



LINEE DI INDIRIZZO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

REGIONE ABRUZZO

INDICE

PREMESSA E STRUTTURA GENERALE DEL DOCUMENTO	4
1.Introduzione	4
2. Epidemiologia della cronicità, non autosufficienza e fragilità assistenziale	5
3. Struttura generale del documento	6
PARTE PRIMA. LINEE DI INDIRIZZO PER IL RIORDINO DELLA RETE TERRITORIALE	7
1. Programmazione dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria.....	7
2.Percorsi assistenziali e nuovi LEA	8
3. Modello assistenziale di presa in carico	10
4. La valutazione dei bisogni complessi. L’Unità di Valutazione Multidimensionale	11
5. Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	12
6. Ruolo del Distretto.....	13
6.1 Funzioni socio-sanitarie del Distretto	15
6.2 Attività distrettuali: Committenza, Produzioni, Integrazione	16
6.3 Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)	17
6.4 Integrazione socio-sanitaria	18
6.5 Sistema di budgeting nel Distretto	19
6.6 La predisposizione del budget	19
6.7 I controlli e la revisione del budget	21
6.8 Strumenti di Programmazione delle Attività Territoriali	21
7.Cure primarie.....	22
7.1 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	24
7.2 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)	26
7.3 Modello organizzativo sperimentale del Team di Assistenza Primaria	29
7.4 AFT di Specialistici Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi).....	30
7.5 Modello assistenziale dell’Infermiere di famiglia/comunità	31
8. Residenzialità e semiresidenzialità. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale	32
9.Ospedale di Comunità.....	32
10. Assistenza Domiciliare	35
10.1 Accesso in ambito di Cure Domiciliari.....	37
10.2 Dimissioni Protette	38
10.3 Modalità di facilitazione di una precoce dimissione	39
11. Riabilitazione territoriale	41
12. Medicina Penitenziaria	43
13. Ambulatorio Infermieristico.....	45
14. Medicina di Genere e Salute della donna	46
15. Il sistema informativo a supporto delle funzioni distrettuali	47
16. Indicatori per assistenza territoriale.....	48
PARTE SECONDA. RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI	51
1. I Distretti Sanitari	51
2. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Art.1, comma 6 D.L. n. 34 del 19/05/2020 convertito in L.N. 77 DEL 17/07/2020) ex DGR n. 598 del 06/10/2020.....	53
3. Cure Primarie	55
4.Offerta regionale di assistenza territoriale extra ospedaliera	58
4.1 Area anziani non autosufficienti	58
4.2 Area disabilità e riabilitazione.....	60

4.3 Area Disturbi dello Spettro Autistico	64
4.4 Area Salute Mentale	65
4.4.1 Disturbi del Comportamento Alimentare	67
4.5 Area Dipendenze Patologiche	68
4.6 Area Cure Palliative-Hospice	70
4.7 HIV/AIDS	71
4.8 Definizione nuovo fabbisogno della rete territoriale	71
4.8.1 Area anziani non autosufficienti	72
4.8.2 Area disabilità	73
5. Riabilitazione territoriale	73
6. Ospedale di Comunità	75
7. Azioni di miglioramento e cronoprogramma	75
7.1 Livelli di Intensità assistenziale secondo DPCM sui nuovi LEA	75
7.2 Cronoprogramma delle azioni programmate della Rete Territoriale	78
8. Analisi delle risorse	81
8.1 Fabbisogno di personale	83
ALLEGATO 1	85
ALLEGATO 2	101

PREMESSA E STRUTTURA GENERALE DEL DOCUMENTO

1.Introduzione

La Regione Abruzzo, con il seguente documento disciplina principi e strumenti per l'organizzazione e l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie e socio-sanitarie del sistema dell'assistenza territoriale, in coerenza con le indicazioni del Patto per la salute 2014-2016 (approvato con Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014, Rep. n. 82/CSR), del paragrafo 10 dell'Allegato 1 del DM 70/2015 e del D.P.C.M. 12/01/2017.

Il quadro normativo citato, nonché la necessità di garantire ai cittadini la giusta intensità di cura nel contesto assistenziale maggiormente rispondente ai suoi bisogni, ha reso improcrastinabile l'esigenza di riqualificare il sistema sanitario regionale, mediante una forte integrazione tra i diversi attori istituzionali. Infatti, il mutato quadro epidemiologico, la ricerca del miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera, attraverso una concentrazione dei volumi di prestazioni con un attento monitoraggio degli esiti, non possono ledere il diritto di equità di accesso e prossimità delle cure dei cittadini, realizzabili, unicamente, attraverso un ridisegno del modello di assistenza territoriale che preveda una forte componente sociale coordinandosi, altresì, con quanto previsto anche dal nuovo *"Piano Sociale Regionale 2016-2018"* approvato dalla regione Abruzzo con DGR 616 del 26 settembre 2016.

Sulla base delle esperienze consolidate sul territorio regionale e con la finalità di mettere a sistema la Rete dei servizi territoriali, il presente documento si pone i seguenti obiettivi prioritari:

1. Dare attuazione ai percorsi di presa in carico dei pazienti e di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, in attuazione delle disposizioni del D.P.C.M. di definizione e aggiornamento dei LEA del 12/01/2017.
2. Rafforzare il ruolo centrale di governo del distretto, anche attraverso la definizione di un modello omogeneo di supporto per la predisposizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT), previsto dall'art. 3-quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e del sistema di budgeting.
3. Fornire indicazioni attuative uniformi, nei diversi ambiti aziendali, per le forme associative delle cure primarie tra cui l'attivazione ed il funzionamento delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) consentendo lo sviluppo di tali modelli organizzativi in modo omogeneo.
4. Definire e aggiornare il fabbisogno regionale di residenzialità e semiresidenzialità in funzione della popolazione da assistere in rapporto al criterio dell'intensità assistenziale e della durata dei trattamenti e non solo per tipologia di struttura, in attuazione alle previsioni di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12/01/2017.

In ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, la regione Abruzzo con **DGR 598 del 6/10/2020** ha deliberato il **"Piano di Potenziamento e Riorganizzazione dell'Assistenziale Territoriale per emergenza COVID-19"**, in attuazione delle disposizioni dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020. Il Piano viene adottato con specifiche 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), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.), indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa

identificazione, dell'isolamento e del trattamento.

Sulla base di tali premesse, il rationale degli interventi del Piano per l'emergenza COVID-19 è rappresentato, da una parte, dal potenziamento, con la componente infermieristica, dell'assistenza domiciliare e della sorveglianza attiva per i pazienti affetti da SARS-CoV-2 non ospedalizzati, supportando le U.S.C.A. e, dall'altra, dal rafforzamento della assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione rafforzata con i medici di medicina generale, riducendo così il carico di prestazioni e servizi del livello ambulatoriale.

2. Epidemiologia della cronicità, non autosufficienza e fragilità assistenziale

La fragilità assistenziale assume sia una valenza epidemiologica (evidenzia il rischio di incorrere in un evento critico), che un aspetto assistenziale, cioè la somministrazione/esecuzione di terapie e controlli periodici a lungo termine che prevedono la presa in carico pro-attiva e il monitoraggio periodico di parametri clinici e dei sintomi di aggravamento (essendo appunto il soggetto a rischio).

I pazienti con fragilità, non solo anziani, costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti e hanno il tasso più alto di consultazione presso Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e il 90% di questi soggetti ha una prescrizione di farmaci a lungo termine.

La fragilità, pertanto, richiede il potenziamento della capacità di proposta dell'Assistenza Primaria, la ridefinizione, qualificazione e sviluppo delle cure domiciliari, l'attivazione della presa in carico dei pazienti con patologie croniche sia dal punto di vista clinico, cioè delle indagini diagnostiche e delle prescrizioni terapeutiche da parte dei MMG, sia della cura da parte degli infermieri, che si occupano dell'assistenza propriamente detta, cioè di monitorare la corretta assunzione dei trattamenti, delle raccomandazioni e dei controlli prescritti. Il concetto di fragilità determina una riqualificazione e uno sviluppo delle cure intermedie, anche quelle più consolidate: le dimissioni protette, la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali, l'assistenza domiciliare, le attività riabilitative, le cure palliative, i servizi per la salute mentale e delle dipendenze patologiche, inducono un ripensamento integrato, centrato sul paziente, dell'utilizzo dei servizi per la non autosufficienza.

Nello specifico, da un'analisi effettuata dall'ASR Abruzzo, si evidenzia che la distribuzione regionale dei soggetti ultrasessantenni con una patologia cronica (35,9% della popolazione) è omogenea nelle 4 province con una maggiore prevalenza a Chieti (37,8%). Anche il numero degli ultra sessantenni 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%). Relativamente agli 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%).

3. Struttura generale del documento

Il documento si compone di due parti: la prima recante le Linee di indirizzo per il riordino della Rete Territoriale e la seconda in cui viene declinata la Rete dei servizi territoriali.

Nella prima parte vengono indicati i modelli assistenziali e gli strumenti per il governo dell'assistenza territoriale, attraverso i quali realizzare una integrazione socio-sanitaria e migliorare la presa in carico del paziente a livello territoriale. Nello specifico, le Linee di Indirizzo pongono l'accento sulla necessità di procedere ad una armonizzazione dei modelli di assistenza primaria, ad un potenziamento della componente infermieristica e dell'assistenza domiciliare. Tale armonizzazione passa inevitabilmente per una informatizzazione dei dati e sulla necessità di monitorare attraverso degli indicatori lo stato di attuazione e di funzionalità della Rete dei servizi territoriali.

Nella seconda parte si è proceduto a declinare i nodi della Rete Territoriale costituita da: distretti, Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e da tutte le strutture territoriali extra-ospedaliere. Inoltre, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, la Rete Territoriale si compone anche delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

PARTE PRIMA. LINEE DI INDIRIZZO PER IL RIORDINO DELLA RETE TERRITORIALE

1. Programmazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

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 materia¹.

Tale identificazione, inoltre, deve precisare gli impegni che fanno capo a ciascun soggetto e le procedure da adottare per realizzare un efficace coordinamento.

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)"*².

L'integrazione socio-sanitaria va, pertanto, attuata e verificata su tre livelli:

1. Istituzionale: si realizza attraverso la collaborazione tra istituzioni sociali e sanitarie per la definizione di scelte programmatiche volte a realizzare comuni obiettivi di salute.
2. Gestionale: è relativa alle modalità di gestione che possono promuovere e facilitare percorsi di continuità assistenziale, rispondendo in modo esaustivo e in senso multidimensionale al bisogno complesso di salute.
3. Professionale: si realizza nella collaborazione tra diverse culture professionali nella gestione del sistema dell'offerta, attraverso l'unitarietà di protocolli degli interventi.

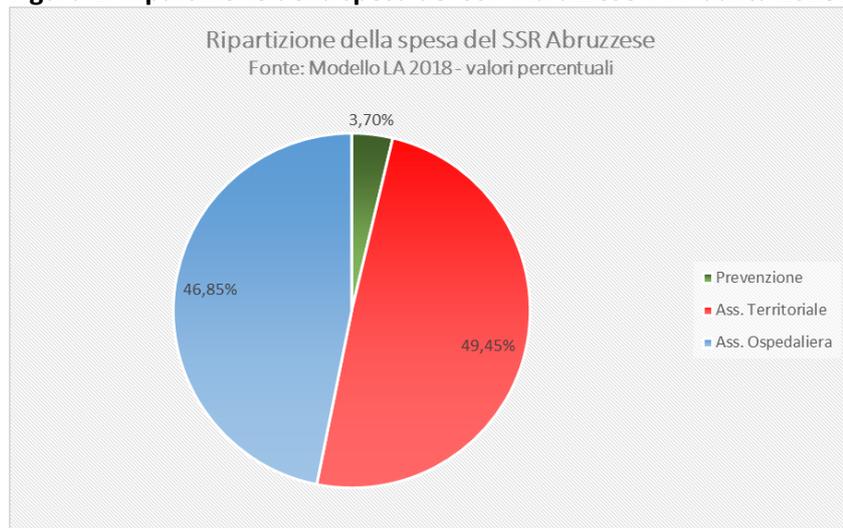
Gli strumenti di riferimento che consentono l'integrazione gestionale e socio-sanitaria, prevista dal D.Lgs. 502/1992 e dalla Legge 328/2000, devono essere rappresentati in modo uniforme dai **Programmi delle Attività Territoriali (PAT)** dei distretti e dai **Piani di Zona (PdZ)**.

L'analisi del finanziamento percentuale per livello di assistenza (5% alla prevenzione; 51% all'assistenza distrettuale; 44% all'assistenza ospedaliera) evidenzia nella nostra Regione che la spesa per i livelli di assistenza distrettuali non raggiunge le soglie fissate dal riparto del Fondo Sanitario Nazionale, come indicato nella figura sottostante.

¹ D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., Legge n. 328/2000, DPCM del 14 febbraio 2001, DPCM 23 novembre 2001, Legge 251/2000

² Kodner D., Spreeuwenberg C.: integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications- A Discussion Paper. International Journal of Integrated Care, Vol. 2(3), 2002

Figura 1. Ripartizione della spesa del SSR Abruzzese. Annualità 2018.



Ne consegue la necessità di un progressivo ribilanciamento della spesa che pur passando attraverso un miglioramento della programmazione sanitaria territoriale, non può prescindere dall'utilizzo di strumenti di budgeting che supportino la negoziazione con la Direzione Aziendale per un efficiente impegno delle risorse necessarie.

Analogamente, se non in misura maggiore, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria non solo garantisce miglioramenti nell'ambito dell'assistenza sia in termini di equità che di appropriatezza degli interventi, ma induce evidenti ripercussioni positive sulla spesa sanitaria.

2. Percorsi assistenziali e nuovi LEA

Le modalità di presa in carico e di accesso degli assistiti per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie sono disciplinate dal D.P.C.M. del 12/01/2017 (Capo IV art.21 e smi). In particolare l'art.21 del citato D.P.C.M. LEA prevede che:

- I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni (comma 1).
- Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (comma 2).
- Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o

del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (comma 3).

- Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale (comma 4).

La Regione Abruzzo conforma l'erogazione dell'assistenza, tramite percorsi assistenziali, secondo il modello dei nuovi LEA.

Tabella 1. Modalità di presa in carico e di accesso.

<p>Accesso Raccolta della domanda Art. 21 comma 2 DPCM LEA</p>	<p>L'accesso all'assistenza avviene attraverso il Punto Unico Accesso definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale. Le funzioni principali che il PUA deve assolvere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali; - informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda; - presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati. <p>In particolare il PUA deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricevere la segnalazione che può giungere sia da una struttura ospedaliera, sia dal MMG/PLS dell'assistito o dall'assistito o un suo delegato; - decodificare la domanda ed eseguire una prima valutazione del bisogno; - registrare l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni; - individuare i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno e sostenendo l'attività del case manager.
<p>Definizione del problema Individuazione del bisogno Art. 21 comma 4 DPCM LEA</p>	<p>La valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. Pertanto, attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, individua il bisogno soggettivo del singolo paziente e definisce le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi, consente la presa in carico, valuta gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.</p>
<p>Produzione del Piano di Assistenza Individuale Art. 21 comma 3 DPCM LEA</p>	<p>Il PAI è lo strumento operativo con cui l'UVM individua, per ciascun assistito, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute.</p> <p>Per ogni assistito deve essere redatto il P.A.I., tramite il quale viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, con l'individuazione dei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (case-manager); - 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.

3. Modello assistenziale di presa in carico

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

In regione Abruzzo, con l'approvazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010³ e del "D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari"⁴ sono stati forniti alle ASL gli indirizzi per la realizzazione dei "percorsi assistenziali territoriali" e le modalità di accesso agli stessi.

Il Piano Sociale Regionale 2016- 2018, inoltre, pone tra le priorità, la realizzazione del **Punto Unico di Accesso (PUA)** alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari quale modalità di accesso unitario e integrato agli stessi a disposizione del cittadino o degli operatori.

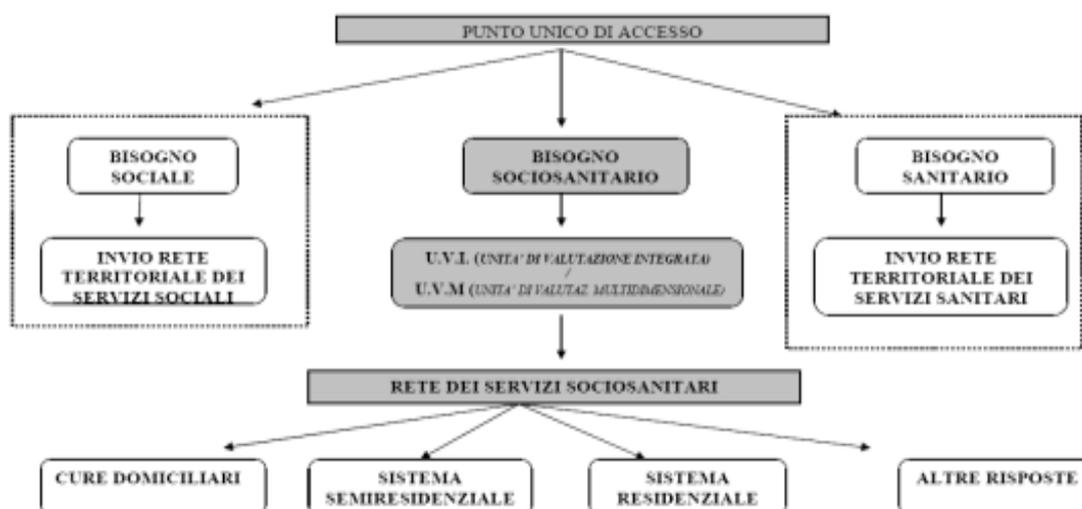
Da una indagine svolta dall'ASR e dall'AGENAS è emerso che in tutti i distretti abruzzesi è attivo il PUA, tuttavia le loro modalità operative non sono del tutto uniformi.

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

Le funzioni principali che il PUA deve assolvere sono:

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

Figura 2. Funzioni del PUA.



³ Legge Regionale n. 5 del 21/03/2008

⁴ DGR 693/2018

Le funzioni descritte devono essere realizzate attraverso una serie di attività da svolgere in collaborazione tra le diverse figure professionali, nonché attraverso l'unitarietà di protocolli degli interventi.

In particolare il PUA deve:

- ricevere la segnalazione;
- decodificare la domanda ed eseguire una prima valutazione del bisogno;
- registrare l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni;
- individuare i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno e sostenendo l'attività del Case manager.

Il PUA deve decodificare il bisogno di salute espresso secondo il seguente schema.

BISOGNI SEMPLICI	BISOGNI COMPLESSI
<ul style="list-style-type: none"> • Fornisce informazioni al richiedente circa i servizi esistenti sul territorio per il soddisfacimento del bisogno, e supporta il cittadino stesso nell'individuazione del livello di assistenza più appropriato • Fornisce risposte immediate ed esaustive indirizzando il cittadino alla prestazione di cui necessita 	<ul style="list-style-type: none"> • Segnala il caso all'Unità di Valutazione Multidimensionale per una valutazione più approfondita e per le conseguenti determinazioni

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

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

4. La valutazione dei bisogni complessi. L'Unità di Valutazione Multidimensionale

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

L'UVM, unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, deve essere prevista in ciascun Distretto.

La valutazione multidimensionale viene effettuata con l'ausilio delle seguenti schede, scale e sistemi di classificazione:

- Area Anziani e demenze: SVAMA, integrata dalle scale ADL, IADL, DMI necessarie per la attuale classificazione delle fasce di non autosufficienza;
- Specificatamente per le demenze, si raccomanda l'uso della CDR (Clinical Dementia Rating Scale estesa);
- Area disabili: S.V.a.M.Di;
- Per la definizione del percorso riabilitativo delle persone con Sclerosi Multipla la Regione raccomanda l'utilizzo della scala EDSS (Expanded Disability Status Scale);
- Per i pazienti con Disturbi dello Spettro Autistico, la Regione raccomanda l'utilizzo dei Livelli del DSM 5, accanto al livello ICF e ICD10;
- Area salute mentale Ho- NOS/VADO, BPRS.

Relativamente all'ADI occorre riferirsi al Sistema delle Cure Domiciliari definito nell'appendice E della DGR n.693 del 18/9/2018.

Tabella 2. Dotazione personale dell'UVM (DCA 107/2013).

Dotazione minima:

- Direttore/Responsabile del Distretto, o suo delegato, con funzioni di Coordinatore dell'UVM
- MMG componente **eletto nell'UCAD** per l'assistenza primaria;
- Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Distretto o suo delegato, o in mancanza altra figura sanitaria professionale designata dal Direttore del Distretto;
- Assistente Sociale dell'ente d'Ambito Sociale e del Distretto;

A seconda del caso la composizione dell'UVM potrà essere integrata dalle seguenti figure professionali:

- geriatra, fisiatra, cardiologo, neurologo, ortopedico, ecc.
- per gli ultrasettantacinquenni e per gli accessi alle residenze per anziani (RSA, RP), è necessaria la presenza del geriatra;
- per l'ammissione alle prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera è necessaria la presenza dello specialista fisiatra (specialista ospedaliero o ambulatoriale);
- per l'accesso alle strutture residenziali psichiatriche deve essere presente medico psichiatria del CSM territorialmente competente per residenza del paziente (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente) o altro medico su delega del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo dal punto di vista socio assistenziale; in caso di doppia diagnosi nell'UVM deve essere inoltre presente anche il responsabile del SERT o suo delegato.

All'UVM potranno partecipare, oltre al familiare di riferimento (caregiver) e dal MMG/PLS dell'interessato, ogni altra figura professionale ritenuta necessaria (ad esempio psicologo, nutrizionista, fisioterapista).

5. Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il PAI è lo strumento operativo con cui l'UVM individua, per ciascun assistito, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute.

Per ogni assistito deve essere redatto il PAI tramite il quale viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, con l'individuazione dei:

- 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.

Si specifica, inoltre, che, ogni qual volta il soggetto per cui è stato redatto un PAI necessita anche di un intervento riabilitativo, il PAI sarà integrato con il Progetto Riabilitativo Individuale elaborato dal un medico specialista in riabilitazione, in coordinamento con l'UVM di riferimento.

6. Ruolo del Distretto

Le **funzioni** assegnate e le modalità di governo del distretto sono definite negli artt. 3-*quater*, 3-*quinqes* e 3-*septies* del D.Lgs. 229/99.

Aspetti inderogabili nell'assegnazione e nell'espletamento delle funzioni inerenti il ruolo del Distretto sono:

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

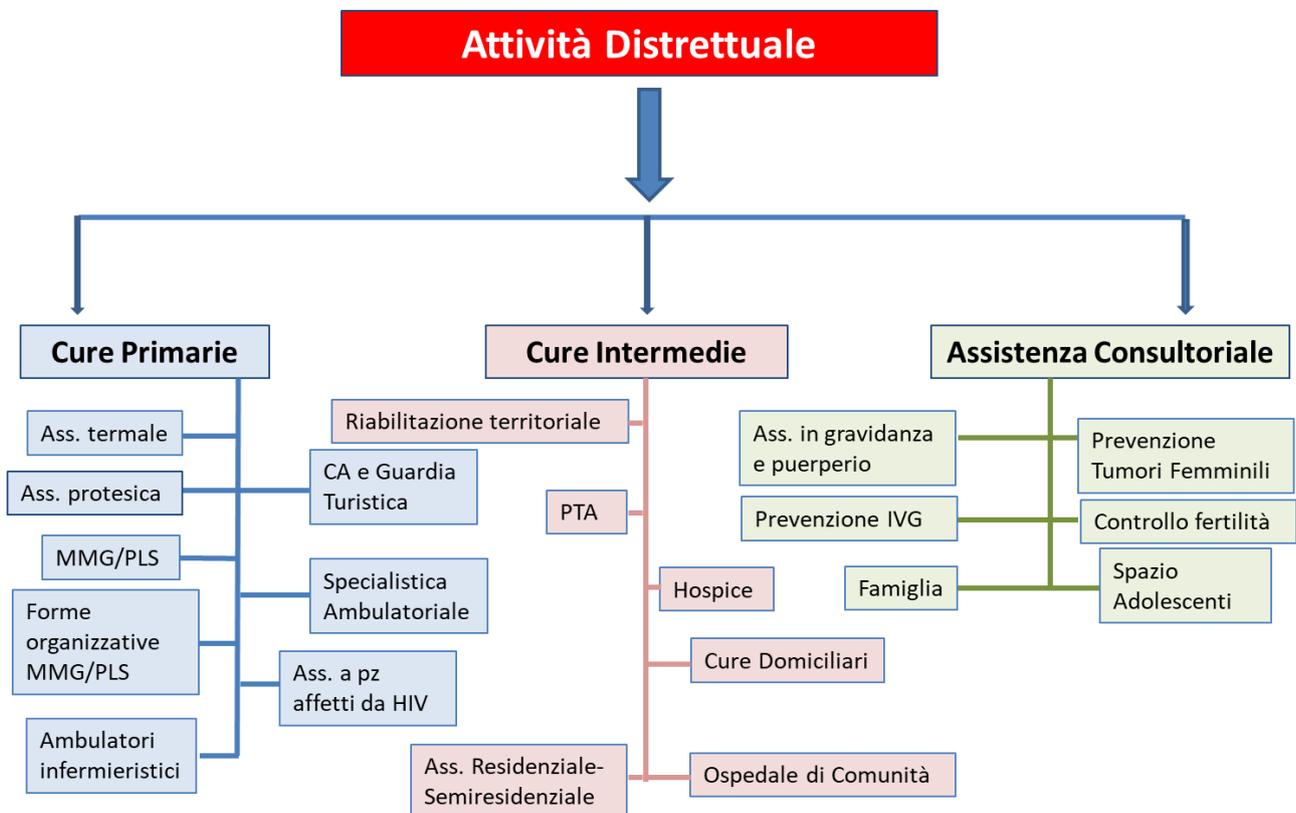
Il livello dell'assistenza distrettuale, ai sensi dell'art. 3 del D.P.C.M. del 12/01/2017 si articola nelle seguenti **aree di attività**:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;

- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Le funzioni distrettuali, in linea con le indicazioni nazionali, si articolano in **aree di produzione** omogenee ovvero in Unità Operative di:

- **Cure Primarie** cui afferiscono le attività di Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta (con le AFT, UCCP e Team di Assistenza Primaria), Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica e Integrativa, Assistenza Termale, Assistenza a persone affette da HIV, Prevenzione Individuale, Continuità Assistenziale, Guardia Turistica, Ambulatori infermieristici;
- **Cure Intermedie** che erogano attività di Assistenza Residenziale, Semiresidenziale e Domiciliare, PTA, Ospedali di Comunità;
- **Assistenza Consultoriale** in rapporto con il Dipartimento Materno-Infantile per le attività di Assistenza in gravidanza ed al puerperio, di prevenzione dell'IVG, di prevenzione dei tumori femminili, dello spazio adolescenziale, di assistenza alla famiglia, del controllo della fertilità e l'assistenza sociale;
- **Riabilitazione Territoriale** che erogano Assistenza fisioterapica ambulatoriale e domiciliare, Assistenza Protesica (presidi e sussidi terapeutici);
- **Assistenza ai pazienti affetti da dipendenze patologiche.**



6.1 Funzioni socio-sanitarie del Distretto

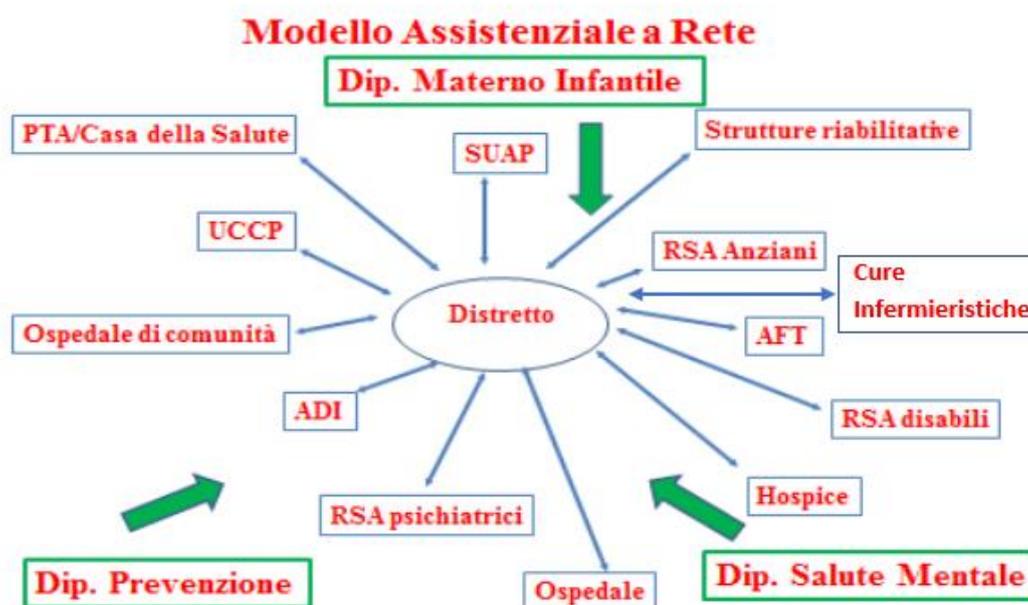
La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (Piano di Zona), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata.

