021 è stato recepito il documento recante l'accreditamento delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) e della Rete di Terapia del Dolore per l'adulto, approvato con Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020. Il modello prevede, una struttura di coordinamento di livello regionale e una struttura di coordinamento a livello aziendale.

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha definito i seguenti livelli di assistenza nell'ambito delle RLCP:

- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Percorsi assistenziali integrati;
- Cure Palliative domiciliari;
- Centri residenziali di Cure Palliative – hospice;
- Ricoveri ordinari per acuti.

Le RLCP operano attraverso tre setting assistenziali: ospedaliero (con attività di consulenza in reparti e ambulatori), domiciliare di base e specialistico (tipicamente in ambito residenziale) e cure palliative in hospice, strutture territoriali a carattere socio-sanitario dedicate all'assistenza di pazienti candidabili a terapie di supporto, che necessitano di essere accompagnati nelle ultime fasi della loro vita. L'assistenza in hospice è erogata da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, in modo continuativo h 24, 7 giorni alla settimana.

Gli elementi essenziali della rete sono: le unità di cure palliative di base e specialistiche, le strutture residenziali (hospice), le strutture ospedaliere e le strutture ambulatoriali. L'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) prevede una regia centralizzata al livello regionale, formata da una struttura specificamente dedicata al coordinamento della rete al livello regionale e da una struttura a livello locale/aziendale.

Con DGR 175 del 4 aprile 2022 è stato quindi recepito l'Accordo S.R. n. 30/CSR del 25 marzo 2021 che ha approvato i requisiti minimi - organizzativi, tecnologici e strutturali - di accreditamento della Rete regionale di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP) ai sensi della L. 38/2010, che consegue dall'accreditamento delle strutture che la costituiscono, i cui requisiti sono stabiliti dall'Intesa del 2012. La Regione istituisce con atto formale:

- il Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP, di natura pubblica, che cura il monitoraggio e la Carta dei Servizi e può essere ospitata anche nell'hospice pediatrico;
- le unità di cure palliative domiciliari (UCP-dom) e gli altri elementi essenziali della rete.

Le RLCP dell'adulto e la Rete di TD e CP pediatriche operano in sinergia tra loro e devono essere dotate delle necessarie competenze professionali. Con DGR 689 del 2/11/2021 è stata approvata la disciplina regionale della certificazione in possesso dei medici in servizio nelle reti dedicate alle cure palliative.



N.prog.	codice azienda	Denominazione azienda	Denominazione struttura	Tipo di rapporto con S.N.N.	Indirizzo	Comune	Sigla provincia	N. posti
1	201	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	HOSPICE PEScina	1	Via Tiburtina	PEScina	AQ	10
2	202	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	HOSPICE L'AQUILA	1	Via Capo Croce 1	L'AQUILA	AQ	12
3	202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	HOSPICE ALBACHIARA LANCIANO	1	Via Belvedere, 65	LANCIANO	CH	11
4	202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	HOSPICE TORREVECCHIA TEATINA	1	Via Castelferrato	CHIA TEATINA	CH	8
5	203	PESCARA	HOSPICE	1	Via Paolini	PESCARA	PE	10
6	204	TERAMO	HOSPICE TERAMO	1	Piazza Italia	TERAMO	TE	8

Tabella 31 Gli hospice presenti sul territorio regionale sono 6, con la seguente collocazione

Le principali criticità alla cui soluzione deve orientarsi l'attività regionale riguardano in primis una carenza di professionisti che, nel caso delle CP, è aggravata dal mancato accesso alla formazione specialistica, la cui Scuola di specializzazione (in Medicina e Cure Palliative) è stata istituita solo a decorrere dall'anno accademico 2021-22 con la conversione del D.L. 34/2020. Nella recente rilevazione sulle RCP compiuta da Agenas si rileva inoltre che, nel modello regionale, il Medico di Medicina Generale è generalmente informato del PAI del paziente senza essere ancora pienamente coinvolto nella filiera della presa in carico.

Oltre al potenziamento del personale, è infine necessario avviare il processo di accreditamento delle RLCP per adulti, la cui aggregazione funzionale ed integrata genera in modo sinergico la Rete Regionale (RRCP). E' necessario adottare per tutte le realtà aziendali una nuova formalizzazione delle reti locali per attualizzarla agli standard previsti nell'Intesa del 2012, poi rivisti con l'Intesa del 2020 e con i nuovi standard di assistenza territoriale nazionali. È inoltre necessario l'avvio del processo di accreditamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche, con la possibile istituzione di un hospice pediatrico nell'ambito dell'area metropolitana Chieti-Pescara. L'HP si configura come struttura per l'offerta dell'assistenza della Rete di Cure Palliative Pediatriche, che integra l'ospedale con il domicilio e fornisce trattamenti specialistici, assistenza clinica, formazione, ricerca e cure di fine vita.

In considerazione del processo di riqualificazione e adeguamento della rete di cure palliative hospice, la Regione, per il tramite di appositi provvedimenti di settore, valuterà le modalità di coinvolgimento delle strutture residenziali al fine di fornire risposte tempestive ai pazienti interessati, ricorrendo alla definizione di specifici standard assistenziali e tecnologici in condizioni di sicurezza e qualità delle cure.

		Owner	Timing
Step Operativi	<ul style="list-style-type: none"> Revisione della rete di cure palliative secondo quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020; 	Regione	Entro 2023
			

5.9. Medicina dello sport

Con L.R. n.15 del 23 giugno 2020 ad oggetto "Medicina dello Sport e tutela sanitaria delle attività sportive e motorie" si stabiliva, all'art.1, che la Regione Abruzzo provvedesse, nell'ambito della programmazione sanitaria, alla promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva della popolazione quale mezzo efficace di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica assicurando la tutela sanitaria dell'attività sportiva e promuovendo l'organizzazione e lo sviluppo degli interventi relativi alla Medicina dello sport.

