

Osservatorio sui sistemi sanitari

Il recepimento del d.m. n. 77 del 2022 nella Regione Abruzzo*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Fabrizio Politi**

1. La Regione Abruzzo, in attuazione di quanto prescritto dal d.m. n. 77 del 2022, ha adottato il Piano dell'Assistenza Territoriale (PAT), in cui dichiara di prendere atto della necessità di *“rinnovare alcuni elementi chiave del SSR”*, soprattutto in considerazione delle tendenze demografiche ed epidemiologiche. La Regione Abruzzo riconosce di essere stata mossa (quale *“motivazione delle scelte strategiche programmatiche di revisione del sistema sanitario regionale”*) dalla *“necessità di cambiamento per garantire la soddisfazione dei bisogni di cura in continuo evolversi per l'accresciuta domanda derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali”*. Il PAT demanda alle singole ASL *“l'approvazione di specifici piani aziendali, utili ad individuare le articolazioni organizzative, gestionali e tecnologiche attuative del piano”* medesimo.

Il PAT evidenzia innanzitutto le peculiarità, legate alle caratteristiche geografiche e demografiche, che pongono significative problematiche organizzative. Infatti, l'Abruzzo: a) presenta il 65% della propria superficie in area montuosa (quarta regione montana nella media nazionale)¹ ed il 35% in area collinare; b) demograficamente, si caratterizza come una regione con bassa densità territoriale (123 ab. per Km² rispetto alla media nazionale di 201 ab.), ma all'interno di un quadro ove sono presenti dei forti polarizzanti territoriali

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore nella Giornata di studio *“La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?”* (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in *“Organizzazione e gestione delle Case della Comunità”* e nell'ambito del PRIN 2020 *“Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia”*.

** Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università dell'Aquila.

¹ Il territorio aquilano, con tutti i suoi 108 comuni, risulti essere per il 100% *“montano”*, la provincia di Teramo per il 40% (13 comuni), la provincia di Pescara per il 36% (15 comuni) e la provincia di Chieti per circa il 30% (30 comuni).

(con una netta differenza fra le zone costiere e sub-costiere, quelle montane interne, l'aquilano ed i centri maggiori della Marsica)².

Il PAT prende atto che la riforma impone la costruzione di reti di prossimità, di strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale quali pilastri di una riforma sistemica multilivello volta a garantire un'effettiva uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari e a superare un approccio settoriale al concetto di salute. Ma tale riforma, nella Regione Abruzzo, è chiamata a fare i conti con le criticità di un territorio molto vasto e prevalentemente montuoso, popolato da una miriade di piccoli comuni a bassa intensità abitativa e dai limiti discendenti dalla scarsità (se non vera e propria assenza) della rete (telefonica, internet, fibra). Dovrà inoltre misurarsi con le problematiche discendenti dall'abbandono degli ambulatori dei piccoli comuni da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri (sia per la carenza di medici sia per la scarsa attrattività di tali Comuni).

2. Il PAT riconosce che la programmazione regionale deve riguardare in modo integrato, tutti i diversi ambiti di attività del Servizio sanitario: prevenzione, distrettuale ed ospedaliera. Si pone quindi innanzitutto l'esigenza di identificazione delle responsabilità specifiche, nella gestione integrata degli interventi, da parte dei soggetti istituzionali presenti sul territorio (in particolare ASL, ASP e Comuni).

Purtroppo bisogna affermare che, al di là dei proclami contenuti nel PAT, la Regione, nella realizzazione di tutti questi compiti, appare molto indietro. Lo stesso PAT riconosce che *“l'integrazione socio-sanitaria è da potenziare a tutti i livelli (programmatorio, organizzativo, operativo)”* e specifica i cinque livelli in cui la stessa va attuata e verificata: la dimensione istituzionale (comprendente le forme strutturate di coinvolgimento e co-decisione dei livelli istituzionali regionali, aziendali, comunali); la dimensione programmatoria e direzionale (concernente gli strumenti unitari di programmazione per gli ambiti sociosanitari; forme di condivisione delle funzioni direzionali); la dimensione interprofessionale (che comprende gli strumenti assistenziali integrati con strumenti e modalità organizzative comuni); la dimensione gestionale e organizzativa; e la dimensione comunitaria (comprendente le modalità partecipative in ambito sociosanitario e l'attivazione di reti comunitarie di prossimità).

