



---

## Osservazioni sul Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo,

---

*Approvato dalla Giunta Regionale (GR) abruzzese il 13 dicembre 2022*



FOCUS ABRUZZO

***Il Piano Sanità Territoriale Abruzzo, ispirato al DM77, già proposto dalla GR abruzzese il 13 Dicembre 2022, presenta un limite da correggere per evitare un errore di impostazione concettuale.***

*Non è sufficiente fare un “riferimento” al contenuto del Piano Sociale Regionale abruzzese 2022-2024, infatti è necessario che non venga “trascurato” in tutto il suo essenziale contenuto.*

*Un concetto che lo stesso strumento di Piano regionale descrive ed intuisce, fino a suggerire, la OPPORTUNITÀ di dare coerenza, tra le cose descritte per gli obiettivi e azioni, alla necessità dell’incontro reale dei vari soggetti su territori ed ambiti coerenti.*

*Il Piano territoriale in “redazione” deve prevedere la “centralità di questa impostazione.*

*In conclusione, se già nel Piano Sociale, il programmatore regionale individuava l’ambito territoriale, come area fisica ed organizzativa entro il quale rendere operativo anche l’odierna nuova strumentazione del Piano Territoriale di Medicina Territoriale.*

*Nel corso della redazione del Piano il legislatore non deve tralasciare il concetto che l’Ambito Territoriale, rappresenta l’area operativa anche per i servizi sanitari.*

*Un’attenzione particolare deve essere data a questo punto visto che il Piano proposto ripete lo stesso limite già presente nel DM77.*

***Bisogna tenere presente che le modalità e gli obblighi delle azioni armoniche, tra sociale e sanitario, al contrario, sono un obiettivo strategico da raggiungere.***

## **Obiettivi e azioni complementari del Piano Sociale Regionale 2022-2024.**

*Alla luce della complessa articolazione del sistema rappresentato, risulta pertanto essenziale nella nuova programmazione sociale 2022-2024 rafforzare le fasi strategiche che rientrano tra le stesse raccomandazioni di sistema del Piano Sociale Nazionale (PSN) e dal PNRR (Missione 5C):*

- rafforzare le modalità della co-programmazione e il ruolo del Terzo Settore già nella fase di condivisione e analisi dei bisogni in ambito regionale. La Regione deve mantenere e il suo ruolo di indirizzo e regia dei processi prima della formalizzazione degli atti programmatici (Cabina di Regia);
- effettuare una dettagliata ricognizione e verifica territoriale dell'integrazione tra Ambito Distrettuale Sociale e distretto sanitario e delle zone di gestione sociale, per valutare lo stato attuale del funzionamento e delle criticità presenti. L'obiettivo prioritario è quello di condividere azioni e soluzioni in progress a livello istituzionale, per ottimizzare le attività e i processi dell'integrazione sociosanitaria, in cui risultano indispensabili la collaborazione tra le risorse professionali e la condivisione di programmi, di procedure e degli stessi spazi e strutture territoriali in cui si definiscono concretamente la valutazione multidimensionale del bisogno e i piani di intervento sociosanitario;
- rafforzare il ruolo di riferimento territoriale per l'attuazione da parte dei comuni, singoli o associati in ADS, delle politiche sociali a livello territoriale, ivi comprese le scelte relative all'individuazione degli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e ai rapporti di
- co-progettazione con il Terzo Settore e la condivisione con la cittadinanza attiva e i cittadini;
- rafforzare l'esercizio delle relative funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e sociosanitari che si fonda sul potere di indirizzo politico-amministrativo attribuito ai Sindaci, in quanto organi responsabili e rappresentativi dell'amministrazione comunale in forma singola o associata;
- rafforzare il ruolo essenziale dei Punti Unici di Accesso. Il servizio PUA rappresenta la porta unitaria di accesso agli interventi ad elevata intensità sociosanitaria del territorio e viene declinato a livello regionale attraverso l'organizzazione del servizio presente nell'Ambito Distrettuale Sociale (ADS), che viene gestito in forma integrata con il competente DSB territoriale;
- rafforzare la metodologia integrata della Valutazione preliminare (preassessment) e di Presa in Carico (assessment) dei servizi alla persona. La Regione, con la programmazione unitaria dei servizi alla persona previsti con il PSR 2022-2024, rafforza e promuove le modalità di presa in carico e di valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario e garantisce una uniformità procedurale su tutto il territorio, attraverso i piani distrettuali sociali e i servizi e gli interventi riportati negli Asse Tematici e Obiettivi di Servizio del PSR.

Tali attività devono essere perseguite attraverso il pieno raccordo operativo con i distretti sociosanitari di base, con particolare riferimento agli interventi e ai servizi sociosanitari (ADI e Dimissioni protette, Assistenza educativa domiciliare e territoriale), che hanno la finalità prioritaria di prevenire ed evitare l'istituzionalizzazione della persona con fragilità e favorire la permanenza presso il proprio domicilio e ambiente di vita familiare e quotidiana. È essenziale, in proposito, potenziare e rendere più efficiente il lavoro di raccordo tra i servizi per la presa in carico e l'orientamento del cittadino (servizio sociale professionale e segretariato sociale) con il servizio PUA (per gli aspetti organizzativi e procedurali) e con la UVM, che garantisce la valutazione del bisogno a elevata intensità sociosanitaria del territorio e

l'integrazione dei servizi e interventi per l'inclusione sociale e il contrasto alle fragilità con le politiche attive del lavoro, della formazione e dell'istruzione.