A tal fini la Regione, con Delibera di Giunta Regionale n.562 del 13.09.2021, ha approvato il documento tecnico programmatico finalizzato alla ricognizione e alla definizione del fabbisogno delle strutture deputate al rilascio degli attestati di idoneità alla pratica sportiva e definizione attuativa dell'elenco degli specialisti in Medicina dello sport presso gli ambulatori privati e studi privati.

Di seguito si riporta la tabella relativa al fabbisogno, suddiviso per provincie, delle strutture MDS ex DGR 562/2021.

FABBISOGNO STRUTTURE MDS	CENTRI DI I LIVELLO			CENTRI DI II LIVELLO			CENTRI DI III LIVELLO		
	FABBISOGNO	STRUTTURE AUTORIZZATE	FABBISOGNO AUTORIZZATORI O RESIDUALE	FABBISOGNO	STRUTTURE AUTORIZZATE	FABBISOGNO AUTORIZZATORI O RESIDUALE	FABBISOGNO	STRUTTURE AUTORIZZATE	FABBISOGNO AUTORIZZATORI O RESIDUALE
L'AQUILA	29	9	20	5	3	2	1	-	1
TERAMO	30	10	20	5	3	2	1	-	1
PESCARA	32	9	23	5	4	1	1	-	1
CHIETI	38	11	27	6	4	2	1	-	1
ABRUZZO	129	39	90	21	14	7	4	-	4

Tabella 32 Fabbisogno strutture nelle province della Regione Abruzzo di strutture MDS ex DGR 562/2021

6. Strumenti A Supporto

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. La sanità di iniziativa inizia con la prevenzione e con il supporto ai corretti stili di vita da avvicinare alle abitudini della popolazione presente in un territorio. Questo modello di sanità prevede, inoltre, che ciascun assistibile a cui venga riconosciuto un bisogno sia inquadrato e indirizzato nella corretta costruzione del percorso di cura da affrontare, mediante modelli di percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali, modellati in funzione delle esigenze della singola persona al fine di determinare un Percorso di Assistenza Individuale. La valutazione del bisogno dell'assistibile, non è più mono-professionista, ma abbraccia sempre più una visione olistica del bisogno che corrisponde ad un approccio multiprofessionale integrato.

La realizzazione degli interventi assistenziali non acuti passa attraverso un processo di presa in carico individuale che deve utilizzare strumenti operativi standardizzati e diffusi, tali da garantire equità ed omogeneità nei percorsi e nell'esigibilità delle prestazioni sanitarie.

Alcuni degli strumenti già a disposizione e operati all'interno del distretto sono le UVM e i PAI, orientati al cittadino sul territorio nel passaggio tra un setting assistenziale o per bisogni assistenziali gestibili sul territorio ma che richiedono interventi assistenziali mirati da eseguire a domicilio o presso strutture residenziali/semi-residenziali. A questi strumenti è connesso il punto di accesso individuato il PUA (Punto Unico di Accesso) che recepisce le richieste del cittadino e attiva i servizi idonei del distretto alla presa in carico e gestione della richiesta. All'interno del PUA è presente anche l'operatore sociale del Comune per la rilevazione della componente sociale di assistenza.

Il D.M. 77 del 2022 individua quale strumento di assistenza territoriale il "Progetto di Salute", che rappresenta uno strumento di rilevazione continua dei bisogni clinico-socioassistenziali e di "presa in carico proattiva" (precedente all'eventuale sviluppo di qualsiasi patologia) della persona quando sia identificata come portatrice di fattori di rischio a partire dal primo contatto con il SSN. Il PdS si attiva all'accesso al SSN tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura e rendendo accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso le risorse informative e di screening di rischio della Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health.

Il PdS Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica a seguito alle rivalutazioni dei singoli accessi.

6.1. Nuovo approccio verso una medicina orientata alla persona (Da PDTA a PAI)

Le attività clinico-assistenziali che interessano una patologia riguardano un individuo che per quanto essere unico è espressione di un bisogno più articolato e di una risposta al bisogno differenziata. La metodologia con cui le organizzazioni sanitarie organizzano le risposte al bisogno del paziente in termini di tipologia di assistenza, di setting di erogazione, di tempistiche di intervento e di figure professionali e decisionali impiegate, è il PDTA, ormai diffuso in letteratura e nelle pratiche aziendali come criterio di uniformità nell'approccio all'assistenza secondo standard misurabili e confrontabili.

Un individuo può essere interessato da uno o più PDTA nella propria vita che si intersecano o si susseguono ma che in ogni modo devono adeguarsi a bisogni, contesti e risposte personali, proprio perché associate alla specifica persona.

Il percorso di assistenza individuale (PAI) di una persona rappresenta lo strumento chiave dell'assistenza con cui la risposta al bisogno di salute espresso in un dato momento da una persona, si combina con le caratteristiche di valutazione multi-dimensionale che meglio assicurano la configurazione dell'iter di cura da impostare per ciascun individuo.

Concretamente, il PAI identifica la natura e la complessità del bisogno traducendola in tipologia di assistenza. Le informazioni su cui si basa la rilevazione sono:

- bisogni sanitari e gli interventi previsti con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti;
- i bisogni sociali e le azioni previste con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari;
- il "case manager", ossia il responsabile del caso (MMG dell'assistito, o altra figura professionale del Sistema delle Cure Domiciliari, su delega del MMG) referente dell'organizzazione e del controllo dell'applicazione del P.A.I. nel singolo caso;
- il *caregiver*;
- gli obiettivi e la durata del trattamento;
- la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del P.A.I. con l'individuazione degli indicatori specifici;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- il P.A.I. deve essere sottoscritto dal paziente e/o da un familiare.