Specificata attenzione viene posta al tema della “Presenza in carico” e della “continuità assistenziale”, quale espressione della consapevolezza dell'invecchiamento della popolazione, costituita da persone spesso affette da più patologie croniche. A questo proposito il PAT dichiara di voler far proprio il ripensamento dei servizi territoriali proposti dal DM n.77, attraverso: a) lo sviluppo di strutture di prossimità (Case della Comunità e/o ambulatori dei servizi territoriali medici/infermieristici); b) il potenziamento della Casa di Comunità

² E nella cosiddetta “Area Metropolitana Chieti-Pescara” (che rappresenta il 2% della superficie regionale) si concentra il 23% dell'intera popolazione abruzzese (con una densità media di 1.323 ab. per Km² e con punte superiori ai 2.000 ab. per kmq.).

come primo luogo di cura; c) l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale con sviluppo di *équipes* multidisciplinari per la presa in carico della persona in modo olistico; d) introduzione di logiche sistematiche di sanità di iniziativa, con l'individuazione delle persone a rischio di fragilità ed offerta di cure preventive; e) modelli di servizi digitalizzati; f) valorizzazione della co-progettazione con gli utenti del lavoro di prevenzione, cura, riabilitazione e inclusione sociale; g) partecipazione attiva e valorizzazione di tutte le risorse della comunità attraverso il pieno coinvolgimento dei diversi attori locali (ASL, Comuni, Enti d'Ambito Sociale, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

Il PAT individua quattro direttrici principali in base alle quali costruire il Nuovo Sistema d'Offerta Territoriale (NSOT): 1) il trasferimento sul territorio di tutte le prestazioni di pertinenza della specialistica territoriale (oggi erogate presso i presidi ospedalieri); 2) la garanzia di un sistema di assistenza di prossimità a tutti i cittadini; 3) adeguamento delle previsioni del PNRR all'effettivo quadro di esigenze della Regione; 4) adeguamento dell'offerta sanitaria territoriale ai bisogni della popolazione. A questo fine, il PAT dichiara che la Regione si propone di integrare la rete di assistenza territoriale e rafforzare la capillarità degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri e la capacità distrettuale come punto di riferimento del territorio, in continuità organizzativa-funzionale-gestionale con l'assistenza ospedaliera, con la pianificazione dell'inserimento della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC): (a) delle Casa di Comunità per il potenziamento, l'integrazione e la riorganizzazione dei servizi sanitari offerti sul territorio; (b) delle Centrali Operative Territoriali (COT), per il raccordo tra i setting di passaggio dell'assistenza al paziente; (c) degli Ospedali di Comunità al fine di poter svolgere interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e degenze di breve durata; (d) di un Piano di Sanità digitale per il rafforzamento e la riorganizzazione della rete territoriale.

3. Con riguardo al *Distretto* (quale "*articolazione organizzativo funzionale dell'ASL sul territorio*"), il PAT ribadisce che esso è "*il riferimento per l'accesso a tutti i servizi della Asl, dove si realizza, prime fra tutte per il tramite delle Case della Comunità e quindi COT e Ospedali di Comunità, la presa in carico, la continuità assistenziale e l'integrazione socio sanitaria nei confronti dei bisogni della popolazione, in funzione di un'attenta analisi dei bisogni e della differenziazione degli stessi tra fasce di popolazione e categorie assistibili*". Il Distretto viene ad essere il "luogo privilegiato di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali". Attraverso la Casa di Comunità, il Distretto persegue l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Con riguardo all'assistenza primaria (il cui fulcro è nel ruolo del medico di famiglia), il PAT riconosce che nella Regione Abruzzo sono presenti solo alcune forme organizzative previste dalle normative vigenti (AFT e UCCP) e, quantunque la Regione abbia provveduto a definire l'impianto generale del sistema delle AFT e UCCP per il territorio regionale (Decreti del Commissario ad acta n. 16 e n. 17 del 2016 e n. 56/2016), le poche (AFT e

UCCP) attivate risultano ancora in una fase sperimentale. E nel PAT la Regione dichiara di voler superare la fase sperimentale e arrivare in sede di ACN-AIR al numero fissato dai parametri nazionali.

Con riguardo alle *Case della Comunità* (CdC), il PAT ricorda che questa costituisce “*il modello organizzativo che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento*”. La CdC - quale modello di intervento integrato e multidisciplinare e multiprofessionale – si pone quale “*sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale*”. Le CdC, articolate in Hub e Spoke, sono strutturate a rete (e coordinate dalla Centrale Operativa Territoriale che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti): rete intra-CdC (messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività all’interno della CdC o che vi sono funzionalmente collegate); Rete inter-CdC (messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità); Rete territoriale (messa in rete con gli altri setting assistenziali presenti sul territorio); Rete territoriale integrata (rete con l’attività ospedaliera).