### **Riflessioni sul Piano Proposto.**

**Ministero della Salute e l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali) hanno assentito, e dato il via libera, al piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo, approvato dalla giunta lo scorso 13 dicembre, ha solo significato pari ad una semplice presa d'atto.** Non poteva avvenire niente di diverso visto che la proposta di Piano ricalca, lasciandole inalterate, e senza nemmeno provare a dirimerle, molte delle questioni restate aperte. Non a caso l'agenzia regionale recita, in un comunicato che: [L'Abruzzo è una delle dieci Regioni ad aver ricevuto il giudizio di migliore rispondenza del piano ai dettami del DM77.](#) Giusto, ma rispondenza non significa avere risolto:

- 1) i "delicatissimi" temi della organizzazione sanitaria sul territorio;
- 2) della sua integrazione "necessaria" con il sociale;
- 3) la questione di non realizzare un pacchetto di Cattedrali nel deserto.

Se i primi due temi dovranno essere affrontati tenendo conto delle necessarie realizzazioni delle coerenze ed integrazioni, nelle strutture ed équipe previste, con le relative ricadute sanitarie e sociali, il terzo tema non vede nemmeno un barlume di "luce". **Leggiamo solo che i costi del personale non devono gravare sul FSN.**

**Niente nuove risorse nazionali, ma non è una grande novità per una regione che ha visto solo "tagli": ai servizi, alla cura ed al numero di dipendenti.**

Ed è proprio sulla base di queste prime e schematiche considerazioni, sul Piano Territoriale, approvato dalla GR Abruzzo, che si propone una diversa ipotesi di lavoro, per cambiare ed individuare, non tutta la filosofia del Piano, del tutto ispirato al DM77, ma le "mancate" concretizzazioni sulle necessità operative ed organizzative. Oggi possiamo solo annotare che si intendono modificare, in aggiunta e a spese della Regione, i punti di prenotazione, mentre non possiamo esimerci da 4 prime "osservazioni", sul fatto che: -

**1) si demandi, alle singole ASL l'approvazione, di specifici piani aziendali** utili ad individuare le articolazioni organizzative, gestionali e tecnologiche attuative del piano in argomento, senza indicare procedure regionali che li rendono "omogenei" sull'intero Abruzzo. A nostro avviso appartiene, infatti, alla regione la responsabilità di dare indicazioni sulle modalità organizzative **delle équipe previste, delle regole da seguire e delle modalità con le quali le strutture e gli operatori devono coordinarsi tra loro.** Una chiarezza che manca e rende poco efficace l'idea che siano poi i piani aziendali a regolare il tutto. **L'errore evidente è che, in mancanza di una chiara indicazione, si potrebbe assistere ad un sistema ad "arlecchino" differenziato tra le varie realtà.** Per evitare questo rischio, nel Piano, devono essere

inserite chiare indicazioni, precisi “percorsi” sia normativi, ma anche modalità operative per garantire l’intese tra le figure necessarie alla funzionalità della struttura. Ruolo per ruolo, professionalità per professionalità con regole, prescrizioni e certezza nella erogazione del servizio.

**Proposta sul punto:** Di conseguenza, se questa lettura è giusta, emerge nella Bozza una evidente carenza di indicazioni sulle metodologie da applicare. È quindi obbligatorio riflettere sulla necessità che il legislatore regionale introduca una fase dedicata alle procedure.

**- 2) La bozza non dirime una questione lasciata al caso anche dal DM77.** La relazione del MMG e del PLS con le equipe e con le attività nei laboratori organizzate nelle CdC e da queste con le proprie attività e con i propri ambulatori. **Se la presenza nelle CdC, vengono organizzate in questo modo, rischiano di diventare dei grossi poliambulatori, con annesso un servizio di guardia medica o una sorta di pronto soccorso.** **Proposta sul punto:** Non è priva di “astrattezza” parlare di sanità d’iniziativa o di integrazione e prossimità delle cure senza indicare la centralità dei coordinamenti tra i professionisti, da esercitare nelle strutture.

**– 3) Se gli strumenti di riferimento che consentono l’integrazione gestionale e socio-sanitaria,** sono previsti dalle norme e leggi che regolano il settore è del tutto evidente che se devono essere “rappresentati in modo uniforme dai Programmi delle Attività Territoriali (PAT) dei distretti e dai Piani di Zona (PdZ) anche al fine di definire le competenze del SS da un lato e dei Comuni dall’altro”. **Proposta sul punto:** la Regione nel Piano dovrà individuare e normare le coerenze, anche territoriali coerenti, per evitare dispersioni “deleterie”.