Il PAI, quindi, sintetizza l'approccio assistenziale e l'intensità assistenziale da costruire in termini di offerta sanitaria o socio-sanitaria-assistenziale e da concretizzare in relazione ad un arco temporale di monitoraggio e recupero/mantenimento del quadro clinico. Questo strumento, al momento, si concentra su bisogni di assistenza specifici come la riabilitazione, assistenza domiciliare integrata e altre fattispecie, che si traducono in offerta di servizi e strutture territoriali ben inquadrati all'interno dell'organizzazione del servizio territoriale. Il PAI, difatti, è lo strumento operativo a supporto dell'UVM, per ciascun assistito, con cui vengono individuati gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute.

Viene da sé come questo strumento, al momento, interessa una parte della vita limitata della popolazione sul territorio, in presenza di alcuni eventi sanitari, ma la potenzialità di strumenti come il PAI è di integrare il Progetto di Salute del cittadino che invece interessa tutta la popolazione.

6.2. La valutazione del bisogno

L'approccio al cittadino con bisogno di salute ed il relativo indirizzamento nel percorso di cura avviene mediante le Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.). Tale unità si configura come équipe multiprofessionale, con competenze multidisciplinari e a composizione variabile, in relazione ai bisogni specifici della persona da valutare, e laddove possibile dei nuclei familiari. Il compito assegnato a tali unità è di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il percorso ideale di trattamento dell'utente.

L'obiettivo generale dell'U.V.M. consiste nell'individuare e offrire la migliore soluzione possibile per la persona riconosciuta in stato di bisogno socio-sanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Gli obiettivi specifici assegnati alla U.V.M. sono:

- favorire, ove e il più a lungo possibile, una idonea permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;

- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa socio-sanitaria in una ottica di efficienza nel rapporto costo-beneficio, tenendo conto non solo degli oneri finanziari ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili alle risorse sia familiari che sociali.

L'attivazione dell'UVM può avvenire tramite la richiesta: del MMG, o in fase di dimissione protetta, dell'ospedale. L'attivazione avviene mediante il PUA e attraverso il responsabile dell'UVM.

La composizione dell'UVM prevede la presenza del caregiver, specialista branca (es. geriatra, fisiatra neurologo, neuropsichiatra infantile) a seconda del bisogno e delle caratteristiche di ciascun paziente, MMG/PLS. Al termine della valutazione viene indicato il *setting* assistenziale più appropriato .

L'UVM rappresenta il punto di snodo di accesso ad una serie di servizi territoriali e il punto di approccio nel passaggio tra alcuni setting assistenziali, tali per cui il ruolo svolto in questa nuova cornice di servizi distrettuali deve essere ben inquadrata nelle procedure esistenti e in funzione degli adeguamenti che nuovi protocolli verranno redatti.

6.3. Sistemi di telemedicina

I recenti investimenti previsti per la salute hanno evidenziato un progressivo spostamento del focus dell'assistenza dall'ospedale verso il territorio. Tale dinamica è volta a consentire una migliore presa in carico della popolazione in risposta ad una sempre maggiore domanda di prestazioni sanitarie. Il progresso del sistema verso il concetto ormai consolidato di *e-Health*, insieme alle relative applicazioni, porta quindi il cittadino ad essere sempre più connesso, più informato e consapevole e, per questo motivo, uno dei principali destinatari della rivoluzione digitale in atto.

Nella Regione Abruzzo si sta sviluppando un percorso di digitalizzazione, la cui programmazione è stata definita tramite la delibera del piano strategico Digitale per la Sanità per gli anni 2021-2023. L'esigenza di avvicinare sempre più il sistema sanitario ai bisogni del cittadino e di rendere la sanità più digitalizzata rappresenta ancora un punto fondamentale per il territorio, soprattutto alla luce della recente esperienza pandemica da Covid-19.

Nella missione 6 relativa alla salute del PNRR, la prima componente è infatti dedicata alle "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", e prevede un investimento di circa 7 miliardi di euro. Per la regione Abruzzo, tali investimenti faranno riferimento alle linee di intervento COT-Device (€1.257.310,00) e COT-Interconnessione (€923.929,00) e si prevede che tali strumenti di telemedicina andranno a supporto anche delle altre linee di intervento previste dal PNRR, come ad esempio l'assistenza domiciliare, le centrali operative territoriali e i percorsi clinici dei pazienti (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio etc.).

La telemedicina rappresenta un metodo innovativo di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie telematiche, mediante l'utilizzo di dispositivi digitali, *internet*, *software* e tecnologie dell'informazione e della comunicazione. I professionisti sanitari si avvalgono della telemedicina per erogare prestazioni a distanza agli assistiti nelle diverse fasi del percorso di cura, a partire dalla prevenzione, diagnosi, trattamento e successivo monitoraggio dei pazienti. L'approccio della telemedicina viene inoltre utilizzato dai professionisti sanitari per fornire e ricevere servizi di consulenza e di supporto da altri professionisti sanitari, tramite la condivisione di dati clinici su casi individuali in formati (testo, numeri, grafici etc.) e metodi di interazione diversi (simultanea e non). In questo modo, come concordato nel "Patto per la Salute 2019-2020", la telemedicina permette di salvaguardare i fabbisogni dei sistemi sanitari e dei singoli assistiti tramite un maggiore livello di personalizzazione del percorso di cura.

A livello operativo si può prevedere l'utilizzo di tali strumenti a supporto delle COT nel monitoraggio delle transizioni dei pazienti tra i *setting* assistenziali o nella valutazione della gestione dei percorsi di presa in carico a domicilio. Strumenti di telemedicina e processi di presa in carico in telemedicina possono essere utilizzati dalle equipe dei professionisti delle Case della Comunità, come il Medico di Medicina Generale e l'infermiere di comunità, oppure nella gestione delle visite domiciliari delle UCA attivate dagli stessi professionisti. Forme più avanzate di integrazione consentiranno di favorire la condivisione dei dati tele-monitorati del paziente anche nei ricoveri presso Ospedali di Comunità o altre strutture residenziali/semi-residenziali. Il supporto delle consulenze specialistiche per i pazienti presi in carico dalle equipe distrettuali troverà nel teleconsulto e nella televisita forme di interazione e celerità di risposta da parte dei professionisti coinvolti.