Alla fase di condivisa rilevazione ed analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale dovrà quindi seguire la fase di vera e propria programmazione integrata (PAT⁵-PdZ) dei servizi che deve muovere dalla univocità dell'accesso al sistema curante.

Pertanto, per ricondurre la fase programmatica ad unitarietà, si ritiene necessario dettare indicazioni e criteri uniformi ai distretti sulle modalità di predisposizione del PAT di cui all'art. 3 quater del D.Lgs. 502/92 e del sistema di budgeting (Allegati 1 e 2).

Alla fase di condivisa rilevazione ed analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale segue la fase di vera e propria programmazione integrata (PAT vs PdZ) dei servizi che deve muovere dalla univocità dell'accesso al sistema curante, con una efficace implementazione dei PUA per una omogenea presa in carico dei pazienti.

L'integrazione, declinata nei suoi tre livelli (istituzionale-organizzativo-professionale) deve, inoltre, trovare adeguato fondamento già nella fase di analisi e valutazione dei bisogni di salute attraverso un complessivo e condiviso processo, declinato nella dimensione territoriale (distretto Vs zona sociale).



⁵ Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e coerentemente con gli indirizzi della programmazione regionale, il Distretto definisce il Programma delle Attività Territoriali-Distrettuali (PAT): tale Programma è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

6.2 Attività distrettuali: Committenza, Produzioni, Integrazione

Le attività Distrettuali sono riassunte nello schema sottostante che articola gli aspetti organizzativi e gestionali in riferimento alle tre principali funzioni del distretto: Committenza; Produzione; Integrazione.

Attività distrettuali	FUNZIONI DISTRETTUALI	
Funzione organizzativa	GOVERNO	Realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, dei programmi in coerenza con gli indirizzi strategici della Direzione aziendale.
		"Garante" nei confronti del cittadino delle prestazioni erogate; inoltre, rappresenta il riferimento aziendale nei confronti delle amministrazioni pubbliche locali a supporto della Direzione Generale (art 3 sexies co.1 D. Lgs. 229/99).
		Supporto a qualità e accreditamento nell'implementazione e diffusione del sistema di accreditamento all'interno delle strutture sanitarie distrettuali.
	COMMITTENZA	Analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione, con il supporto dei servizi aziendali di programmazione e controllo, al fine di garantire un'offerta coerente con i bisogni della popolazione servita, con tempi adeguati, nell'ambito della programmazione aziendale e distrettuale.
		Concorso alla pianificazione dei percorsi di accesso e dei processi di erogazione delle strutture e dei servizi specialistici aziendali ed extraaziendali accreditati.
	PRODUZIONE	Promozione e coordinamento delle iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa e dell'educazione sanitaria.
		Pianificazione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi attinenti all'area dell'assistenza primaria.
		Erogazione di servizi afferenti all'area delle cure intermedie gestite dal distretto.
		Erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali in sede distrettuale.
	INTEGRAZIONE	Pianificazione e coordinamento dei Percorsi Assistenziali attivati nell'ambito dei processi di medicina di iniziativa rivolti ai cittadini affetti da malattie croniche.
		Pianificazione ed erogazione delle attività e dei percorsi assistenziali erogati secondo modalità integrata di servizi e dei professionisti della rete territoriale, in continuità e coordinamento con i servizi specialistici ospedalieri, con gli altri Dipartimenti Territoriali e con i Servizi Sociali Comunali.
	Funzione gestionale	GOVERNO
Valutazione preventiva dell'offerta assistenziale sulla base della domanda e degli indirizzi della pianificazione sanitaria regionale.		
Monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma delle attività territoriali-distrettuali.		
Coordinamento e verifica del corretto rispetto dei flussi informativi, rispetto alla tempistica e alla qualità/completezza dei dati.		
Coordinamento delle attività distrettuali sulla base degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sanitario ed in coerenza con gli obiettivi aziendali annuali.		
Adozione di misure organizzative, informative e di controllo necessarie al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'efficienza ed efficacia dei servizi, provvedendo alla rimozione degli eventuali disservizi che si vengano a generare in relazione alle dinamiche domanda/offerta.		
Vigilanza sulla continuità dell'assistenza sanitaria e disposizione dei provvedimenti necessari a garantirla.		
Programmazione dell'allocazione delle risorse assegnate, in intesa con il Direttore Sanitario, i Direttori e i Responsabili delle Strutture e dei Servizi distrettuali, nonché con i Dirigenti aziendali delle professioni sanitarie.		
Elaborazione e proposta al Direttore Generale, previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, il PAT; è responsabile della negoziazione delle risorse di budget di primo livello con la Direzione Generale.		
Valutazione in termini di efficacia, efficienza e qualità delle cure erogate, in collaborazione con il servizio aziendale deputato al Controllo di gestione.		
COMMITTENZA		Monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi erogati dalle ASL e dai soggetti convenzionati e accreditati presenti sul territorio del distretto.

		Controllo della regolarità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e dell'applicazione delle convenzioni da parte dei soggetti e strutture private accreditate.
		Valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini residenti nel territorio distrettuale da parte dei servizi specialistici aziendali ed extra-aziendali accreditati.
	PRODUZIONE	Monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi erogati dalle Strutture dell'assistenza distrettuale.
		Valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e del corretto utilizzo delle risorse impiegate.
		Collaborazione con la Direzione Sanitaria a promuovere il governo clinico e la sua attuazione.
	INTEGRAZIONE	Promozione e attuazione del processo di valutazione del rischio clinico e sua gestione (clinical risk management) con attivazione delle strategie necessarie per la sua riduzione; coordinamento dell'attività di valutazione del rischio clinico.
		Programmazione e attuazione dei processi di presa in carico integrata di persone con bisogni di interventi di alto livello di complessità assistenziali, dal momento dell'intercettazione dei problemi, alla valutazione multidimensionale alla pianificazione integrata personalizzata, al monitoraggio del piano assistenziale nel suo sviluppo.

In ottemperanza con la normativa nazionale, l'incarico di Direttore di Distretto o di Area Distrettuale è attribuito dal Direttore Generale nel rispetto delle disposizioni dell'art. 3 sexies del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

Garantisce la funzione direzionale ed il coordinamento di tutte le attività erogate a livello distrettuale mediante i responsabili delle UU.OO. che vi fanno capo comprese l'organizzazione e la gestione di tutte le attività infermieristiche rimesse alla competenza di un Dirigente infermieristico che risponde al Direttore Distrettuale, fornendogli un periodico monitoraggio sui risultati delle attività degli Ambulatori infermieristici specialistici laddove attivati (gestione delle ferite difficili, gestione delle stomie, gestione dei CVC, presa in carico dei pazienti fragili e con cronicità, ecc.).

Garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'Azienda Sanitaria Locale e gli Enti Locali e realizza le attività definite dalla Programmazione Sanitaria e di integrazione socio-sanitaria.

Coordina le attività tecnico-amministrative a supporto dell'area avvalendosi dell'apposita struttura amministrativa.

Gestisce il budget assegnato all'area distrettuale e negozia con i responsabili delle unità funzionali e i coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali i budget di rispettiva competenza in coerenza con gli atti di programmazione aziendale.

Si raccorda con il Direttore del Presidio Ospedaliero di riferimento al fine di garantire, nell'ambito della programmazione aziendale, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e socio-sanitarie territoriali. Svolge attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei Servizi Territoriali. Garantisce e promuove la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza.

6.3 Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

Per un livello organizzativo ottimale e per uno sviluppo coerente con le specificità territoriali dei servizi, considerata la vastità territoriale e, quindi, la complessità, al fine di garantire uniformità di azioni e di garanzie assistenziali, nella zona territoriale di competenza, il coordinamento distrettuale è assicurato da un Comitato di coordinamento.

L'UCAD è un organismo collegiale, elettivo per i componenti della medicina convenzionata e rappresentativo per le UU.OO., Servizi e Dipartimenti che operano e/o si articolano nel territorio di competenza. L'UCAD si affianca *in staff* al Direttore distrettuale, con funzioni di consulenza e di proposta in merito ai temi

dell'organizzazione e gestione dei servizi e delle attività distrettuali, nonché dei rapporti con le altre strutture aziendali operanti sul territorio distrettuale.

Devono far parte dell'Ufficio di Coordinamento, oltre al Direttore di Distretto o di area distrettuale, ove istituita, con funzione di presidenza, almeno le seguenti figure:

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

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

Le Aziende Sanitarie Locali d'intesa con la Regione, provvedono, entro 90 giorni dall'adozione del presente documento, alla attivazione delle UCAD nei rispettivi ambiti di competenza.

6.4 Integrazione socio-sanitaria

La Regione può individuare, con successivi provvedimenti, le ulteriori modalità operative di attuazione di quanto previsto dalla Legge 328/2000 (articolo 8, comma 3, lett. a) e dal D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. (articoli 2 e 3-quater) in ambito di integrazione socio-sanitaria.

Tale azione potrà essere ricompresa in un processo di riqualificazione dell'organizzazione e del funzionamento delle Aziende Sanitarie, nonché nell'ambito di un aggiornamento delle modalità operative dei distretti, al fine di realizzare livelli omogenei di offerta sul territorio, tramite strumenti operativi comuni che coinvolgano la componente sociale.

Attualmente, la programmazione regionale individua 24 Ambiti Distrettuali Sociali come da tabella sottostante.

Tabella 4. Ambiti Distrettuali Sociali nelle province della Regione Abruzzo.

AMBITI DISTRETTUALI SOCIALI			
Provincia di L'AQUILA	Provincia di CHIETI	Provincia di PESCARA	Provincia di TERAMO
L'Aquila	Vastese	Pescara	Teramo
Marsica 1	Chieti	Metropolitano	Val Vibrata
Marsica 2	Val di Foro	Montagna Pescarese	Tordino Vomano
Peligno	Ortonese	Montesilvano	Fino-Cerrano
Montagne Aquilane	Frentano	Vestino	Gran Sasso-Laga
Sangrino	Sangro Aventino		
Marrucino			
Alto Vastese			

6.5 Sistema di budgeting nel 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, utilizzando strategie e operatività delle Aziende sanitarie e delle Amministrazioni Locali (Comuni e Ambiti Sociali). 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.

Il processo di budget deve essere realizzato con una metodologia partecipativa dove, non solo i responsabili del controllo di gestione, ma tutti i responsabili delle Unità Operative dell'Azienda possono esercitare un "ruolo propositivo" nella valutazione e proposta degli Obiettivi e dei fabbisogni in termini di risorse tecnologiche ed umane.

Per controllare la spesa sono stati utilizzati diversi elementi, tra cui il "tetto di spesa", misura che può contenere i costi entro i vincoli di bilancio, particolarmente nel breve periodo, ma che può portare con sé aspetti distorsivi se si applica in maniera parziale, solo per alcuni costi. Ad esempio, applicando il tetto di spesa alla sola spesa farmaceutica, può far aumentare le prescrizioni in altri ambiti assistenziali (es: ricoveri ospedalieri), inducendo quindi ad aumenti della spesa complessiva. Infine, il tetto può avere ripercussioni sulle dinamiche assistenziali orientando gli utenti verso obiettivi esclusivamente finanziari, trascurando di fatto l'efficacia degli interventi.

6.6 La predisposizione del budget⁶

Il Distretto deve consolidare la propria vocazione di programmazione e gestione globale dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria locale, in coerenza con i vincoli normativi nazionali e regionali (in primis i LEA), perseguendo l'efficacia dei propri interventi contrastando e superando quelli inefficaci.

In questi termini il budget, 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 volto a promuovere azioni e comportamenti più efficaci.

Il budget di Distretto si inserisce come elemento cardine nell'assetto gestionale dello stesso e tradotto in termini economico-finanziari, diventa una guida ai Centri di responsabilità verso obiettivi di breve, medio e lungo periodo. In primo luogo, vanno individuati come obiettivi generali del Distretto:

- a) l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, operando secondo le necessità di quella popolazione locale e collegando le attività al concetto di appropriatezza delle cure;
- b) l'utilizzo corretto dei finanziamenti assegnati, considerando anche che le quote capitarie che costituiscono il Fondo Sanitario sono corrisposte con pesi collegati alle funzioni da svolgere e all'età degli assistiti, proprio per assicurare ai minori e agli anziani un'attenzione mirata ai loro bisogni;
- c) la conoscenza, in funzione di quanto indicato alla lettera b), delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione per verificare la coerenza tra risorse dedicate e bisogni/necessità assistenziali soddisfatti;
- d) la predisposizione di un set di indicatori validi per redigere una reportistica distrettuale, capaci di monitorare e confrontare (benchmarking) l'utilizzo delle risorse, tra i diversi distretti.

⁶ "CARE": Costi dell'assistenza e risorse economiche, N.5/2004

Per costruire il budget di Distretto sono necessari un efficiente sistema informativo e un sistema di contabilità analitica per Centri di Costo.

Nell'analisi dei dati finanziari, le Direzioni Aziendali dovranno indicare le Unità Competenti per individuare e ridurre la spesa per la domanda impropria nell'ambito della area farmaceutica e ospedaliera, adottando iniziative di responsabilizzazione dei prescrittori e assumendo iniziative che contrastano l'inappropriatezza.

Sarà necessario promuovere nuovi meccanismi di accesso ai servizi e di prenotazione delle prestazioni (anche sul piano logistico, es: PUA), individuando "profili assistenziali" cui abbinare pacchetti di prestazioni. Sul piano finanziario, procedendo ad una valorizzazione economica dei profili assistenziali, in base ad analisi epidemiologiche, devono essere individuati macro costi in ordine all'incidenza delle maggiori patologie nelle realtà territoriali considerate, per una verifica successiva si rapportano poi i macro costi ipotizzati (valori attesi di spesa), con la spesa effettivamente sostenuta (valori reali di spesa) e si analizzano gli scostamenti che indicano la validità degli interventi programmati o gli errori commessi se la spesa reale è maggiore di quella ipotizzata.

Sul piano dei flussi informativi l'utilizzo di indicatori consente una valutazione sintetica di fenomeni complessi, perché un indicatore è in grado di fornire informazioni (o interpretazioni di un fenomeno) che possano permettere una corretta pianificazione sanitaria. Un set di indicatori per la valutazione delle attività Distrettuali e quindi anche la corretta formazione del Budget può essere quello seguente:

1. Spesa sanitaria media per abitante;
2. Spesa farmaceutica per abitante;
3. Numero di visite specialistiche per abitante;
4. Numero di visite specialistiche per patologia;
5. Tassi di residenzialità e semi-residenzialità;
6. Tasso di anziani inseriti nei programmi di ADI;
7. Durata media dei programmi di ADI;
8. Tasso di incidenza delle patologie (con particolare riferimento a quelle croniche);
9. Costi dei protocolli terapeutici delle patologie di cui al punto 8;
10. 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 Centri di Responsabilità (es: responsabili delle UU.OO.) ai quali si chiede una particolare attenzione nella valutazione di tutti gli elementi che andranno a strutturare il budget. E' indispensabile in questa parte del processo, un'assistenza dei responsabili del controllo di gestione e strategico a coloro che procedono alla formulazione degli elementi di costruzione del budget. Durante la predisposizione di tali elementi sono necessarie accurate verifiche anche per poter procedere a negoziare il budget con la Direzione. L'utilizzo di schede agevolerà la costruzione del budget evidenziando i costi dei fattori produttivi, dei beni e servizi.

6.7 I controlli e la revisione del budget

Ad ogni trimestre il Controllo di Gestione 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 agli Organi regionali, il rapporto annuo finale sul controllo di gestione dei budget.

Nei casi di scostamenti si dovrà procedere ad una rinegoziazione che è però prevista solo se le cause delle differenze tra costi effettivi e programmati sono giustificate. Inoltre, i budget dei C.d.R. possono essere variati nel corso del periodo di vigenza (l'anno) qualora intervengono variazioni di bilancio che comportino l'esigenza di integrare o di modificare gli obiettivi rappresentati nei budget stessi (esempio: per sfioramento economico finanziario si riduce la spesa di un obiettivo non permettendo che questo venga conseguito).

Fase di transizione: il processo di budgeting è abbastanza complesso nella sua costruzione, 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 il processo di budgeting, per verificare l'aderenza dei LEA alla spesa reale e formulare con essi una prima proposta di budget distrettuale (**Allegato 2**), che sarà seguita in tutte le sue fasi evolutive adattata e corretta fino a ri-costruire l'intero processo di budgeting, che con il suo perfezionamento potrà essere esteso a tutti i Distretti.

6.8 Strumenti di Programmazione delle Attività Territoriali

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT), di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. 502/92 e smi, è lo strumento operativo di programmazione del Distretto Sanitario.

In particolare il comma 3 specifica che il PAT si fonda sull'inter-settorialità degli interventi a cui concorrono le diverse strutture operative e prevede:

- a) la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies del D.Lgs. 502/1992;
- b) la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992 e le quote rispettivamente a carico dell'azienda sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal Direttore Generale d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Per assolvere alla sua funzione il PAT deve individuare gli obiettivi strategici delle politiche socio-sanitarie e sanitarie territoriali, definire le linee di intervento e le modalità per il monitoraggio e la valutazione dei risultati fornendo anche orientamenti per la programmazione finanziaria triennale. Pertanto il PAT deve tenere conto, o essere integrato, con quanto previsto dai Comuni in ambito di programmazione sociale nei Piani di Zona (PDZ).

In allegato al presente documento (**Allegato 1**) sono stati individuati alcuni elementi che devono essere analizzati all'interno del PAT.

Lo schema proposto si pone l'obiettivo di supportare il Direttore di Distretto nell'elaborazione di una programmazione delle attività distrettuali coerente con la programmazione Aziendale e confrontabile con le

altre realtà distrettuali regionali, tenendo conto anche della programmazione sociale esplicitata all'interno dei PDZ.

In particolare, fermo restando che ogni distretto può ampliare lo schema proposto secondo le modalità che riterrà più opportune, si ritiene importante che gli obiettivi programmati, le azioni individuate e le risorse necessarie previsti dal singolo distretto siano coerenti con i modelli LA programmatici definiti dall'azienda di appartenenza.

Di seguito vengono riportati i principali elementi che il PAT dovrà analizzare:

1. Il contesto di riferimento
 - 1.1. Il territorio
 - 1.2. La popolazione
2. Il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari
 - 2.1. L'articolazione organizzativa del distretto
 - 2.2. Il PUA e l'UVM
 - 2.3. L'organizzazione Aziendale dei Dipartimenti di Prevenzione, Salute Mentale, Materno Infantile e dell'area Dipendenze Patologiche
 - 2.4. I PDTA attivi nel distretto
3. L'attività di riabilitazione e i percorsi individuati per il collegamento con i reparti di riabilitazione ospedalieri e con le Strutture Riabilitative private accreditate
4. La medicina convenzionata e la riorganizzazione dell'assistenza primaria
 - 4.1 La situazione attuale della medicina convenzionata (SUMAI, MMG, PLS e Continuità assistenziale)
 - 4.2 Il progetto di riorganizzazione e modalità di sviluppo dell'assistenza primaria
5. La specialistica ambulatoriale
6. I Presidi Territoriali di Assistenza e gli Ospedali di Comunità
7. L'assistenza alle Cure Domiciliari
8. La residenzialità e semiresidenzialità
9. Le Cure Palliative
10. La farmaceutica
11. L'assistenza protesica
12. L'Assistenza Socio-Sanitaria integrata

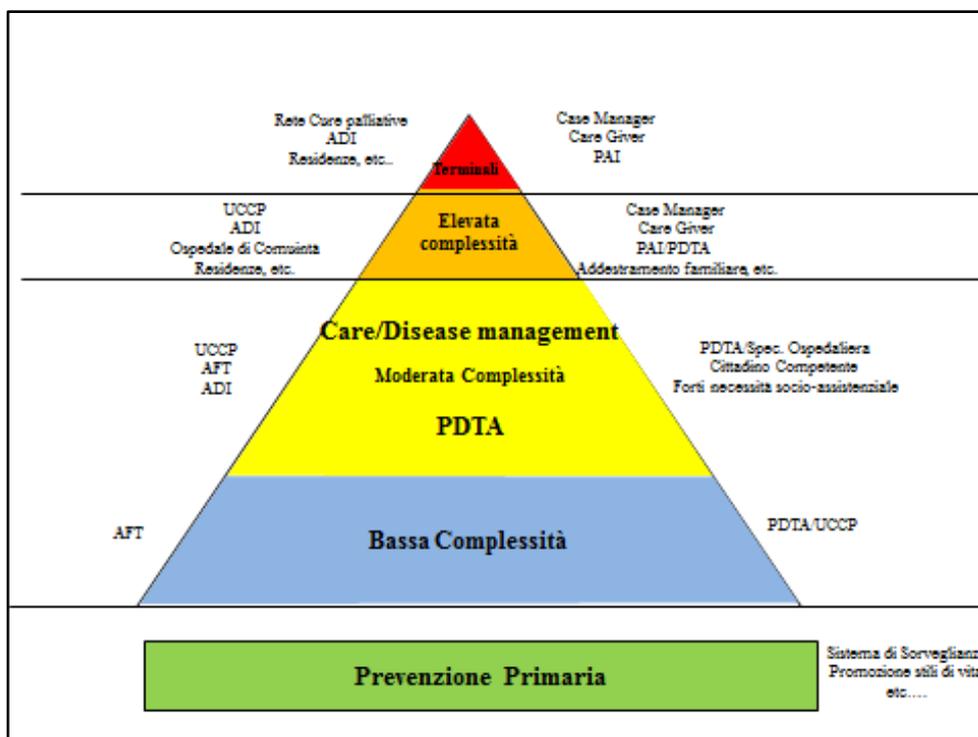
7.Cure primarie

L'attuale articolazione dell'assistenza primaria, nella regione Abruzzo, è caratterizzata dalla diffusione capillare degli studi convenzionati, a garanzia dell'accessibilità della popolazione, e da forme associative disciplinate dai precedenti AA.CC.NN. e AA.II.RR., per cui l'obiettivo da perseguire è quello di rimodulare l'assetto territoriale delle cure primarie favorendo forme organizzative sia monoprofessionali che multiprofessionali.

Lo sviluppo delle forme organizzative dell'assistenza primaria previste dalla Legge 189/2012 e dalla Legge 60/2019, deve tener conto delle peculiarità di una regione di piccole dimensioni come l'Abruzzo, a bassa densità abitativa e ampia dispersione territoriale, e deve concretizzarsi nella migliore integrazione dei professionisti che operano nell'area dell'assistenza primaria, valorizzando le loro peculiarità e competenze in ambito assistenziale.

I pazienti trovano risposta ai loro bisogni nel medico organizzato in studio singolo o in forme associative previste dall'ACN e dall'AIR. Il modello assistenziale raccomandato, nella strategia complessiva del passaggio da una "medicina di attesa" a una "medicina di iniziativa" o proattiva, prevede che i pazienti meno complessi afferiscano al livello delle cure primarie (*Self -management support*), gestito dal MMG/PLS/CA (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).



Le UCCP, pertanto, ricoprono una duplice funzione: da un lato garantiscono prestazioni a medio-bassa complessità specialistica e diagnostica, dall'altro costituiscono il punto di riferimento di prossimità per la presa in carico dei casi più complessi, sulla base delle indicazioni clinico-assistenziali fornite dalle AFT.