La Regione Abruzzo, “per superare le criticità legate al contesto orografico”, nella programmazione delle CdC, oltre a quelle hub e spoke, ha aggiunto i “*punti di erogazione*” che, non ricompresi nella programmazione ministeriale, sono ritenuti “indispensabili” per garantire ai cittadini “diritti di prossimità”. Il Pat afferma che tali punti di erogazione saranno finanziati direttamente dalla Regione ed avranno le stesse caratteristiche organizzativo-funzionali delle CdC spoke.

A questo proposito, non può però non essere segnalato che la Regione è in Piano di rientro e dunque si prospettano questioni di non facile superamento in merito al finanziamento di tali “punti di erogazione”. Altra perplessità, in proposito, sorge dalla lettura, nel PAT, della dichiarazione di voler prevedere l’acquisizione di mezzi mobili (camper) attrezzati ad ambulatorio e completi di strumentazione di base (ECG, ecografo, ecc.), per svolgere varie attività (prelievi ematici; medicazioni; visite ed esami specialistici; visite ostetriche; attività da infermiere di famiglia).

Con riguardo alle *Unità di Continuità Assistenziale* (UCA, équipe mobile distrettuale – composta di medici e infermieri, eventualmente integrate con altre figure professionali in base alle peculiari patologie trattate – volta alla gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico), il PAT afferma che esse sono istituite dalle ASL e collocate nei Distretti all’interno delle Case della Comunità.

La *Centrale Operativa Territoriale* (COT, funzione organizzativa facilitatrice dei processi clinico-assistenziali e della integrazione socio-sanitaria) “è un modello organizzativo dell’ASL a valenza distrettuale che svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali”. Il DM n. 77 del 2022 indica come standard la costituzione di una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti, operativa 7 giorni su 7, per 100.000 abitanti.

A questo proposito, il PAT ricorda il Progetto dell'*Agenzia di Integrazione e Continuità Ospedale-Territorio* (AgICOT), effettuato dalla Regione Abruzzo, con capofila ASL di Teramo. AgICOT si configura come un'agenzia a dimensione distrettuale, che va ad integrare e ad agire in sinergia con l'azione di presa in carico del Punto Unico di Accesso (PUA), dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e del NAIOT. AgICOT non si sostituisce alle funzioni proprie delle altre Strutture e dei Servizi già presenti (NAIOT, PUA ed UVM), ma svolge una funzione di coordinamento, in quanto rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e sociosanitario, di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati.

Il PAT dichiara inoltre l'intenzione della Regione di attivare una Centrale regionale 116117 che riesca a catalizzare e prendere in carico la richiesta di assistenza non urgente, integrandosi con il servizio di emergenza-urgenza del 118. La realizzazione del piano dovrà prevedere fasi di realizzazione ed attività specifiche per ciascuna fase, del tutto o in parte propedeutiche e conseguenti rispetto ai diversi step progettuali. Con riguardo al servizio di 118, il PAT rileva la dotazione presente nella Regione Abruzzo ed afferma che, nel processo di miglioramento continuo dell'offerta, il ruolo del 118 troverà un nuovo raccordo che è rappresentato dalla COT. Inoltre si ricorda che la Regione Abruzzo (DGR n. 516 del 20/9/2022) ha siglato il protocollo d'intesa con il Ministero dell'Interno per l'attuazione del numero unico di emergenza europeo 112 secondo il modello della centrale unica di risposta. Quindi la rete territoriale del 118 verrà articolata in aderenza alle disposizioni normative ed il Comitato Regionale per l'Emergenza Urgenza Abruzzo (CREA) avrà il compito di elaborare apposite procedure che favoriscano, attraverso l'intervento delle postazioni mobili afferenti al 118 e al servizio di elisoccorso, il rispetto dei tempi limite di intervento. Con riguardo all'*Ospedale di Comunità* (OdC, quale struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero), il PAT afferma che la Regione Abruzzo dispone attualmente di cinque Ospedali di Comunità e che entro il 2026 saranno realizzati 200 posti letto.