6.4. Farmacia Territoriale

L'entrata in vigore del decreto 77/2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Ssn", va a concretizzare quanto previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza nella Missione 6 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Il decreto parla espressamente anche del ruolo della Farmacia dei servizi, specificando che questa «costituisce presidio sanitario di prossimità e rappresenta un elemento fondamentale e integrante del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il Ssn assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza».

La farmacia dei servizi rappresenta pertanto una evoluzione dell'attività professionale nell'ambito delle cure primarie, divenendo il luogo di interazione sanitaria di professionisti e pazienti. Il farmacista, secondo questo nuovo modello, non limiterà la propria azione soltanto alla dispensazione del bene farmaco ma applicherà le proprie conoscenze sulle modalità di utilizzo del farmaco stesso, per il miglioramento globale della salute del paziente, sempre in un'ottica di collaborazione multidisciplinare con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, infermieri e anche con il caregiver.

Lo sviluppo del progetto inizia con la L. n. 69/2009, all'art. 11, che ha previsto per la prima volta che le farmacie potessero fornire nuovi servizi in ambito sanitario ai cittadini, definendo le linee del nuovo modello della "Farmacia dei Servizi". Tale legge ha da una parte legittimato alcune attività che le farmacie già effettuavano da tempo, e dall'altra ha ampliato il loro ambito, consentendo una serie di servizi non più limitati al solo regime privato, ma anche a carico del SSN, garantendo alle farmacie la possibilità di partecipare ai servizi di assistenza domiciliare, di realizzare campagne di educazione sanitaria e di prevenzione, nonché di prenotare gli esami e le visite specialistiche.

La recente Legge di bilancio 2020 ha prorogato ed esteso la sperimentazione della Farmacia dei servizi, prevista dalla legge di bilancio 2018, al fine di ampliare gli ambiti territoriali della sperimentazione e le risorse messe a disposizione delle farmacie per il potenziamento del servizio offerto alla popolazione.

Si prevede inoltre la possibilità di usufruire presso le farmacie, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, in attuazione del piano nazionale della cronicità (di cui all'Intesa del 15.9.2016 sancita in sede di conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano), per favorire la presa in carico dei pazienti cronici e rendere più efficiente la rete dei servizi.

Infatti, attraverso le procedure della ricetta elettronica (di cui al D.L. 18.10.2012 n. 179, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 221/2012), i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che effettuano le prescrizioni possono intrattenere ogni forma di collaborazione con le farmacie prescelte dal paziente per l'erogazione dei servizi, anche attraverso le funzionalità del dossier farmaceutico (di cui al citato D.L. n. 179 del 2012). Le farmacie possono pertanto fornire:

- ai pazienti interessati, ogni utile e completa informazione sulle cure prestate e sulle modalità di conservazione e assunzione personalizzata dei farmaci prescritti;
- al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta o al medico prescrittore, informazioni periodiche e ogni volta che risulti necessario, circa la regolarità o meno dell'assunzione dei farmaci o comunque ogni altra notizia reputata utile, ivi compresa la necessità di rinnovo delle prescrizioni di farmaci per garantire l'aderenza alla terapia.

Nell'ambito degli obiettivi del PNRR, le recentissime linee guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico innovano radicalmente e aggiornano i contenuti del FSE e del dossier farmaceutico.

Le mansioni svolte dai farmacisti verranno supportate dall'ecosistema di dati e servizi forniti dal nuovo FSE, che semplificherà le attività di distribuzione di farmaci, tra cui la consultazione del foglietto illustrativo e la verifica della terapia erogata, la registrazione e segnalazione di allergie e reazioni avverse ai farmaci, nonché la prenotazione di prestazioni per conto degli assistiti.

In particolare, i servizi resi dai farmacisti attraverso il supporto del nuovo FSE sono:

- Prenotazione di prestazioni sanitarie (visite, esami, vaccini) per conto dei cittadini assistiti presso la farmacia;
- Accesso al dossier farmaceutico per la sua consultazione ed alimentazione per i dati di competenza;
- Consultazione in tempo reale del foglio informativo della terapia farmacologia prescritta al cittadino;
- Verifica della terapia erogata al paziente;
- Registrazione di allergie e reazioni avverse ai farmaci, e funzioni di early warning che indichino al farmacista potenziali rischi di reazioni avverse;
- Supporto alla valutazione dell'aderenza terapeutica dell'erogato e dell'assunzione da parte dell'assistito.

6.5. Il Fascicolo Sanitario Elettronico

La presa in carico del cittadino, già dal momento della iscrizione al servizio sanitario, deve coincidere con la creazione di un fascicolo personale di raccolta e alimentazione delle informazioni clinico-sanitarie-sociali, che riguarderanno la propria vita, in coerenza con le normative vigenti in costante evoluzione in tema di privacy.

L'importanza del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è tra le priorità nazionali da anni e la situazione disomogenea in Italia circa la sua attivazione, richiede sforzi ancora più mirati per una presenza uniforme sull'intera nazione.

La Regione Abruzzo ha individuato tra le sue priorità il progetto del FSE nel Piano di Sanità Digitale. Tale indirizzo è confermato anche dal PNRR che prevede come investimenti dedicati alla digitalizzazione dei servizi in sanità due importanti filoni:

- da un lato, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari;
- dall'altro il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) cioè dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute e delle regioni per il monitoraggio dei LEA e per la programmazione sanitaria.