Le UCCP, inoltre, come già sperimentato in altre realtà regionali, costituiscono un modulo organizzativo essenziale e di base per l'istituzione di strutture territoriali più ampie, definibili come "Case della Salute", all'interno delle quali possono essere previsti anche altri servizi, tra cui posti residenziali e semiresidenziali, in coerenza con quanto previsto dal capo IV del D.P.C.M. del 12/01/2017. Le sedi territoriali in cui sono attive le UCCP, inoltre, saranno le sedi prioritarie in cui attivare i "Presidi sanitari di assistenza primaria a degenza breve/Ospedali di Comunità -ODC" previsti dal DM 70/2015, dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal Piano Nazionale della Cronicità.

Nel disegno strategico di riordino dell'assistenza primaria, la individuazione delle funzioni assegnate alle diverse forme organizzative non può prescindere da una classificazione e stratificazione dei pazienti sulla base del diverso grado di complessità assistenziale.

Viene raccomandato alle Direzioni Aziendali lo sviluppo di modelli assistenziali per consentire l'identificazione precoce degli assistiti da inserire in programmi di Care Management, nonché favorire il governo del sistema del paziente complesso nel territorio⁷.

Tale valutazione, in questa prima fase, può essere effettuata all'interno delle AFT e condivisa con il Referente dell'UCCP.

⁷ Ad esempio attraverso attività di reportistica consegnata ai MMG per una valutazione congiunta e la seguente attivazione dell'ambulatorio della cronicità, degli specialisti e degli assistenti sociali, qualora emergono bisogni sociali, per progettare interventi di medicina di iniziativa e risposte più appropriate ai nuovi bisogni di salute, tenuto conto delle risorse della comunità locale.

7.1 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Definizione e caratteristiche

Le AFT, così come previsto dall'art.1 della Legge 189/2012 e dal DCA 16/2016, sono forme organizzative monoprofessionali, che condividono, in forma strutturata⁸, *“obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi”*.

L'AFT è una unità organizzativa monoprofessionale, che favorisce il coordinamento delle attività dei medici, configurandosi come un sistema di relazioni tra i professionisti che vi partecipano con carattere di flessibilità e compatibilità con gli altri modelli di assistenza presenti nel distretto.

Le AFT comprendono al loro interno singoli medici, associati in forma organizzativa che, pur mantenendo il singolo studio, fanno parte della AFT.

I MMG/PLS partecipano alle aggregazioni funzionali territoriali, secondo le modalità definite negli AIR, ai sensi dell'art. 26 bis dell'ACN del 2005 e smi.

In particolare competono alla AFT le seguenti funzioni e attività:

- Applicazione dei PDTA definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a tutela dei pazienti fragili e con patologie croniche.
- Interazioni con gli altri professionisti del sistema sanitario, ospedaliero e territoriale, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali post dimissioni ospedaliere.

Standard organizzativi delle AFT MMG/PLS

Ogni AFT, di norma, assiste un **bacino di utenza** non superiore a 30.000 assistiti ed è composta sino ad un massimo di 20 medici. Per gli ambiti territoriali distrettuali su cui insiste una popolazione compresa tra i 30.000 e i 40.000 abitanti possono essere istituite due AFT, garantendo un'equilibrata distribuzione della popolazione tra le stesse. Per le forme associative organizzate su bacini territoriali di aree disagiate a bassa densità abitativa, per ragioni orografiche, le AFT possono, a seconda dei casi, essere composte, sulla base di accordi integrativi aziendali, da meno di 10 medici e almeno 3, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

Per la Pediatria di Libera Scelta viene istituita 1 AFT almeno ogni 5 PLS. Negli ambiti territoriali dove tale numero non può essere garantito è possibile l'accorpamento del/dei PLS con una AFT di un ambito limitrofo.

L'indicazione dei MMG/PLS che compongono le AFT, le sedi dei loro studi, nonché gli orari di ambulatorio devono essere esplicitati nella **Carta dei Servizi** dell'AFT e resa disponibile, a cura del Distretto, a tutti gli assistiti interessati, nonché pubblicata sul sito internet aziendale.

Per ogni AFT deve, quindi, essere redatta, in collaborazione con l'ambito distrettuale di riferimento, la Carta dei Servizi nella quale devono essere riportati:

- i nomi dei medici che compongono le AFT;
- gli orari di studio con i relativi recapiti evidenziando via, telefono ecc.;
- le modalità di accesso;
- la sede dell'UCCP di riferimento, con le relative funzioni, esplicitando le modalità con cui si realizza nella UCCP l'assistenza nelle 24 ore per 7 giorni la settimana;

⁸ Per forma strutturata si intende la sistematica codificazione e applicazione degli obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

- il nome del referente e del suo sostituto;
- le modalità con cui esperire eventuali reclami.

Il Direttore Generale della ASL nomina il Referente di ciascuna AFT e un suo sostituto, su individuazione degli stessi MMG/PLS che la compongono. L'incarico di Referente e del sostituto ha durata triennale.

Il Referente dell'AFT:

- svolge l'attività di coordinamento dei medici componenti l'AFT, al fine di garantire la realizzazione delle funzioni;
- rappresenta l'AFT nei rapporti verso l'esterno ed in particolare verso gli organi della ASL.

Il Referente, nello svolgere le sue funzioni, partecipa alla riunione con periodicità almeno trimestrale con il Direttore del distretto di afferenza, su invito di quest'ultimo, ai fini della valutazione e pianificazione delle attività. Il Referente, inoltre, svolge funzioni di facilitatore dell'attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali e aziendali per pazienti cronici e promuove i percorsi assistenziali previsti dai PDTA nei confronti degli assistiti dei medici afferenti alla sua AFT, in rapporto ai servizi erogati presso l'UCCP di riferimento. Il Referente dell'AFT, inoltre supporta il Distretto nella verifica degli indicatori di processo e di risultato assegnati e correlati agli incentivi previsti dagli Accordi Integrativi Regionali.

La ASL, con provvedimento adottato sulla base della programmazione finanziaria stabilita dalla Regione, previa consultazione del Comitato Aziendale per la medicina generale/PLS, individua gli obiettivi, concorda i programmi di attività delle AFT e definisce i livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del Distretto.

La programmazione delle AFT ove presenti e attive, rappresenta una componente del PAT di ogni distretto. In particolare, per ogni AFT presente sul territorio di pertinenza, devono essere evidenziati gli obiettivi concordati con OO.SS. aziendali di categoria, con i relativi indicatori e gli obiettivi di salute, anche in riferimento agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale individuati all'art.1 dell'ACN della MMG/PLS per il triennio 2016-2018⁹.

Standard funzionali delle AFT

L'AFT promuove l'accessibilità all'assistenza nelle tre dimensioni, relazionale, gestionale ed informativa, prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera. L'AFT partecipa alle iniziative e programmi regionali per la promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, coordinandosi con le strutture della ASL deputate alla gestione delle attività e programmi di prevenzione.

Le AFT operano secondo i principi della medicina di iniziativa e secondo quanto stabilito dai PDTA regionali e aziendali. Le AFT, in particolare, utilizzano, ove attivi, percorsi assistenziali condivisi con l'UCCP di riferimento, per migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza diretta ai soggetti affetti da patologie croniche e multi-patologici. Le Direzioni Aziendali provvedono ad indicare, sulla base delle specificità distrettuali, modalità di collegamento con gli ambulatori di patologia afferenti all'UCCP, anche con riferimento ad un tempestivo invio del paziente cronico, ove necessario, attraverso agende dedicate e promuovono procedure formalizzate di ritorno delle informazioni, attuabili in modalità telematica¹⁰ o attraverso specifici incontri tra i professionisti coinvolti per i casi complessi. Le Direzioni Aziendali, d'intesa con gli indirizzi regionali, per le

⁹ Piano Nazionalità Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, Accesso Improprio al Pronto Soccorso, Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa e Appropriatezza;

¹⁰ Ad es. via telefono, mail, etc;

AFT di propria competenza, promuovono un sistema condiviso di raccolta e analisi dei dati clinici, al fine di individuare precocemente i casi complessi che necessitano di una presa in carico integrata¹¹.

Le AFT supportano il singolo medico nell'attività di coordinamento dell'attività clinica secondo le disposizioni previste dall'art.21 del DP.C.M. del 12/01/2017, ricomprendendo l'assistenza domiciliare sia di livello base, che integrata e le cure palliative di livello base.

Le informazioni cliniche dei pazienti devono essere disponibili per tutti i medici afferenti all'AFT, compreso il servizio di continuità assistenziale. Le informazioni da condividere, previo consenso informato da parte dell'assistito e in attesa della messa a regime del Fascicolo Sanitario Regionale, sono le stesse di quelle previste per il profilo sanitario sintetico (Patient Summary) dall'art.3 del D.P.C.M. del 29 settembre 2015, n. 178 e dal relativo disciplinare tecnico.

7.2 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

Definizione e caratteristiche

Le UCCP, così come previsto dalla normativa nazionale vigente¹², sono forme organizzative multi-professionali, costituite dai medici convenzionati e dipendenti del SSN, che *“erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”*.

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.

L'UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto e costituisce il modulo “Core” dei presidi distrettuali e dei Presidi Territoriali di Assistenza, secondo gli indirizzi del DCA 45/2010.

L'UCCP, in particolare, oltre ad erogare prestazioni di bassa-media intensità sia in ambulatorio sia al domicilio, ha compiti di coordinamento, di integrazione dei professionisti e multidisciplinarietà degli interventi.

Tra gli obiettivi delle UCCP, per rappresentare un riferimento assistenziale per la popolazione, si prevede in prospettiva la capacità di sgravare i presidi ospedalieri da prestazioni a bassa-media complessità, con particolare riferimento alle prestazioni dirette ai soggetti cronici, fragili e multi-patologici.

Le UCCP, pertanto, devono garantire, attraverso percorsi condivisi, sia interni sia in collegamento con le AFT:

- 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.

¹¹ E' necessario, in particolare, che ogni AFT, in una fase a regime, condivida un sistema di classificazione della popolazione per livello di complessità assistenziale, partendo dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso assistito, coerente con le indicazioni contenute nel presente documento. In tale ambito si evidenzia che il Piano Nazionale Cronicità suggerisce l'individuazione di un sistema di riferimento per la personalizzazione delle cure, come, ad esempio il Chronic Care Model, CreG, ACG;

¹² Legge n.189 del 8 novembre 2012, art.1, Patto per la Salute 2014-2016, art. 5.

Le Direzioni Aziendali provvedono a definire, sulla base delle specificità distrettuali, modalità di collegamento con gli ambulatori di patologia afferenti all'UCCP, che consistono ove necessario in un invio del paziente cronico attraverso agende dedicate ed indicano procedure formalizzate di ritorno delle informazioni.

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.

Standard organizzativi delle UCCP

L'UCCP opera in sede unica nell'ambito territoriale Distrettuale in una struttura agevolmente accessibile e fruibile dagli utenti, nelle disponibilità della ASL. In prima applicazione potrà essere prevista una UCCP di norma per ogni distretto e comunque per un bacino non superiore ai 60.000 abitanti, in relazione alle condizioni orografiche e alla densità abitativa. L'individuazione da parte delle ASL, in ambito distrettuale, può avvenire nel seguente ordine di priorità:

- 1) Presidi ospedalieri e territoriali oggetto di riconversione;
- 2) Poliambulatori distrettuali;
- 3) Strutture aziendali, comunali o comunque pubbliche.

Le ASL, con provvedimenti adottati sulla base di una proposta condivisa con tutti i medici partecipanti all'UCCP, definiscono la turnazione necessaria a garantire l'apertura della sede per tutto l'arco della giornata e per tutta la settimana, avvalendosi per gli orari notturni, prefestivi e festivi della presenza dei medici di continuità assistenziale.

La complessità organizzativa dell'UCCP è variabile a seconda dell'ampiezza e complessità del servizio offerto, modulato in base alle caratteristiche orografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione. La dotazione organica minima, che la ASL garantisce nell'ambito dell'UCCP è la seguente:

- Personale infermieristico (un infermiere per ogni ambulatorio di medicina generale o di pediatria di libera scelta; per gli ambulatori specialistici si fa riferimento ai Manuali di autorizzazione e accreditamento);
- Personale amministrativo (almeno 2 unità di personale amministrativo di cat. B);
- Professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, qualora previsti, con riferimento ai Manuali di autorizzazione e accreditamento.

Si ribadisce, come da nota assessoriale (Prot. nr. RA/0175842 del 19 giugno 2018), che non sussiste alcun vincolo giuridico in sede di sottoscrizione degli AA.II.RR. all'inserimento di personale dipendente dei professionisti MMG/PLS o di loro cooperative.

All'interno di ogni UCCP operano:

- I medici afferenti, possono anche operare simultaneamente nella struttura in determinate fasce orarie, preferibilmente se l'UCCP insiste su ambiti ad alta densità abitativa, previo accordo con il Responsabile del Distretto e salvaguardando la capillarità dell'assistenza sul territorio¹³. Nelle UCCP potranno operare anche Pediatri di Libera Scelta in almeno 2 unità.
- I Medici di Continuità Assistenziale, individuati sulla base del rapporto ottimale relativo alla popolazione di afferenza, definito dagli Accordi vigenti¹⁴, per ogni UCCP in numero di almeno 4 MCA per garantire l'idonea turnazione.
- I Medici Specialisti (MS), secondo il numero e le specialità definite dalla Direzione Aziendale, d'intesa con il Responsabile del distretto e con il Referente dell'UCCP. I MS operano in sinergia con

¹³ Per assicurare lo svolgimento dell'orario di attività correlato al numero di assistiti in carico definito dall'ACN, i medici dovranno articolare il proprio orario tra la sede dell'UCCP e gli studi privati che rimarranno comunque attivi;

¹⁴ "Il rapporto ottimale su tutto il territorio della Regione Abruzzo è fissato a 1 medico ogni 3500 abitanti" art.4 dell'AIR.

i MMG/PLS, secondo protocolli condivisi a livello Aziendale. In ogni UCCP viene garantita prioritariamente la presenza di un Cardiologo, un Dermatologo, un Oculista, un Ortopedico, un Neurologo, salvo ulteriori necessità.

- In ogni UCCP operano figure mediche e infermieristiche esperte in Cure Palliative, in conformità alle disposizioni del DPCM sui LEA.
- Gli infermieri che operano presso gli ambulatori di UCCP garantiscono a turnazione la fascia oraria 08-20 per 6 giorni alla settimana, fatta salva una specifica regolamentazione aziendale per i giorni prefestivi e festivi. Si prevede, pertanto, almeno la presenza di 1 infermiere dedicato agli ambulatori di UCCP, con la possibilità che tale numero venga incrementato sulla base del numero di accessi all'UCCP, nelle diverse fasce orarie della giornata. Per l'attività pediatrica, ove presente, all'interno delle UCCP si dovrà prevedere l'impegno di un infermiere con esperienza professionale in tale ambito assistenziale.
- Il personale amministrativo svolge funzioni di informazione, cassa e prenotazione visite, in quanto le prestazioni specialistiche e di diagnostica, erogate all'interno delle UCCP, sono soggette all'ordinario pagamento del Ticket, secondo normativa nazionale.

La strumentazione diagnostica dell'UCCP, funzionale all'assolvimento delle esigenze assistenziali, rispetta i seguenti standard minimi tecnologici:

- self help diagnostico;
- elettrocardiografo e Holter dinamico della pressione arteriosa;
- spirometria
- ecocardiografo;
- ecografo multifunzione;
- attrezzatura di base per la specialistica ambulatoriale in relazione ai servizi attivati.

Le Aziende Sanitarie promuovono lo sviluppo in tale ambito di programmi di telemedicina e di teleconsulto.

Il Referente dell'UCCP svolge funzioni di raccordo e coordinamento interni e di gestione dei rapporti con l'esterno, in conformità a quanto sarà disciplinato negli AA.CC.NN. Il Direttore Generale della ASL nomina entro 60 giorni il Referente della UCCP, nel rispetto degli AA.II.RR. individuato dalle componenti mediche dell'UCCP, in essa operanti, sulla base della comprovata esperienza in ambito territoriale. La mancata nomina comporta che il ruolo di Referente dell'UCCP venga assolto dal Direttore del Distretto.

Il Referente svolge funzioni di coordinamento di riunioni periodiche con gli operatori che compongono l'UCCP. Lo stesso, inoltre, promuove la valutazione del grado di integrazione tra i diversi professionisti, nonché i gradi di utilizzo dei PDTA regionali e aziendali e dei protocolli concordati.

Il Referente, inoltre, supporta la relazione sul budget di risorse assegnato all'UCCP e concorda con le direzioni aziendali gli indicatori di processo e di risultato dell'UCCP per l'attribuzione, su tale base, degli incentivi definiti dagli Accordi Integrativi Regionali.

Standard funzionali delle UCCP

Le ASL definiscono, con provvedimento adottato sulla base della programmazione finanziaria regionale e in linea con gli indirizzi indicati dalla Regione, previa consultazione dei Comitati aziendali per la medicina generale e pediatria di libera scelta e del Comitato zonale della specialistica convenzionata, gli obiettivi e i programmi di attività delle UCCP e stabiliscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del Distretto.

La programmazione delle attività delle UCCP costituisce una componente qualificante del Programma delle Attività Territoriali di ogni distretto.

L'UCCP è dotata di una rete informativa e informatica che consente la condivisione delle informazioni da parte dei professionisti e operatori che la compongono, compreso il servizio di continuità assistenziale. Le informazioni da condividere, previo consenso informato da parte dell'assistito e in attesa della attivazione del Fascicolo Sanitario Regionale, sono le stesse di quelle previste per il profilo sanitario sintetico (Patient Summary) dall'art.3 del DPCM del 29 settembre 2015, n. 178 e dal relativo disciplinare tecnico.

7.3 Modello organizzativo sperimentale del Team di Assistenza Primaria

Il Decreto Legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella Legge 25 giugno 2019, n. 60, prevede all'articolo 12 comma 6 lettera a) la possibilità di un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali è prevista la presenza di personale infermieristico oltre che del collaboratore di studio.

La particolare orografia della regione Abruzzo, il numero elevato di comuni con una popolazione al di sotto dei 5.000 abitanti, il numero considerevole di comuni con popolazione al disotto dei 1.000 abitanti e con bassa densità abitativa, richiede la possibilità di sperimentare un modello di assistenza primaria in grado di offrire risposte diversificate e soluzioni flessibili, a seconda delle caratteristiche del territorio su cui andranno ad insistere.

In linea con quanto previsto dall'art.1 co. 4 lettera f bis della L. n. 189/2012, unitamente alle AFT e UCCP, la Regione Abruzzo prevede la possibilità, sulla base di analoghe esperienze di altre realtà regionali, della sperimentazione di un Team di Assistenza Primaria, nel rispetto delle disposizioni attuative nazionali.

Il Team da solo o in rapporto con le altre forme organizzative complesse, AFT e UCCP, rappresenta un nuovo modello assistenziale, flessibile ed in grado di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione.

Il Team di Assistenza Primaria può essere progettato per offrire prestazioni di primo livello, compresa l'educazione sanitaria, al fine di migliorare le condizioni di salute della popolazione e la capacità di gestire la condizione di malattia con particolare riferimento alla malattia cronica, prevenendo eventuali episodi di riacutizzazione, secondo un approccio di medicina proattiva.

Lo sviluppo di questo modello assistenziale può rappresentare la base gestionale per attivare su almeno quattro aree di patologia percorsi di medicina proattiva (BPCO, Diabete, Ipertensione, Cardiopatia Ischemica), che potranno essere gestiti ordinariamente dai MMG all'interno dei propri studi in collaborazione con infermieri e personale di collaborazione, secondo percorsi di cura condivisi.

Il Team di Assistenza primaria, inteso come organizzazione multiprofessionale composta preferibilmente da almeno 3 Medici di Medicina Generale è rivolto ad un bacino di riferimento indicativo minimo di 6000 assistiti.

Ogni Team potrà avere una sede di riferimento e i medici potranno mantenere i loro studi periferici anche in considerazione delle particolari condizioni orografiche o in funzione delle caratteristiche della popolazione assistita.

Particolare importanza è assegnata al servizio infermieristico, che coordinato dal MMG erogherà le necessarie prestazioni per la gestione integrata delle cronicità e per una risposta alle esigenze di salute dei cittadini.

Al fine di aumentare la risposta di intensità diagnostica e assistenziale del Team di Assistenza Primaria in tema di prevenzione e presa in carico della cronicità, di riduzione degli accessi inappropriati in pronto soccorso e di contenimento delle liste di attesa, risulta utile che la dotazione tecnologica degli studi dei MMG si completi di nuove strumentazioni (spirometri, ecografi, elettrocardiografi, POCT per diagnosi di

laboratorio, etc), acquisibili nel rispetto delle normative nazionali e nell'ambito di specifici accordi nazionali e regionali.

L'avvio di percorsi di cura e di modelli organizzativi di medicina proattiva potrà, altresì, prevedere la trasformazione di incentivazioni presenti in sede di AIR, sulla base delle disponibilità definite dalla contrattazione nazionale e regionale per lo sviluppo di tali attività di presa in carico.

7.4 AFT di Specialistici Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi)¹⁵

Caratteristiche generali

Le AFT specialistiche (art. 1 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito nella L. 8 novembre 2012 n. 189) sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

La AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto.

L'organizzazione della AFT degli Specialistici Ambulatoriali Interni, Veterinari¹⁶ ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), prevede che i suoi componenti operino presso le sedi indicate dall'Azienda e nelle UCCP, con compiti e modalità indicati all'art. 5 co. 4 dell'ACN.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto.

Il Referente dell'AFT

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti componenti la AFT un referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT.

Il referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi anche con i responsabili di branca, ove presenti; partecipa altresì all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali e con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP.

¹⁵ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni del 17 Dicembre 2015.

¹⁶ Articolo 4 comma 4 dell'ACN.

Partecipazione all'UCCP

La partecipazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti alle attività della UCCP è obbligatoria ed è regolata dalla programmazione regionale.

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti operanti all'interno della UCCP devono impegnarsi nello svolgimento dei compiti elencati nell'art. 7 comma 4 dell'ACN.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti, anche ai fini della valutazione dei risultati raggiunti dagli stessi all'interno della UCCP.

Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra gli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti¹⁷ si applica quanto disposto dall'articolo 8 dell'ACN che ne identifica anche le funzioni.

7.5 Modello assistenziale dell'Infermiere di famiglia/comunità

Nell'ambito territoriale in cui insiste l'UCCP la Azienda Sanitaria può individuare, in via sperimentale, previo percorso formativo organizzato, la figura dell'Infermiere di famiglia/comunità per supportare il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti e garantire in condivisione con gli altri professionisti una appropriata presa in carico dei bisogni sanitari e socio-sanitari.

Il modello assistenziale "Infermiere di famiglia/comunità" rappresenta sul territorio l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività che il mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure. Il modello è basato su alcuni concetti portanti, tra cui quello della prossimità con la persona, la famiglia e il suo contesto di riferimento sociale: ogni infermiere di famiglia/comunità opera nel territorio e nella popolazione di riferimento, identificabile di norma nell'ambito delle UCCP, interagendo con i medici e i pediatri di famiglia e con le altre figure professionali coinvolgibili nella presa in carico.

Nel modello assistenziale l'Infermiere di famiglia/comunità è definito come professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali risposta ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

L'Infermiere di famiglia/comunità, in rapporto con il Referente dell'UCCP e il medico di fiducia del paziente, cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina, in modo da evitare, ove possibile, che il paziente sia costretto a rivolgersi ai servizi sanitari quando già presenti riacutizzazioni o complicanze patologiche. Si evidenzia che la figura dell'Infermiere di Comunità non si sovrappone né contrasta con l'abituale attività di ambulatorio, che viene modulata tenendo conto del numero e della gravità delle persone prese in carico.

In fase sperimentale e di prima applicazione è possibile prevedere un Infermiere di famiglia/comunità nel rapporto di presa in carico di massimo 500 pazienti, con un rapporto ottimale, secondo letteratura, nei programmi più complessi di 1:200 o 1:50-60 per pazienti meno stabili.

Con successivo provvedimento, la Giunta Regionale si riserva di approvare un quadro di riferimento con la definizione delle caratteristiche del modello: responsabilità, funzioni, competenze e requisiti specifici con relativo percorso formativo.

¹⁷ Articolo 4 comma 4 dell'ACN

8. Residenzialità e semiresidenzialità. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale

Nel settore residenziale e semiresidenziale si evidenzia nelle diverse regioni una significativa variabilità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché delle modalità di erogazione del servizio, per cui la regione Abruzzo, a seguito dell'entrata in vigore del DPCM 12 gennaio 2017, ha inteso delineare una loro riconduzione ad un modello unitario condiviso.

Il progetto Mattone 12 del Ministero della Salute, ha rappresentato nel passato una corretta definizione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, individuando modelli organizzativi uniformi e procedendo ad una classificazione dei "nuclei erogativi" basata sulle loro caratteristiche tecnico-organizzative e i correlati codici di prestazione.

Nel presente documento tecnico, in considerazione della richiamata normativa nazionale, si ritiene essenziale che le prestazioni sanitarie siano individuate e definite in coerenza con la classificazione dei livelli di intensità indicata dal DPCM 12 Gennaio 2017, tenendo altresì conto della specificità data dalla stretta connessione e spesso sovrapposizione tra l'assistenza residenziale ai disabili e le prestazioni di riabilitazione estensiva.

Nella regione Abruzzo il modello di assistenza residenziale e semiresidenziale delineato dalle disposizioni legislative di cui alla L.R. n.5 del 10 marzo 2008 e dei successivi atti commissariali, si articola nelle seguenti aree assistenziali:

- Area Anziani non Autosufficienti
- Area Disabilità e Riabilitazione
- Area Disturbi dello Spettro Autistico
- Area Salute Mentale
- Area Dipendenze Patologiche
- Area Cure Palliative/Hospice
- HIV/AIDS

9. Ospedale di Comunità

Definizione

Il "*Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità*" (di seguito O.d.C.), come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano Nazionale della Cronicità), deve svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'O.d.C. è una struttura territoriale di ricovero breve rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM del 12/01/2017.