Con riguardo all'*Assistenza domiciliare*, il PAT rileva che attualmente circa il 5,28% della popolazione regionale sopra i 65 anni è assistita a domicilio (dato in linea con la media nazionale), ma che per raggiungere l'obiettivo target nel 2026, la previsione è della presa in carico di ulteriori 17.296 persone over 65 anni. Si pone dunque per la Regione Abruzzo (che, con D.G.R. 693 del 18 settembre 2018 ha recepito il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 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 i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale) il tema dell'adeguamento ai nuovi standard. Il PAT afferma che la Regione Abruzzo, con futuro atto programmatico, provvederà a definire un fabbisogno autorizzatorio del numero di strutture sanitarie dedicate alle Cure Domiciliari autorizzabili per ambito aziendale.

Con riguardo al *Consultorio Familiare* (CF), dopo aver ricordato che il DM n. 77 fissa come obiettivo la presenza di un consultorio ogni 20.000 abitanti (con la possibilità di un CF

ogni 10.000 abitanti nelle aree interne e rurali), il PAT rileva che attualmente in Abruzzo sono presenti 57 consultori, su una popolazione di 1.273.660 abitanti (quindi un consultorio ogni 22.344 abitanti al di sopra dello standard posto dal DM 77 ed in particolare le ASL di Pescara e di Teramo sono molto al di sopra dello standard).

Con riguardo al *Budget del Distretto*, si rileva che 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. Pertanto il budget (art. 28 L.R. 146/1996) non deve essere inteso esclusivamente come tetto di spesa e nemmeno come strumento di risparmio, ma quale strumento di programmazione e controllo gestionale volto a promuovere azioni e comportamenti efficaci. Il PAT propone il seguente set di indicatori per la valutazione delle attività Distrettuali e quindi anche per la corretta formazione del Budget: spesa sanitaria media per abitante; spesa farmaceutica per abitante; numero di visite specialistiche per abitante; numero di visite specialistiche per patologia; tassi di residenzialità e semi-residenzialità; tasso di anziani inseriti nei programmi di ADI; durata media dei programmi di ADI; tasso di incidenza delle patologie e costi dei relativi protocolli terapeutici; costi dei protocolli terapeutici delle "patologie rare". Il PAT assegna alle Aziende Sanitarie il compito di assicurare, entro sei mesi, un efficiente sistema informativo, al fine di poter analizzare e valutare: i servizi erogati direttamente o indirettamente dal Distretto, i servizi per i quali il Distretto è committente e la 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 deve partecipare alla formulazione degli Obiettivi strategici ad opera della Direzione Generale, con il coinvolgimento dei Responsabili dei Centri di Responsabilità (responsabili delle UU.OO.). Trimestralmente l'Organo di Controllo Gestionale verifica che le risorse siano impiegate in modo efficiente e controlla lo stato d'avanzamento del budget generale e dei budget dei C.d.R. Alla conclusione di ogni annualità finanziaria unitamente al bilancio d'esercizio, si dovrà trasmettere alla Direzione Aziendale e all'Organo Regionale, nella relazione sulla gestione (art. 21, comma 5, L.R. 146/96), il rapporto annuo finale sul controllo di gestione dei budget.

Il PAT rileva che il processo di budgeting presenta elementi di complessità per l'Abruzzo che è in Piano di rientro e afferma la necessità di affrontare questo processo "per gradi" partendo da una costruzione della spesa derivata dagli ultimi "tendenziali" costruiti per i LEA territoriali. Si propone dunque che, sulla base di uno studio condotto con il supporto dell'Agendas, in via sperimentale ogni ASL possa avviare con alcuni Distretti o Aree Distrettuali il processo di budgeting, per verificare l'aderenza dei LEA alla spesa reale e formulare con essi una prima proposta di budget distrettuale, che sarà seguita in tutte le sue fasi evolutive adattata e corretta fino a ricostruire l'intero processo di budgeting, che con il suo perfezionamento potrà essere esteso a tutti i Distretti o Aree Distrettuali.

Con riguardo alle *Reti di Assistenza*, il PAT prevede che in ogni ASL sia costituito un Dipartimento di Salute Mentale, neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP), quale struttura operativa deputata all'organizzazione ed alla produzione di

attività finalizzate alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale, e che garantisce le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l'età evolutiva e adulta. Ai fini dell'erogazione delle proprie prestazioni, il Dipartimento si articola in Unità operative complesse, Unità operative semplici a valenza dipartimentale e Unità operative semplici. Un ruolo centrale nella organizzazione del DSM è svolto dal CSM, garante della continuità assistenziale e sede ordinaria di accesso dell'utenza. 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. Il DCA 10/2016 ha rideterminato il fabbisogno regionale dei posti letto dedicati alla psico-riabilitazione ed 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.