**– 4) Non sono per nulla rassicuranti i riferimenti che vengono fatti riguardo al finanziamento concordato,** tra Regione e Ministero, riguardo alla realizzazione delle strutture materiali, della digitalizzazione, della innovazione tecnologica e di tutti i servizi utili allo scopo, mentre per il personale dovranno essere seguiti altri percorsi. **Proposta sul punto:** È del tutto chiaro che il finanziamento previsto, per nuovo personale è del tutto “irrisorio”, rispetto alle molteplici necessità introdotte da nuovi “servizi” Diventa imbarazzante il riferimento a “strategie” da mettere in piedi per “spalmare” il personale su tutto il sistema, con il riferimento al Fondo del SSN. Per l’Abruzzo questa è una via “impercorsibile” se si tiene conto che negli organici si è determinata una “carenza” di dipendenti, rispetto a quanto previsto nelle delibere di DOA, di migliaia di dipendenti.

Queste prime 4 Osservazioni descritte, anche se non trovano soluzione nel Piano che la Giunta Regionale ha già celermente approvato, possono essere accolte nel confronto politico da svolgersi nel Consiglio regionale. Una sede nella quale è

necessario avanzare ulteriori perplessità, nel merito, sapendo che il **Piano dovrà concludere tutto il suo iter entro sei mesi per rispettare gli impegni assunti con il Ministero della Salute.**

Nel mese di Giugno 2023, per rispettare tempi coerenti con il possibile uso delle risorse previste dal PNRR [spunta un primo punto a\) Il personale da adibire nelle nuove attività.](#)

Ma essendo per esperienza consapevoli che i tempi, in materia di acquisizione ed assunzione di nuovo personale, di formazione sul “campo”, sono necessariamente lunghi, diventa del tutto “incomprensibile” un rinvio sulla necessità di dare risposte al tema. Non appaia una digressione se sottolineiamo che la nostra è una Regione che tra il 2013 ed il 2020, in due classi di età, come quella tra i 32-48 anni, assiste ad una diminuzione di 49.141 unità, mentre quella tra i 15-31 esprime una emigrazione di 26.567 giovani.

Quindi in Abruzzo abbiamo problemi da affrontare sulle persone da adibire ad attività di “cura alle persone”. **Per la ricerca di personale dovranno essere seguiti percorsi, anche innovativi, visto che quelli in circolazione non sono del tutto chiari. Il tema del personale, non può essere considerato aggiuntivo, ma un capitolo centrale da affrontare rapidamente se si intende dare credibilità alla riforma proposta.**

### **Considerazioni di carattere generale .**

**1^ Considerazione visto che il Piano approvato ripropone solo indeterminata sull'argomento personale, è necessario almeno precisare** quali procedure verranno seguite per “reperire” o assumere nuovo personale in grado di fare funzionare le strutture che verranno realizzate. Siamo in una prospettiva di “insediamenti ed attività” del tutto nuove, diverse alternative e molte aggiuntive, ed è difficile non tenere conto della circostanza che vede **nell'attuale SSR, un numero di dipendenti, in servizio, inferiore a quanto previsto nelle delibere di Dotazione Organica delle 4 ASL abruzzesi.**

Da notare che i dati ufficiali, ricavati da quelli pubblicati dal Ministero della Salute, ci dicono che le carenze risalgono a migliaia di dipendenti in meno rispetto alle Delibere di DOA assunte dalle ASL e ratificate dal Consiglio Regionale. Nel biennio 2019/2020 vengono assunti 81 nuovi dipendenti di cui 20 dipendenti a tempo indeterminato e 61 a tempo determinato, in presenza di risorse aggiuntive erogate dal Governo per fronteggiare la crisi sanitaria. I lavoratori atipici non sono stati confermati mentre il numero dei dipendenti continua nella sua decrescita. Infatti i dimissionari o licenziati vengono sostituiti solo parzialmente. **In nome del rispetto della virtù dei Tagli: ai servizi, al personale ed alle cure ai cittadini.**

Misurarsi sui contenuti del Piano approvato vuole dire affrontare termini e parole chiavi del tutto nuove: Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedale di Comunità (OdC), infermiere di famiglia e di continuità assistenziale. La stessa descrizione di un coraggioso cambiamento dei ruoli:

**maggiori compiti ai distretti, una posizione centrale per gli infermieri e un'inedita integrazione con il lavoro dei medici MMG o dei pediatri PLS** nelle attività distrettuali dei CdC, richiedono diversa attenzione.

Ecco perché il Piano approvato dalla GR, abbiamo già detto, sottoposto ad una attenta lettura consente di rilevare l'esistenza del rispetto, in maniera attenta, delle indicazioni del DM77, ma anche la non esistenza di descrizioni sulle modalità con le quali le innovazioni devono essere concretamente praticate. In concreto alla descrizione del tema nuovo, seppure vengono indicati i temi, per predisporre un Piano chiaramente indicativo nei suoi principi cardine, successivamente si sorvola sulle necessarie indicazioni operative e programmatiche per consentire un suo "atterraggio". Se pensiamo che il tutto deve avvenire entro quattro anni, e siamo già nel 2023, mentre il 2026 è l'anno di 'chiusura' del PNRR, comprendiamo bene la portata del problema.