Sede

L'O.d.C. può avere una sede propria, può essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali o presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

Posti letto

L'O.d.C che, di norma ha un numero limitato di posti letto (15-20, secondo l'indicazione del DM 70/2015), può prevedere fino a due moduli ciascuno di norma di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Eleggibilità dei pazienti

Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologie acute e patologie croniche riacutizzate che necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, provenienti dal Pronto soccorso e/o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Gli O.d.C. possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei, in tal caso il personale deve essere adeguato al target di utenti per formazione e numerosità.

Responsabilità

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La gestione delle attività dell'O.d.C. è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie.

La responsabilità igienico-sanitaria e gestionale complessiva dell'O.d.C. è in capo al Direttore del Distretto o a un suo delegato, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali e la Direzione Aziendale. La responsabilità clinica è in capo ad un Medico di Medicina Generale (Pediatria di Libera Scelta se O.d.C. pediatrico), anche all'interno di una forma organizzativa complessa della medicina generale, ove coincidente, oppure ad un medico dipendente operante all'interno di una struttura pubblica. La responsabilità organizzativa e gestionale di ogni singolo modulo è in capo al coordinatore infermieristico e la responsabilità assistenziale è assegnata all'infermiere secondo le specifiche competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica viene garantita nelle 24 ore.

Modalità di accesso

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- diagnosi già definita;
- prognosi già definita;
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate.

Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.

L'accesso avviene su prescrizione del MMG o dello specialista territoriale, del medico di continuità assistenziale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, il quale valuta e concorda l'accettazione con il responsabile organizzativo e gestionale dell'O.d.C., rappresentato dal coordinatore infermieristico.

Requisiti generali

I requisiti minimi strutturali e tecnologici sono quelli definiti nella scheda 4.5 del Manuale di Autorizzazione e Accreditamento approvato con DGR n. 591/P del 2008.

L'O.d.C., pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi 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.

L'O.d.C. costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

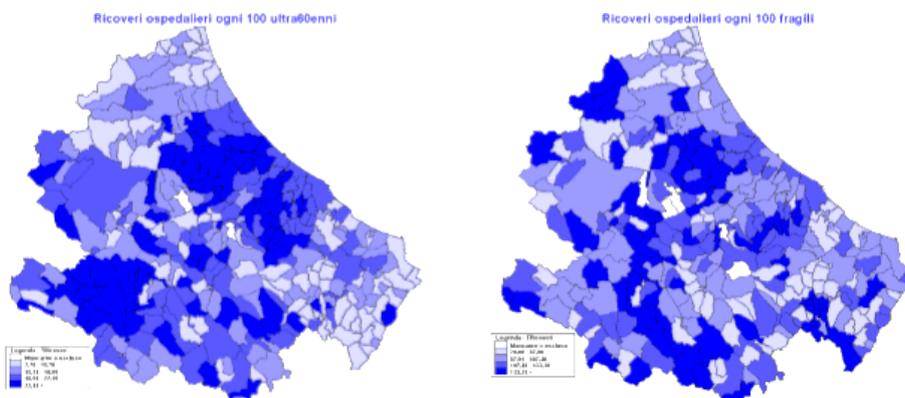
Appositi accordi con i seguenti servizi di supporto: laboratorio analisi anche relativamente alla gestione del POCT - *Point of Care*, radiologia, medicina fisica e riabilitativa, servizio dietetico e nutrizione clinica, servizio sociale.

L'assistenza medica viene assicurata dai medici di medicina generale (pediatri di libera scelta se O.d.C. pediatrico), nel rispetto degli Accordi Integrativi Regionali e Aziendali o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN sei giorni su sette (escludendo la domenica e gli altri giorni festivi), che garantiscono almeno un'ora settimanale di presenza in struttura per singolo ospite.

Per un modulo fino a 20 posti letto dovrà essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: un coordinatore infermieristico, condivisibile su due moduli se presenti nell'O.d.C. un infermiere e due operatori socio-sanitari (OSS) per ciascun turno diurno ed un infermiere ed un OSS per il turno di notte.

La Regione, con successivo atto, provvede per gli O.d.C. a dotarsi di un sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, e verifica la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale.

L'analisi epidemiologica, condotta in Abruzzo dall'Agenzia Sanitaria Regionale, conferma l'efficacia e l'utilità di perseguire e implementare il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità. Dai dati analizzati è emerso che la distribuzione dei soggetti ultrasessantenni con una patologia cronica (35,9% della popolazione) è analoga nelle 4 province con una maggiore prevalenza a Chieti, che presenta un valore del 37,8%. Anche il numero degli ultrasessantenni 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, bronco pneumopatia cronica e demenze è pressoché 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%).



Tasso di ospedalizzazione

Il numero di ricoveri ospedalieri ogni 100 abitanti ultrasessantenni (tasso di ospedalizzazione) definisce il bisogno sanitario di una popolazione. L'indicatore non è omogeneo per tutte le comunità locali e, come si vede dalla mappa di sinistra, sussiste una maggiore concentrazione nelle aree geografiche dove sono presenti gli ospedali. A destra la mappa del sottosistema di ricoveri dei soggetti definiti fragili, il 32,8% di tutti i ricoveri (gli ultra60enni fragili sono il 6,2%) che evidenzia dei comuni distanti dagli ospedali che presentano un più alto tasso di ricoveri di pazienti fragili.

10. Assistenza Domiciliare

La regione Abruzzo, con atto giuntale 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 famiglia¹⁸;
- 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).

Lo strumento operativo con cui si dovranno individuare gli obiettivi da raggiungere, le azioni da intraprendere e le risorse da destinare per l’erogazione dell’assistenza domiciliare è il Programma delle Attività Territoriali, così come previsto dall’art. 3-quater del D.Lgs. n.502/92 e smi. E’ necessario, inoltre, che, all’interno della programmazione distrettuale, le cure domiciliari godano di un budget dedicato.

L’art. 22 del DPCM del 12/01/2017 prevede che *“Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia”* per tutti e tre i livelli di intensità assistenziale domiciliare integrata.

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 tempo¹⁹. Le Cure Domiciliari di livello Base sono caratterizzate da un *“Coefficiente di Intensità Assistenziale”*²⁰ 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

¹⁸ in tale ambito è necessario implementare e migliorare il coordinamento dell’assistenza domiciliare con gli altri setting assistenziali territoriali, soprattutto semiresidenziali, per garantire prestazioni di sollievo alla famiglia.

¹⁹ Art. 22, comma 3, lett. a) del DPCM 12/01/2017;

²⁰ Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è dato dal rapporto tra il numero di giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare (GEA) e in numero di giornate di cura dalla data di presa in carico alla cessazione del piano (GDC). CIA=GEA/GDC.

riabilitative, purch  abbiano carattere occasionale o ciclico programmato. Le Cure domiciliari di Livello Base non hanno come presupposto necessario l'attivazione del nucleo di valutazione multidimensionale, con la stesura del relativo Piano di Assistenza Individuale multidisciplinare. L'accesso all'assistenza domiciliare di livello base, pertanto,   di norma richiesta dal MMG/PLS dell'assistito al Servizio di Cure Domiciliari del Distretto di riferimento, il quale ne d  comunicazione al PUA per conoscenza. La richiesta per l'attivazione delle Cure Domiciliari di base, inoltre, pu  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 continuit  assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticit  e complessit  del caso. Se necessario sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci²¹ e dei dispositivi medici²², nonch  dei preparati per nutrizione artificiale²³.

Per l'accesso   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. L'operativit  del Servizio   di 5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore al giorno.

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 continuit  assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 in relazione alla criticit  e complessit  del caso. Se necessario sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci²⁴ e dei dispositivi medici²⁵, nonch  dei preparati per nutrizione artificiale²⁶. 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. L'operativit  del Servizio   di 6 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore al giorno dal luned  al venerd  e 6 ore il sabato.

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 farmaci²⁷ e dei dispositivi medici²⁸, nonch  dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessit , instabilit  clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuit  assistenziale ed

²¹ In coerenza con quanto previsto dall'art. 9 del DPCM del 12/01/2017

²² in coerenza con quanto disposto dall'art. 11 e art.17 del DPCM del 12/01/2017

²³ Art. 22, comma 3, lett. b) del DPCM 12/01/2017

²⁴ In coerenza con quanto previsto dall'art. 9 del DPCM del 12/01/2017

²⁵ in coerenza con quanto disposto dall'art. 11 e 17 del DPCM del 12/01/2017

²⁶ Art. 22, comma 3, lett. c) del DPCM 12/01/2017

²⁷ art. 9 del DPCM del 12/01/2017

²⁸ art. 11 e art.17 del DPCM del 12/01/2017

interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver²⁹.

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.

L'operatività del Servizio è di 7 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 6 ore il sabato e festivi. Per le Cure Domiciliari di III livello è prevista la pronta disponibilità medica dalle 8 alle 20:00.

Si specifica che il presente documento tecnico conferma le indicazioni in merito alle Cure Palliative Domiciliari previste dall'art. 23 del DPCM del 12/01/2017, in considerazione che le stesse sono trattate da specifico provvedimento regionale (DCA n. 51 dell'11/10/2012, così come modificato dalla DGR 311 del 18/05/2018). Si evidenzia, conseguentemente, che 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.

10.1 Accesso in ambito di Cure Domiciliari

La regione Abruzzo ha previsto che l'erogazione dell'assistenza avvenga tramite percorsi assistenziali secondo il seguente modello:

<p>Accesso Raccolta della domanda³⁰ Art. 21 comma 2 DPCM LEA</p>	<p>L'accesso all'assistenza avviene attraverso il Punto Unico Accesso definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale. Le funzioni principali che il PUA deve assolvere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali; - informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda; - presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati. <p>In particolare il PUA deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricevere la segnalazione che può giungere sia da una struttura ospedaliera, sia dal MMG/PLS dell'assistito o dall'assistito o un suo delegato; - decodificare la domanda ed eseguire una prima valutazione del bisogno; - registrare l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni - individuare i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno e sostenendo l'attività del Case manager.
<p>Definizione del problema Individuazione del bisogno Art. 21 comma 4 DPCM LEA</p>	<p>La valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. Pertanto, attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, individua il bisogno soggettivo del singolo paziente e definisce le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi, consente la presa in carico, valuta gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.</p>
<p>Produzione del Piano di Assistenza Individuale Art. 21 comma 3 DPCM LEA</p>	<p>Il P.A.I. è lo strumento operativo con cui l'UVM individua, per ciascun assistito, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute. Per ogni assistito deve essere redatto il P.A.I., tramite il quale viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, con l'individuazione dei:</p>

²⁹ Art. 22, comma 3, lett. d) del DPCM 12/01/2017

³⁰ DGR n. 224 del 13/03/2007; Legge Regionale n.5 del 21/03/2008

-
- 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 coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (*case-manager*);
 - 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
-

La regione Abruzzo, con successivo atto programmatico, in ossequio alle disposizioni richieste dagli articoli 8-ter e art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 smi e in coerenza con quanto previsto all'art. 6 del Patto per Salute 2014-2016, provvede a definire un fabbisogno autorizzatorio del numero di strutture sanitarie dedicate alle cure domiciliari autorizzabili per ambito aziendale.

10.2 Dimissioni Protette

I pazienti candidati alla dimissione protetta sono soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio ma in maniera coordinata e continuativa. La dimissione a domicilio in questi casi deve avvenire previo accertamento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare. La richiesta va effettuata dal medico ospedaliero, che ha in cura il paziente, al P.U.A. del distretto di riferimento dell'assistito, almeno 2 giorni lavorativi antecedenti la data prevista per la dimissione, tramite l'apposita scheda.

Il P.U.A. attiva l'UVM per la valutazione del caso e per la stesura del P.A.I. in collaborazione con lo Specialista ospedaliero del reparto di dimissione dell'assistito, di norma entro le 48 ore dalla richiesta. Il distretto di riferimento dell'assistito si farà carico di organizzare il rientro dello stesso al domicilio, tramite ambulanza dedicata, messa a disposizione dalla propria ASL di afferenza.

Al fine di garantire la massima integrazione tra il medico ospedaliero del reparto di provenienza e l'équipe di assistenza domiciliare, tramite il Case Manager individuato dal P.A.I., è possibile richiedere consulenze telefoniche. Nel caso in cui le condizioni cliniche lo impongano, deve essere previsto un percorso preferenziale per il rientro presso il reparto di provenienza, concordato con lo stesso reparto.

Si specifica, infine, che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta, e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi, in ottemperanza all'art. 22 comma 4 del DPCM del 12/01/2017.

Per velocizzare le procedure di valutazione dei pazienti ricoverati in ospedale e candidati alla dimissione protetta in ADI, la ASL deve prevedere una UVM ospedaliera coordinata dalla Direzione Sanitaria di Presidio attraverso la funzione di integrazione ospedale-territorio.

I soggetti, invece, che non richiedono una valutazione multidimensionale, in quanto necessitano unicamente di prestazioni singole già programmabili inerenti la patologia acuta (ad es. rimozione dei punti di sutura, visite di controllo, etc.) seguiranno le procedure delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

10.3 Modalità di facilitazione di una precoce dimissione

In ogni unità operativa di degenza deve essere individuata la figura di un infermiere case manager che compila l'apposito modello da trasmettere al Punto Unico di Accesso del distretto di residenza/domiciliazione del paziente e ne dà prontamente comunicazione alla famiglia, indicando anche di quali ausili necessiterà il paziente una volta rientrato al domicilio. La richiesta deve essere effettuata allo stabilizzarsi del quadro clinico del paziente ricoverato e in coerenza con le tempistiche descritte nel paragrafo precedente.

Il PUA valuta la richiesta pervenuta, raccoglie la documentazione sociosanitaria e attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale competente. L'UVM valuta il caso attraverso le apposite scale di valutazione e redige il P.A.I. Tale attività può avvenire anche in modalità telematica e massimo entro 3 giorni dalla richiesta della domanda.

All'esito della valutazione e della redazione del P.A.I. sarà responsabilità del PUA contattare il paziente o un suo delegato e informarlo dell'esito della valutazione multidimensionale e delle modalità con cui saranno garantiti i bisogni assistenziali individuati.

Sarà, inoltre, responsabilità del PUA contattare la struttura/servizio individuato e metterla in contatto con la struttura ospedaliera di dimissione.

La valutazione e il P.A.I. vengono rimandate all'Unità ospedaliera del paziente ed inserite nella cartella clinica del paziente, con l'indicazione della struttura o del servizio distrettuale di ricezione.

Azioni migliorative

1. Si ritiene necessario attivare e implementare la Cartella assistenziale/clinica informatizzata³¹, per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle informazioni relative al Piano assistenziale individuale.
2. E' fortemente raccomandato che i flussi informativi inerenti l'assistenza domiciliare siano correttamente alimentati e che venga migliorata la qualità dei dati inseriti nel flusso SIAD³², che rientra nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tali elementi sono oggetto di monitoraggio e costituiscono uno specifico adempimento in ambito di verifica.
3. Nell'ambito delle Cure Domiciliari si raccomanda la valorizzazione degli interventi di Teleassistenza³³ per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi. I servizi di Telemedicina si classificano in:

³¹ A tal fine sono importanti anche gli interventi diretti all'implementazione e la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico previsto dal D.L. 18 ottobre 2012, n. 179

³² Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali D.M. 17-12-2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare". Pubblicato nella Gazz. Uff. 9 gennaio 2009, n. 6. DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"

³³ La Teleassistenza non rientra tra le attività di supporto di prestazioni a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI	RELAZIONE	
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

Relativamente alla condivisione di informazioni tra gli operatori, risulta particolarmente importante la possibilità che tale patrimonio informativo sia a disposizione del servizio di continuità assistenziale nell'ambito distrettuale³⁴. Lo strumento individuato a livello nazionale per garantire tale necessità è il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)³⁵. Nelle more della messa a regime del FSE, rimane in utilizzo la Cartella Domiciliare Integrata Regionale prevista dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e disciplinata dalla DGR 23/2012, la quale, tuttavia, deve essere condivisa e informatizzata e deve contenere tutte le informazioni acquisite in tutto il percorso del paziente assistito in Cure Domiciliari Integrate. I requisiti minimi della cartella sono costituiti da:

- una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate garantendo una continuità assistenziale;
- lo stato dell'assistito, i trattamenti effettuati e i risultati conseguiti;
- le attività svolte permettendo così la individuazione delle modalità di esecuzione, delle responsabilità e della cronologia;
- l'integrazione operativa dei diversi professionisti che intervengono sul singolo paziente;
- una fonte dati per la valutazione dell'attività assistenziale, per indirizzare in maniera appropriata la formazione e aggiornamento degli operatori sanitari e socio-sanitari e per base di studi scientifici e ricerche cliniche.

La Cartella, per le funzioni sopra descritte:

- diventa essenziale per l'alimentazione e la completezza del flusso dell'Assistenza domiciliare (SIAD);
- deve rimanere a domicilio del paziente fino a chiusura del caso;
- la tenuta della cartella è a carico del Caregiver;
- l'archiviazione della Cartella è a carico del Responsabile del Servizio Cure Domiciliari Distrettuale.

Tenuto conto delle possibilità derivanti dallo sviluppo della tecnologia mobile è opportuno valutare la possibilità che l'équipe di assistenza domiciliare possa aggiornare e visualizzare in tempo reale tale cartella, anche con dispositivi mobili, al fine di consentire la maggior diffusione possibile delle condizioni del paziente a tutti soggetti interessati (operatori di Pronto Soccorso, medici di continuità assistenziale, MMG, etc.).

³⁴ Servizio di Guardia Medica distrettuale

³⁵ Istituito con decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante: "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese".

11. Riabilitazione territoriale

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.

Per consentire la continuità del percorso riabilitativo, ai sensi dell'art. 44 del DPCM 12 gennaio 2017, il medico specialista in riabilitazione attiva la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.

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.

La riabilitazione ambulatoriale

In linea con il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato con Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, le tipologie di pazienti che possono usufruire dell'attività di riabilitazione ambulatoriale sono individuabili in:

1. "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.
2. "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 dal centro in forma individuale o a piccoli gruppi, anche a domicilio e/o in sede extramurale.

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).

La classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, presenti nella regione Abruzzo, e la verifica della coerenza con quanto stabilito agli artt. 29, 32 e 34 del DPCM sui nuovi LEA, viene analizzata in dettaglio nel paragrafo 4.2 della parte seconda del presente documento.

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 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.

12. Medicina Penitenziaria

Il D.P.C.M. 12/01/2017, all'art. 58, dispone che, ai sensi dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'assistenza sanitaria alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale.

In particolare, 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 puericultura ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Il D.Lgs. n. 230/1999, prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna regione.

In Abruzzo, 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.). L'assistenza sanitaria alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, viene garantita dal Servizio Sanitario Nazionale secondo quanto previsto dal DPCM 1° aprile 2008,

che definisce le modalità ed i criteri per il riordino definitivo della medicina penitenziaria ai sensi del D. Lgs. n. 230 del 22 giugno 1999.

In particolare viene sancito il principio secondo cui il SSN deve garantire tutte le prestazioni previste nei LEA alle persone private della libertà, come ribadito dall'art. 58 del DPCM 12 gennaio 2017.

In linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale vigente, 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, dimensionata 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'Intesa 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 della Carta del servizio sanitari, le ASL e l'Amministrazione penitenziaria promuovono consultori con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

13. Ambulatorio Infermieristico

Il DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA dispone, all'articolo 15, che le Regioni disciplinino le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nel rispetto dell'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva contenuti nell'allegato 4D.

In questo quadro normativo, l'ambulatorio infermieristico rappresenta, nella regione Abruzzo, un possibile modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica, in grado di rispondere con competenza alle diverse esigenze della collettività ed essere parte sempre più integrante del SSR. L'ambulatorio infermieristico, infatti, può costituire un importante punto di riferimento per la continuità assistenziale, in considerazione che molti pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere hanno necessità di continuare a ricevere specifiche prestazioni sanitarie.

L'istituzione dell'ambulatorio infermieristico trova, pertanto, le sue motivazioni sia nella necessità di attivare una completa integrazione ospedale-territorio che deve tendere necessariamente al potenziamento dei servizi territoriali e ambulatoriali dedicati e sia nella profonda evoluzione della professione infermieristica, riconoscendone giuridicamente l'autonomia e responsabilità professionale.

Con successivi provvedimenti, la regione disciplinerà i requisiti dell'ambulatorio infermieristico come modello di erogazione di servizi per implementare la medicina di iniziativa e la continuità assistenziale, in coerenza con le indicazioni della Legge n. 189/2012 e del Patto della Salute 2014-2016.

Nell'ambito delle attività sanitarie territoriali, per ambulatorio infermieristico, si deve intendere la struttura sanitaria, collocata in ambito distrettuale o ospedaliero, preposta alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del D.M. n. 739/94, della Legge n. 42/1999 e della Legge n. 251/2000.

- a) In particolare, **l'ambulatorio infermieristico specialistico per le stomie** rappresenta un nodo fondamentale della rete oncologica. Lo stesso PDTA del Tumore del Colon retto, approvato con DCA n. 52 del 6 giugno 2016, definisce che il paziente dopo l'intervento deve ricevere un'assistenza post-operatoria secondo le raccomandazioni delle ultime Linee Guida (AIOM), in particolare il supporto psico-sociale da parte di un infermiere o personale specializzato.

Il case manager, che nel PDTA viene identificato nella professionalità infermieristica, deve provvedere all'attivazione di procedure al fine di attivare i servizi per gli stomizzati che possono aver bisogno di aiuto concreto. Le Linee Guida e le buone pratiche della più recente letteratura scientifica indicano che la condivisione e la valutazione dei percorsi assistenziali con i caregiver familiari risultano necessari per migliorare la gestione del percorso assistenziale. Per i tumori urologici l'infermiere stomaterapista interverrà nei casi (cistectomia) in cui vi sia necessità assistenziale-riabilitativa. In tutti i setting assistenziali, dall'acuzie alle cure a lungo termine, residenziali o domiciliari, una persona con stomia richiede cure e gestione specializzate che devono promuovere l'indipendenza e la qualità di vita per la persona, il caregiver e la famiglia. A tal fine la Regione Abruzzo con la Legge n.37 del 29 ottobre 2004 ha disciplinato le tipologie e le modalità di intervento dei servizi sanitari in favore di soggetti affetti da incontinenza urinaria o fecale e di soggetti portatori di stomie. All'Art.4 della suddetta Legge, si dispone che ogni Azienda Sanitaria locale della Regione istituisca almeno un "Ambulatorio di rieducazione" per i soggetti portatori di urostomie e di stomie intestinali.

- b) **L'ambulatorio infermieristico per la gestione degli accessi vascolari**, costituisce un punto di riferimento per i professionisti impegnati sul territorio nella gestione degli accessi vascolari, soprattutto in ambito di cure domiciliari integrate, e richiede un particolare livello di specializzazione da parte degli operatori.

L'ambulatorio di I livello a gestione infermieristica presso le sedi distrettuali, a differenza di quello del II livello in sede ospedaliera, è un servizio territoriale organizzato e gestito, nell'ambito delle strutture ambulatoriali territoriali e/o delle UCCP, direttamente e autonomamente da personale infermieristico, che dovrà essere sottoposto a specifica formazione e re-training periodico aziendale e formazione individuale specifica.

Esso può rappresentare un importante punto di riferimento per la continuità assistenziale, considerato che attualmente molti pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere hanno necessità di continuare ad effettuare determinate prestazioni sanitarie.

L'Ambulatorio infermieristico, pertanto, offrirà supporto e consulenza alle Equipe di cure domiciliari integrate che hanno in carico pazienti con accessi vascolari in caso di necessità su richiesta del case manager dell'assistito o del MMG/PLS.

- c) L'attivazione **dell'ambulatorio infermieristico per lesioni complesse**, in continuità con le UU.OO. di degenza, costituisce un modello organizzativo che ottimizzando la tempistica delle prestazioni e l'impegno professionale, migliora la qualità dell'assistenza con riduzione a medio termine anche dei costi dell'assistenza sanitaria.

La valutazione di una lesione comporta prima di tutto un insieme di azioni, che richiede sia una competenza strettamente correlata al problema delle lesioni, sia conoscenze cliniche che consentano una visione olistica e una presa in carico della persona nella sua interezza, in quanto, il più delle volte, è una persona che presenta delle comorbidità in un particolare contesto sociale e familiare.

Pertanto, l'ambulatorio infermieristico potrà essere attivato a seguito del briefing effettuato da un team multidisciplinare vulnologico composto da: medico specialista di riferimento, infermiere e ogni eventuale figura professionale prevista dagli specifici PDTA regionali operando per percorsi il più possibile personalizzati al singolo paziente.

L'ambulatorio infermieristico per lesioni complesse è costituito dalla presenza di un professionista infermiere, specificatamente formato in possesso di un Certificato di Master Universitario o Scuole Nazionali di Associazioni Tecnico Scientifiche, riconosciute dalla FNOPI-Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. Le lesioni cutanee rappresentano un problema clinico rilevante sia in ambito ospedaliero che territoriale, pur essendo considerate a volte un problema non prioritario rispetto ad altri settori di intervento. Un corretto trattamento di questa patologia deve coinvolgere, pertanto, in modo attivo ed integrato professionalità diverse per una pianificazione degli interventi ed un approccio di équipe dal punto di vista clinico, farmacologico ed assistenziale. Per queste finalità, la programmazione regionale intende:

- definire un percorso uniforme tra i diversi ambiti aziendali e delineare sul piano clinico e organizzativo gestionale, la prevenzione e il trattamento delle ferite difficili;
- garantire la continuità assistenziale a tutti i pazienti nella fase critica di passaggio da un setting assistenziale ad un altro;
- qualificare e valorizzare il Know How del personale infermieristico, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e prevenire possibili complicanze.

14. Medicina di Genere e Salute della donna

Il Ministero della Salute, In attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018, concernente l'applicazione e la diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale, ha predisposto il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere."

Il Piano si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nell'ambito della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN.

Nell'ambito della promozione della medicina di genere la Regione Abruzzo, in attuazione del Piano Nazionale, provvede a:

1. Identificare un Referente Regionale in medicina di genere. Il Referente dovrà promuovere e coordinare le attività intraprese a livello regionale, risultare responsabile dell'implementazione e del monitoraggio del Piano e attivarsi nel recepimento dei documenti emanati a livello nazionale. Il

Referente Regionale partecipa ai tavoli tecnici nazionali e alla predisposizione delle linee strategiche e dei documenti attuativi nazionali.