A livello regionale la realizzazione di tale progetto, si realizza mediante il completamento, l'evoluzione e la diffusione più ampia di questo strumento affinché possa diventare:

- un punto di accesso per le persone in salute e i pazienti per la fruizione di tutti i servizi del SSR;
- una base di dati per i professionisti sanitari, contenente informazioni cliniche omogenee e inclusive dell'intera storia clinica della persona assistita.

6.6. Sistemi Informativi e di qualità

Il **Piano Nazionale Ripresa e Resilienza**, in seguito alla pandemia da COVID-19, **ha stanziato** circa 236 €mld, di cui circa 19 €mld destinati alla sanità (15,6 €mld missione salute, 1,6 €mld missione inclusione e coesione e digitalizzazione e 1,7 €mld relativi al React-EU). Di questi, **7 €mld** sono pensati **per interventi volti a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio** grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

La componente 2 della missione salute (ca 8,6 €mld), invece, **abbraccia interventi volti a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN**, per garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria.

La Regione Abruzzo, con deliberazione della Giunta Regionale, il 7 marzo 2022 ha approvato il Piano Regionale Strategico della Sanità Digitale, triennio 2021-2023 che si compone dei seguenti documenti:

- “Piano Strategico Digitale della Sanità della Regione Abruzzo 2021-2023 - Piano delle Priorità”, che definisce i principi guida, gli obiettivi strategici e gli interventi prioritari che guideranno il sistema regionale verso la Sanità Digitale;
- “La strategia Digitale della Regione Abruzzo 2021-2023 – Architettura, Programmi e Progetti” che definisce l'architettura applicativa di riferimento a supporto dei processi di trasformazione digitale.

La Regione Abruzzo intende creare un ecosistema digitale regionale **che** supporti gli Enti nell'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-territorio favorendone programmazione, gestione e monitoraggio migliorandone così le *performance* e semplificandone il monitoraggio stesso. Il nuovo ecosistema digitale integrato **consta di tre** componenti principali: **un sistema per la gestione digitale del territorio, una piattaforma regionale di telemedicina e l'implementazione della CCE nei setting ospedalieri** quale elemento abilitante per completare l'architettura per la raccolta e la valorizzazione dei dati.

La necessità di creare un tale ecosistema unico nasce dal fatto che il territorio abruzzese presenta un livello di informatizzazione a macchia di leopardo sui diversi livelli dell'amministrazione e frammentazione rispetto ai meccanismi di gestione dei processi amministrativi, clinico-assistenziali e socioassistenziali. Ne consegue un'eterogeneità anche in termini di applicativi scelti da ogni Ente del territorio e di contenuti informativi disponibili che richiede l'implementazione di opportuni gateway di interfaccia verso i sistemi preesistenti per la fruizione del patrimonio informativo.

Dall'altro lato, investire sul potenziamento della rete territoriale in termini strutturali, organizzativi e di processo, non può che richiedere la messa a sistema di tali opportunità con la creazione di una architettura informatica e sistemi applicativi di supporto integrati che parlino al paziente e ai professionisti.

I concetti alla base di tale programmazione digitale contemplano i principi di accessibilità alle cure e alle informazioni (quindi accessibilità al dato); superamento della frammentarietà delle informazioni con l'integrazione dei professionisti e la visione unitaria delle informazioni del cittadino (la persona e il bisogno di salute non possono più essere parcellizzati); monitoraggio e integrazione delle attività erogate; valutazione dell'andamento delle performance e degli esiti; strumenti di business intelligence a supporto del processo decisionale.

6.7. Investire sulle competenze

La programmazione regionale, al fine di soddisfare i bisogni di cura in continua evoluzione per l'accresciuta domanda derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali, programma in ciascuna Azienda

Sanitaria, il Servizio delle Professioni Sanitarie che svolge sia attività di coordinamento ed indirizzo, tipiche di una tecnostruttura, sia attività di governo delle attività di linea.

È una Struttura Complessa dotata di autonomia tecnica, professionale ed organizzativa, per il governo e lo sviluppo complessivo delle risorse infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, della professione ostetrica e di supporto.

I Servizi delle Professioni Sanitarie sono configurati, in ciascuna Azienda Sanitaria, una in ambito ospedaliero e una territoriale, in staff alla direzione strategica, al fine di garantire il coordinamento dei servizi e l'integrazione tra ospedale-territorio.

La riforma sanitaria che si sta conducendo ha introdotto novità su più fronti. L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione dei servizi accompagnano lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza in cui i professionisti della salute e i manager della sanità sono chiamati a dare risposte attuative concrete. A questo si aggiunge la nascita di nuove figure e responsabilità nell'ambito delle professionalità del SSN (es. infermieri di comunità, esperti di telemedicina) da integrare in un sistema già di per sé complesso.

Un sistema che ha risentito, ancor di più nel corso della recente pandemia, della carenza di figure professionali (medici e infermieri soprattutto) in tutti i setting dell'assistenza socio-sanitaria, attuando forme di reclutamento e inserimento professionale straordinarie per far fronte all'emergenza vissuta.

Il PNRR individua nella Missione 6 Salute obiettivi importanti che riguardano il potenziamento del personale del SSN, investendo in:

- Incremento del numero di borse di studio in medicina generale;
- Erogazione di corsi di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali per 4.500 membri del SSN;
- Erogazione di corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere;
- Finanziamento di contratti di formazione medica specializzata.

Si tratta di obiettivi che interessano il triennio 2023-2026, a cui dovranno affiancarsi interventi da parte di ogni Ente del SSN per programmare iniziative di sviluppo professionale del personale.