**Quindi giunge puntuale un punto b) che rende del tutto evidente l'intenzione di affidare, la materia, ai Piani ASL svincolando la regione.**

**2^ considerazione.** *I quattro anni, che abbiamo a disposizione, devono essere utilizzati per introdurre e preparare gli straordinari cambiamenti, le procedure per i rafforzamenti per le fondamenta di questo innovativo sistema sanitario, le necessarie fasi di "formazione" degli operatori e del nuovo personale assunto e di definizione dei responsabili e o coordinatori per il governo delle nuove attività dopo avere realizzate, indicate e normate le varie procedure.* Quindi il Patto deve essere corretto nella sua scrittura per "atterrare" sull'indirizzo nuovo da intraprendere, per realizzare uno sforzo ulteriore teso ad evitare che si "afferma" un linguaggio antico, fallendo, appunto, le nuove modalità di approccio indicate nello stesso DM77.

**Dopo di che il punto c) riguardante le procedure da attuare ci introduce nella**

**3^ considerazione sulla medicina di prossimità e presa in carico della persona dove il DM 77 è sufficientemente chiaro.**

*Quel mondo che abbiamo conosciuto dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), delle categorie e dei silos deve essere "culturalmente" superato. Il DM 77 finalmente evidenzia un nuovo modo di operare e di lavorare, con forti contenuti interdisciplinari e di collaborazione tra i diversi ruoli, dove tutti insieme devono contribuire, anche affrontando le criticità, a partire dalla carenza di personale. Il passaggio richiesto è quello di sforzarsi per considerare la sanità come un insieme di professioni e non per compartimenti stagno. Un atteggiamento che, una volta non superato, bloccherebbe la crescita e lo sviluppo di un nuovo modello. Per questi motivi le CdC, descritte nel DM77, richiedono, nei fatti, che la Regione sia chiara nella indicazione di precisi "percorsi" sia normativi, ma anche di modalità operative e di intesa tra le figure necessarie alla funzionalità della struttura. Ruolo per ruolo, professionalità per professionalità con regole, prescrizioni e certezza nella erogazione del servizio. Di conseguenza, in sede di stesura definitiva del Piano devono essere superate le evidenti carenze per mancanza di indicazioni o meglio di modelli operativi concreti.*

**Diventa quindi obbligatorio riflettere sulla necessità che la proposta di Piano venga arricchito da una ulteriore fase dedicata alle procedure, che sono:**

- **il tema della modalità operativa utile alla ricomposizione unitaria delle cure primarie (\* nota 1), che al contrario deve essere prioritariamente disciplinata;**
- **magari risolvere quel quesito che si potrebbe porre l'utente, se deve recarsi prima nell'ambulatorio del suo Medico di base, oppure lo trova nella CdC?. In questo caso l'utente a chi si rivolge?. Una risposta da dare con chiarezza;**

Il punto è che il Piano proposto delinea piani operativi indefiniti, tra i MMG e PLS che continuano la loro attività (senza indicazioni o accordi precisi, naturalmente nei loro ambulatori) secondo le modalità già in uso.

**4^ considerazione. Fortunatamente il Piano esclude l'operatività di una CdC tipo poliambulatorio, con solo servizio di guardia medica o di pronto soccorso.** Infatti, in questo caso, sarebbe illusorio parlare di sanità d'iniziativa o di integrazione e prossimità delle cure. **Di conseguenza la mancata definizione nel Piano di disposizioni organizzative ed accordi**, procedure tra i professionisti ed operatori vari, per cogliere la innovazione necessaria per mettere a terra la riforma, determina rischi di "caduta" in schemi prestazionali di vecchia data. A parte la utile ripetizione sulla preoccupazione sia della crescita del numero di personale, ma anche di programmazione di intensi ed innovativi cicli formativi sul "nuovo" sistema sanitario. Il punto è che il Piano, non risponde compiutamente al tema del superamento della *distinzione fra indicazioni descrittive e misure prescrittive: Un vecchio classico che porta a parlare di programmazione senza indicare: Chi fa, cosa fa, come fa e quando fa.* Per cui il rischio è che mentre stiamo organizzando il nuovo SSR corriamo il rischio di "collazionare" un modello vecchio ed ostativo ad una nuova coerenza di sistema. **L'insistenza nasce per sottolineare che l'obiettivo da raggiungere è un nuovo sistema integrato ed impermeabile** e quindi il suggerimento è quello di evitare la trappola che il Piano regionale si confeziona da solo. Assume per intero il contenuto dell'Allegato 2 (DM77), che infatti limita le indicazioni prescrittive solo ad alcune linee di attività e ad aspetti specifici relativamente circoscritti, ma non indica un percorso autonomo.