2. Istituire un Gruppo Tecnico regionale per la programmazione delle attività di diffusione della medicina di genere, coordinato dal suddetto Referente Regionale.
3. Definire linee di indirizzo e obiettivi strategici per le Direzioni generali.
4. Individuare i percorsi integrati di assistenza, dichiaratamente attenti alle differenze di sesso e genere.
5. Realizzare strategie di popolazione per la prevenzione e il contrasto di fattori legati agli stili di vita in un'ottica di genere.
6. Promuovere programmi di screening e loro monitoraggio in un'ottica di genere.
7. Predisporre e implementare PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti.
8. Promuovere azioni sul territorio per una prevenzione genere-specifica e valutazioni ecotossicologiche.

La Regione Abruzzo, in attuazione della legge 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari) e della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), provvede a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai consultori familiari, nell'ambito del sistema di cure primarie integrato e della pianificazione delle case della salute/UCCP, quale servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità responsabili, alla educazione sessuale e alla contraccezione per i giovani, nonché di tutela del benessere delle donne e delle ragazze in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere.

15. Il sistema informativo a supporto delle funzioni distrettuali

La nuova organizzazione del Distretto presuppone l'esistenza di un sistema informativo con le seguenti caratteristiche:

1. che la struttura distrettuale abbia un accesso mirato al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali;
2. che la struttura distrettuale possa procedere ad un dialogo informatizzato con le altre strutture del SSR per una gestione attiva in tempo reale, con particolare riferimento agli assistiti per i quali si rende necessaria l'attivazione di percorsi che prevedono cure domiciliari e assistenza in strutture residenziali/semiresidenziali e sociosanitarie.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ricomprende, nell'ambito del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali (SIISI), anche il monitoraggio dell'assistenza Residenziale e semiresidenziale (FAR) per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

I dati richiesti dal Decreto Ministeriale 1° dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" sono relativi al set di informazioni legate alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Il flusso informativo per le prestazioni residenziali e semiresidenziali è suddiviso in due gruppi d'informazioni ed i tracciati previsti sono i seguenti:

TRACCIATO 1 –contiene informazioni riguardanti la presa in carico dell'assistito. Con la individuazione delle informazioni chiavi per il record. L'unico nodo di riferimento sono i dati della presa in carico.

TRACCIATO 2 –contiene informazioni riguardanti le prestazioni erogate all’assistito in un determinato periodo temporale; in particolare si fa riferimento alle valutazioni, sospensioni, tariffe, dimissioni e al numero di giorni di effettiva assistenza di un assistito nella struttura erogatrice.

Secondo il DM 17 dicembre 2008 -Articolo 5, comma 2 le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi di cui all'art. 3, comma 3 e trasmesse al NSIS, con cadenza trimestrale entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Le trasmissioni al Sistema devono avvenire secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico (Specifiche funzionali dei tracciati FAR), e nella documentazione di specifiche tecniche disponibili sul sito internet del Ministero (www.nsis.ministerosalute.it).

L’invio di flussi informativi consente alle strutture preposte alla programmazione sanitaria sia a livello aziendale sia a livello regionale di disporre della necessaria conoscenza dei livelli di assistenza erogati per orientare le scelte di governo del SSR.

La trasmissione dei flussi informativi previsti dalla normativa nazionale rientra tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell’intesa sancita dalla Conferenza Stato - Regioni il 23 marzo 2005. Conseguentemente, le strutture private accreditate, gli erogatori convenzionati e il personale in regime di convenzione devono rispettare le indicazioni fornite dalle Aziende Sanitarie Locali per la corretta gestione dei flussi informativi secondo le scadenze.

Per quanto sopra esposto, il corretto e tempestivo invio dei dati al sistema NSIS deve considerarsi obbligo informativo a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e pertanto si raccomanda che le strutture del Servizio Sanitario Regionale trasmettano i dati secondo le scadenze.

16. Indicatori per assistenza territoriale

L’individuazione degli indicatori di cui avvalersi, vale a dire selezionare cosa misurare e come, rappresenta nella programmazione sanitaria un aspetto importante, in quanto le misure degli indicatori devono consentire una valutazione utile sulla qualità dell’assistenza erogata.

L’adozione di un numero limitato di indicatori espone al rischio di una lettura eccessivamente semplificata di una realtà; d’altro canto, un numero eccessivamente ampio di indicatori rischia di generare confusione e rendere decisamente più complessa l’analisi e la lettura critica della qualità assistenziale.³⁶

La regione Abruzzo, nel monitoraggio dell’assistenza territoriale, intende adottare tre set di indicatori. Il primo, riassunto nella tabella A, misura l’offerta e l’organizzazione regionale relativa ai posti letto nei diversi setting assistenziali. Il valore soglia ministeriale individuato per tali indicatori deve essere inteso come valore tendenziale di riferimento per soddisfare il fabbisogno della popolazione target.

Tabella A. Monitoraggio dell’offerta regionale dei P.L. nei diversi setting assistenziali.

INDICATORI	Soglia
Numero posti letto per assistenza agli anziani (≥65 anni) in strutture residenziali (x1000 anziani)	≥ 10% su base annua
Numero posti letto per disabili in strutture residenziali (x 1000 ab.)	≥ 10% su base annua
Numero posti letto per disabili in strutture semiresidenziali (x 1000 ab.)	≥ 10% su base annua
Tasso occupazionale posti letto per tipologia	90%

³⁶ Ministero della Salute. Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche.

La Regione, nel rispetto dei vincoli di bilancio e sulla base della domanda espressa in relazione alle specifiche caratteristiche socio-demografiche del territorio, intende procedere con la necessaria gradualità al raggiungimento del valore tendenziale di riferimento, fissando come primo obiettivo quello di garantire, a conclusione dei processi di riconversione, un incremento del numero dei posti letto nell'area degli anziani e della disabilità, del 10% su base annuale. Tale incremento verrà garantito in maniera progressiva anche per le annualità successive.

Il secondo set misura l'assistenza territoriale erogata selezionando, tra gli indicatori presenti nella "Griglia LEA" degli adempimenti ministeriali, quelli ritenuti più specifici al macrolivello considerato, con le relative soglie di valori.

Tabella B. Verifica degli adempimenti LEA.

INDICATORI	Soglia
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	≤ 141,0
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.	≤ 409,0
% di anziani (> 65 anni) trattati in ADI.	≥ 4
Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica, per 100 residenti.	5,10 – 7, 50
Numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale, per 1000 residenti.	≥ 10,82
Numero di posti letto attivi in Hospice sul totale dei deceduti per tumore, per 100 residenti.	> 1

Nel terzo set, la regione Abruzzo recepisce quanto disposto nel Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019, relativo al "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Il sistema di garanzia delineato nel decreto, la cui applicazione è subordinata all'emanazione di una Circolare Ministeriale esplicativa sulle modalità di calcolo e sui valori soglia assegnati, si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera).

Il sistema contiene indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di appropriatezza organizzativa, clinica e sicurezza delle cure. Il sistema si configura come un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni.

Tabella C. Monitoraggio dell'assistenza distrettuale.

INDICATORI
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico.
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.
Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi.
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.
Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente.
Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente.
Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

PARTE SECONDA. RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

1. I Distretti Sanitari

L'assetto vigente dei distretti nella regione Abruzzo è stato definito con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (L.R. 5/2008) che prevede **25 distretti** così suddivisi:

- 6 Distretti nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila;
- 8 Distretti nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti;
- 6 Distretti nella ASL di Pescara;
- 5 Distretti nella ASL di Teramo.

All'esito dell'approvazione delle Linee Guida contenute nella DGR 78/2017, le Aziende Sanitarie della regione hanno provveduto ad indicare negli Atti Aziendali in via transitoria e sperimentale **11 Aree Distrettuali**, così ripartite:

- 3 Aree Distrettuali nella ASL di L'Aquila;
- 3 Aree Distrettuali nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti;
- 3 Aree Distrettuali nella ASL di Pescara;
- 2 Aree Distrettuali nella ASL di Teramo.

La dimensione delle macroaree è finalizzata a sviluppare competenze per la valutazione dei bisogni, garantire un ottimale livello dei servizi nonché generare economie di scala e risparmi da reinvestire sui servizi socio-sanitari. A seconda dell'assetto organizzativo aziendale, la macroarea distrettuale, intesa come aggregazione-integrazione funzionale di più distretti, rappresenta un ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate, nel rispetto della normativa nazionale.

Le aree distrettuali sono individuate in base all'identità storica territoriale, alle esperienze socio-sanitarie già maturate e consolidate, in rapporto alle dimensioni del territorio e alla scarsa densità abitativa, e nel rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate.

All'interno di ciascuna macroarea Distrettuale, il Distretto Sanitario conferma la funzione di struttura organizzativa di base e in virtù delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, dei collegamenti viari e dei servizi pubblici di trasporto, rappresenta la sede erogativa intesa come luogo di accesso degli utenti e di erogazione dei servizi in base ai bisogni specifici ed emergenti.

Sulla base di protocolli regionali e aziendali possono essere definite modalità di integrazione, formazione e scambio all'interno dei percorsi ospedalieri e territoriali del personale, anche convenzionato.

Tabella 1. Distretti e Sedi Erogative della regione Abruzzo.

	AREE DISTRETTUALI	DISTRETTI -SEDI EROGATIVE-	COMUNI AFFERENTI
ASL 201	Area Distrettuale L'Aquila (UOC)	Sede Centrale: L'Aquila <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Bazzano • S.E. Paganica • S.E. Barisciano • S.E. Capestrano • S.E. Montereale • S.E. Pizzoli • S.E. Rocca di Mezzo • S.E. Tornimparte • S.E. S. Demetrio De Vestini 	37
	Area Distrettuale Marsica (UOC)	Sede Centrale: Avezzano <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Luco dei Marsi • S.E. Trasacco • S.E. Carsoli • Tagliacozzo (PTA)* • Pescina (PTA) * • S.E. Celano • S.E. Gioia dei Marsi • S.E. S. Benedetto dei Marsi • S.E. Civitella Roveto • S.E. Capistrello • S.E. Balsorano 	35
	Area Distrettuale Peligno Sangrino (UOC)	Sede Centrale: Sulmona <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Castel di Sangro • S.E. Pratola Peligna • S.E. Castevecchio Subequo • S.E. Pescasseroli 	36
ASL 202	Area Distrettuale 1 (UOC)	Distretto di Chieti <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Bucchianico 	28
		Distretto di Francavilla al Mare <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Miglianico • S.E. San Giovanni Teatino 	
		Distretto di Ortona <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Orsogna • S.E. Tollo 	
		Distretto di Guardiagrele/PTA*	
	Area Distrettuale 2 (UOC)	Distretto di Lanciano <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Fossacesia 	46
		Distretto di Villa Santa Maria <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Atessa • Casoli (PTA) * • S.E. Torricella Peligna • S.E. Lama dei Peligni 	
Area Distrettuale 3 (UOC)	Distretto di Vasto <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Casalbordino 	29	
	Distretto di San Salvo <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Castiglione Messer Marino 		
	Gissi (PTA) *		
ASL 203	Area Distrettuale Montana (UOC)	UOS CERS Area Maiella: <ul style="list-style-type: none"> • Scafa • Tocco da Casauria • S. Valentino 	32

		<ul style="list-style-type: none"> • Popoli 	
		UOS CERS Area Vestina: <ul style="list-style-type: none"> • Penne • Loreto Aprutino • Civitella Casanova 	
	Area Distrettuale Metropolitana (UOC)	UOS CERS: <ul style="list-style-type: none"> • Montesilvano • Città S. Angelo • Spoltore • Cepagatti • Pianella 	13
	Area Distrettuale Pescara (UOC)	UOS CERS: <ul style="list-style-type: none"> • Pescara Nord • Pescara Sud 	1
ASL 204	Area Distrettuale Adriatico (UOC)	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Distretto Socio-sanitario di Roseto degli Abruzzi • UOS Distretto Socio-sanitario di Atri • Distretto Socio-sanitario di S. Omero/Val Vibrata 	28
	Area Distrettuale Gran Sasso-Laga (UOC)	<ul style="list-style-type: none"> • UOS Distretto Socio-sanitario di Teramo • UOS Distretto Socio-sanitario di Montorio al Vomano 	19

**Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)*

2. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Art.1, comma 6 D.L. n. 34 del 19/05/2020 convertito in L.N. 77 DEL 17/07/2020) ex DGR n. 598 del 06/10/2020

Nella gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19, sono state istituite presso le Aziende USL le U.S.C.A., con finalità di consentire al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta e al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività ordinaria, in attuazione a quanto previsto all'articolo 8 del Decreto Legge 9 marzo 2020 n. 14 (GU n. 62 del 09/03/2020). Le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza domiciliare a favore di pazienti affetti da COVID-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero, assicurando la somministrazione e il monitoraggio delle terapie domiciliari.

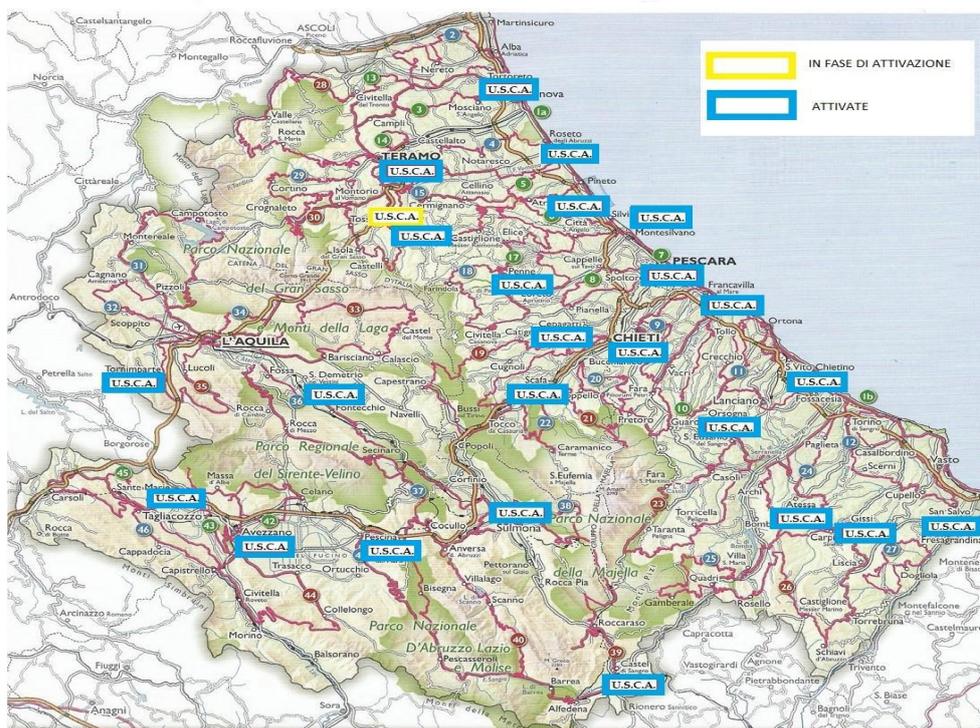
Da una ricognizione effettuata al 30 giugno 2020, sulla base dei dati pervenuti dalle Aziende USL, la attivazione regionale delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale è delineata come da tabella seguente e dall'immagine grafica di georeferenziazione.

Tabella 2. USCA programmate e attivate nella regione Abruzzo, ex DGR n.598 del 06/10/2020

PROGRAMMATO (OPGR n.11 del 20 marzo 2020)			ATTIVATO DA RICOGNIZIONE IN DATA ODIERNA			
SEDE	AREA/COMUNI AFFERENTI	N. U.S.C.A.	SEDE	AREA/COMUNI AFFERENTI	N. U.S.C.A.	
201	TORNIMPARTE	Area L'Aquila	TORNIMPARTE	Area L'Aquila	2	
	S. DEMETRIO NÉ VESTINI		S. DEMETRIO NÉ VESTINI			
	AVEZZANO	Area Marsica	AVEZZANO	Avezzano, Luco dei Marsi, Trasacco, Collelongo, Villavallelonga	3	
	PESCINA		PESCINA	Celano, Aielli, Bisegna, Cerchio, Collarmele, Gioia dei Marsi, Lecce dei Marsi, Ortona dei Marsi, Ortucchio, Ovindoli, Pescina, San Benedetto dei Marsi		
	TAGLIACOZZO		TAGLIACOZZO	Tagliacozzo, Balsonaro, Canistro, Capistrello, Cappadocia, Carsoli, Castellafiume, Civita D'Antino, Civitella Roveto, Magliano dei Marsi, Massa D'Albe, Oricola, Pereto, Rocca di Botta, Sante Marie, S. Vincenzo Valle Roveto, Scurcola Marsicana		
	SULMONA	Area Peligno Sangrina	SULMONA	Area Peligno Sangrina	2	
CASTEL DI SANGRO	CASTEL DI SANGRO					
202	Distretto 1	3	CHIETI	Distretto 1	3	
			ORSOGNA			
			FRANCAVILLA AL MARE			
	Distretto 2	2	S.VITO	Distretto 2	2	
Distretto 3	2	2	ATESSA	Distretto 3	2	
			S. SALVO			
203	PESCARA - 1	Pescara	SEDE 1	Pescara	2	
	PESCARA - 2		SEDE 2			
	MONTESILVANO	Montesilvano	MONTESILVANO	Montesilvano	1	
	PENNE	Città S. Angelo, Elice, Picciano, Penne, Farindola, Montebello di Bertona, Collecervino, Cappelle sul Tavo, Villa Celiera, Loreto Aprutino	1	PENNE	Città S. Angelo, Elice, Picciano, Penne, Farindola, Montebello di Bertona, Collecervino, Cappelle sul Tavo, Villa Celiera, Loreto Aprutino	1
	CEPAGATTI	Spoltore, Moscufo, Pianella, Cepagatti, Catignano, Civitella Casanova, Vicoli, Carpineto della Nora, Civitaquana, Brittoli, Nocciano	1	CEPAGATTI	Spoltore, Moscufo, Pianella, Cepagatti, Catignano, Civitella Casanova, Vicoli, Carpineto della Nora, Civitaquana, Brittoli, Nocciano	1
	SCAFA	Scafa, Manoppello, Popoli, Cugnoli, Pietranico, Alanno, Corvara, Turrialignani, Torre dé Passeri, Pescosansonesco, Castiglione a Casauria, Bussi sul Tirino, S. Valentino in A.C., Rosciano, Serramonacesca, Bolognano, Lettomanoppello, Abbateggio, Roccamorice, Tocco da Casauria, Salle, Caramanico Terme, S. Eufemia a Maiella	1	SCAFA	Scafa, Manoppello, Popoli, Cugnoli, Pietranico, Alanno, Corvara, Turrialignani, Torre dé Passeri, Pescosansonesco, Castiglione a Casauria, Bussi sul Tirino, S. Valentino in A.C., Rosciano, Serramonacesca, Bolognano, Lettomanoppello, Abbateggio, Roccamorice, Tocco da Casauria, Salle, Caramanico Terme, S. Eufemia a Maiella	1
204	TERAMO	Teramo, Castellalto, Canzano	1	TERAMO	Teramo, Basciano, Campi, Canzano, Castel Castagna, Castellalto, Castelli, Colledara, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Penna S. Andrea, Pietracamela, Rocca S. Maria, Tossicia, Valle Castellana, Torricella Sicura	1
	MONTORIO AL VOMANO	Basciano, Castel Castagna, castelli, Colledara, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Penna S. Andrea, Pietracamela, Rocca S. Maria, Tossicia, Torricella Sicura	1	TORTORETO	Martinsicuro, Alba Adriatica, Tortoreto, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Nereto, S. Omero, Torano Nuovo, Ancarano, S. Egidio alla V., Civitella del Tronto	1
	MARTINSICURO	Alba Adriatica, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Martinsicuro, Tortoreto	1	ROSETO	Roseto, Giulianova, Mosciano S.A., Notaresco, Morro D'Oro, Bellante	1
	S. EGIDIO ALLA VIBRATA	Ancarano, Bellante, Campi, Civitella del Tronto, Mosciano S. Angelo, Nereto, S. Egidio alla Vibrata, S. Omero, Torano Nuovo, Valle Castellana	1	SILVI	Silvi, Pineto, Atri	1
	ROSETO	Giulianova, Morro d'Oro, Notaresco, Roseto degli Abruzzi	1	BISENTI	Bisenti, Castilenti, Arsita, Castiglione M. R., Montefino, Cellino Attanasio, Cermignano	1
	ATRI	Arsita, Atri, Bisenti, Castilenti, Castiglione M.R., Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Pineto, Silvi	1	CASTEL CASTAGNA*	Montorio, Castel Castagna, Isola G.S., Colledara, Castelli, Crognaleto, Fano Adriano, Pietracamela, Tossicia	1

*In fase di attivazione

Unità Speciali di Continuità Assistenziale - Regione Abruzzo



3. Cure Primarie

La regione Abruzzo ha provveduto a recepire, con provvedimenti giuntali, la programmazione delle Aziende Sanitarie regionali, relative alle forme associative complesse di AFT e UCCP (Tabella 3).

Tabella 3. AFT e UCCP programmate.

	UCCP	AFT MMG	AFT PLS	AFT Specialisti Ambulatoriali Interni
ASL 201 (DGR 770/2016)	6	12	6	6
ASL 202 (DGR 771/2016)	8	14	8	8
ASL 203 (DGR 612/2017)	6	12	6	6
ASL 204 (DGR 769/2016)	5	12	5	5

A seguito di una recente ricognizione effettuata dalla regione Abruzzo, risultano attive le AFT, suddivise per tipologia, rappresentate nella Tabella 4.

Tabella 4. AFT nella regione Abruzzo.

	AFT MMG	AFT PLS	AFT Medici Specialisti Ambulatoriali
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila			
Area L'Aquila	AFT L'Aquila 1 AFT L'Aquila 2 AFT L'Aquila 3 AFT Vestina Sabina		
Area Peligno-Sangrina	AFT Sulmona AFT Peligno – Subequana AFT Sangrina		
Area Marsica	AFT Marsica 1 AFT Marsica 2 AFT Marsica 3 AFT Avezzano AFT Avezzano Valle Roveto	AFT Marsica Pediatri	AFT Avezzano AFT Celano
ASL Lanciano-Vasto-Chieti			
Area Distrettuale 1	2 AFT Chieti* 2 AFT Francavilla* 1 AFT Guardiagrele* 2 AFT Ortona*	1 AFT Chieti* 1 AFT Francavilla* 1 AFT Guardiagrele* 1 AFT Ortona*	-
Area Distrettuale 2	2 AFT Lanciano*	1 AFT Lanciano*	-
Area Distrettuale 3	2 AFT Sangro Aventino* 1 AFT Vasto* 1 AFT Alto Vastese*	1 AFT Sangro Aventino* 1 AFT Vasto* 1 AFT Alto Vastese*	-
ASL Pescara			
Area Pescara	2 AFT Pescara Sud** 2 AFT Pescara Nord**	1 AFT Pescara Sud** 1 AFT Pescara Nord**	1 AFT Pescara Sud** 1 AFT Pescara Nord**
Area Metropolitana	2 AFT Montesilvano** 2 AFT Cepagatti**	1 AFT Montesilvano** 1 AFT Cepagatti**	1 AFT Montesilvano** 1 AFT Cepagatti**
Area Montana	2 AFT Penne** 2 AFT Scafa**	1 AFT Penne** 1 AFT Scafa**	1 AFT Penne** 1 AFT Scafa**
ASL Teramo			
Atri	AFT Atri-Pineto AFT Fino-Silvi	AFT Atri	AFT Atri
Montorio al Vomano	AFT Gran Sasso	AFT Montorio al Vomano	AFT Montorio al Vomano
Roseto degli Abruzzi	AFT Roseto degli Abruzzi AFT Giulianova AFT Tordino	AFT Roseto degli Abruzzi	AFT Roseto degli Abruzzi
Teramo	AFT Teramo 1 AFT Teramo 2 AFT Teramo 3	AFT Teramo	AFT Teramo
Val Vibrata	AFT Colline Vibratiane AFT Costa Piomba AFT Costa Vibrata	AFT Val Vibrata	AFT Val Vibrata

*Organizzazione ai sensi della Delibera Aziendale n. 629 del 7 giugno 2016, ma non confermata dalla rilevazione.

**Organizzazione ai sensi della Delibera Aziendale n. 834 del 22 settembre 2017, ma non confermata dalla rilevazione.

In merito alle UCCP attivate, nella tabella 5 si rappresentano le sedi individuate nei relati atti di deliberazione aziendale.

Tabella 5. UCCP nella regione Abruzzo.

	UCCP
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila (Deliberazione n. 892/2016)	1 UCCP L'Aquila 1 1 UCCP L'Aquila 2 1 UCCP San Demetrio N. V. 1 UCCP Montereale 1 UCCP Avezzano 1 UCCP Celano 1 UCCP Carsoli 1 UCCP Civitella Roveto 1 UCCP Sulmona 1 UCCP Pratola Peligna 1 UCCP Castel di Sangro
ASL Lanciano-Vasto-Chieti* (Deliberazione n. 629/2016)	2 UCCP Chieti 2 UCCP Francavilla 2 UCCP Guardiagrele 2 UCCP Ortona 3 UCCP Lanciano 5 UCCP Sangro Aventino 3 UCCP Vasto 2 UCCP Alto Vastese
ASL Pescara (Deliberazione n. 834/2017)	1 UCCP Pescara Sud 1 UCCP Pescara Nord 1 UCCP Montesilvano 1 UCCP Cepagatti 1 UCCP Penne 1 UCCP Scafa
ASL Teramo (Deliberazione n. 986/2015 e s.m.i.)	1 UCCP Montorio al Vomano 1 UCCP Teramo 2 UCCP Val Vibrata

**la ASL indica che per ciascun distretto sarà istituita una sola UCCP, tuttavia ogni distretto potrà prevedere diverse sedi erogative di riferimento laddove ne sussistano le condizioni.*

Nella Regione Abruzzo, al pari di altre regioni, il riordino dell'assistenza primaria sconta i ritardi della mancata stipulazione degli AA.II.RR. e in via transitoria della attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, co.7 della L. 189/2012.