Con riferimento al privato accreditato nell'Area della Salute Mentale, il PAT rileva 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. Il PAT individua i seguenti obiettivi prioritari: riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero (SPDC) e dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni dalle dimissioni, attraverso il potenziamento degli interventi di promozione, prevenzione e presa in carico precoce e attività di formazione per MMG/PLS nonché il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria; potenziamento e sviluppo della rete di trattamento semiresidenziale e residenziale extraospedaliera in coerenza con la vigente normativa in merito ai lea ed in funzione dei livelli di intensità riabilitativa e assistenziale in modo da garantire l'equo accesso alle prestazioni semiresidenziali e residenziali a tutti i cittadini; perseguimento di adeguati standard di qualità ed appropriatezza delle strutture eroganti, tra cui, le unità di offerta semiresidenziali e residenziali extraospedaliere, per il tramite di standard qualitativi (Accreditamento) e utilizzo di interventi EBM con valutazione degli esiti di trattamento; consolidamento della rete dei servizi della salute mentale; attuazione del documento "*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*" attraverso la redazione ed attuazione di PDTA per i disturbi psichiatrici; sviluppo di esperienze innovative di residenzialità leggera anche attraverso la coprogettazione e lo strumento del budget di salute; collaborazione con la medicina generale e le altre unità distrettuali nella costruzione di percorsi di screening, diagnosi precoce e presa in carico condivisa.

Con riguardo agli anziani non autosufficienti, il PAT rileva che 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. La Regione Abruzzo ha ridefinito il fabbisogno regionale per tali tipologie programmandone un incremento di offerta. L'offerta attuale di assistenza per Anziani Non Autosufficienti presenta in regione una preponderanza di erogatori privati (circa il 90%) rispetto al pubblico e una carenza di assistenza semiresidenziale. Inoltre, i parametri di programmazione individuano un volume complessivo di posti letto equivalenti, per assistenza agli anziani over 65 anni, inferiori rispetto a quello quantificato nella "griglia LEA". Nell'ambito del più complessivo ambito di indirizzo, controllo e monitoraggio dell'assistenza territoriale, la Regione adotterà soluzioni di analisi e approfondimento tese a valutare il livello di sostenibilità delle relative tariffe per gli erogatori privati eventualmente coinvolti utilizzando strumenti evoluti di elaborazione e gestione.

Con riguardo all'accesso alle *prestazioni riabilitative* (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali) 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 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). Nel sistema regionale residenziale e semiresidenziale dell'Area Disabilità e Riabilitazione, inizialmente delineato dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, sono state predisposte con DGR 129/2017, le nuove tipologie di strutture: Semiresidenza disabili, Semiresidenza per Minorazioni Plurisensoriali dell'Età Evolutiva. Il DCA 117/2017 ha programmato l'attivazione di forme di assistenza pianificate dal PSR 2008-2010 (USAP) per introdurre nuove tipologie di strutture programmate dai vigenti atti di fabbisogno, a tutela ed implementazione dei lea. Il PAT afferma che le Direzioni Aziendali dovranno attenersi "rigorosamente" alle disposizioni previste dal DPCM sui nuovi lea in relazione alla durata dei trattamenti assistenziali. Inoltre il PAT rileva che il 4 agosto 2021 è stato sottoscritto, in sede di Conferenza Stato-Regioni, l'Accordo "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" che definisce nuove regole per la riabilitazione ospedaliera e territoriale. Ma a tutt'oggi la programmazione dell'offerta per prestazioni residenziali e semiresidenziali, riscontra un obiettivo limite nel contesto normativo regionale vigente anche con riguardo al fabbisogno autorizzatorio programmato (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 Decreti Commissariali di attuazione e aggiornamento del fabbisogno DCA 117/2016). Tali norme devono inoltre essere adeguate a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (con l'aggiornamento anche 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). A questo proposito, il PAT individua tre azioni: 1) istituzione di un gruppo

regionale di lavoro caratterizzato da specifiche competenze professionali; 2) previsione di uno scenario di superamento delle problematiche riscontrate al fine di procedere, entro i successivi sei mesi, alla revisione delle tabelle sinottiche allegate L.R. n. 5/2008; 3) previsione di un percorso di iter legislativo dalla presumibile durata di un anno.