**Proseguendo. Dobbiamo annotare la totale mancanza di riferimenti precisi in due ambiti fondamentali, per l'assetto della nuova sanità territoriale, il distretto e le cure primarie, dove il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per:**

- Distretti.** Il Piano, appare "neutrale", ma nell'allegato 1) addirittura come prima funzione del distretto si descrive (addirittura) una specie di **committenza separata dalla produzione diretta dei servizi. Un messaggio chiaro all'attribuzione a soggetti privati dei servizi stessi e porta aperta all'esternalizzazione. Un anticamera a progetti di privatizzazione.**
- le Cure Primarie**, benché siano posizionate al primo posto nell'elenco dei servizi obbligatori per le CdC e debbano essere garantite da *équipes*



*multiprofessionali composte da MMG e PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità e altri.*

*Manca la traduzione in prescrizioni vincolanti sulla composizione delle équipes, sulle modalità organizzative e sulla dotazione di personale.*

**Il punto da chiarire è quanto previsto all'all.to 1 sullo svolgimento della assistenza medica nelle CdC come attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto alla attività svolte dai MMG nei confronti dei propri assistiti. In questo caso sorge una confusione di merito, visto che le CdC, hanno l'obbligo di garantire una presenza medica e infermieristica continuativa ogni giorno per 24 H.**

Caso contrario la CdC nasce "monca" anzi diviene, come detto un poliambulatorio, al massimo arricchito ad un servizio di guardia medica o una sorta di pronto soccorso, funzionante secondo i canoni classici. In buona sostanza si ripropone, predicando il contrario. Un ritorno alla "medicina di attesa" boicottando **una sanità d'iniziativa, di integrazione e di prossimità delle cure.**

A tale fine, a volere essere fiscali, dobbiamo ulteriormente segnalare la circostanza che da nessuna parte si chiarisce come l'Infermiere di Famiglia o di Comunità, e molti altri operatori (ad esempio, psicologo, assistente sociale, ostetrica), vanno ad intrecciare il loro ruolo con la équipe multiprofessionale delle CdC.

Nonostante i titoli, roboanti che annunciano una **Medicina Territoriale di Integrazione, prossimità e di iniziativa** dobbiamo dirci con chiarezza che tutto il Piano, **quanto rileva le indicazioni o l'impianto del DM77, si "aggrappa" ad una idea di medicina preoccupata di fornire prestazioni e risente del suo riferimento "ortodosso" al modello proposto dal DM77.**

Ma così non viene affrontato la modalità per avere un sistema di valutazione dei bisogni del paziente, per darsi scelte uniformi secondo le patologie e per decidere come utilizzare al meglio le risorse disponibili.

**Bisogna annotare, inoltre, che:**

\*quanto ripete l'elenco di servizi obbligatori per le CdC lascia scoprire carenze significative per la salute mentale, ricadendo nelle stesse "anomalie" attuali. Un male che parte dalle stesse indicazioni del DM77;

\* descrivere le *funzioni* della sanità territoriale come *servizi*, non integrati tra loro, come ad esempio l'unità di continuità assistenziale e l'assistenza domiciliare, in cui si perpetua l'impostazione dell'ADI, si diventa poco chiari.

**Considerazione definitiva.**

*Il Piano, assorbe culturalmente l'intero impianto del DM 77 e si subordina, per l'attuazione operativa, alla clausola di invarianza finanziaria.*

*Ma visto* che il Piano prevede investimenti per interventi edilizi e tecnologici e non per risorse umane, esclusa l'assistenza domiciliare, le regioni dovranno ricorrere alle risorse del FSN, per la spesa corrente. Risorse già insufficienti per l'attuale mantenimento dei servizi, e quindi destinate ad essere del tutto inefficaci.

Ci sono quattro anni per riflettere, evitando di “abbassare la guardia” al processo in corso organizzato nel frattempo per “disossare” la sanità pubblica, con l’avvio di processi e parziali privatizzazioni.

Le nostre proposte partendo dal presupposto che la riforma DM77 è una base di partenza e di sicuro riferimento, perché innova, il SSN con;

- criteri uniformi per le regioni, superando una sanità ad Arlecchino;
- un approccio sistemico e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo “secondo un approccio One Health”;
- l’adozione, entro 6 mesi, de “il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale” secondo criteri uguali per tutto il Paese;
- un unico atto i servizi dell’Assistenza Primaria e li riconduce al Distretto e alle CdC. Ma chiaramente tutto deve essere definito, affinché la CdC, divenuto primo luogo di cura in grado di valorizzare l’approccio comunitario, faciliti il passaggio dalla logica delle “prestazioni sanitarie” al “servizio per la salute” e al “prendersi cura”.

**In conclusione, come detto in premessa, esiste il tema dei temi. Una stretta attenzione all’identificazione dei territori dei Distretti** e la loro contestuale attivazione istituzionale, prima rispettando i criteri della dimensione indicativa di 100.000 abitanti (fermo restando le deroghe previste) , ma bisogna prevedere il rispetto della **coincidenza con il corrispondente Ambito Territoriale Sociale**.