Le iniziative dovrebbero muoversi su più linee di azione:

- Favorire l'aggiornamento professionale dei settori più carenti di personale, anche mediante l'introduzione di tecnologie o nuovi processi che riescono a efficientare i processi di lavoro;
- Incentivare l'integrazione di competenze anche in settori diversi da quelli di ordinaria appartenenza per creare meccanismi di incremento del potenziale conoscitivo di ogni professionista;
- Introdurre competenze digitali a tutti i livelli dei profili del personale del SSN;
- Rafforzare le competenze manageriali delle figure che rivestono incarichi di direzione e di coordinamento;
- Introdurre forme flessibili di apprendimento che si integrano alle modalità tradizionali di erogazione, cercando di bilanciare il più possibile l'aspetto teorico a quello pratico;
- Favorire l'inserimento delle nuove "leve" affiancate alle professionalità di senior al fine di introdurre meccanismi di compensazione delle competenze;
- Creare agende formative che nascano anche dalla raccolta delle esigenze pratiche e delle volontà di sviluppo conoscitive dei singoli professionisti.

L'intento è di avviare un percorso di superamento del concetto di formazione "pura" verso un nuovo modello di sviluppo delle competenze professionali, che possa riconoscere l'interesse del singolo professionista e di garantire allo stesso tempo l'allineamento con le esigenze conoscitive necessarie per la struttura in cui ogni operatore è impiegato.

In tale contesto, non basta guardare solo agli operatori sanitari, ma rivolgersi a tutti i professionisti che compongono il SSN.

6.8. Determinazione del Fabbisogno di personale

La realizzazione del Piano territoriale introduce la necessità di riorganizzazioni e investimenti che agiscono su più livelli (tecnologico, professionale, organizzativo, amministrativo, ecc.) dell'attuale rete di servizi offerti dalla Regione. Tra questi, la tematica del personale rappresenta un elemento chiave della riorganizzazione dell'offerta di servizi.

A livello normativo, il DM 77/2022 introduce degli standard di personale per alcune tipologie di servizi/strutture territoriali definite all'interno della riforma territoriale, come dotazione di minima e di massima o come standard.

Le strutture per cui sono fornite tali indicazioni sono: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, UCA.

Figura 23 Standard personale CDC da DM77

Standard personale DM 77 per Casa di Comunità HUB				
Personale DM 77	Dotazione minima	Dotazione massima	Apertura/h	Giorni apertura
Infermieri di famiglia/comunit.	7	11	12	7
Assistente sociale	1	1	12	7
Personale di supporto	5	8	12	7

Relativamente al personale dell'infermiere di comunità, il DM riporta che *“Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.”*²⁴

Per l'Ospedale di Comunità, il DM 77 riporta che lo *“Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.”*²⁵. Per il personale medico si riporta come dotazione standard 1 unità per ODC, applicando la previsione delle ore previste dal DM 77 (4,5 ore al giorno per 6/7 gg in un anno) alle ore standard contrattuali annue previste per tale personale, al fine di arrivare alla stima unitaria del personale.

Figura 24 Standard personale ODC da DM77

Standard personale DM 77 per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto (24H)		
Personale DM 77	Dotazione minima	Dotazione massima
Infermieri	7	9
Operatori sociosanitari	4	6
Altro personale sanitario con	1	2
Personale medico	1	1

²⁴ Fonte DM 77/2022

²⁵ Fonte DM 77/2022

Per il funzionamento della COT, il DM identifica quale “standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.”²⁶

Figura 25 Standard personale COT da DM77

Standard personale DM 77 per COT		
Personale DM 77	Dotazione minima	Dotazione massima
Coordinatore infermieristico	1	1
Infermieri	3	5
Personale di supporto	1	2

Lo standard definito dal DM per le UCA è di 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento.

Figura 26 Standard personale UCA da DM77

Standard DM 77 personale UCA Abruzzo	
Personale DM 77	Dotazione
Infermieri	1
Personale medico	1

A livello regionale, tali standard sono stati applicati agli interventi riportati previsti nel presente documento di piano territoriale e riportati nel dettaglio nella tabella seguente. Tra gli interventi sono stati considerati sia quelli finanziati da PNRR, sia gli interventi non soggetti a finanziamento PNRR ma che rientrano nella programmazione regionale e delle singole AASSLL.

Figura 27 Strutture Regione Abruzzo considerate per il calcolo degli standard

CdC, ODC e COT Abruzzo					
ASL	Popolazione	CdC HUB PNRR	COT Abruzzo	ODC PNRR	ODC NO-PNRR
ASL 201	288.439	3	3	3	-
ASL 202	372.473	5	4	3	3
ASL 203	313.346	3	3	3	-
ASL 204	299.402	3	3	2	-
Totale	1.273.660	14	13	11	3

L'applicazione pedissequa degli standard previsti dal DM77 alle strutture regionali inserite nel presente piano territoriale (cfr. figura 27) produce un dimensionamento della dotazione organica minima e massima per alcune figure professionali.

²⁶ Fonte DM 77/2022

Figura 28 Standard DM77 a strutture Regione Abruzzo

Applicazione degli standard di personale DM77

Ente	STD Personale medico (UCA e ODC)	STD Personale Infermieristico (COT+UCA+ODC)		STD Personale Inf. Fam/com (CDC)		STD Personale OSS (ODC)		STD Coordinatore infermieristico COT	STD Assistente sociale (CDC)	TOTALE	
	STD	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	STD	STD	MIN	MAX
ASL 201	6	33	45	21	33	12	18	3	3	78	108
ASL 202	10	58	78	35	55	24	36	4	5	135	187
ASL 203	6	33	45	21	33	12	18	3	3	78	108
ASL 204	5	26	36	21	33	8	12	3	3	66	92
Totale	27	150	204	98	154	56	84	13	14	357	495

Tale rappresentazione mostra l'impatto dell'applicazione normativa ai contesti regionali, su cui dovrà essere costruito il fabbisogno di personale tenendo in considerazione le specificità aziendali e le dotazioni già in essere.