Al fine di confermare o aggiornare l'ubicazione delle sedi territoriali presso cui attivare le AFT e le UCCP, le Aziende Sanitarie potranno far pervenire al Dipartimento Salute, entro 90 giorni dalla emanazione del presente documento, una proposta di aggiornamento/riorganizzazione, da sottoporre ad approvazione della Giunta Regionale, contenente l'analisi dell'offerta, le attività programmate per sede e il correlato cronoprogramma.

Al termine del I semestre decorrente dalla data di sottoscrizione dell'AIR, le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. abruzzesi, ove ancora inadempienti, devono provvedere ad attivare a pieno regime le AFT e UCCP secondo il cronoprogramma di cui alla tabella 6.

Tabella 6. Cronoprogramma.

Azioni	Tempi di attivazione		
	I semestre	II semestre	III semestre
Attivazione di 1/3 delle UCCP e AFT programmate			
Attivazione di 2/3 delle UCCP e AFT programmate			
Completamento dell'attivazione delle UCCP e AFT programmate			

4. Offerta regionale di assistenza territoriale extra ospedaliera

4.1 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

Il DCA n.52/2012, come attualizzato dal DCA n.117/2016, ha ridefinito il fabbisogno regionale per le RSA Anziani, RSA Demenze, le RP Anziani, le Semiresidenze Anziani e le Semiresidenze Disabili programmandone un incremento di offerta.

Tabella 7. Offerta attuale PL accreditati.

OFFERTA ATTUALE AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
RP ANZIANI	40	475	63	269	847
RSA ANZIANI	317	151	222	90	780
RSA DEMENZE	27	20	94	7	148
SEMIRESIDENZE ANZIANI					0
SEMIRESIDENZE DEMENZE					0
TOTALI	384	646	379	366	1775

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Con D.G.R. n.129/2017 concernente *“Riconversione della rete regionale –residenziale e semiresidenziale- Area Disabilità, Riabilitazione e Dipendenze patologiche. Disposizioni”* e con i successivi provvedimenti giuntali attuativi, la regione Abruzzo ha assentito, al fine di implementare l'attuale rete di assistenza regionale, l'attivazione delle dotazioni di posti letto indicate nella tabella seguente.

Tabella 8. Offerta programmata a seguito della riconversione.

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 02 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 03 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 04 POSTI LETTO PROGRAMMATI	TOTALE POSTI LETTO PROGRAMMATI
RP ANZIANI	125	575	103	337	1140
RSA ANZIANI	347	261	222	85	915
RSA DEMENZE	27	50	114	34	225
SEMIRESIDENZE ANZIANI			40		40
SEMIRESIDENZE DEMENZE		60	40	27	127
TOTALI	499	946	519	483	2447

All'esito della riconversione con DGR 129/2017 è stata assentita, tra l'altro, ad implementazione del settore pubblico, la riorganizzazione della struttura di Casalena in 10 pl di RSA Disabili e 15 pl RSA Anziani e per la struttura di Castilenti, già accreditata per 40 pl RSA anziani, è stata assentita la trasformazione in 20 pl RSA Anziani e 20 pl RP Anziani.

Con il medesimo atto giuntale è stata assentita la riorganizzazione della struttura del Polo di Città S. Angelo da 40 pl RSA Anziani a 20 pl RSA Anziani e 20 pl RSA Disabili.

Ai fini dell'analisi dell'attuale offerta di assistenza, si è evidenziata la valenza delle singole tipologie di strutture in termini di quota parte o totale del fondo sanitario con la relativa tariffa e la loro classificazione e coerenza sulla base di quanto previsto dal DPCM sui nuovi LEA.

Tabella 9. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale

AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI											
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	Livello Intensità Assistenziale DPCM del 12.01.2017	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI a seguito della riconversione					
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE	
RESIDENZE											
RSA ANZIANI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 1 FASCIA (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 93/2016	€ 38,65	€ 38,65	€ 77,30	art.30 comma 1 let b	347	261	222	85	915
	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2 FASCIA (lungo assistenza/mantenimento)		€ 43,93	€ 43,93	€ 87,86						
	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 3 FASCIA (intensiva ed estensiva DCA 93/2016)	DCA 105/2014 DCA 13/2015 DCA 93/2016	€ 104,69	€ 104,69	€ 104,69	art.30 comma 1 let a (estensiva)* art.29 (intensiva)					
RSA DEMENZE	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DEMENZE (estensiva)	DCA 34/2016		€ 115,00	€ 115,00	art.30 comma 1 let a*	27	50	114	34	225
	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ALZHEIMER 1 FASCIA (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 93/2016	€ 50,11	€ 50,11	€ 100,22	art.30 comma 1 let b-comma 2					
	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ALZHEIMER 2 FASCIA (lungo assistenza/mantenimento)		€ 54,09	€ 54,09	€ 108,18						
RP ANZIANI	RESIDENZE PROTETTE ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 91/2014	35,375	35,375	€ 70,75	art.30 comma 1 let b	125	575	103	337	1140
SEMIRESIDENZE											
SEMIRESIDENZE ANZIANI (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 34/2016	€ 17,50	€ 17,50	€ 35,00	art.30 comma 3 e comma 4			40		40	
SEMIRESIDENZE DEMENZE (estensiva)		€ 45,00	€ 45,00	€ 45,00	art.30 comma 3		60	40	27	127	

* La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a 60 giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale secondo le modalità regionali.

Nella tabella 9 sono indicate le tipologie di struttura dell'Area Anziani Non Autosufficienti con relative tariffe e intensità assistenziale, sulla base del DPCM del 12 gennaio 2017 che ha definito i nuovi LEA.

L'offerta attuale di assistenza per Anziani Non Autosufficienti presenta nella nostra regione una prevalenza di erogatori privati 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 $\geq 9,80$ rispetto al dato provvisorio di 5,70 rilevato nel 2018.

Pertanto, si ritiene opportuno, a riscontro delle osservazioni ministeriali, ridefinire il fabbisogno programmato secondo la metodologia dettagliata nell'apposito paragrafo.

4.2 Area disabilità e riabilitazione

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 di Riabilitazione Estensiva, 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.

I fabbisogni assistenziali che il DCA 52/2012 ha definito per l'area assistenziale disabilità e riabilitazione, per come aggiornati dall'intervenuto DCA 117/2016, hanno evidenziato l'attuale eccedenza a livello regionale di dotazione autorizzate ed accreditate di RRI, RRE e di Semiresidenze disabili.

Tabella 10. Offerta attuale PL accreditati.

OFFERTA ATTUALE AREA DISABILITA' E RIABILITAZIONE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
DISABILITA'					
RSA DISABILI	64	11	0	33	108
RP DISABILI	0	159	0	0	159
USAP	0	0	0	0	0
SEMIRESIDENZE DISABILI	130	350	215	140	835
TOTALI	194	520	215	173	1102
RIABILITAZIONE					
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA- RRI	40	265	50	78	433
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA- RRE	115	326	45	100	586
SEMIRESIDENZE RIABILITAZIONE ESTENSIVA	0	0	0	0	0
TOTALI	155	591	95	178	1019
DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA					
RESIDENZE DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA	0	0	0	0	0
MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL' ETA' EVOLUTIVA					
RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL'ETA'EVOLUTIVA	0	0	0	0	0
SEMIRESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL'ETA'EVOLUTIVA	0	0	0	0	0

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Con D.G.R. n.129/2017 ad oggetto "Riconversione della rete regionale –residenziale e semiresidenziale- Area Disabilità, Riabilitazione e Dipendenze patologiche. Disposizioni" e con i successivi provvedimenti giuntali attuativi la Regione Abruzzo ha assentito, al fine di riqualificare l'attuale rete di assistenza regionale, l'attivazione delle dotazioni di posti letto indicate nella tabella successiva. In tal modo, la domanda di assistenza rilevata, ha permesso di programmare l'attivazione di forme di assistenza pianificate dal PSR 2008-2010 (USAP) ed ha consentito di 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 di Riabilitazione Estensiva, Semiresidenze per Minorazioni Plurisensoriali dell'età evolutiva.

Tabella 11. Offerta programmata a seguito della riconversione.

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE AREA DISABILITA' E RIABILITAZIONE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 02 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 03 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 04 POSTI LETTO PROGRAMMATI	TOTALE POSTI LETTO PROGRAMMATI
DISABILITA'					
RSA DISABILI	54	131	25	63	273
RP DISABILI	10	252	20	0	282
USAP	0	20	26	16	62
SEMIRESIDENZE DISABILI	40	146	57	122	365
TOTALI	104	549	128	201	982
RIABILITAZIONE					
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA- RRI	40	90	26	47	203
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA- RRE	95	140	95	55	385
SEMIRESIDENZE RIABILITAZIONE ESTENSIVA	19	66	25	18	128
TOTALI	154	296	156	120	716
DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA					
RESIDENZE DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA	0	0	0	20	20
MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL' ETA' EVOLUTIVA					
RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL'ETA'EVOLUTIVA	0	0	0	0	0
SEMIRESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI DELL'ETA'EVOLUTIVA	0	0	10	0	10
TOTALI	0	0	10	0	10

La classificazione delle tipologie di strutture, sulla base dei livelli di intensità, ha consentito 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.

La verifica dell'offerta per tipologia di assistenza/livelli di intensità assistenziale ha evidenziato, come da specifiche note, alcune minime criticità relative alla coerenza tra la tipologia di pazienti ospitati e la durata dell'assistenza.

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.

Tabella 12. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

AREA DISABILITA' E RIABILITAZIONE											
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	LIVELLO INTENSITA' ASSISTENZIALE (DPCM del 12.01.2017)	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI a seguito della riconversione					
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE	
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE											
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA FASCIA A	DGR 671/2002		€ 327,12	€ 327,12	art.34 comma 1 let a) ¹	40	90	26	47	203	
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA FASCIA B			€ 208,08	€ 208,08							
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA DISABILE GRAVE	DCA 19/2015		€ 144,48	€ 144,48	art.34 comma 1 let b) ²	95	140	95	55	385	
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE DISABILE GRAVE (lungo assistenza/mantenimento)			€ 43,34	€ 101,14							€ 144,48
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE DISABILE GRAVE PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE (LEA:moderato impegno assistenziale) (lungo assistenza/mantenimento)			€ 86,69	€ 57,79	€ 144,48						
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA DISABILE MEDIO GRAVE			€ 111,14	€ 111,14	€ 111,14						art.34 comma 1 let b) ²
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE DISABILE MEDIO GRAVE (lungo assistenza/mantenimento)			€ 33,34	€ 77,80	€ 111,14						
RESIDENZE DI RIABILITAZIONE DISABILE MEDIO GRAVE PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE (LEA:moderato impegno assistenziale) (lungo assistenza/mantenimento)			€ 66,68	€ 44,46	€ 111,14						art.34 comma 1 let c)
SEMIRESIDENZE DI RIABILITAZIONE											
SEMIRESIDENZE RIABILITAZIONE ESTENSIVA	DGR 520/2017		€ 87,67	€ 87,67	art.34 comma 3 let.a)	19	66	25	18	128	
RESIDENZE DISABILI											
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DISABILI 1 FASCIA (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 93/2016		€ 23,19	€ 54,11	€ 77,30	54	131	25	63	273	
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DISABILI 2 FASCIA (lungo assistenza/mantenimento)			€ 26,35	€ 61,50							€ 87,85
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DISABILI 1 FASCIA PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE (LEA:moderato impegno assistenziale) (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 93/2016		€ 46,38	€ 30,92	€ 77,30						art.34 comma 1 let.c)
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DISABILI 2 FASCIA PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE (LEA:moderato impegno assistenziale) (lungo assistenza/mantenimento)			€ 52,70	€ 35,18	€ 87,88						
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DISABILI 3 FASCIA (intensiva DCA 13/2015)	DCA 13/2015		€ 104,69	€ 104,69	art.29						
SEMIRESIDENZE DISABILI											
SEMIRESIDENZE DI RIABILITAZIONE DISABILE GRAVE (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 19/2015		€ 26,30	€ 61,37	€ 87,67	40	146	57	122	365	
SEMIRESIDENZE DI RIABILITAZIONE DISABILE MEDIO GRAVE (lungo assistenza/mantenimento)			€ 20,23	€ 47,21							€ 67,44
RESIDENZE PROTETTE DISABILI (lungo assistenza/mantenimento)	DCA 20/2015		€ 26,34	€ 61,46	€ 87,80	10	252	20	0	282	
RESIDENZE PROTETTE DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE(LEA:moderato impegno assistenziale) (lungo assistenza/mantenimento)			€ 52,68	€ 35,12							€ 87,80
USAP			€ 205,00	€ 205,00	art.29	0	20	26	16	62	
DISTURBI NEUROPSICHIATRICI IN ETA' EVOLUTIVA	DCA 37/2015		€ 260,00	€ 260,00	art.32 comma 3 let.a)-b) ³	0	0	0	20	20	
RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA				€ 280,00	€ 280,00	art.34 comma 1 let a)-b) ⁴	0	0	0	0	0
MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA	DGR 520/2017		€ 127,91	€ 127,91	art.34 comma 3 let.a)	0	0	10	0	10	

¹ La durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo.

² La durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.

³ I trattamenti ad alta intensita' di cui alla let. a) hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili; i trattamenti a media intensita' di cui alla let. b) hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili.

⁴ La durata dei trattamenti di cui alla let. a) non supera, di norma, i 45 giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo. La durata dei trattamenti di cui alla let. b) non supera, di norma, i 60 giorni a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.

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 è ritenuta opportuna una azione di miglioramento secondo i criteri indicati nello specifico paragrafo.

4.3 Area 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 come attuativo del DCA 117/2017 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.

Tabella 13. Offerta attuale PL accreditati.

OFFERTA ATTUALE AREA AUTISMO					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
NUCLEI RESIDENZIALI	0	0	0	0	0
CENTRO DIURNO (ETA' EVOLUTIVA/ADULTI)	47	88	0	20	155
TOTALI	47	88	0	20	155

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella 14. Offerta programmata a seguito della riconversione.

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE AREA AUTISMO					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 02 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 03 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 04 POSTI LETTO PROGRAMMATI	TOTALE POSTI LETTO PROGRAMMATI
NUCLEI RESIDENZIALI	0	20	0	0	20
CENTRO DIURNO (ETA' EVOLUTIVA/ADULTI)	47	103	30	20	200
TOTALI	47	123	30	20	220

Tabella 15. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

AREA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO										
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	LIVELLO INTENSITA' ASSISTENZIALE (DPCM del 12.01.2017)	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI a seguito della riconversione				
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE
CENTRO DIURNO ETA' EVOLUTIVA	DGR 360/2019 recepimento INTESA N.53/cu del 10.05.2018		€ 99,21	€ 99,21	ART.60	47	123	30	20	220
CENTRO DIURNO PAZIENTI ADULTI			€ 117,64	€ 117,64						
NUCLEI RESIDENZIALI			€ 239,76	€ 239,76						

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.

4.4 Area 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.

Tabella 16. Riclassificazione delle strutture Area Salute Mentale.

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) All.D
SRP2	Residenze Protette	Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa (Struttura Protetta) All.A
SRP3.1	Casa Famiglia	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a più alta intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia) All.B
SRP3.2	Gruppi Appartamento	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a minore intensità assistenziale (Struttura Semiprotetta-Casa Famiglia) All.C

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.

Tabella 17. Offerta attuale PL accreditati.

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
ALL.D DGR 877/2001 (SRP1)	20	74	84	26	204
ALL.A DGR 877/2001 (SRP2)	26	88	132		246
ALL.B DGR 877/2001 (SRP3.1)	0	40	0	46	86
ALL.C DGR 877/2001 (SRP3.2)	0	0	6	0	6
TOTALE RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	46	202	222	72	542

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Nell'ottica del DCA 52/2012 che definisce il fabbisogno regionale di posti letto per l'assistenza residenziale psichiatrica secondo lo standard di 2 PL per 10.000 abitanti (in stretta aderenza agli indirizzi del Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998/2000 oltre che alla luce di risultati di analisi epidemiologiche e di una aggiornata ricognizione delle prestazioni erogate in favore della popolazione abruzzese anche in strutture extraregionali), il DCA 10/2016 ha rideterminato il fabbisogno regionale dei posti letto dedicati alla psicoriabilitazione nei seguenti termini:

Tipologia di struttura DCA 10/2016	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04
SRP.1	31	39	33	31
SRP.2	31	39	33	31
SRP.3.1	15	20	16	16
SRP.3.2	9	12	10	9

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

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. La DGR 234/2018, attuando il DCA 10/2016, ha approvato le dotazioni di posti letto pubblici dettagliate nella tabella sottostante:

Tipologia di struttura DCA 10/2016	PL ATTIVATI/CONSERVATI			
	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04
SRP.1	10	20	0	20
SRP.2	16	0	0	11
SRP.3.1	0	0	16	16
SRP.3.2	9	12	10	9

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

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 nuova classificazione dei livelli previsti dal DPCM sui nuovi 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.

Tabella 18. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

AREA SALUTE MENTALE											
TIPOLOGIA STRUTTURA		RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	Livello Intensità Assistenziale DPCM del 12.01.2017	P.L. REGIONALI ATTUALI				
							ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE
SALUTE MENTALE	SRP1	DCA 10/2016		€ 198,00	€ 198,00	art 33 comma 2 let a	20	74	84	26	204
	SRP2			€ 157,00	€ 157,00	art 33 comma 2 let b	26	88	132	0	246
	SRP3.1		€ 76,80	€ 51,20	€ 128,00	art 33 comma 2 let c	0	40	0	46	86
	SRP3.2		€ 59,40	€ 39,60	€ 99,00	art 33 comma 2 let c	0	0	6	0	6

4.4.1 Disturbi del Comportamento Alimentare

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 ha definito: i bisogni da soddisfare, la tipologia di struttura, le modalità di accesso, l'articolazione dell'offerta/la durata di degenza, gli standard di struttura e di personale e le tariffe. Le schede di autorizzazione e accreditamento delle suddette tipologie di struttura sono state elaborate da un gruppo di lavoro coordinato dalla ASR e sono in corso di approvazione da parte della giunta regionale.

Tabella 19. Offerta attuale PL accreditati.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE CENTRI DIURNI ETA' EVOLUTIVA	0	0	0	0	0
DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE CENTRI DIURNI ETA' ADULTA	0	0	0	0	0
DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE NUCLEI RESIDENZIALI ETA' EVOLUTIVA/ADULTA	0	0	0	0	0
TOTALI DCA	0	0	0	0	0

La tabella che segue delinea la rete di offerta regionale che si configurerà al positivo esito dell'implementazione dell'offerta pubblica e dei processi di riconversione di cui alla DGR 129/2017 e successivi provvedimenti attuativi.

Tabella 20. Offerta programmata a seguito della riconversione.

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE (DGR n.129/2017) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 02 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 03 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 04 POSTI LETTO PROGRAMMATI	TOTALE POSTI LETTO PROGRAMMATI
DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE CENTRI DIURNI ETA' EVOLUTIVA	0	10	0	0	10
DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE CENTRI DIURNI ETA' ADULTA	0	15	0	0	15
DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE NUCLEI RESIDENZIALI ETA' EVOLUTIVA/ADULTA	0	20	0	0	20
TOTALI DCA	0	45	0	0	45

Nella tabella successiva si rappresenta la verifica dell'offerta programmata per tipologia di assistenza/livelli di intensità assistenziale

Tabella 21. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)											
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	Livello Intensità Assistenziale DPCM del 12.01.2017	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI					
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE	
RESIDENZE DCA											
DCA	NUCLEI RESIDENZIALI DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE ETA'EVOLUTIVA/ADULTA			€ 207,01	€ 207,01	art.32 comma 3 let.a-b-c (età evolutiva) art.33 comma 2 let. a e let. b (età adulta)		20			20
	SEMIRESIDENZE DCA										
	DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE CENTRI DIURNI ETA' EVOLUTIVA	DGR 129/2017		€ 103,79	€ 103,79	art.32 comma 4		10			10
CENTRI DIURNI DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE ETA' ADULTA			€ 103,79	€ 103,79	art.33 comma 3		15			15	

4.5 Area Dipendenze Patologiche

Nel determinare il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale dell'Area Dipendenze Patologiche, la regione Abruzzo, con il DCA 52/2012, ha introdotto sei tipologie di strutture eroganti prestazioni terapeutiche e riabilitative: comunità doppia diagnosi, comunità di prima accoglienza, comunità terapeutica-riabilitativa, comunità terapeutica semiresidenziale di tipo A, comunità terapeutica semiresidenziale di tipo B e comunità educativa-assistenziale.

Il DCA 54/2013, ad integrazione dei Manuali di Autorizzazione e di Accreditamento di cui alla DGR 591/P del 2008, ha provveduto a definire, per ciascuna delle sopracitate tipologie di strutture, i requisiti minimi di autorizzazione e di accreditamento.

Con successivo DCA 36/2015 sono state determinate le tariffe in riferimento alle prestazioni erogate dalle tipologie di strutture dell'area assistenziale delle dipendenze patologiche.

Il DCA 87/2015 ha avviato i procedimenti di autorizzazione e accreditamento ai sensi della L.R. 32/2007, stabilendo, a tal fine, che le comunità terapeutiche iscritte all'Albo degli Enti Ausiliari di cui alla L.R. 28/93 operanti in base a rapporti convenzionali con le Aziende ASL, che avevano presentato in tempo utile istanza di autorizzazione definitiva ai sensi dell'art. 11 della citata L.R. potevano, entro 60 giorni dalla pubblicazione del Decreto sul BURA, presentare istanza secondo le tipologie strutturali di cui ai DCA 52/2012 e 54/2013.

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 ASR Abruzzo, con un gruppo di esperti regionali, ha provveduto alla elaborazione di un documento tecnico concernente la "Riorganizzazione Area Dipendenze Patologiche", e ha provveduto ad effettuare una ricognizione delle strutture operanti in Abruzzo nell'area delle Dipendenze Patologiche e, in piena attuazione di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017, 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.

Tabella 22. Offerta attuale PL accreditati.

OFFERTA ATTUALE a seguito DCA 87/2015					
AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI				20	20
COMUNITA' PRIMA ACCOGLIENZA		18	20	10	48
COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA		39	48	20	107
COMUNITA' EDUCATIVA ASSISTENZIALE		15		8	23
COMUNITA' TERAPEUTICA RIAB.SEMIRESIDENZIALE		7	20		27
COMUNITA' PEDAGOGICO RIAB. SEMIRESIDENZIALE					0
TOTALI	0	79	88	58	225

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella 23. Offerta programmata a seguito della riconversione.

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE					
AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 02 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 03 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 04 POSTI LETTO PROGRAMMATI	TOTALE POSTI LETTO PROGRAMMATI
COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI	0	15	0	20	35
COMUNITA' PRIMA ACCOGLIENZA	0	33	20	10	63
COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA	0	39	48	20	107
COMUNITA' EDUCATIVA ASSISTENZIALE	0	15	0	8	23
COMUNITA' TERAPEUTICA RIAB.SEMIRESIDENZIALE	0	7	20	0	27
COMUNITA' PEDAGOGICO RIAB. SEMIRESIDENZIALE	0	0	0	0	0
TOTALI	0	109	88	58	255

Tabella 24. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE										
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	Livello Intensità Assistenziale DPCM del 12.01.2017	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI a seguito della riconversione				
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE
RESIDENZE										
COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI	DCA 36/2015 E NUOVO DOCUMENTO TECNICO TRASMESSO DALLA ASR IN DATA 26.10.2018 (DA DELIBERARE)		€ 120,00	€ 120,00	art.35 comma 2 let a		15		20	35
COMUNITA' PRIMA ACCOGLIENZA			€ 90,00	€ 90,00	art.35 comma 2 let a		33	20	10	63
COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA			€ 75,00	€ 75,00	art.35 comma 2 let b		39	48	20	107
COMUNITA' EDUCATIVA ASSISTENZIALE			€ 40,00	€ 40,00	art.35 comma 2 let c		15		8	23
SEMIRESIDENZE										
COMUNITA' TERAPEUTICA RIAB.SEMIRESIDENZIALE	DCA 36/2015 E NUOVO DOCUMENTO TECNICO TRASMESSO DALLA ASR IN DATA 26.10.2018 (DA DELIBERARE)		€ 40,00	€ 40,00	art.35 comma 4 let a		7	20		27
COMUNITA' PEDAGOGICO RIAB. SEMIRESIDENZIALE			€ 30,00	€ 30,00	art.35 comma 4 let b					0

4.6 Area Cure Palliative-Hospice

Gli standard qualitativi e quantitativi per l'assistenza palliativa sono indicati nel PSR 2008-2010. Il DCA n.51 del 11 ottobre 2012 ha approvato le "Linee guida regionali per il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio". I requisiti di autorizzazione e accreditamento dell'Hospice sono delineati nella DGR 591/P del 2008 e nel DCA n.66 del 2013.

Tabella 25. Offerta attuale PL accreditati.

OFFERTA ATTUALE HOSPICE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 02 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 03 POSTI LETTO ACCREDITATI	ASL 04 POSTI LETTO ACCREDITATI	TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI
HOSPICE	22	30	10	10	72
TOTALI	22	30	10	10	72

Fonte dati: Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella 26. Offerta programmata a seguito della riconversione.

OFFERTA ALL'ESITO DELLA RICONVERSIONE HOSPICE					
TIPOLOGIE DI STRUTTURA	ASL 01 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 02 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 03 POSTI LETTO PROGRAMMATI	ASL 04 POSTI LETTO PROGRAMMATI	TOTALE POSTI LETTO PROGRAMMATI
HOSPICE	22	30	10	10	72
TOTALI	22	30	10	10	72

Tabella 27. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

HOSPICE										
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	Livello Intensità Assistenziale DPCM del 12.01.2017	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI a seguito della riconversione				
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE
HOSPICE	PSR 2008/2010(pag.264) DGR 591/P (autorizzazione) DCA 66/2013(accreditamento) DCA 51/2012(tariffa)		€ 309,00	€ 309,00	art.31	22	30	10	10	72

4.7 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.

Tabella 28. Offerta attuale PL accreditati.

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 per la Salute e il Welfare

Tabella 29. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale.