Una scelta utile per indicare i percorsi delle intese per la programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie con valorizzazione delle correlate funzioni degli enti locali e con l’adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti condivisi a livello regionale.

## Motivazioni per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale.



La dura esperienza del Covid ha messo in evidenza la situazione non ottimale a livello nazionale dell'organizzazione del nostro Sistema Sanitario: **troppo sbilanciamento verso i Pronto Soccorso e gli Ospedali**, poco coordinamento tra i servizi sanitari al cittadino, medici di famiglia a volte introvabili, assistenza domiciliare e agli anziani lasciata spesso completamente sulle spalle delle famiglie, troppo privato interessato solo al business economico e così via. La riforma appena approvata cerca di mettere ordine nella materia con il **DM 77**. in vigore dal 7 Luglio 2022, rappresenta la premessa ed il punto di partenza della **riforma dell'Assistenza Territoriale** del nostro Servizio Socio-Sanitario Nazionale. Definisce **un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria**, con individuazione di standard che dovranno essere rispettati in ogni regione (ci sarà ora a vigilare l'**Agenas**, che presenterà una relazione semestrale), con la promozione anche di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, secondo l'approccio della "Primary Health Care" indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tale riforma è stata avviata grazie ai progetti e alle risorse economiche (circa 7 miliardi di euro), provenienti dal PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – tramite i fondi provenienti dall'Unione Europea che ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU), un

programma di portata e ambizione inedite. Con questo corposo Decreto vengono ridefiniti: le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali, gli standard in rapporto alla popolazione, i parametri di riferimento del personale, le modalità organizzative e funzionali, gli obiettivi strategici di riferimento, la governance del sistema. **Riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. Il SSN è stato istituito con la legge n. 833 del 1978, e si basa su tre principi fondamentali: **universalità, uguaglianza ed equità**. Perseguire questi principi richiede un sistema vicino alla comunità, **la prossimità, progettato per le persone e con le persone**. In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante **le attività distrettuali**, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, con questi punti di programma contenuti nella:

## Illustrazione per punti del DM77 confrontato con il Piano Territoriale Abruzzo.

Come già scritto il progetto del DM77 nasce grazie alle risorse messe a disposizione dal PNRR europeo. Stiamo parlando del **Piano/Missione: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute** che poi si esplicita nella **Componente: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.**

La normativa di riferimento è la Riforma dell'assistenza territoriale

### **Di seguito una sintesi esplicativa dei punti di insediamento dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.**

Il punto chiave della Riforma, introdotta dal DM, è la nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale regolato dal decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, che ridisegna funzioni e standard del Distretto. I principali contenuti e standard, nella nuova normativa sono descritti nelle Tabelle che seguono:

**Distretto Sanitario (DS)** - Avrà una nuova impostazione, con la previsione di almeno uno ogni 100.000 abitanti. Il DS dovrà essere il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi e rappresentare sempre più il baricentro per tutta l'assistenza territoriale, **coordinando strutture e professionisti, sia sanitari che sociali.**

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- CdC *hub* (CdC) ogni 40.000-50.000 abitanti. (Perno);
- CdC *spoke* ospiteranno ambulatori di MMG e PLS progettati per favorire la capillarità e facilità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Raggi.

**(Nb. hub e spoke non sono alternativi, ma “perno e raggi”)**

- le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle CdC;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

Quest'ultimo nel DS sarà presente in 50 o 35 unità. Un numero da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi settori assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola, almeno;

- 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) composto da un medico e un 1 infermiere; - 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza

maggiore;

- 1 OdC dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

**Casa della Comunità** - Saranno aperte fino a 24h su 24 e 7 gg su 7 e sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Sono il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione. Le CdC sono **hub** (Letteralmente significa fulcro) e **spoke** (Raggio o caviglia) e si costituiscono nei Distretti ricomprendendo tutte le precedenti aggregazioni dei MMG e dei PLS, rappresentando il fulcro della nuova rete territoriale, **il luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza per 24 ore ogni giorno della settimana**, secondo un approccio integrato e multidisciplinare, con una equipe costituita da MMG e PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e tutti gli altri professionisti coinvolti nel processo di cura. In essa operano professionisti per progettare ed erogare interventi con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato.

CdC **hub** - previste **una ogni 40-50mila abitanti**, con assistenza medica per 24 h al gg per 7 giorni la settimana, ed infermieristica per 12 h al gg per 7 gg su sette;  
 CdC **spoke** - dovrà garantire il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica e infermieristica per un periodo più limitato di apertura: 12 ore al gg per 6 gg su sette. Le documentazioni prevedono che le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle CdC con sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente. In questa ipotesi il Piano dovrà essere chiaro, evitando confusioni, nel definire il ruolo, i tempi e le responsabilità dei professionisti durante le attività nella Comunità rispetto alle attività nei propri ambulatori.