La determinazione del fabbisogno di personale a livello regionale verrà condotta, quindi, con il coinvolgimento delle singole AASSLL e sarà oggetto di successivi provvedimenti. Per tale definizione l'iter prevede:

- Individuazione degli standard definiti a livello normativo e applicati alle realtà della riforma territoriale della Regione, in funzione dell'organizzazione delle singole AASSLL;
- Mappatura della dotazione già presente per singola AASSLL e struttura/servizio interessato, distinto per profilo professionale;
- Determinazione dello scenario di applicazione degli standard e raffronto con la situazione già in essere della dotazione delle AASSLL;
- Applicazioni di correttivi al fine di considerazioni specifiche nelle realtà delle singole AASSLL (es. riallocazione di personale tra servizi, modalità di erogazione dei servizi in telemedicina o in presenza, tipologia di servizi aggiuntivi a quelli obbligatori per ciascuna sede, progettualità specifiche).

Tale processo si concluderà con l'approvazione e deliberazione dei piani di fabbisogno delle singole aziende.

7. Finanziamenti e investimenti

Con Decreto del Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 (pubblicato in G.U. del 9 marzo 2022) sono state ripartite tra le regioni italiane le risorse per la realizzazione degli interventi della Missione 6 Component 1 e 2, pari ad € 216.514.675,21 per l'Abruzzo.

PNRR Missione 6 - Regione Abruzzo			
Component	Linea di intervento	Numero interventi presentati	Importo PNRR
Component 1	Case della Comunità	40	58.901.493,13 €
	COT	13	2.249.975,00 €
	Interconnessione aziendale	1	923.928,96 €
	Device	1	1.257.310,45 €
	Ospedali di Comunità	11	26.178.441,39 €
	Antisimica PNRR	4	16.724.125,65 €
	Antisimica FC	11	37.958.740,01 €
Component 2	Grandi apparecchiature	89	31.130.224,47 €
	Digitalizzazione DEA I e II	9	37.961.619,64 €
	4 Nuovi flussi		793.206,77 €
	Formazione		2.435.609,74 €
Totale interventi			216.514.675,21 €

Tabella 33 Fondi PNRR destinati alla Regione Abruzzo divisi rispetto a Component 1 e 2

Alcune delle progettualità PNRR si inseriscono in una programmazione più ampia che la Regione sta portando avanti con il Piano di sanità digitale approvato con deliberazione dgr.126/2022. Il Piano triennale ha l'obiettivo di realizzare interventi infrastrutturali e di digitalizzazione a supporto della sanità regionale.

Altre azioni del PNRR sono legate al personale e al suo reclutamento, come previsto dal D.L. n. 36/2022 recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)" che prevede assunzioni di personale specificamente destinato a realizzare i progetti di cui le Amministrazioni hanno la diretta titolarità di attuazione e nel rispetto dei limiti di spesa del progetto approvato. Tale personale si pone in aggiunta rispetto alle assunzioni di personale già espressamente previste nel PNRR.

Nella programmazione nazionale, visto il concomitante obiettivo di adeguare la dotazione di personale nell'area territoriale, la legge di bilancio per il 2022 (L. 30 dicembre 2021, n. 234) ha definito - all'art. 1 comma 274 - su un arco di tempo quinquennale le risorse che dovrebbero consentire l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici per il potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR. L'art.1, comma 274, della L. 234/2021, a questo fine, ha previsto che, al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente (da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente,) e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme verranno ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.

In aggiunta a quanto disposto dalle recenti normative, la pianificazione del personale regionale 2022 – 2024 viene formulata nel rispetto del limite delle risorse finanziarie destinate alla spesa per il personale dalla

Regione per ciascuna ASL, nel rispetto dei vincoli previsti dall'art. 1, comma 71 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e quantificabile in 706.068.000€.

8. Modalità di governo e monitoraggio della azioni di riorganizzazione

Il Piano territoriale prevede un'attività di governo e monitoraggio seguito a livello regionale e con il contributo delle singole Aziende sanitarie presenti nel territorio. Tali attività verranno condotte in funzione delle tempistiche di realizzazione individuate e riportate nei paragrafi del presente documento. La rilevazione dei risultati conseguiti a livello regionale, verrà monitorata anche in funzione delle tempistiche di realizzazione individuate nel citato Piano. A livello aziendale, ogni singola ASL procederà con la realizzazione delle iniziative in capo a ciascuna e coerenti con gli atti di programmazione aziendale. Momenti di confronto periodici tra le parti aziendali e regionali consentiranno di mappare lo stato di attuazione degli interventi e le prime risultanze che di volta in volta potranno emergere.

Il livello di realizzazione di ogni azione e il rispetto della tempistica di programmazione saranno indicatori del grado di completamento della riforma territoriale descritta. Un altro elemento di monitoraggio è rappresentato dal rispetto delle tempistiche ministeriali individuate per la realizzazione degli interventi PNRR e per gli atti di programmazione conseguenti, definiti a livello centrale. A supporto di tali rilevazioni, verranno utilizzati gli strumenti messi a disposizione a livello ministeriale (es. Regis) da parte dei soggetti regionali e aziendali opportunamente individuati.

In tali attività, l'utilizzo di soggetti esterni che pur contribuiscono alla gestione e implementazione di specifiche azioni verrà coinvolto al fine di garantire il buon esito del processo di riforma territoriale in atto.

Per le attività di monitoraggio delle azioni e di supporto nella definizione organizzativa degli aspetti puntuali della riforma territoriale potrà essere attivato il supporto di Agenas mediante specifica convenzione.