Con riguardo alla *rete delle cure palliative*, il PAT afferma che la programmazione regionale in materia di cure palliative è conforme alle indicazioni previste dall'art. 23 del DPCM del 12 gennaio 2017. Con DGR n. 661 del 22/10/2021 è stato recepito il documento recante l'accreditamento delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) e della Rete di Terapia del Dolore per l'adulto (approvato con Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020). Il modello prevede due strutture di coordinamento, una a livello regionale ed una a livello aziendale. Indi con DGR n. 175 del 4 aprile 2022 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni n. 30/CSR del 25 marzo 2021 che ha approvato i requisiti minimi – organizzativi, tecnologici e strutturali – di accreditamento della Rete regionale di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP). A questo proposito, il PAT rileva che le principali criticità alla cui soluzione deve orientarsi l'attività regionale riguardano *in primis* una carenza di professionisti che, nel caso delle CP, è aggravata dal mancato accesso alla formazione specialistica, la cui Scuola di specializzazione (in Medicina e Cure Palliative) è stata istituita solo a decorrere dall'anno accademico 2021-22. E, oltre al potenziamento del personale, è necessario anche avviare il processo di accreditamento delle RLCP per adulti, la cui aggregazione funzionale ed integrata genera in modo sinergico la Rete Regionale (RRCP). È inoltre necessario l'avvio del processo di accreditamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche, con la possibile istituzione di un hospice pediatrico nell'ambito dell'area metropolitana Chieti-Pescara. In considerazione del processo di riqualificazione e adeguamento della rete di cure palliative hospice, la Regione, per il tramite di appositi provvedimenti di settore, valuterà le modalità di coinvolgimento delle strutture residenziali al fine di fornire risposte tempestive ai pazienti interessati, ricorrendo alla definizione di specifici standard assistenziali e tecnologici in condizioni di sicurezza e qualità delle cure. Con riguardo alla *telemedicina*, il PAT afferma che in Abruzzo si sta sviluppando un percorso di digitalizzazione, la cui programmazione è stata definita tramite la delibera del piano strategico Digitale per la Sanità per gli anni 2021-2023. E la Regione dichiara di investire molto sull'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). A questo proposito è agevole ricordare che il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è tra le priorità nazionali da anni. La Regione Abruzzo ha individuato tra le sue priorità il progetto del FSE proprio nel Piano di Sanità Digitale. La Regione Abruzzo, il 7 marzo 2022, ha approvato il Piano Regionale Strategico della Sanità Digitale, triennio 2021-2023 che si compone dei seguenti documenti: "Piano Strategico Digitale della Sanità della Regione Abruzzo 2021-2023 - Piano delle Priorità", che definisce i principi guida, gli obiettivi strategici e gli interventi prioritari che guideranno il sistema regionale verso la Sanità Digitale; "La strategia Digitale della Regione Abruzzo 2021-2023 – Architettura, Programmi e Progetti" che definisce l'architettura applicativa di riferimento a supporto dei processi di trasformazione digitale.

Il PAT afferma che la Regione Abruzzo intende dar vita ad "*un ecosistema digitale regionale che supporti gli Enti nell'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-*

territorio favorendone programmazione, gestione e monitoraggio migliorandone così le performance e semplificandone il monitoraggio stesso". Tale "ecosistema digitale integrato" viene dunque a comporsi di tre componenti principali: un sistema per la gestione digitale del territorio, una piattaforma regionale di telemedicina e l'implementazione della CCE nei setting ospedalieri.

4. In conclusione deve rilevarsi che il PAT della Regione Abruzzo si caratterizza, da un lato, per un contenuto che di fatto ripete gran parte del d.m. n. 77 del 2022, senza in realtà fare alcuna scelta e rinviando ad atti futuri gran parte delle decisioni concrete da assumere. In secondo luogo, va rilevata la necessità di un reale e concreto investimento sulle competenze (oltre a finanziamenti ed investimenti sui singoli aspetti sopra illustrati) oltre alla necessità di una effettiva determinazione del fabbisogno di personale. Su questi aspetti e sulle modalità di governo e di monitoraggio delle azioni di riorganizzazione il PAT appare fortemente deficitario, ma anche questo elemento appare conseguenza del dato sopra evidenziato e cioè che la Regione Abruzzo, pur avendo rispettato formalmente il termine di sei mesi per l'adozione del PAT, in realtà deve ancora svolgere la gran parte delle concrete decisioni che il d.m. n. 77 rimette alla decisione della singola regione.