CdC <b>hub</b> DM 77						
Tipo	Infermieri		Assistente socio		Pers. di supporto	
Fabbisogno	Min	Max	Min	Max	Min	Max
N° Personale	7	11	1	1	5	8
Tot minimo	13					
Tot massimo	20					

**Nelle CdC spoke verranno istituiti anche altri servizi**, ad es. il **Punto Prelievi** e il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, luogo fisico dove si realizzerà la **collaborazione tra sanitario e sociale**. I servizi sanitari del Distretto integrati con quelli sociali del Comune di residenza, con l'obiettivo di individuare percorsi e risposte adeguate alla situazione di bisogno del cittadino.

**Centrale operativa 116117** (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per le cure mediche non urgenti . e per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard: - almeno 1 Centrale Operativa ogni 1-2 milioni di abitanti o a valenza regionale.

**Centrale Operativa Territoriale- COT** - Svolge la funzione di coordinamento della **presa in carico della persona e di raccordo** tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi *settori* assistenziali. Le COT si interfacceranno anche con la Centrale Operativa Regionale n° 116117. Standard:

-1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Lo Standard di personale di una COT per 100.000 abitanti è: da 3 a 5 Infermieri, da 1 a 2 unità di Personale di Supporto. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale, preferibilmente infermieristico.

<b>COT DM 77</b>						
<b>Tipo</b>	<b>Coord Infermieristico</b>		<b>Infermieri</b>		<b>Personale di supporto</b>	
<b>Fabbisogno</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>N° Personale</b>	1	1	3	5	1	2
<b>Tot minimo</b>	5	!	!	!	!	!
<b>Tot massimo</b>	8	!	!	!	!	!

**Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti ed interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità. Una ogni 3.000 abitanti. Nel DS dovranno essere minimo 35, per garantire l’assistenza ed essere riferimento dei professionisti presenti nella comunità. Coinvolto in tutte le attività all’interno del sistema socio-sanitario.

**Standard:** - almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l’assistenza territoriale si articola.

**Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Opereranno nel Distretto, sono le eredi delle USCA, ideate durante la fase Covid, e costituite da una équipe mobile composta da almeno un medico e un infermiere. UCA e COT dovranno essere almeno 1 ogni 100.000 abitanti. La sede operativa dell'UCA è la CdC hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

UCA Abruzzo Standard DM 77 1 Infermiere un medico

**Assistenza domiciliare (ADI)**. La casa come primo luogo di cura, per cui le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. L'ADI, entro il 2026 dovrà raggiungere uno Standard di almeno il **10% degli over 65**. Sono un servizio a valenza distrettuale.

**Ospedale di comunità (OdC)** - Struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 pl. Svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette. Gli Standard prevedono almeno:

< 1 OdC dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;

< 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. Standard di **per 20 PL**:

Tipo	Infermieri		Operatori s.s		Altro Pers.le		Pers. Medico	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Fabbisogno	7	9	4	6	1	2	1	1
N° Personale	13							
Tot minimo	18							
Tot massimo								

Da 7 a 9 infermieri, uno Coordinatore infermieristico. Un Medico per 4,5 ore al gg. 6 gg. su 7.



**Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Standard: 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti; **Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti con almeno o fino a 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.**

**Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** – Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle CdC privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza. Attività rivolta ai minori rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono, deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. Standard: - **Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.** L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle CdC. Le attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

**Telemedicina** - Utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Calcoli contenuti nel Piano sulle esigenze di personale secondo gli Standard Dm77 - AGENAS

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

Fabbisogno regionale.

Applicazione Standard DM 77	Medici (UCS e ODC)	Infermieri (COT+UCA+ODC)		Inf. Fam/com (CDC)		Personale OSS (ODC)		Coord. infermier COT	Assi sociale (CDC)	TOTALE	
		MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX			MIN	MAX
Ente	STD	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	STD	STD	MIN	MAX
ASL 201	6	33	45	21	33	12	18	3	3	78	108
ASL 202	10	58	78	35	55	24	36	4	5	135	187
ASL 203	6	33	45	21	33	12	18	3	3	78	108
ASL 204	5	26	36	21	33	8	12	3	3	66	92
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>150</b>	<b>204</b>	<b>98</b>	<b>154</b>	<b>56</b>	<b>84</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>357</b>	<b>495</b>

### Determinazione del Fabbisogno di personale.

Rappresenta un capitolo specifico, ma ahimè determinante, per il successo del Piano futuro e sulle cose che intende realizzare, in coerenza con il DM77. In questo caso gli standard di personale, non si basano su “ipotesi” ma sulla messa a terra dei servizi. Quindi come la Regione intende procedere, per l’assunzione di personale, è del tutto necessario per evitare la più volte richiamata produzione di “cattedrali nel deserto”. Guadagnare tempo, come fa il Governo Nazionale, non ci aiuta nel raggiungimento dell’obiettivo che sono a) copertura fabbisogno del personale “nuovo” dei servizi territoriali; b) Tutela ed accrescimento delle Dotazioni Organiche dell’attuale SSR, a copertura delle “carenze” di personale.