HIV										
TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI TARIFE VIGENTI	TARIFFA Q.S.	TARIFFA SSR	TOTALE TARIFFA	Livello Intensità Assistenziale DPCM del 12.01.2017	P.L. REGIONALI PROGRAMMATI a seguito della riconversione				
						ASL01	ASL02	ASL03	ASL04	TOTALE REGIONALE
CASA ALLOGGIO	DOCUMENTO TECNICO TRASMESSO DALLA ASR IN DATA 07.08.2017 (DA DELIBERARE)		€ 113,73	€ 113,73	art.57			10		

4.8 Definizione nuovo fabbisogno della rete territoriale

L'obiettivo di stimare l'adeguatezza e la conformità dell'attuale offerta residenziale e semiresidenziale territoriale, con particolare attenzione al miglioramento dell'assistenza di anziani e di soggetti portatori di disabilità e, al tempo stesso, perseguire l'allineamento rispetto alle osservazioni del Tavolo Tecnico

Ministeriale, ha condotto ad una analisi più dettagliata per valutare le condizioni di un possibile incremento del fabbisogno di posti letto autorizzabili ed accreditabili dedicati.

Di seguito si illustra il percorso metodologico con le relative tecniche di calcolo, distinte per setting di assistenza.

4.8.1 Area anziani non autosufficienti

Nel percorso metodologico viene considerata, come base di partenza, la popolazione della Regione Abruzzo al 1° gennaio 2019 e la relativa frazione con età superiore a 65 anni, che ammonta a 312.464 individui.

L'analisi condotta secondo indirizzi nazionali (Documento a cura della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento del LEA) del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali considera che le condizioni di accesso alle strutture sanitarie possono essere influenzate da molteplici fattori, tra cui i parametri del grado di solitudine e la condizione economica particolarmente disagiata, che rappresentano due importanti determinanti.

Applicando specifici standard (Rapporto "Salute ed Invecchiamento attivo nella Regione Abruzzo – Indagine 2012" a cura di Epicentro ISS), il target nell'ambito della popolazione anziana di riferimento risulta pari a 7.999 persone.

Emerge (Rapporto ISTAT anno 2015, "Anziani: Le condizioni di salute in Italia e nell'unione europea") che circa il 58.10% della popolazione anziana presenta condizione di *necessità particolari di aiuto*, anche per le attività quotidiane, e che la percentuale di *aiuto non soddisfatto* è pari al 67,5%.

Contestualizzando tali parametri alle informazioni sulla popolazione anziana abruzzese assistibile, si stima un valore di fabbisogno di posti letto autorizzabili e accreditabili pari al 10,04 per mille, in linea al valore di riferimento indicato dal Tavolo Tecnico Ministeriale, pari ad almeno il 9,80 per mille, a fronte di una offerta attuale quantificata al 5,70 per mille.

Ne consegue, nell'area anziani, sulla base dei parametri sopra indicati e distinti per provincia e per setting di assistenza, la stima di un nuovo fabbisogno autorizzabile ed accreditabile, rispetto all'offerta attuale, con un delta di posti letto di seguito riportato.

NUOVO FABBISOGNO

tipologia	AQ		TE		PE		CH		TOT		DELTA
	attuale	programm.	attuale	programm.	attuale	programm.	attuale	programm.	attuale	programm.	
RP anziani	125	181	575	464	103	175	337	706	1.140	1.525	385
RSA anziani	347	502	261	211	222	377	85	178	915	1.268	353
RSA demenze	27	39	50	40	114	194	34	71	225	344	119
TOT	499	722	886	715	439	745	456	955	2.280	3.137	857

A margine dell'analisi effettuata, si è proceduto all'impiego di un'ulteriore metodologia per una verifica incrociata, ovvero la valutazione delle giornate complessive di assistenza erogate, secondo i dati risultanti dalla modellistica STS 24, Quadro G, per l'anno 2018.

Tale calcolo conferma l'opportunità di acquisire come parametro di riferimento la stima di fabbisogno autorizzabile ed accreditabile, desumibile dalla percentuale calcolata del 10,04 per mille abitanti anziani ultrasessantacinquenni, precedentemente illustrato ed in linea con le osservazioni del Tavolo Tecnico Ministeriale.

4.8.2 Area disabilità

In relazione alla notevole complessità ed eterogeneità del fenomeno della disabilità, condizionata da molteplici fattori di natura sanitaria, sociale e di distribuzione geografica, risulta difficile reperire a livello nazionale standard univoci di riferimento.

In tal senso, i dati indicati dal PSR della Regione Abruzzo 2008-2010 delineano un quadro di riferimento attendibile, con lo standard dello 0,92 per mille, assunto come base di calcolo con l'obiettivo programmatico di implementare e riqualificare una efficace rete di offerta sanitaria per l'area disabilità.

Applicando tale indice alla popolazione della Regione Abruzzo al 1° gennaio 2019, emerge che il fabbisogno autorizzabile ed accreditabile per disabilità è stimato in 1.207 posti letto, a fronte di una situazione attuale quantificata in 982 posti.

Considerando poi che, dalle informazioni statistiche derivanti dall'analisi della popolazione tra gli anni 2008 e 2019, emerge sì un decremento della popolazione complessiva, pari a 12.807 unità, ma risulta altresì un notevole incremento della popolazione anziana di 30.601 soggetti, pari al +10,86%. Da ciò deriva che il calcolo precedentemente realizzato risulterebbe attendibile anche in funzione di una maggiore incidenza di patologie invalidanti per classi popolazioni con età superiore a 65 anni e, dunque, di una maggiore necessità di assistenza di residenzialità per disabili, intesa in termini complessivi.

Quanto precedentemente descritto, viene rappresentato nella tabella sottostante.

NUOVO FABBISOGNO

Posti letto per disabilità			
<i>Setting</i>	<i>Ricognizione attuale</i>	<i>Stima PL</i>	<i>Delta</i>
RSA disabili	273	335	62
RP disabili	282	347	65
USAP	62	76	14
Semires. Disabili	365	449	84
TOTALE	982	1.207	225

5. Riabilitazione territoriale

L'offerta regionale di strutture private accreditate contrattualizzate per la riabilitazione ambulatoriale viene riportata nelle tabelle sottostanti.

Tabella 30. Ambulatori di Riabilitazione (Stabilimento di Fisiocinesi Terapia). Offerta regionale attiva al 2019.

ASL	STRUTTURA
ASL01	S.LUCIA FKT di Ortucchio(AQ)
	Centro di Diagnostica Radiologica e Terapia Fisica Dr. T. SCIUBA s.r.l.di Sulmona
	"Istituto di Fisiokinesiterapia s.a.s Vivio " di L'Aquila (cambio ragione sociale in PHYSIOLAB SRL come da nota dell'amministratore del 25.10.16)
	CEN.FIS - Centro Fisiocinesiterapico Aquilano s.r.l. di L'Aquila
	Medical Marsicano s.r.l." Capistrello (AQ)
	CENTRO DI CURA SALUS SRL L'AQUILA
ASL02	Centro Fisiocinesiterapico " Gloria s.r.l." Avezzano (voltura in favore di Althea)
	Centro di Fisiokinesiterapia Dr. De Luca Fabio di Carsoli (AQ)
	Centro di Fisioterapia " S. Francesco " Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus di Vasto
ASL03	Poliambulatorio San Giuseppe - FKT" CH
	" Villa Romina s.r.l." FKT di Paglieta (CH)
	BLUE srl di Pescara
	Studio di terapia Fisica Dr. Colarossi Roberto di Pescara
	CO.PAN s.a.s. di Montesilvano
	Istituto Don Orione Provincia Religiosa SS.Apostoli Pietro e Paolo ONLUS di Pescara
	Centro Fisiocinesiterapico " Fisioter s.a.s." di Montesilvano
	Centro Fisiocinesiterapico "Dr.ssa Masci Giovanna & C. s.a.s." PE
	STATIC di Pescara s.r.l. PE:
	1) ambulatorio di specialistica medica 2) diagnostica per immagini 3) riabilitazione stabilimeti fisiocinesiterapia
LIFE CARE (FUSIONE PER INCORPORAZIONE STATIC)	
ASL04	Dr.ssa Vuza Maria e C. s.a.s. di Pescara
	Radiosanit s.r.l. di Teramo

Fonte dati: DGR 367/201

Tabella 31. Centri Ambulatoriali di Riabilitazione (ex art.26 L.833/78). Offerta regionale attiva al 2019.

RIABILITAZIONE EX ART.26 - STRUTTURE CONTRATTUALIZZATE	
STRUTTURA	
ANESIS srl di Avezzano	
CASA DI CURA SAN RAFFAELE - Centro BIER di fisioterapia e Riabilitazione di Sulmona (AQ)	
Centro MEDISALUS SRL Lecce dei Marsi (AQ)	
Centro Fisioterapico Riabilitativo MEDICAL MARSICANO s.r.l. Capistrello (AQ)	
Centro di riabilitazione " SANEX s.r.l." Campi (TE)	
Centro di Rab. Neuromotoria " WELLNESS s.r.l." Montorio al Vomano (TE)	
Istituto DON ORIONE provincia religiosa SS Apostoli Pietro e Paolo PE (Via aaterno, 176)	
CASA DI CURA NOVA SALUS - Centro Privato di Riabilitazione Residenziale Estensiva "Nova Salus s.r.l." Trasacco (AQ)	
Fondazione ANFASS onlus Loc. S. Atto (TE)	
CENTRO DI RIABILITAZIONE POLIVALENTE PRIMAVERA con sede a Pineto (TE)	
Il Piccolo Principe con sede a Pescara	
Fondazione Istituto S. CATERINA Francavilla al Mare(CH)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA SAN SALVO	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA PESCARA Via Benedetto Croce.116/122(PIAZZA GARIBALDI)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA ROSETO DEGLI ABRUZZI(TE)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA CASTEL DI SANGRO(AQ) VIA PORTA NAPOLI SNC)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA VILLA SANTA MARIA (CH)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA SANT'EGIDIO ALLA VIBRATA(TE)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA L'AQUILA	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA MONTESILVANO(PE)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA CHIETI V.le Europa (TRASF.IN VIA GRAN SASSO)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA CHIETI SCALO V.le Abruzzo	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA CASALBORDINO(CH)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA VASTO(CH)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA ATRI(TE)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA ALBA ADRIATICA (TE)	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA TERAMO	
CONSORZIO SAN STEF.AR ABRUZZO COOP.SOC. SPA LANCIANO(CH) in Via Parma 11	
FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS	
FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS - CENTRO DI RIABILITAZIONE S.FRANCESCO VASTO (CH) Via Platone, 52	
FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS - CENTRO DI RIABILITAZIONE S.FRANCESCO VASTO (CH) V.le Dalmazia	
FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS CENTRO DI RIABILITAZIONE S.FRANCESCO GISSI (CH)	
FONDAZIONE PAPA PAOLO VI ONLUS	
FONDAZIONE PAPA PAOLO VI ONLUS - Centro di Riabilitazione "Centro San Massimo" PENNE (PE)	
FONDAZIONE PAPA PAOLO VI ONLUS - Centro di Riabilitazione "Centro Adriatico" PESCARA VIALE PAPA GIOVANNI XXIII	
FONDAZIONE PAPA PAOLO VI ONLUS - Centro di Riabilitazione "Centro Tabor" PESCARA VIA TAVO	
FONDAZIONE PAPA PAOLO VI ONLUS - Centro "S. Clemente" CASTIGLIONE A CASAURIA(PE)	
FONDAZIONE PAPA PAOLO VI ONLUS - Centro di Riabilitazione "Centro S. Agostino" Fondazione Paolo Vi onlus CHIETI	
FONDAZIONE PICCOLA OPERA CHARITAS	
FONDAZIONE PICCOLA OPERA CHARITAS - GIULIANOVA(TE)	
SAN ROCCO SRL	
Centro medico Sociale di riabilitazione "SAN ROCCO s.r.l." CASOLI(CH)	
Centro medico Sociale di riabilitazione "SAN ROCCO s.r.l." ATESSA(CH)	

6. Ospedale di Comunità

Nella regione Abruzzo l'avvio del modello organizzativo degli Ospedali di Comunità (O.d.C.) ha visto l'attivazione, nel corso degli anni, di strutture sanitarie intermedie, individuate preliminarmente nei presidi di:

- Gissi
- Casoli
- Pescara
- Tagliacozzo
- Guardiagrele

Figura 1. Ospedali di Comunità della regione Abruzzo



Al fine di garantire una equilibrata distribuzione sul territorio, nella fase a regime si prevede che ogni Azienda Sanitaria debba sviluppare nel proprio ambito territoriale il modello assistenziale dell'Ospedale di Comunità sulla base di proposte, sottoposte ad approvazione della Giunta regionale, nel rispetto dei requisiti definiti nel presente atto di indirizzo.

7. Azioni di miglioramento e cronoprogramma

7.1 Livelli di Intensità assistenziale secondo DPCM sui nuovi LEA

La valutazione di integrare il Documento della rete territoriale della regione Abruzzo, sulla base degli indirizzi ministeriali, con la programmazione dell'offerta per le 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 Leggi 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 programmatorio delineato per la rete territoriale, alcune misure di adeguamento riferite ad alcune 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.

Nella tabella seguente vengono riassunti gli interventi di adeguamento riscontrati nell'ambito della residenzialità e semiresidenzialità nella Regione Abruzzo, rispetto alle indicazioni del DPCM 12/01/2017, distinti per setting assistenziale.

RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' IN ABRUZZO RISPETTO AI NUOVI LEA						
AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI						
	TIPOLOGIA STRUTTURA	RIFERIMENTI NORMATIVI	TARIFFA SSR	PSR 2008-2010 (Tabelle Sinottiche)	NUOVI LEA	INTERVENTI
RSA ANZIANI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 3 FASCIA (intensiva ed estensiva)	DCA 105/2014 DCA 13/2015 DCA 93/2016	€ 104,69	DURATA: senza limite predefinito, ma sottoposti a rivalutazione, da parte dell'UVM, ogni 90 giorni.	Art.30 comma 1 lett. a: Trattamenti estensivi con durata di norma non superiore a 60 giorni/Art.29 (intensiva): No durata massima	DISTINGUERE L'ESTENSIVA (ART.30) CON UNA DURATA DI NORMA NON SUPERIORE A 60 GG DALL'INTENSIVA (ART.29) SENZA DURATA MAX NEI LEA
RSA DEMENZE	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DEMENZE (estensiva)	DCA 34/2016	€ 115,00	DURATA: fase centrale della malattia con periodica rivalutazione da parte dell'UVM	Art.30 comma 1 lett. a: Trattamenti estensivi (Durata di norma non superiore a 60 giorni)	MODIFICA DURATA
SEMIRESIDENZE DEMENZE	SEMIRESIDENZE DEMENZE (estensiva)	DCA 34/2016	€ 45,00	Tariffa tutta a carico SSR	Art.30 comma 3 e 4. Tariffa LEA: 50% SSN	MODIFICA QUOTA TARIFFARIA
AREA DISABILITA' E RIABILITAZIONE						
RIABILITAZIONE	RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA FASCIA A	DGR 671/2002	€ 327,12	DURATA: di norma fino a 90 gg	Art.34 comma 1 lett.a: durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni a meno che la rivalutazione UVM non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo	MODIFICA DURATA-LA FASCIA A E LA FASCIA B SONO DEFINITE NELLA DGR 671/2002 (LA FASCIA A E LA FASCIA B DIPENDONO DAL PAI)
	RESIDENZE DI RIABILITAZIONE INTENSIVA FASCIA B		€ 208,08			
	RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA DISABILE GRAVE	DCA 19/2015	€ 144,48	DURATA: di norma fino a 240 gg	Art.34 comma 1 lett.b: durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni a meno che la rivalutazione UVM non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo	MODIFICA DURATA
	RESIDENZE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA DISABILE MEDIO GRAVE	DCA 19/2015	€ 111,14	DURATA: di norma fino a 240 gg	Art.34 comma 1 lett.b: durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni a meno che la rivalutazione UVM non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo	MODIFICA DURATA
DISTURBI NEUROPSIC. IN ETA' EVOLUTIVA	RESIDENZE DISTURBI COMPORTAMENTO O PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROPSICHIATRICO IN ETA' EVOLUTIVA	DCA 37/2015	€ 260,00	DURATA: senza limite predefinito, ma condizionato al PRI	Art.32 comma 3 lett.a-b-c: i trattamenti ad alta intensità di cui alla lett.a) hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili; i trattamenti a media intensità di cui alla lett.b) hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili	MODIFICA DURATA
MINORAZIONI PLURISENSORIALI	RESIDENZE MINORAZIONI PLURISENSORIALI ETA' EVOLUTIVA		€ 280,00	DURATA: senza limite predefinito, ma condizionato al PRI	Art.34 comma 1 lett.a-b: durata dei trattamenti di cui alla lett.a) non supera, di norma, i 45 giorni a meno che la rivalutazione UVM non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo; durata dei trattamenti di cui alla lett.b) non supera, di norma, i 60 giorni a meno che la rivalutazione UVM non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo	MODIFICA DURATA
HIV						
HIV	CASA ALLOGGIO	DOCUMENTO TECNICO TRASMESSO DALLA ASR IN DATA 07.08.2017 (DA DELIBERARE)	€ 113,73	NELLA SCHEDA SINOTTICA del DT del 07/08/2017: MAX 36 mesi prorogabili per altri 12, previa autorizzazione UVM	art.57: Persone con infezione da HIV/AIDS non è specificata durata massima	MODIFICA DURATA

Sulla base di quanto premesso, la Regione Abruzzo provvederà ad istituire, nei 90 giorni successivi all'approvazione del presente documento, un gruppo regionale di lavoro caratterizzato da specifiche competenze professionali ed expertise al fine di procedere, entro i successivi sei mesi, alla completa revisione delle tabelle sinottiche, allegate alla L.R. n.5/2008, oggetto di criticità, prevedendo altresì un percorso dell'iter legislativo dalla presumibile durata di un anno.

7.2 Cronoprogramma delle azioni programmate della Rete Territoriale

Una fase significativa del processo di programmazione e conseguente pianificazione è rappresentata dal controllo strategico, necessario alla verifica se realmente, in fase di esecuzione, gli obiettivi stabiliti siano coerenti con l'evoluzione della qualità assistenziale e alla valutazione a consuntivo della messa a confronto tra il risultato ottenuto con quanto preventivato in fase decisionale.

Il monitoraggio costante del piano della rete territoriale consente di analizzare le scelte operative e le scelte strategiche con l'obiettivo di verificare la validità delle strategie poste in essere dal management aziendale in rapporto ai possibili cambiamenti delle condizioni ipotizzate.

Di seguito si rappresenta una tabella sinottica che indica per singola area della rete territoriale gli obiettivi, gli interventi ed il cronoprogramma d'azione.

AMBITO	OBIETTIVO GENERALE	AZIONI/INTERVENTI	CRONOPROGRAMMA
Ruolo del Distretto	Consolidare il ruolo centrale di governo del distretto, attraverso la definizione di un modello omogeneo per la predisposizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT), previsto dall'art. 3-quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e del sistema di budgeting.	Attività di monitoraggio rivolta alle ASL relativamente alle azioni di implementazione del Programma delle Attività Territoriali (PAT) e del sistema di budgeting (Allegati 1 e 2).	Entro 12 mesi dalla approvazione e trasmissione del presente documento alle ASL.
Cure primarie	Attuare le indicazioni uniformi regionali, per le forme associative delle cure primarie tra cui l'attivazione ed il funzionamento delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) consentendo lo sviluppo di tali modelli organizzativi in modo omogeneo.	Realizzazione delle nuove forme associative complesse e dei modelli sperimentali di medicina di iniziativa.	Attivazione di 1/3 delle UCCP e AFT programmate entro il I semestre, a decorrere dalla data di sottoscrizione dell'AIR. Attivazione di 2/3 delle UCCP e AFT programmate entro il II semestre, a decorrere dalla data di sottoscrizione dell'AIR. Completamento dell'attivazione delle UCCP e AFT programmate entro il III semestre, a decorrere dalla data di sottoscrizione dell'AIR. Attivazione del modello assistenziale dell'Infermiere di famiglia/comunità entro il 30.06.2021.

AMBITO	OBIETTIVO GENERALE	AZIONI/INTERVENTI	CRONOPROGRAMMA
Residenzialità e semiresidenzialità. Classificazione delle strutture per intensità assistenziale	Adeguamento del fabbisogno regionale di residenzialità e semiresidenzialità in rapporto al criterio dell'intensità assistenziale e della durata dei trattamenti, in attuazione delle previsioni di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12/01/2017.	Istruttoria e iter legislativo di modifica delle tabelle sinottiche definite nel PSR 2008 -2010 (L.R. 5/2008). Ridefinizione della quota di ripartizione delle tariffe tra fondo sociale e fondo sanitario e eventuale rivalutazione.	Completamento dell'attività di istruttoria del gruppo regionale di lavoro e predisposizione dei requisiti delle strutture per intensità assistenziale entro il 31/12/2020.
			Conclusioni dell'iter legislativo entro il 31/12/2021.
		Verifica dei piani di adeguamento delle strutture pubbliche e private, all'esito della approvazione dei nuovi requisiti.	Da concludersi entro un anno dalla conclusione dell'iter legislativo.
Ospedale di Comunità	Applicazione delle indicazioni regionali, per gli Ospedali di Comunità consentendo lo sviluppo di tale modello organizzativo in modo omogeneo presso le AA.SS.LL. regionali.	Adeguamento degli standard degli Ospedali di Comunità operanti ed eventuale individuazione di nuove strutture.	Provvedimenti programmatori delle Aziende Sanitarie entro il 2020.
Cure Domiciliari	Attuazione: -Procedure e requisiti per ricondurre il sistema delle cure domiciliari nell'ambito di quanto previsto dall'art. 8 bis del D.Lgs. n.502/1992 e smi. -Criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale ai sensi degli art.22 e 23 DPCM 12/01/2017. -Fabbisogno assistenziale di cure domiciliari per la Regione Abruzzo.	Adeguare e valorizzare le risorse necessarie per il trattamento dei soggetti assistiti in cure domiciliari, sulla base dei diversi profili di cura e secondo le indicazioni regionali. Adozione delle procedure per ricondurre il sistema delle cure domiciliari a quanto previsto dall'art. 8 bis e seguenti del D.Lgs. n.502/1992 e smi.	Conclusioni dell'iter amministrativo entro il 31/12/2021.
Riabilitazione territoriale	Adeguamento degli standard di riabilitazione territoriale in rapporto alla tipologia del paziente complesso e del paziente semplice.	Modifica delle tabelle sinottiche definite nel PSR 2008 -2010 (L.R. 5/2008), ridefinizione della tipologia di pazienti ed eventuale rivalutazione delle tariffe.	Completamento dell'attività di istruttoria del gruppo regionale di lavoro e predisposizione dei requisiti delle strutture per intensità assistenziale entro il 31/12/2020
			Conclusioni dell'iter legislativo entro il 31/12/2021.
		Verifica dei piani di adeguamento delle strutture pubbliche e private, all'esito dell'approvazione dei nuovi requisiti.	Da concludersi entro un anno dalla conclusione dell'iter legislativo.

AMBITO	OBIETTIVO GENERALE	AZIONI/INTERVENTI	CRONOPROGRAMMA
Medicina Penitenziaria	Garanzia dei bisogni di salute delle persone adulte e dei minori sottoposti a provvedimento penale tramite appropriata ed efficace <i>governance aziendale</i> .	Adeguamento degli Atti Aziendali con possibilità prioritaria che la struttura organizzativa denominata Unità Operativa di Medicina Penitenziaria sia inserita tra gli organi di STAFF della Direzione Generale di ogni ASL.	Entro 30.06.2021
Ambulatorio Infermieristico	Disciplina specifica dei requisiti dell'ambulatorio infermieristico, come modello di erogazione di servizi per implementare la medicina di iniziativa e la continuità assistenziale, in coerenza con le indicazioni della Legge n. 189/2012 e del Patto della Salute 2014-2016.	Elaborazione ed approvazione di specifici documenti programmatici finalizzati a regolamentare gli ambulatori infermieristici per pazienti fragili e ambulatori infermieristici specialistici per alcune tipologie assistenziali.	Entro 30.06.2021
Medicina di genere	Coordinamento per la diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie nell'ambito della prevenzione, della diagnosi e della cura.	Individuazione e nomina di un Referente Regionale in medicina di genere e istituzione di un Gruppo Tecnico di lavoro per la pianificazione delle attività di diffusione della medicina di genere.	Entro il 30.06.2020
		Definizione di linee di indirizzo e obiettivi strategici per le Direzioni generali.	Entro 31.12.2020
		Individuazione dei percorsi integrati di assistenza che tengano conto delle differenze di sesso e genere.	Entro il 30.06.2021
		Predisporre e implementare PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti.	Entro il 30.06.2021
		Promuovere programmi di screening e loro monitoraggio in un'ottica di genere.	Entro il 31.12.2021
		Realizzazione di politiche sanitarie per la prevenzione e il contrasto di fattori legati agli stili di vita in un'ottica di genere.	Entro il 31.12.2021

AMBITO	OBIETTIVO GENERALE	AZIONI/INTERVENTI	CRONOPROGRAMMA
Il sistema informativo a supporto delle funzioni distrettuali	Governo unitario dei debiti informativi delle Aziende e delle Strutture nei confronti del livello regionale. Implementazione di un corretto e tempestivo invio dei dati al sistema NSIS quale obbligo informativo a carico delle Aziende Sanitarie e delle strutture Private accreditate.	Organizzazione nel Distretto di un sistema informativo con le seguenti caratteristiche: 1. Accesso mirato al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali.	Entro sei mesi dalla notifica della deliberazione di approvazione del presente documento.
		2. Dialogo informatizzato con le altre strutture del SSR per una gestione attiva in tempo reale.	Entro dodici mesi dalla notifica della deliberazione di approvazione del presente documento.

8. Analisi delle risorse

La regione Abruzzo effettua la programmazione della rete territoriale, per il periodo considerato, in linea con il livello di finanziamento del SSN.

Ne consegue che la previsione delle risorse economiche rappresenta il limite teorico massimo delle risorse correnti destinabile allo scopo, anche se, previo nulla osta dei Ministeri affiancanti, i valori di spesa verranno definiti in dettaglio rispetto a quanto programmato, nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico – finanziario, in sede di valutazione del Programma Operativo 2019-2021.

Il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 ha ribadito *“la programmazione triennale del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, cui concorre lo Stato per il triennio 2019-2021, in 114.474.000.000 euro per l'anno 2019, 116.474.000.000 euro per l'anno 2020 e in 117.974.000.000 euro per l'anno 2021, come previsto dall'articolo 1, comma 514, della legge 30 dicembre 2018, n. 145”*.