Per quel che riguarda l'aspetto gestionale della riforma territoriale e il presidio operativo/procedurale della stessa si potrà fare utilizzo dell'Accordo Quadro CONSIP disponibile.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117” – Rep. Atti: n. 221/CSR del 24/11/2016
- Conferenza Stato Regioni. Intesa ai sensi dell’art. 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 – Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019
- Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19.” Pubblicato nella Gazz. Uff. 19 maggio 20 20, n. 128, S.O.
- Legge 17 luglio 2020, n.77 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n.34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19;
- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – Italia domani – trasmesso alla Commissione Europea il 30 aprile 2021
- Decisione di esecuzione del Consiglio dell’Unione Europea ST10160/21 del 6 luglio 2021 relativa all’approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell’Italia
- D.lgs. 153/2009 - Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69. (09G0162);
- D.Lgs. 502/1992 - Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia
- Legge 328/2000 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- DGR n. 43/C del 07.02.2022 e DCR n. 62 del 24.02.2022 Legge di stabilità regionale 2022
- Decreto del Ministero della Salute del 23 Maggio 2022, n°77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale
- Decreti del Commissario ad acta 16 e 17 del 8/03/2016 e 56/2016;
- L. 189/2012 - disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute;
- DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- L. 23 dicembre 2021, n. 234 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024;
- DGR n. 746 del 23/11/2020 - “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dei pazienti COVID-19”
- art. 28 L.R. 146/1996 (budget di distretto)
- DCA 10/2016 - Riordino della Rete di Residenzialità Psichiatrica
- DCA 52/2012 - Fabbisogno regionale di posti letto per l’assistenza residenziale psichiatrica
- DPCM LEA del 29 novembre 2001
- DPCM del 12 gennaio 2017, con riferimento alle Dipendenze Patologiche
- Rep. Atti n. 3/CU del 22/01/2015 - Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali
- L.n.134/2015 recante disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico
- DGR 360 del 24 giugno 2019 - approvazione del Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese
- Decreto Commissariale n. 146 del 30/10/2014 - Dotazione organica specifica dell’UOMP;

- DCA n. 117 del 30 novembre 2015 “Rete regionale per l’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti;
- L.R. n. 5/2008 sistema regionale residenziale e semiresidenziale dell’Area Anziani non Autosufficienti;
- DCA n.117/2017- Fabbisogno regionale per le RSA Anziani;
- DGR n.562 del 13.09.2021 – Medicina dello Sport
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018

9. ALLEGATI – TABELLE

Provvedimento Regionale	Oggetto	Descrizione sintetica
DGR 24/2022	DPCM 12 gennaio 2017 livelli essenziali di assistenza – presa d'atto e approvazione del documento tecnico "PDTA del diabete e rete diabetologica"	Il documento definisce il fabbisogno e gli standard di riferimento della rete diabetologica che si articola in due livelli: livello base e livello specialistico (strutture intraospedaliere e strutture territoriali)
DGR 171/2018	Livelli Essenziali di Assistenza al D.P.C.M. 12 gennaio 2017: presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico regionale Disposizioni in materia di prescrizione e dispensazione dispositivi per l'autocollaborazione e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito.	Il documento definisce la rete dei centri deputati alla prescrizione dei dispositivi per l'autocollaborazione e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito, suddivisi in Centri di I e II livello.
DGR 775/2018	Obiettivi 1 e 5 del Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale abruzzese. Presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico regionale Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) nelle Malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni Regione Abruzzo.	Viene istituita la rete reumatologica sia ospedaliera che territoriale.
DGR 328/2019	D.P.C.M. 12 gennaio 2017 Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, recepimento Accordo Rep. Atti n. 101/CSR del 5 Agosto 2014 Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica e presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico Regionale PDTA della Malattia Renale Cronica e Rete Nefrologica Regione Abruzzo.	Nel documento è descritta la rete nefrologica ospedaliera e territoriale
DGR 513/2019	DPCM 12 gennaio 2017 Livelli essenziali di assistenza - Presa d'atto ed approvazione del Documento Tecnico Regionale Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Demenze Regione Abruzzo, in attuazione dell'Accordo Stato Regioni n. 135/CU del 30 ottobre 2014 e dell'Accordo Stato - Regioni n. 130/CU del 26 ottobre 2017	Il documento fotografa lo stato dell'arte (rete delle Unità di Valutazione Alzheimer sia ospedaliere che territoriali) e fornisce indicazioni per la riorganizzazione della rete integrata mediante l'istituzione dei CDCC (Centri Diagnosi e Cura Demenze)
DGR 716/2019	DPCM 12 gennaio 2017 Livelli Essenziali di Assistenza - Presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) della fibrillazione atriale e terapia anticoagulante Regione Abruzzo".	Il Documento descrive i Centri prescrittori per la terapia anticoagulante orale sia ospedaliere che distrettuali
DGR 718/2019	DPCM 12 gennaio 2017 Livelli Essenziali di Assistenza - Presa d'Atto e approvazione del Documento Tecnico "Rete e percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del paziente con sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)	Il Documento definisce la Rete OSAS mediante un'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali (vd ambulatori OSAS di I livello, territoriali)
DGR 397/2021	Linee guida regionali su diagnosi e trattamento della fibromialgia - presa d'atto ed approvazione di documento tecnico regionale.	Il Documento definisce la Rete della Fibromialgia sia territoriale che ospedaliera.
DGR 524/2021	DPCM 12 gennaio 2017 livelli essenziali di assistenza – presa d'atto e approvazione del documento tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dello Scompenso Cardiaco Cronico".	Il Documento definisce la Rete degli ambulatori di cardiologia sia territoriali (di I livello) che ospedalieri (di I e II livello)
DGR 523/2021	DPCM 12 gennaio 2017 livelli essenziali di assistenza – presa d'atto e approvazione del documento tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"	Il documento delinea la rete Pneumologica della Regione Abruzzo prevedendo a livello territoriale l'istituzione di ambulatori di pneumologia

Tabella 34 - Allegato 1