Naturalmente sulla determinazione del Fabbisogno di personale il Piano proposto è molto preciso. Sono chiare la necessità riorganizzative per la qualità tecnologica, professionale ed amministrativa dell’attuale rete di servizi offerti dalla Regione. Infatti il Piano eleva la tematica del personale, nel Piano, d “elemento chiave della riorganizzazione dell’offerta di servizi” : Infatti la Regione Abruzzo “dichiara” che intende applicare a livello normativo, quanto contenuto nel DM 77/2022 e lo fa illustrando le tabelle che seguono per la riforma territoriale, con dotazione di minima e di massima o come standard.

### **Infatti per le CdC gli standard previsti per 7 gg di apertura e 12 h di attività sono:**

Case della Comunità previsto dagli standard DM 77						
Tipo	Infermieri		Assistenti sociali		Personale di	
Fabbisogno	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
N° Personale	7	11	1	1	5	8
Tot minimo	13					
Tot massimo	20					

Il DM77 prevede che nelle CdC Hub i servizi dovranno essere dotati da 7 ad 11 Infermieri di Famiglia o Comunità, tra i quali uno di essi assumerà la funzione di Coordinatore Infermieristico, il resto verrà adibito alle attività ambulatoriali, all’attività di triage, di valutazione dei bisogni di salute, all’ADI, attività di prevenzione e teleassistenza.

### **La Tabella che segue descrive, per le CdC, la distribuzione del personale**

CdC Standard personale infermieristico DM 77 - Tra gli infermieri è previsto un/a coordinatore/trice								
Tipo	Coord Infermieristico		Infermieri Att		Triage		Ass. Domiciliare	
Fabbisogno	Minimo	Max	Minimo	Max	Minimo	Max	Minimo	Max
N° Personale	1	1	2	3	1	2	4	6
Totale minimo	7							
Totale Massimo	11							

Per l'OdC, il DM 77 compie analoga operazione indicando per lo *Standard di personale per 1 Ospedale di CdC dotato di 20 posti letto: da 7 a 9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), da 4 a 6 Operatori Sociosanitari, da 1 a 2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 h al gg per 6 gg su 7.*

Per il personale medico il Piano riporta come dotazione standard 1 unità per ODC.

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

Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti è quello descritto in Tabella.

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

Standard definito per le UCA è di 1 medico ed 1 infermiere come in Tabella (come da Piano).

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

Il Piano illustra la ricaduta a livello regionale, e per ASL, la ricaduta degli standard sulla base degli interventi previsti, nella Tabella seguente (come da Piano).

Tra gli interventi sono stati considerati sia quelli finanziati da PNRR, sia gli interventi non soggetti a finanziamento PNRR ma che rientrano nella programmazione regionale e delle singole ASL

**Strutture Regione Abruzzo considerate per il calcolo degli standard**

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

L'applicazione pedissequa degli standard previsti dal DM77 alle strutture regionali inserite nel presente piano territoriale produce un dimensionamento della dotazione organica minima e massima per alcune figure professionali, che nella Tabella che segue (**pubblicata come da Piano**) mostra l'impatto atteso del Fabbisogno del personale.

### Applicazione degli standard di personale DM77

Applicazione Standard DM 77	Medici (UCS e ODC)	Infermieri (COT+UCA+ODC)		Inf. Fam/com (CDC)		Personale OSS (ODC)		Coord. infermier COT	Assi sociale (CDC)	TOTALE	
		MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX			MIN	MAX
Ente	STD	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	STD	STD	MIN	MAX
ASL 201	6	33	45	21	33	12	18	3	3	78	108
ASL 202	10	58	78	35	55	24	36	4	5	135	187
ASL 203	6	33	45	21	33	12	18	3	3	78	108
ASL 204	5	26	36	21	33	8	12	3	3	66	92
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>150</b>	<b>204</b>	<b>98</b>	<b>154</b>	<b>56</b>	<b>84</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>357</b>	<b>495</b>

Il Piano rinvia ad intese con le singole ASL la determinazione del fabbisogno di personale prevedendo successivi provvedimenti. Ma l'idea di rinviare alla individuazione degli standard definiti a livello normativo e applicati alle realtà della riforma territoriale della Regione, in funzione dell'organizzazione delle singole AASSLL, e come buttare la "palla" in tribuna, per guadagnare tempo. Infatti le dotazioni di personale, con tutto il rispetto per la partecipazione sono un compito della Regione, magari usando:

- La Mappatura della dotazione già presente per singola AASSLL e struttura/servizio interessato, distinto per profilo professionale;
- La determinazione dello scenario di applicazione degli standard e raffronto con la situazione già in essere della dotazione delle AASSLL;
- L'applicazione di correttivi al fine di considerazioni specifiche nelle realtà delle singole AASSLL (es. riallocazione di personale tra servizi, modalità di erogazione dei servizi in telemedicina o in presenza, tipologia di servizi aggiuntivi a quelli obbligatori per ciascuna sede, progettualità specifiche).

**Tale processo dovrà concludersi con l'approvazione e deliberazione dei piani di fabbisogno regionale insieme a quelli delle singole aziende.**