In sede di Conferenza Stato – Regioni, in materia di riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, per l'anno 2019 è stata definita la quota concernente l'Abruzzo, rappresentata nella tabella A. Nella tabella B viene stimata la quota di FSR assegnata alla regione per le annualità 2020 e 2021.

Tabella A		Tabella B			
Quote di ripartizione FSN 2019		Stima FSR 2020-2021			
Voce	Importo	% incremento FSR	2018-2019	2017-2018	Media incrementi
Fondo post mobilità'	2.355.027.878			0,37%	0,78%
Fondo vincolato	21.424.509	Stima 2020	2.390.068.728		
Totale FSR 2019	2.376.452.387	Stima 2021			2.403.763.086

La valutazione di impatto economico della rete dell'assistenza territoriale ha richiesto un approccio empirico che valutasse l'influenza delle determinanti di seguito indicate, con l'obiettivo di pervenire ad una stima di massima di impatto/fattibilità della nuova rete di assistenza territoriale:

- Costi contabilizzati da modelli di conto economico per l'anno 2018 (c.d. spesa storica);

- b) Ripartizione dei costi per livello di assistenza (come da modello LA per l'anno 2018);
- c) Tetti di spesa per l'assistenza territoriale in convenzione con operatori privati accreditati e contrattualizzati.

In relazione all'analisi del primo punto, la valutazione dei costi da modelli CE per gli anni 2017 e 2018 ha evidenziato uno scostamento su una parte delle voci imputabili all'assistenza territoriale che, se complessivamente considerate, ammontano ad un valore di circa 65.413 €/000, pari a circa il 9,56% dei corrispondenti costi riferiti al 2017.

In relazione al punto di cui alla lettera b), visto che il modello LA fornisce delle percentuali di ripartizione di tutti i costi riferiti al Sistema Sanitario Regionale abruzzese, come rilevati per natura, a ciascun livello di assistenza (ovvero: collettiva pari al 3,7%, distrettuale/territoriale pari al 49,4% ed ospedaliera pari al 46,9%), la corrispondente percentuale di costi territoriali è stata impiegata quale possibile criterio di attribuzione dei costi al territorio.

Il saggio di variazione in termini assoluti dei costi inerenti alla nuova rete territoriale presenta una stima teorica valutabile in circa 53.444 €/000, pari a circa il 3,62% dei costi rilevati per il 2018.

Come indicato precedentemente, la valutazione dei costi da modelli CE per gli anni 2017-2018 ha evidenziato un incremento, da un anno all'altro, di circa il 9,6% dei costi direttamente imputabili all'assistenza territoriale, rispetto alla previsione teorica di incremento del 3,62% dei costi della nuova rete, che risulterebbe compatibile, dunque, con una migliore allocazione dell'offerta sanitaria secondo le quote di ripartizione definite dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, bilanciata dalla necessità di un equilibrio generale della spesa sanitaria regionale.

Nel settore della quota parte riservata ai privati, nel rispetto delle risorse messe a disposizione per il potenziamento del sistema di assistenza territoriale convenzionata, si ipotizza la conferma dei tetti di spesa, come determinati dalla normativa regionale attualmente in vigore:

DGR 348/2019	
Ex art. 26	61.469.140,28
Psico	16.130.160,75
RA	12.716.491,05
RSA	16.945.766,13
TOTALE	107.261.558,21
DGR 367/2019	
Specialistica	24.144.092,00
DGR 450/2019	
Laboratori	5.142.850,00
TOTALE	29.286.942,00
TOTALE GENERALE	136.548.500,21

La valutazione dell'impatto della nuova offerta territoriale per le aree assistenziali anziani e disabili, conduce ad una previsione che la medesima, a conclusione dei processi in corso di riconversione assistenziale già inclusi nella dotazione del fabbisogno regionale, debba essere realizzata gradualmente, secondo un cronoprogramma che preveda un'ipotesi di incremento annuo di circa il 10% dei posti complessivi autorizzabili ed accreditabili, per entrambi i setting assistenziali.

In tal senso, sono prese in considerazione le seguenti componenti:

- una media delle tariffe previste per ciascun setting, in relazione ai diversi livelli di severità/gravità delle patologie prese in carico;
- un'occupazione media all'85% dei posti letto complessivamente offerti.

I risultati delle valutazioni economiche sono di seguito rappresentati per ciascun setting di offerta:

<i>Setting</i>	<i>Variazione complessiva</i>	<i>Variazione annua</i>	<i>Tariffa media</i>	<i>Costo a tendere</i>
RP anziani	385	39	35,38	422.895
RSA anziani	353	35	62,42	682.758
RSA demenze	119	12	73,07	270.160
TOTALE	857	86		1.375.813
Stima incremento PL disabilità				
<i>Setting</i>	<i>Variazione complessiva</i>	<i>Variazione annua</i>	<i>Tariffa media</i>	<i>Costo a tendere</i>
RSA disabili	62	6	57,28	110.989
RP disabili	65	6	48,29	96.654
USAP	14	1	205,00	90.211
Semires. Disabili	84	8	54,29	140.646
TOTALE	225	22		438.500

Il costo complessivo su base annua, derivante dalla realizzazione del cronoprogramma di potenziamento dell'area assistenziale per anziani e per la disabilità, ammonta a circa 1.814 €/000 per anno.

Con l'obiettivo di agevolare le fasi di avvio della nuova offerta di posti letto, è possibile ipotizzare, per i primi anni di messa in esercizio, la possibilità di attingere risorse nell'ambito dei tetti di spesa, contrattualizzati per ciascuna tipologia di assistenza territoriale ma non interamente utilizzati da parte delle strutture private accreditate.

Il volume di risorse disponibili non utilizzate per l'anno 2018 ammonta a circa 3.893 €/000 e, pertanto, in considerazione delle risorse disponibili e del cronoprogramma ipotizzato, si può prevedere, a risorse invariate, la possibilità di realizzare una copertura dei maggiori costi derivanti dall'avvio del potenziamento della rete di offerta per anziani e disabili, per un periodo considerato di due annualità, come rappresentato nell'analisi di dettaglio:

<i>Cronoprogramma</i>	<i>PL anziani</i>	<i>Importo</i>	<i>Risorse disp.</i>	<i>Delta</i>
Anno 1	86	1.375.813	2.951.727	1.575.914
Anno 2	171	2.751.626	1.575.914	- 1.175.712
<i>Cronoprogramma</i>	<i>PL disabilità</i>	<i>Importo</i>	<i>Risorse disp.</i>	<i>Delta</i>
Anno 1	22	438.500	940.775	502.276
Anno 2	45	876.999	502.276	- 374.723

8.1 Fabbisogno di personale

L'obiettivo di adeguare la dotazione di personale nell'area territoriale rende necessario prevedere nuovi modelli organizzativo-gestionali, fermo restando il rispetto dei vincoli di spesa previsti.

Le disposizioni nazionali emanate in materia (D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, così come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n.75; Legge n. 208/2015, c.d. Legge di stabilità 2016) prevedono, per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, l'adozione del piano triennale dei fabbisogni di personale.

In tale contesto normativo, la regione ha individuato la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del servizio sanitario regionale, in modo che il PTFP (Piano Triennale di Fabbisogno di Personale), approvato con D.G.R. n. 37/2019, si sviluppi (come previsto nell'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.) in una prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente con la conseguenza che, di anno in anno, può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

Le Aziende Sanitarie Locali provvedono, con propri provvedimenti, al rispetto delle direttive regionali.

SCHEMA DI PAT**1 Il contesto di riferimento**

Breve descrizione delle caratteristiche del territorio di riferimento (Comuni afferenti, caratteristiche del territorio, etc.).

1.2 La popolazione

Breve descrizione della popolazione (num. di abitanti, genere, fascia di età, num. di esenti per patologie croniche, principali cause di morte, ospedalizzazione dei residenti con indicazione delle strutture ospedaliere a cui si rivolgono e discipline, accessi al pronto soccorso per fascia di età e codice priorità).

2. Il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari**2.1 L'articolazione organizzativa del distretto**

elenco delle Unità Operative Semplici e Complesse afferenti ai distretti e dei diversi centri di responsabilità. Breve descrizione delle modalità operative del distretto.

Sintesi della spesa				
<i>Macro Aree</i>	<i>Numero di persone assistite</i>	<i>Costo Complessivo</i>	<i>Costo per utente</i>	<i>Costo per residente</i>
Assistenza sanitaria di base (MMG/PLS)				
Guardia Medica				
Attività di emergenza sanitaria territoriale				
Assistenza farmaceutica				
Assistenza integrativa e protesica				
Assistenza specialistica ambulatoriale				
Assistenza Domiciliare				
Assistenza residenziale				
Assistenza semi-residenziale				
Assistenza termale				

2.2 Il PUA e l'UVMD

Breve descrizione sullo stato di attivazione del servizio e sulla sua diffusione sul territorio distrettuale.

Specificare: numero e tipologie delle risorse impegnate nel front office, numero e tipologie delle risorse impegnate nel back office, strumenti utilizzati per la gestione della segnalazione e grado di informatizzazione della sede, livello di integrazione con i Comuni (protocolli, etc.).

sede di front office	numero di segnalazioni complessivo	specificare la provenienza*					num. valut.con bisogno semplice	num. valut.con bisogno complesso
		A	C	M/P	O	Altro		

*La segnalazione può provenire da: Cittadino o Familiare (A), servizi del Comune (C), MMG o PLS, reparto di dimissione ospedaliera (O e cod. disciplina), altro specificare.

UVMD*	num. valut.con bisogno complesso	Area di intervento*				
		San	Imm	Farm	Soc	Inval.

*Specificare le figure professionale che hanno partecipato alle valutazioni

*Specificare la tipologia di intervento: Sanitaria, Assistenza agli Immigrati, Assistenza Farmaceutica, Assistenza Sociale, Invalidità Civile (L.68/99, L 104/92, etc.).

num. di interventi sanitari	domiciliari		semiresidenziali		residenziali		assistenza protesica	
	num	effettuati/in attesa	num	effettuati/in attesa	num	effettuati/in attesa	num	effettuati/in attesa

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori risultato	di	Risorse individuate	Responsabile del procedimento

2.3 L'organizzazione Aziendale dei Dipartimenti di Prevenzione, Salute Mentale, Materno Infantile, e dell'area Dipendenze patologiche

Descrizione delle modalità organizzative e degli strumenti di integrazione previsti (ad esempio la presenza di incontri formali, etc.).

2.4 Il Dipartimento di Prevenzione

Descrizione delle attività effettuate in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione

Attività di prevenzione in ambito di screening oncologici						
Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
N prestazioni di primo livello – Screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento						
N prestazioni di primo livello – Screening utero in rapporto alla popolazione di riferimento						
N prestazioni di primo livello –						

Screening colon in rapporto alla popolazione di riferimento						
---	--	--	--	--	--	--

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

Attività di prevenzione in ambito vaccinale						
Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)						
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)						
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) in rapporto alla popolazione di riferimento						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

2.5 Il Dipartimento di Salute Mentale/Dipendenze patologiche

Descrizione delle attività effettuate in collaborazione con i Dipartimenti citati

n. Centri Salute mentale	n. Centri diurni*		SPDC	Strutture residenziali*		durata media della attesa per l'inserimento
	pubbl.	convenz		pubbl.	convenz	

**specificare se a gestione mista pubblico-privato*

utenti presi in carico dal CSM residenti nel distretto*	utenti conosciuti dal PUA del Distretto	num. di casi per cui è individuato un Case Manager*	integrazione con la componente sociale		setting assistenziale del paziente		
			SI*	NO	Dom	Res.	Semi

**evidenziare se l'utente è un bambino o un adolescente (NPIA)*

**professionalità*

**specificare le modalità di integrazione e le risorse destinate*

<i>Attività per la Salute Mentale</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
Utenti in carico nei CSM per 1.000 ab >18 anni						
N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica per 1000 ab. > 18 anni						
N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica per 1000 ab.> 18 anni						
%di ospiti provenienti da SPDC						
%di ospiti provenienti dal domicilio						
%di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

<i>n. Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD)</i>	<i>n. Centri diurni*</i>		<i>Altro tipo di strutture*</i>	
	<i>pubbl.</i>	<i>convenz</i>	<i>pubbl.</i>	<i>convenz</i>

**specificare se a gestione mista pubblico-privati*

<i>utenti, residenti nel distretto presi in carico dal SERD</i>	<i>Tipologia di Utente*</i>			<i>utenti conosciuti dal PUA del Distretto</i>	<i>num. di casi per cui è individuato un Case Manager*</i>	<i>integrazione con la componente sociale</i>		<i>setting assistenziale del paziente</i>			<i>durata media della attesa per l'inserimento</i>
	<i>S</i>	<i>A</i>	<i>G</i>			<i>SI*</i>	<i>NO</i>	<i>Dom</i>	<i>Res.</i>	<i>Semi</i>	

**evidenziare se l'utente è un bambino o un adolescente e se è affetto da dipendenza da Sostanze, Alcool o Gioco patologico*

**professionalità*

**specificare le modalità di integrazione e le risorse destinate*

<i>Attività per le Dipendenze Patologiche</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
N. utenti in carico nei SERD per 1000 ab. tra i 15 e 64 anni						
N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai toss.per 1000 ab. ab. tra i 15 e 64 anni						
N° giornate di residenzialità per assistenza ai toss. per 1000 ab. tra i 15 e 64 anni						
% di ospiti provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti provenienti da degenza per post-acuti (riab. E lungod.)						
% di ospiti provenienti dal domicilio						
%di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

2.6 Il Dipartimento Materno Infantile

Descrizione delle attività effettuate in collaborazione con il Dipartimento citato evidenziando in particolare le modalità di integrazione tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione e integrazione Ospedale-Territorio.

<i>n. Consulori presenti*</i>	<i>n. di accessi</i>	<i>risorse impegnate</i>		<i>apertura settimanale</i>
		<i>sanitarie</i>	<i>sociali*</i>	

**Specificare eventuali protocolli operativi*

**1 ogni 20.000 Legge 34/96*

Tipologia di attività	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alla famiglia - Attività sanitaria - Attività in ambito di prevenzione 		
Integrazione con i servizi sociali e con gli altri servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di convenzioni, accordi di programma con servizi sociali dei comuni - Esistenza di atti formali relativi a protocolli di integrazione tra consultorio e altri servizi aziendali/extra aziendali di I, II, III livello - Esistenza di attività programmatiche di aggiornamento professionale condiviso tra operatori consultoriali e operatori di altri servizi 		
Modalità di gestione	<ul style="list-style-type: none"> - Diretta (inserire qui i SUMAI) - In convenzione 		
Modalità di coinvolgimento e collaborazione con volontariato e Terzo Settore			
Operatori ASL (tipologia numero)	<i>Professionalità</i>		<i>Operatori</i>
			a tempo pieno
			a tempo parziale
Operatori Ente Locale (se presenti)	<i>Tipologia</i>	<i>Numero</i>	<i>Ore di lavoro</i>
Numero di utenti			
Numero di prestazioni			
Costo annuale dell'attività (se in convenzione, riportare solo il costo della stessa)			
Costo per utente			
Costo per abitante			
Costi sostenuti dai Comuni (per quelle attività che l'ASL svolge in collaborazione con l'Ente Locale) – compilare per il sociosanitario integrato			

<i>Criticità riscontrate</i>	<i>Obiettivo individuato</i>	<i>Azioni previste</i>	<i>Indicatori di risultato</i>	<i>risorse* individuate</i>	<i>Responsabile del procedimento</i>

*specificare se derivano dal Fondo Sanitario Regionale, Fondo Sociale, Progetti obiettivo, etc.

<i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
N prestazioni di consultorio per mille abitanti complessivi						
%parti cesarei primari segnalati dalla struttura sul totale dei parti cesari						
%parti cesarei sul totale dei parti primari						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

2.7 I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali attivi per i pazienti cronici

Elencare i PDTA per pazienti cronici attivi nel distretto con individuazione dei nodi della rete (ad esempio PDTA diabete con individuazione del Centro diabetologico di riferimento, etc.).

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori di risultato	Risorse individuate	Responsabile del procedimento

3. L'Attività di riabilitazione e i percorsi individuati per il collegamento con i reparti di riabilitazione ospedalieri

breve descrizione delle strutture che effettuano prestazioni di riabilitazione ospedaliera ai residenti del distretto, indicazione dei percorsi previsti per le dimissioni protette dei soggetti e sulle modalità di invio e rivalutazione dei soggetti inseriti in strutture riabilitative intensive ed estensive

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori di risultato	Risorse individuate	Responsabile del procedimento

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	Rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	Risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
N. di giorni trascorsi dalla segnalazione di dimissione ospedaliera alla presa in carico territoriale						
tasso di ricoveri in lungodegenza e riabilitazione ospedaliera per 1000 ab. per la popolazione pesata da reparto						
numero di giornate di degenza in reparti di riab e lungod. dei residenti del distretto sopra soglia						
% di ospiti inseriti in strutture riabilitative provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti inseriti in strutture riabilitative provenienti da degenza per post-acuti (riab. e lungod.)						
% di ospiti inseriti in strutture riabilitative provenienti dal domicilio						
% di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

4 La Medicina convenzionata e La riorganizzazione dell'assistenza primaria

4.1 La situazione attuale della medicina convenzionata (SUMAI, MMG, PLS e continuità assistenziale)

Breve descrizione del contesto (AIR vigenti, eventuali accordi aziendali, attività effettuata dal distretto per il coinvolgimento dei MMG/PLS, etc.)

Comune	N. MMG	N. ass/MMG	N. PLS	N. ass/PLS	spesa complessiva

Poliambulatori	N. SUMAI per specialità	ore effettuate			spesa complessiva	
Comune	N. Medici CA-ES	N. visite/Medico	N. Visite/fascia oraria			spesa complessiva
			Notturne Settimanali	Pre-fest.	Festive	

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori risultato	di	Risorse individuate	Responsabile del procedimento

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	Rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	Risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite						
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

4.2 La situazione attuale delle forme organizzative e associative dell'assistenza primaria

Breve descrizione del contesto

Comune	N.AFT	N. ass/AFT	N. UCCP	N. ass/UCCP	indennità previste e erogate

Comune	SEDE	N.AFT*/MMG	AFT*/PLS	indennità previste e erogate

*se ci sono altre tipologie di associazionismo della MMG specificare quali

Comune	SEDE		N.UCCP/MMG	UCCP/PLS	indennità previste e erogate
	Aziendale	Altro*			

*specificare

4.3 Il progetto di riorganizzazione e modalità di sviluppo dell'assistenza primaria

Breve descrizione del contesto delle azioni previste per allinearsi al modello regionale previsto

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
N. MMG in AFT/MMG						
N. PLS in AFT/PLS						
N. UCCP/MMG						
N. UCCP/PLS						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

5 La Specialistica ambulatoriale

Breve descrizione dei luoghi di erogazione dell'assistenza specialistica, con un focus sui tempi di attesa e sulla gestione delle agende di appuntamento.

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	Rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
n. di prestazioni per abitante (popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
N. di prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini per abitante (popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
Numero di prestazioni di RM per 100 residenti (da popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
n. di prestazioni di laboratorio per abitante (popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
rispetto del Piano Nazionale del governo delle liste di attesa						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

6 I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)

Nome del Presidio						
Servizi	attivo	non attivo	non previsto	azione	risorse previste	crono-programma
Specialistica amb.						
Chir. Amb						
Amb. Infermieristico						
diagnostica Strumentale						
attività consultoriale						
PUA						
forme organizzative MMG						
forme organizzative PLS						
Continuità Assistenziale						
H di Comunità						
Hospice						
RSA*						
Farmac. Terr.						
CSM						
Sert.						
attività riabilitazione						
post. 118						

*specificare la tipologia di assistiti

7 L'assistenza domiciliare integrata

Breve descrizione del modello organizzativo adottato e delle modalità di erogazione dell'ADI.

Tipologia	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
Cure Domiciliari di Livello base					
ADI di I livello					
ADI di II livello					
ADI di III di livello					

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
% di ultra 65enni trattati in Cure Domiciliari di Livello base						
% di ultra 65 enni trattati in ADI*						

* Si considerano gli assistiti con prese in carico nell'anno o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato effettuato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA 0.

8 La residenzialità e semiresidenzialità

breve descrizione delle strutture presenti sul territorio e delle modalità di invio e verifica dei Progetti riabilitativi/assistenziali individuali degli assistiti del distretto.

Ospedale di Comunità						
Comune	SEDE		N. p.l.	N. MMG impegnati	N. specialisti	percorsi formali attivi
	Aziendale	Altro*				

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori risultato	di risorse individuate	Responsabile del procedimento

Area anziani					
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
RSA Anziani					
RSA demenze					
RP Anziani					
Semi. Res. Anziani					
Semi. Res Demenze					

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Numero di posti per assistenza agli anziani >65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti						
Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti*						
tasso di occupazione						
% di ospiti provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti provenienti da degenza per post-acuti (riab. e lungod.)						
% di ospiti provenienti dal domicilio						
%di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

*i posti equivalenti si ottengono tramite: giornate di assistenza agli anziani/365 su la popolazione anziana residente per 1000

Area disabili					
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
RSA Disabili					
RP Disabili					
USAP					
Semiresidenze disabili					
Residenze di Riab. intensiva					
Residenze di Riab. estensiva					
Semiresidenze di Riab. estensiva					
Residenze disturbi del comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva					
Res. Minorazioni plurisen. dell'età evolutiva					
Semires. Minorazioni plurisen. dell'età evolutiva					

Area disturbi dello spettro autistico					
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
Nuclei residenziali					
Centro diurno (età evolutiva)					
Centro diurno (adulti)					

Area Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)					
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
Nuclei residenziali DCA età evolutive/adulta					
Centri diurni età evolutiva					
Centri diurni età adulta					

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>Rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti*						
Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti						
Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti*						
Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti						
% di ospiti provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti provenienti da degenza per post-acuti (riab. E lungod.)						
% di ospiti provenienti dal domicilio						
% di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

*i posti equivalenti si ottengono tramite: giornate di assistenza ai disabili/365 su la popolazione residente per 1000

9 Le Cure Palliative

Breve descrizione dello stato di attivazione della rete di cure palliative in coerenza con l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012 con un particolare focus sui percorsi attivi con l'Hospice di riferimento e sulla continuità assistenziale.

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore						
Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore						
Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa						
Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa.						

10 La farmaceutica

Breve descrizione delle modalità di gestione della farmaceutica (distribuzione diretta, per nome e per conto, etc.)

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
costo netto dell'assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate sulla popolazione pesata da riparto						
costo netto dell'assistenza farmaceutica in altre forme sulla popolazione pesata da riparto						

11 L'assistenza protesica

Breve descrizione delle modalità di gestione dell'assistenza protesica

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti*						
costo netto dell'assistenza farmaceutica in altre forme sulla popolazione pesata da riparto						

*calcolata sulla popolazione pesata da riparto

Proposta di scheda Budget Distretto

DISTRETTO						
N.IND	DESCRIZIONE INDICATORI	OBIETTIVO PROGRAMMATO	NOTA ESPLICATIVA	VALORE STORICO	PUNTEGGIO ASSEGNATO	Fonte Dati
BUDGET ECONOMICO (Attività e Risorse) - Referente: Centro Direzionale di Controllo						
1	Vincolo di Spesa: riguarda la spesa prevista per Beni Sanitari (Gruppo 120) escluse le spese della Guardia Medica	Euro				CONTABILITA' ANALITICA
2	Spesa pro capite per trasporto in ambulanza (Trasporti secondari escluso il 118)	Spesa pro-capite per residente				
3	Spesa pro capite per Specialistica Ambulatoriale (con esclusione della fuga extra regionale)	Spesa pro-capite per residente (Valore a Tariffa)				FILE C
4	Spesa farmaceutica pro capite (convenzionata)	Spesa netta pro-capite pesata per residente				(COMPRESA LA MOBILITA' PASSIVA) FILE D
5	volume delle prestazioni ambulatoriali, per branca, acquistato da strutture accreditate private	Euro (Valore a Tariffa)				(COMPRESA LA MOBILITA' PASSIVA) FILE C
6	Vincolo di spesa (Assistenza resid. e semiresidenziale anziani)	Euro (Valore a Tariffa)				FAR
7	Vincolo di spesa (Assistenza resid. e semiresidenziale riabilitativa)	Euro (Valore a Tariffa)				RIA 11
8	Vincolo di spesa (Assistenza protesica)	Euro				RILEVAZIONE DISTRETTO
9	Consumo farmaci equivalenti	Consumo farmaci equivalenti per 1.000 ab				FILE F

						FILE D
10	Vincolo di spesa (ADI)	% anziani >=65 anni trattati in ADI				SIAD
TOTALE parziale					0,0	
BUDGET DEL GOVERNO CLINICO - Referenti: Direzione Sanitaria - Qualità, Accr., Risk Management						
11	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (18+ anni)					PNE
12	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (18+ anni)					PNE
13	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (18+ anni)					PNE
14	Progetto obiettivo area socio sanitaria: Implementazione approccio multidisciplinare alle cronicità. (area assetti organizzativi con particolare riferimento a percorsi formativi; alla individuazione delle responsabilità di coordinamento e alla formalizzazione di accordi tra ospedale e territorio)					
15	Progetto obiettivo: area socio sanitaria	Ospedale di Distretto/Casa della Salute: progettazione, avvio, implementazione e/o consolidamento				
16	Progetto obiettivo: area socio sanitaria	Definizione equipe integrate sociosanitarie di Distretto attraverso l'individuazione di personale da destinare aree anziani, minori e disabili e sottoscrizione di protocolli con i comuni capofila di Distretto				
17	Progetto obiettivo: area socio sanitaria	Sperimentazione assegno di cura per la N.A.(per residenzialità, domiciliarità e servizi ambulatoriali)				

18	Incremento / consolidamento screening oncologici					
TOTALE parziale					0,0	
BUDGET DELL'INNOVAZIONE E INFORMATIVO - Referenti: Direzione Sanitaria - D.I.T. - U.R.P.						
19	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.	Monitoraggio accessi al PS (cod. bianchi e verdi)				
TOTALE parziale					0,0	
PUNTEGGIO TOTALE					0,0	